

การพัฒนารูปแบบการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม

Development of a model for implementing health behavior change to increase healthy people in Maha Sarakham Province

ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย* พรสิทธิ์ ทวยนันท์** พิสมัย ศรีทำนา***

Piyalak Pukdeesamai, Pornsit Thuainan, Pisamai Sritumna

Corresponding author: E-mail: piyalakpp@gmail.com

(Received: December 2, 2024; Revised: December 7, 2024; Accepted: January 2, 2025)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดีและศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี

รูปแบบการวิจัย : เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

วัสดุและวิธีการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน “เพิ่มคนสุขภาพดี” จังหวัดมหาสารคามมีขั้นตอนการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสะท้อนการปฏิบัติ 4) การปรับปรุงแผนปฏิบัติการ จำนวน 2 วงรอบ ระยะที่ 3 ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคลากรจากสาธารณสุขจังหวัด บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอ และประชาชนอายุ 19-59 ปี ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าสัดส่วนก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ McNemar test

ผลการวิจัย : รูปแบบการดำเนินการเพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม โดยวงรอบที่ 1 มีระบบการคัดกรองสถานะสุขภาพด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกายในทุกอำเภอ มีกระบวนการคืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เพื่อสร้างการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายรายบุคคล วงรอบที่ 2 เพิ่มการใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจ โดยมีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5,043 คน ผลการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับไขมัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$).

สรุปและข้อเสนอแนะ : การกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการการคืนข้อมูลรายบุคคล เพื่อนำสู่จัดการปัญหาสุขภาพของตนเองส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้บรรลุเป้าหมาย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม; องค์ประกอบร่างกาย

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ **นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Abstract

Purposes : To develop a health behavior modification operational model aimed at increasing of healthy individuals and to evaluate its effectiveness.

Study design : Action research.

Materials and Methods : The development of the “Increase Healthy People” operational model in Maha Sarakham Province followed three main steps: Phase 1: Situation analysis. Phase 2: Development of the operational model, consisting of four steps: 1) Planning 2) Action 3) Observation 4) Reflection (conducted in two iterative cycles). Phase 3: Evaluation of the development outcomes. The sample group included personnel from the provincial public health office, district-level public health personnel, and people aged 19–59 years in Maha Sarakham Province. Data collection tools consisted of health record forms, while research tools included: Analysis of public health problems and Design of the operational model to increase healthy people. Quantitative data were analyzed using frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The proportion was compared before and after the operation using the McNemar test.

Main findings : The operation model to increase healthy people Maha Sarakham Province, in the first round, there was a health screening system using body composition measurement devices in every district. There was a process of returning individual health data to create awareness and change health behaviors according to individual goals. In the second round, the use of motivation processes was increased, with a target group of 5,043 people. The results of comparing health conditions before and after the operation showed that the proportion of body mass index, waist and Visceral fat level circumference decreased significantly ($p < .001$).

Conclusion and Recommendations : Encouraging health behavior change through the feedback of individual health data enables individuals to address their own health challenges effectively. This process promotes successful behavior modifications, helping individuals achieve their health goals.

Keywords : Development of the Model; Health behavior; Body Composition

*Public Health Technical Officer, Professional Level,

**Senior Professional Level, Maha Sarakham Provincial Public Health Office.

บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในประเทศไทย อยู่ในภาวะที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาระของระบบสาธารณสุขและเศรษฐกิจของประเทศและยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในประเทศไทย สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2565¹ พบว่าปี พ.ศ.2563-2565 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ โดยในปี พ.ศ.2565 มีประชากรไทยประมาณ 14 ล้านคนที่ป่วยด้วยโรค NCDs และมีผู้เสียชีวิตจากโรคกลุ่มนี้ประมาณ 300,000 คนต่อปี ซึ่งส่วนใหญ่เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี แนวโน้มอัตราป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของโรค NCDs ได้แก่ 1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2. การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ แม้จะมีการณรงค์ให้เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ แต่ยังมีคนไทยบางส่วนบริโภคผักและผลไม้ น้อยกว่าปริมาณที่แนะนำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อโภชนาการที่จำเป็น และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง 3. การขาดการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนไทย ที่เน้นการทำงานในออฟฟิศและใช้เวลาอยู่หน้าจอมากขึ้น ทำให้การออกกำลังกายลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วน อีกทั้งช่วง 3 ปีที่ผ่านมาข้อมูลจากกรมอนามัย พบว่า COVID-19 ทำให้คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น ทั้งเด็กวัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ เฉลี่ยวันละ 14 ชั่วโมง การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ สัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ร้อยละ 27 มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 25 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 6²⁻³ แม้ว่าปัจจุบัน COVID-19 ได้กลายเป็นโรคประจำถิ่นแล้ว แต่ก็ยังคงส่งผลกระทบต่อภาคการดำเนินชีวิตทั่วโลก รวมถึงการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ซึ่งลดลงและนำไปสู่พฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น⁴ การศึกษาหลายแห่ง⁵⁻⁶ เช่น สหรัฐอเมริกา พบว่าเด็กอายุ 5-13 ปี มีกิจกรรมทางกายลดลง ในประเทศกรีซ กิจกรรมทางกายของเด็กและเยาวชนลดลงอย่างมากหลังประกาศมาตรการ

ล็อกดาวน์ ส่วนในประเทศญี่ปุ่น ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลงอย่างมากในเดือนเมษายน 2020 ทำให้ต้องมีการส่งเสริมกิจกรรมทางกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่เรื้อรัง

จากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงานอายุ พ.ศ.2563-2566 ของกรมอนามัย⁷ พบว่าประชากรวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ปกติ ร้อยละ 38.96 40.91 38.34 และ 38.22 ตามลำดับ เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุของปี พ.ศ. 2566 พบว่า ประชากรวัยทำงานตอนต้นมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 19.63, ประชากรวัยทำงานตอนกลางมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 32.18 และ ประชากรวัยทำงานตอนปลายมีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 48.19 และข้อมูลดัชนีมวลกายในกลุ่มวัยทำงาน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ.2563 - 2565 พบว่าค่าดัชนีมวลกายปกติมีแนวโน้มลดน้อยลง โดยมีค่าเท่ากับ 55.67, 56.5 และ 48.57 ตามลำดับ ซึ่งในขณะเดียวกันพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ กินผัก ≥ 5 ทัพพี/วัน, ออกกำลังกาย ≥ 150 นาที /สัปดาห์, นอน 7 ชม./วัน, และแปรงฟันก่อนนอน อยู่ที่ร้อยละ 40.4 ซึ่งยังไม่สูงมากนัก

จากข้อมูลดังกล่าว จังหวัดมหาสารคามจึงมีนโยบายในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเพื่อสร้างคนที่มีภูมิคุ้มกันและสุขภาพแข็งแรง ลดคนป่วยจากโรค NCDs และส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจนเกิดความยั่งยืน โดยใช้กลยุทธ์ในการวัดสถานะสุขภาพและค้นหาข้อมูลสุขภาพรายบุคคล เพื่อสร้างการรับรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นจึงสนใจศึกษาพัฒนากระบวนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม โดยในระยะแรกจะมุ่งเน้นที่ผู้นำหัวหน้าส่วนราชการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. และนำไปสู่การขยายผลให้ประชาชนในจังหวัดมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี และศึกษาผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการ กันยายน 2565 ถึง กันยายน 2566 ผู้วิจัยได้ใช้ แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart (1988)⁸ โดยขบวนการวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

ประชากรและตัวอย่าง

ผู้ร่วมวิจัย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จำนวน 5 คน บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานในระดับอำเภอ จำนวน 26 คน รวมจำนวน 31 คน

ประชากร ได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำในท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น) อสม. บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนอายุ 19-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่าง คือ หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำในท้องถิ่น (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น) ประธาน อสม. บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไป ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่าง กันยายน 2565 ถึง กันยายน 2566

คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยการประมาณค่าสัดส่วนตัวอย่างกรณีทราบประชากร

ใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{NZ^2\alpha_2 p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2\alpha_2 p(1-p)}$$

Z^2 คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.96

P คือ ค่าสัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่มเท่ากับ 0.2 (ตามเป้าหมายของการดำเนินงาน)

e^2 คือ ค่าความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง ครั้งนี้กำหนด ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.01

แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 4,530 ราย ปรับจำนวนเพื่อป้องกันการขาดหายจากการศึกษา ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 5,035 ราย

วิธีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากการที่มีผู้ยินดีเข้าร่วมการศึกษาและยินยอมคัดกรองสถานะสุขภาพ ในช่วงเดือน กันยายน 2565 ถึง กันยายน 2566 โดยจัดสรรจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรแยกรายอำเภอ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- ผู้ที่อายุ 19-59 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ที่ขอยกจากการโครงการหรือไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

- ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดการศึกษา

- ผู้ที่ไม่สามารถเข้ารับการประเมินผลสถานะสุขภาพครบทั้งก่อนและหลังดำเนินการ

- ผู้ที่มีการตั้งครรภ์ในระหว่างการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี ตามหลัก 3 อ. 2ส. 1พ. และเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย (Body Composition) และ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจคัดกรองสถานะสุขภาพ “คนมหาสารคามสุขภาพดี”

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของรูปแบบการดำเนินงาน “เพิ่มคนสุขภาพดี” และแบบบันทึกการตรวจคัดกรองสถานะสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา

วิธีดำเนินการวิจัย ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ข้อมูลสุขภาพประชาชน อายุ 19-59 ปี พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยที่ดำเนินการผ่านมาเพื่อวิเคราะห์ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาระบบและสร้างกิจกรรมที่เหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน จำนวน

2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้วางแผนกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดีและสร้างทีมวิจัยในพื้นที่

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) พัฒนารูปแบบกิจกรรมและแนวทางปฏิบัติ และสื่อสาร เพื่อให้สอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนวัยทำงาน กลุ่มอายุ 19-59 ปี ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และนำรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มแกนนำ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หัวหน้าส่วนราชการ และ อสม. โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมเพิ่มคนสุขภาพดี เป็นระยะเวลา 6 เดือน ดังนี้

เดือนที่ 1 : กิจกรรมที่ 1 อบรมแนวทางปฏิบัติและการตรวจคัดกรองสถานะสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในระดับอำเภอ โดยทุกอำเภอใช้เครื่องมือและเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกายแบบเดียวกัน รวมจำนวน 72 เครื่อง

กิจกรรมที่ 2 การคืนข้อมูลสุขภาพ และประเมินสภาวะสุขภาพ ก่อนดำเนินการ ด้วยการวัดรอบเอวและวัดองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย วัดรอบเอว คือข้อมูลสุขภาพรายบุคคลจากการตรวจสภาวะสุขภาพ และแบ่งกลุ่มตามสภาวะสุขภาพ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สีเขียว คือ กลุ่มปกติ BMI 18.5-22.9 2) สีเหลือง คือ กลุ่มเสี่ยง BMI <18.5 และ BMI 23.0-24.9 และ 3) สีส้ม คือ กลุ่มเสี่ยงสูง BMI 25.0 ขึ้นไป

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้การปฏิบัติ 3อ. 2ส. 1ฟ. และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงรายบุคคล

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตามโปรแกรมฯ “เพิ่มคนสุขภาพดี”

- การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามความเสี่ยง

รายบุคคล ด้วยหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.

เดือนที่ 2 - 5 กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามกลุ่มสภาวะสุขภาพ เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยมีการสื่อสารความรู้เบื้องต้นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กิจกรรม 3อ. 2ส. 1ฟ. และกระตุ้นการออกกำลังกายโดยการส่งผลการออกกำลังกาย

เดือนที่ 6 ประเมินสภาวะสุขภาพ หลังร่วมโปรแกรมเพิ่มคนสุขภาพดี โดยวัดรอบเอวและการวัดองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Body Composition

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการใช้รูปแบบและการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 ในกลุ่มแกนนำ ผ่านระบบการประชุมติดตาม การรายงานผลการดำเนินงาน

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) นำปัญหาที่พบสะท้อนการดำเนินงานแก่ทีมเครือข่ายเพื่อนำมาสู่การวางแผนดำเนินการและปรับปรุงระบบในวงรอบที่ 2 ต่อไป

วงรอบที่ 2

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบจากการดำเนินงานในวงรอบ 1 ที่มาปรับปรุงและขยายผลไปยังกลุ่มประชาชนในพื้นที่ ทั้ง 13 อำเภอ

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดีและขยายกลุ่มเป้าหมายไปยังประชาชนทั้ง 13 อำเภอ โดยดำเนินการตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี รวมเป็นเวลา 6 เดือน จากนั้นคัดเลือกบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมาย

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดีด้านกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่และประเมินผลการดำเนินการพัฒนารูปแบบ

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) แจ้งผลการติดตามการดำเนินงานพัฒนารูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดีและผลการประเมิน

สภาวะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งปัญหาอุปสรรค
ในการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ประเมินผล การพัฒนารูปแบบ
การดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี ทั้งกระบวนการดำเนินงาน
และผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
กลุ่มเป้าหมาย โดยประเมินจากแบบบันทึกการตรวจ
คัดกรองสถานะสุขภาพ “คนมหาสารคามสุขภาพดี
สู่จุดหมาย เมืองเปี่ยมสุข” การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน
เพิ่มคนสุขภาพดี ตามกระบวนการ PAOR

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ
เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
เพิ่มคนสุขภาพดีก่อนและหลังดำเนินการ จำนวน 2 วงรอบ
ด้วยการวัดรอบเอวและวัดองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง
Body Composition และตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง
ของข้อมูลตามที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบสมรรถภาพ
ทางกายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มคน
สุขภาพดีโดยใช้สถิติ McNemar test และวิเคราะห์ ข้อมูล
เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ เนื้อหาและการตีความ
จากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การวิเคราะห์จำแนกประเภท
ข้อมูลและการตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยทำการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง โดยได้
คำนึงถึงผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
ความเสี่ยงรวมถึงความไม่สะดวกสบายของผู้เข้าร่วม
การศึกษา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา
หากไม่สะดวกหรือสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา และ
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม โดยไม่มีการระบุข้อมูล
ส่วนตัวของตัวอย่าง โดยขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ใบรับรองเลขที่ 3/2566

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ข้อมูลสุขภาพประชาชน 19-59 ปี จังหวัดมหาสารคาม
พบว่า ปี พ.ศ.2563 - 2566 พบว่ามีแนวโน้มค่าดัชนีมวล
กายปกติลดลง โดยมีค่าเท่ากับ 55.67, 56.5, 48.57
และ 46.45 ตามลำดับ โดยปี พ.ศ. 2566 พบว่าดัชนีมวล
กายปกติ ร้อยละ 46.45 ผอม ร้อยละ 4.67 ท้วมและอ้วน
ระดับ 1 ร้อยละ 43.49 อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 5.39 และ
รอบเอวปกติ ร้อยละ 55.51 มีพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ครบทั้ง 4 ด้าน ร้อยละ 40.4 โดยแยก
เป็นพฤติกรรมรายด้าน ดังนี้ พบว่าประชาชนวัยทำงาน
มีพฤติกรรม กินผัก ≥ 5 ทัพพี/วัน ร้อยละ 76 ออกกำลังกาย
 ≥ 150 นาที /สัปดาห์ ร้อยละ 61.5, นอน 7 ชม/วัน
ร้อยละ 92, แปร่งฟันก่อนนอน ร้อยละ 78.4

รูปแบบการดำเนินด้านสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานที่ผ่านมา
มีการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย
โดยการมอบนโยบายและแนวทางปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส.
แต่ไม่ได้มีแบบแผนหรือกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจงลงใน
กลุ่มประชากรดังกล่าว และประเมินผลการดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน ด้วยการประเมินค่าดัชนี
มวลกายและรอบเอวตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี

วงรอบที่ 1

1. **ขั้นการวางแผน (Planning)** วางแผนกิจกรรม
พัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และสร้างทีมวิจัยในพื้นที่
ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระดับ
จังหวัด จำนวน 5 คน บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงาน
ในระดับอำเภอ จำนวน 26 คน รวมจำนวน 31 คน

2. **ขั้นปฏิบัติการ (Action)** พัฒนารูปแบบ
กิจกรรมและแนวทางปฏิบัติ และเลือกกลุ่มตัวอย่าง
ซึ่งเป็นแกนนำ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน
หัวหน้าส่วนราชการ และ อสม. จำนวน 1,559 คน
การดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมเพิ่มคนสุขภาพดี
ตามขั้นตอน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

3. **ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)** ติดตาม

การใช้รูปแบบและการดำเนินงานในรอบที่ 1 ในกลุ่มแกนนำติดตามผ่านระบบฐานข้อมูล” เพิ่มคนสุขภาพดี” การการประชุมประจำเดือน และรายงานความก้าวหน้าในระดับอำเภอ

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection)

ปรับปรุงแผนการดำเนินการและสะท้อนการดำเนินงานแก่ทีมระดับอำเภอ เพื่อนำมาสู่การวางแผนดำเนินการและปรับปรุงระบบในรอบที่ 2 โดยมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

ผลการศึกษารอบที่ 1 การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี ทั้ง 13 อำเภอ ดำเนินการโดยจัดตั้งคณะทำงานในระดับอำเภอเพื่อติดตามคัดกรองภาวะสุขภาพกลุ่มเป้าหมายกลุ่มแรก คือ แกนนำ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หัวหน้าส่วนราชการ และ อสม. ด้วยการตรวจสภาวะสุขภาพโดยวัดองค์ประกอบร่างกาย และคืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคลตามความเสี่ยงและให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งกระตุ้นการปรับเปลี่ยนผ่านกลุ่มไลน์ ผลการประเมินสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี จำนวน 1,559 คน

ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินการ ดังนี้ 1) ดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยก่อนการดำเนินการดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 35.8 หลังการดำเนินการ มีดัชนีมวลกายปกติเพิ่มเป็นร้อยละ 38.2 โดยพบว่ากลุ่มน้ำหนักเกินก่อนดำเนินการเปลี่ยนเป็นกลุ่มดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 3.6 กลุ่มที่อ้วนระดับ 1 เปลี่ยนเป็นน้ำหนักเกินหลังดำเนินการ ร้อยละ 2.5 และไม่มีคนเพิ่มเป็นอ้วนระดับ 2 ส่วนกลุ่มอ้วนระดับ 2 เปลี่ยนเป็น อ้วนระดับ 1 หลังดำเนินการ จำนวน 18 คน 2) รอบเอว ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.018$) โดยก่อนดำเนินการรอบเอวปกติ ร้อยละ 47.1 หลังดำเนินการ มีรอบเอวปกติเพิ่มเป็น ร้อยละ 48.8 3) มวลกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยก่อนดำเนินการมวลกล้ามเนื้อปกติ

ร้อยละ 88.9 หลังดำเนินการมวลกล้ามเนื้อปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.5 4) ระดับไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยก่อนดำเนินการระดับไขมันปกติ ร้อยละ 76.2 หลังดำเนินการระดับไขมันปกติเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 78.1

ปัญหาที่พบในรอบที่ 1

1. การตรวจคัดกรองสถานะสุขภาพด้วยเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกายใช้เวลาค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นระยะแรกในช่วงดำเนินการ รวมทั้งการแปลผลจากเครื่อง มีความซับซ้อนเนื่องจากมีข้อมูลหลายตัวแปรทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความล่าช้าในการแปลผลและคืนข้อมูลแก่ผู้เข้ารับการตรวจ

2. การตรวจต่อเนื่องและยาวนานทำให้เครื่องตรวจมีปัญหา ทำให้ผู้รับบริการรอนานและไม่รับการตรวจ

3. บางพื้นที่ ให้ อสม.ช่วยในการตรวจคัดกรอง ซึ่งยังขาดทักษะในการแปลผลการตรวจ

การพัฒนาในรอบที่ 2

จากปัญหาที่พบในรอบที่ 1 ซึ่ง พบปัญหาในการแปลผลและคืนข้อมูลสถานะสุขภาพแก่ผู้เข้ารับการคัดกรองที่ค่อนข้างล่าช้าและเนื่องจากบางพื้นที่ อสม.ที่มาช่วยคัดกรองยังขาดทักษะในการแปลผล จึงพัฒนาในรอบที่ 2 ตามกระบวนการ PAOR ดังนี้

1. ปรับปรุงแนวทางการคัดกรองสถานะสุขภาพและการแปลผลสถานะสุขภาพ ให้ใช้งานได้ง่ายขึ้น และสื่อสารไปยังกลุ่มอำเภอ

2. ประชุมทบทวนติดตามการดำเนินงาน เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางในการดำเนินงาน และหารูปแบบในการกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชาชน โดยเพิ่มแนวทางการคัดเลือกบุคคลต้นแบบที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้บรรลุตามเป้าหมายในระดับอำเภอ พร้อมมอบเกียรติบัตร

3. มีระบบบริหารจัดการเครื่องมือร่วมกัน โดยมีการหมุนเวียนเครื่องวัดองค์ประกอบร่างกาย เพื่อให้สามารถใช้งานได้ตามแผนในการลงพื้นที่ โดยสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้บริหารจัดการระบบ

4. ดำเนินการต่อเนื่องในการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดีทั้ง 13 อำเภอ กลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5,036 คน โดยการดำเนินการตามโปรแกรมเพิ่มคนสุขภาพดีตามขั้นตอน เป็นระยะเวลา 6 เดือน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม

1. จากการประเมินโดยใช้แบบสังเกตการณ์ในกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด พบว่า ผู้บริหารรับทราบนโยบายรวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการโดยเฉพาะด้านเครื่องมือในการคัดกรองสถานะสุขภาพที่จัดซื้อร่วมกันทั้งจังหวัด รวมทั้งให้ความสำคัญในการติดตามผลการปฏิบัติงานทุกเดือนโดยมีการรายงานผลในที่ประชุมประจำเดือน

2. การประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรจากการออกเยี่ยมติดตามพบว่า บุคลากรที่ปฏิบัติการตรวจคัดกรองสามารถดำเนินการตามแนวทางได้อย่างถูกต้องและจากติดตามข้อมูลในระบบฐานข้อมูล “เพิ่มคนสุขภาพดี” พบว่ามีการรายงานข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนด

3. เกิดรูปแบบ การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม โดยมีบุคลากรสาธารณสุขและอส. เป็นทีมร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่ดำเนินการสำรวจสถานะสุขภาพและคืนข้อมูลรายบุคคล

4. ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดีจาก

การประเมินผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5,036 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.7 เพศชาย ร้อยละ 31.3 และส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 36.7 รองลงมาคือช่วงอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 26.1 และเป็นผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือ บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 33.7

ข้อมูลการคัดกรองสถานะสุขภาพ ก่อนดำเนินการ 1) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 35.3 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 20.7 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 29.9 อ้วนระดับ 2 (อ้วนอันตราย) ร้อยละ 9.4 2) รอบเอว ปกติร้อยละ 44.1 3) ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.4 4) มวลกล้ามเนื้อเพศชายอยู่ในเกณฑ์ ปกติร้อยละ 91.2 เพศหญิง อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 90.8 5) มวลกระดูกเพศชาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 เพศหญิงอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ร้อยละ 99.9 6) อายุขยาน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุจริง ร้อยละ 21.8 7) สรุปสถานะสุขภาพแยกตามความเสี่ยง 3 กลุ่ม พบว่า เป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 44.1 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 46.8 และกลุ่มเสี่ยงสูงร้อยละ 9.06

หลังดำเนินการ 1) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 35.8 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 20.1 อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 31.3 อ้วนระดับ 2 (อ้วนอันตราย) ร้อยละ 8.3 2) รอบเอว ปกติร้อยละ 46.9 3) ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ ปกติ ร้อยละ 78.6 4) มวลกล้ามเนื้อ เพศชายอยู่ในเกณฑ์ ปกติร้อยละ 92.2 เพศหญิง อยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 95.2 5) มวลกระดูก เพศชาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 100 .0 เพศหญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 99.9 6) อายุขยาน้อยกว่าหรือเท่ากับอายุจริง ร้อยละ 24.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสภาวะสุขภาพ

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) (n=5,036)		
- น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5)	241(4.8)	226(4.5)
- ปกติ (BMI 18.5 -22.9)	1,778(35.3)	1,805(35.8)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
- น้ำหนักเกิน (BMI 23.0 -24.9)	1,040(20.7)	1,013(20.1)
- อ้วนระดับ 1 (BMI 25.0 -29.9)	1,506(29.9)	1,575(31.3)
- อ้วนระดับ 2 (BMI $\geq$ 30)	471(9.4)	417(8.3)
2. รอบเอว (n=4,847)		
- ปกติ	2,223(44.1)	2,273(46.9)
- อ้วนลงพุง	2,624(52.1)	2,574(53.1)
3. ระดับไขมัน (n=5,034)		
- ปกติ (ระดับ 1-10)	3,846(76.4)	3,953(78.6)
- ไขมันเกิน (มากกว่า ระดับ 10)	1,188(23.6)	1,078(21.4)
4. มวลกล้ามเนื้อ (n=5,036)		
เพศหญิง		
- ต่ำกว่าเกณฑ์	318(9.2)	166(4.8)
- ปกติ	3,142(90.8)	3,294(95.2)
เพศชาย		
- ต่ำกว่าเกณฑ์	125(7.9)	123(7.8)
- ปกติ	1,451(92.1)	1,453(92.2)

ผลการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อมูลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี ด้วยการคืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายรายบุคคล พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยพบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มผอม น้ำหนักเกิน อ้วนระดับ 1 เป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 0.9, 2.4 และ 0.4 ตามลำดับ ค่ารอบเอว ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยกลุ่มอ้วนลงพุง เปลี่ยนเป็นรอบเอวปกติ ร้อยละ 4.7 ค่ามวลกล้ามเนื้อก่อนและหลังดำเนินการ

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยกลุ่มมวลกล้ามเนื้อน้อย เป็นเป็นมวลกล้ามเนื้อปกติ ร้อยละ 4 ค่าไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยกลุ่มไขมันเกิน เปลี่ยนเป็นไขมันปกติร้อยละ 3.5 และอายุกายก่อนและหลังดำเนินการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) โดยกลุ่มอายุกายมากกว่าอายุจริงเปลี่ยนเป็นอายุกายเท่ากับอายุจริง ร้อยละ 3.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ ก่อนและหลังการดำเนินการ

ก่อน	หลัง					รวม	p
	1) ต่ำกว่า เกณฑ์	2) ปกติ	3) น้ำหนัก เกิน	4) อ้วน ระดับ 1	5) อ้วน ระดับ 2		
ดัชนีมวลกาย							
1) ต่ำกว่าเกณฑ์	195(3.9)	46(0.9)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	241(4.8)	<.001
2) ปกติ	31(0.6)	1,617(32.1)	110(2.2)	20(0.4)	0(0.0)	1,778(35.3)	
3) น้ำหนักเกิน	0(0.0)	123(2.4)	798(15.8)	119(2.4)	0(0.0)	1,040(20.7)	
4) อ้วนระดับ 1	0(0.0)	19(0.4)	105(2.1)	1,382(27.4)	0(0.0)	1,056(29.9)	
5) อ้วนระดับ 2	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	54(1.1)	417(8.3)	471(9.4)	
รวม	226(4.5)	1,805(35.8)	1,013(20.1)	1,575(31.3)	417(8.3)	5,036(100.0)	
1. รอบเอว			-ปกติ	-อ้วนลงพุง			
-ปกติ			2,047(42.2)	176(3.6)		2,223(45.9)	<.001
-อ้วนลงพุง			226(4.7)	2,398(49.5)		2,624(54.1)	
รวม			2,273(46.9)	2,574(53.1)		4,847(100.0)	
2. มวลกล้ามเนื้อ			-มวลกล้ามเนื้อน้อย	-มวลกล้ามเนื้อปกติ			
-มวลกล้ามเนื้อน้อย			244(4.8)	199(4.0)		443(8.8)	<.001
-มวลกล้ามเนื้อปกติ			45(0.9)	4,548(90.3)		453(91.2)	
รวม			289(5.7)	4,747(94.3)		5,036(100)	
3. ระดับไขมันในร่างกาย			-ปกติ	-ไขมันเกิน			
-ปกติ			3,376(75.1)	60(1.3)		3,846(76.4)	<.001
-ไขมันเกิน			177(3.5)	1,011(20.1)		1,188(23.6)	
รวม			3,953(78.6)	1,078(21.4)		5,034(100.0)	
4. อายุกาย			-อายุกาย≤อายุจริง	-อายุกาย>อายุจริง			
-อายุกาย≤อายุจริง			1,040(20.7)	59(1.2)		1,099(21.8)	<.001
-อายุกายมากกว่า			170(3.4)	3,764(74.8)		3,934(78.2)	
รวม			1,210(24.0)	3,823(76.0)		5,033(100.0)	

วิจารณ์

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานเพิ่มคนสุขภาพดี จังหวัดมหาสารคาม เป็นการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งใช้กระบวนการคืนข้อมูลรายบุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้บรรลุตามเป้าหมายรายบุคคล จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและองค์ประกอบร่างกาย ในทางที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็น น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว อัตราการเผาผลาญและมวลกล้ามเนื้อ โดยมีการศึกษาที่พบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบของร่างกาย ซึ่งมีหลายผลงานการศึกษา ได้แก่ การศึกษาประสิทธิผลของโครงการลดน้ำหนักต่อดัชนีมวลกายและเนื้อเยื่อไขมัน ในร่างกายของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน⁹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ มีค่าเฉลี่ยเนื้อเยื่อไขมันน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเอง ร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงาน อายุ 40-49 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน¹⁰ พบว่าค่าดัชนีมวลกาย ไขมันในช่องท้อง เส้นรอบเอว มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, การเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการฝึกปฏิบัติโปรแกรมการออกกำลังกาย¹⁰ ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น คือ จากเกณฑ์ที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ คิดเป็น 5.9% และจากอ้วนระดับที่ 1 ไปอยู่ในเกณฑ์มีน้ำหนักตัวมากเกินไป คิดเป็น 11.8% ส่วนองค์ประกอบร่างกายเปอร์เซ็นต์ไขมันมีค่าเฉลี่ยลดลง และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น

ส่วนการศึกษารูปแบบการพัฒนาารูปแบบพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และลดเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการศึกษาที่พบว่าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยโปรแกรมดังกล่าว ส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพ ได้แก่ ศึกษาการพัฒนา

รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.¹¹ พบว่า หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่น อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี¹² พบว่า หลังจากพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงาน มีนวัตกรรมให้ความรู้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และหลังดำเนินการ มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานลดลงและประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีผลระดับน้ำตาลขึ้น และการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร¹³ พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกิน คือ ให้ความรู้ มีการสนับสนุนทางสังคม และมีผู้ช่วยกระตุ้นเตือน ทำให้มีจำนวนบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น

จะเห็นได้ว่าการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษาและการคืนข้อมูลสุขภาพรายบุคคลเพื่อให้เกิดการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายรายบุคคลสอดคล้องทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model - HBM) ซึ่งเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่กระตุ้นให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้ถึงโอกาสเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบ การรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงจะเป็นประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง ตัวกระตุ้นให้ลงมือ เช่น การได้รับคำเตือนจากแพทย์ และความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าผลการประเมินข้อมูลสุขภาพ ทุกตัวแปรมีแนวโน้มดีขึ้น ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงไม่มากนักก็ตาม แต่แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมายรายบุคคล ซึ่งควรกระตุ้นให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มคนสุขภาพดี เป็นการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ซึ่งใช้กระบวนการคืนข้อมูลรายบุคคลด้วยการวัดองค์ประกอบร่างกาย ให้ทราบข้อมูลสุขภาพสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้บรรลุตามเป้าหมายรายบุคคล หากมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในอนาคตได้

3. จากการติดตามข้อมูลมวลกล้ามเนื้อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จะมีค่าอัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้นและส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งการเสริมสร้างและรักษามวลกล้ามเนื้อในช่วงวัยกลางคน ช่วยลดความเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ในวัยสูงอายุ อีกทั้งการออกกำลังกายและรับประทาน อาหารที่เหมาะสมช่วยชะลอและป้องกันการสูญเสีย มวลกล้ามเนื้อได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้บริหารจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ท่านผู้บริหารโรงพยาบาลในพื้นที่ จังหวัดมหาสารคามทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และ สนับสนุนการดำเนินงานด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัยทำงานและอสม. ในทุกอำเภอ ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนงาน สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2565. กรุงเทพฯ; 2566.

2. กรมอนามัย. กรมอนามัย เผย โควิด-19 ทำวัยเรียน – วัยทำงาน – ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเฉลี่ย 14 ชั่วโมงต่อวัน [อินเทอร์เน็ต]. กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141064/>.
3. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกาย ประเทศไทย (ทีแพค) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ. REGENERATING Physical Activity in Thailand after COVID-19 Pandemic: ฟันกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19. นนทบุรี: ภาพพิมพ์ จำกัด; 2563.
4. ปิยวัฒน์ เกตุวงศา. สถานการณ์โควิด-19 กับผลกระทบ ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการมีกิจกรรมทางกาย ของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. กองบริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-2/>.
5. Bourdas D I, Zacharakis E D. Impact of COVID-19 Lockdown on Physical Activity in a Sample of Greek Adults. Sports. 2020;8(10):139.
6. Yamada M, Kimura Y, Ishiyama D, Ootobe Y, Suzuki M, Koyama S, et al. Effect of the COVID-19 Epidemic on Physical Activity in Community-Dwelling Older Adults in Japan: A Cross-Sectional Online Survey. J Nutr Heal aging. 2020;24(9):948–50.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://dopah.anamai.moph.go.th/.2565>.
8. Stephen Kemmis and Robin McTaggart. The Action Research Planer. Victoria: Deakin University; 1988.
9. Srisuk W, Leelahagul P, Pataragesvit J.

Effectiveness of a Weight Loss Program on Body Mass Index and Adipose Tissue of Overweight People. *Ramathibodi Med J.* 2022;45(2):17-27.

10. ยลวรรณ ฐิธิชิตกรณ, เจษฎา สุวรรณวาริ. การศึกษาโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและส่งผลกระทบต่อความสุขในการทำงาน โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.* 2566;46(4):84-100.
11. ณัฐกร นิลเนตร, เพ็ญวิภา นิลเนตร. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.ของประชาชนวัยทำงานในพื้นที่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน.* 2566;5(1):27-38.
12. ดิสพล แจ่มจันทร์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขอนแก่นอำเภอนองม่วงจังหวัดลพบุรี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.* 2565;18(3):47-58.
13. ฐิติภัก อินทเสม. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน.* 2565;7(3):22-30.