

ชื่อเรื่อง พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงแจ้งเตือนข้อมูลดัชนีมวลกายสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
ประจำหมู่บ้าน

นางสาวนันท์นิ อุทัยวรรณ, นายประสิทธิ์ อภิรมานนท์
ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยงด้านส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาผลของรูปแบบการบันทึกข้อมูลสุขภาพด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเป็นเครื่องมือบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีกลุ่มเป้าหมายการพัฒนาจำนวน ๓๐ คน โดยเลือกจากความสมัครใจ **ผลการศึกษาพบว่า** กระบวนการเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยงด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายการพัฒนาาร่วมกันประกอบด้วย ๔ กิจกรรมสำคัญ คือ

- (๑) การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และบันทึกในโปรแกรม Dee Health ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
- (๒) การออกกำลังกายร่วมกันสัปดาห์ละ ๓ วัน ติดต่อกัน ๖ เดือน
- (๓) การชั่งน้ำหนัก และบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูปแบบออนไลน์ เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายครบ ๖ เดือน

(๔) ศึกษาคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมตามกลุ่มสีกที่ได้รับสื่อสารทางออนไลน์ และนำไปปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หลังดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีแนวโน้มการลดความเสี่ยงของภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นโดยพบว่า กลุ่มปกติจากร้อยละ ๑๖.๗ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๓๐ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายในระดับต่ำว ร้อยละ ๑๖.๗ ลดลงเป็นร้อยละ ๑๓.๓๓ และกลุ่มอ้วน ร้อยละ ๓๓.๓๓ ลดลงเป็น ร้อยละ ๒๓.๓๓ ยกเว้นกลุ่มอ้วนมากที่มีจำนวนเท่าเดิม คือ ร้อยละ ๓๓.๓๓ และเมื่อสำรวจความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโปรแกรมประมวผลและสื่อสารความเสี่ยงแจ้งเตือนดัชนีมวลกายพบว่ามีความพึงพอใจด้านประโยชน์ที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ ๘๐ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ควรมีการกระตุ้นแจ้งเตือน และสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการอย่างรวดเร็วทันการณ์ เพื่อทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักต่อการปรับพฤติกรรมออกกำลังกาย และเกิดการสร้างแรงจูงใจโดยใช้การสื่อสารเชิงบวกในการให้กำลังใจผ่านแอปพลิเคชัน ทำให้สามารถลดค่าดัชนีมวลกายลงสู่ภาวะปกติได้ดีขึ้น และมีความมั่นใจและสามารถควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนักได้สำเร็จ นอกจากนี้การให้คำแนะนำตามกลุ่มเสี่ยงออกเป็นแถบสีทำให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพระดับบุคคล **ข้อเสนอแนะ** จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการติดต่อสื่อสารรูปแบบออนไลน์ เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพซึ่งสามารถนำไปประยุกต์และพัฒนาการสื่อสารในรูปแบบออนไลน์ให้มากขึ้น รวมทั้งพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในการมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การประเมินผลและคืนข้อมูลให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ พฤติกรรมออกกำลังกาย การสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพ การควบคุมดัชนีมวลกาย

บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ พบว่า ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับและพบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ดังนี้ ๑,๓๖๓,๖๑๖ และ ๑,๔๖๘,๔๓๓ และ ๑,๕๖๖,๐๕๒ คน

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดนครสวรรค์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ พบว่า ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับและพบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับดังนี้ ๒๔,๑๘๗ และ ๒๔,๗๓๘ และ ๒๗,๒๓๕ คน^(๑)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่วิจัย^(๒) พบว่า ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๒ ของบ้านมาบมะขาม ม.๔ ต.เจริญผล อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์ พบว่า ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมองตามลำดับและพบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นจากผลการสำรวจผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๓ ของบ้านมาบมะขาม ม.๔ ต.เจริญผล อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์ มีประชากร พ.ศ.๒๕๖๓ จำนวน ๑,๑๖๑ คน โดยประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป มีจำนวน ๖๔๓ คน ผลสำรวจพบว่าในปี พ.ศ.๒๕๕๙-๒๕๖๓ จำนวนของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๒๕, ๑๒๘, ๑๓๕, ๑๔๘, ๓๗๙ คนตามลำดับ อันดับสองได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน ๗๘, ๗๙, ๘๕, ๘๓, ๘๓ คนตามลำดับและอันดับ ๓ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๗, ๘, ๕, ๙, ๗ คนตามลำดับ และจากผลสำรวจพบว่าอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมดิจิทัล” จากแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การพัฒนากำลังคนให้พร้อมเข้าสู่สังคมดิจิทัล บุคลากรทุกสาขาควรมีความรู้และทักษะดิจิทัล ข้อมูลข่าวสารสามารถส่งต่อถึงกันได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก^(๓) โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิต อีกทั้ง ยังมีนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เข้าสู่ประเทศไทย ๔.๐ มุ่งเน้นการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพรวมถึงการยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยซึ่งมีภารกิจหลักในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะการส่งเสริม สนับสนุน ให้ภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน

ดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI) เป็นค่าดัชนีที่คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อใช้หาอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักต่อส่วนสูง เพื่อบ่งชี้สถานะของร่างกาย เพราะการรู้ค่าดัชนีมวลกายมีความสำคัญที่ใช้บ่งชี้ถึงภาวะอ้วนหรือผอม และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งสูตรคำนวณดัชนีมวลกายคือ (ดัชนีมวลกาย=น้ำหนักตัว/ความสูง ยกกำลังสอง) ค่าที่ได้เป็นตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินสถานะของร่างกายว่ามีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งรูปแบบหรือเครื่องมือในการเก็บข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถนำข้อมูลเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัย แนวโน้ม และศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาลงไปได้ ที่ผ่านมามาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการเก็บข้อมูลเป็นการจดบันทึกใส่สมุด และคำนวณค่า BMI ด้วยตนเองทำให้ได้ข้อมูลที่ล่าช้าและผิดพลาดได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมาบมะขาม ได้ดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคโดยมีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายมาบมะขาม จัดกิจกรรมออกกำลังกาย (แอโรบิก) ๓ ครั้ง/สัปดาห์ครั้งละ ๑ ชั่วโมง และพัฒนาแกนนำ อสม. ดำเนินการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อน-หลังเข้าร่วมชมรมเป็นเวลา ๖ เดือน จากการดำเนินงานในรอบ ๖ เดือนแรก พบว่าการเก็บข้อมูลเป็นการจดบันทึกใส่สมุดทำให้ได้ข้อมูลที่ล่าช้าและพบข้อผิดพลาดในการประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) และการแปลผลจาก BMI ^(๒)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษากระบวนการสื่อสาร ในการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการทำงาน โดยมีเป้าหมายให้การเก็บบันทึกข้อมูลและแปลผลมีถูกต้อง รวดเร็ว ทันเวลามีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการใช้งานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการพัฒนาเครื่องมือบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) จากรูปแบบเดิม ปรับปรุงโดยใช้เครื่องมือแบบง่าย มีการประเมินผลการใช้งานและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้งานต่อเครื่องมือ

วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างเครื่องมือข้อมูลประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

วิธีการศึกษา

๑. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของชมรมออกกำลังกายในจังหวัดนครสวรรค์ และวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับ อำเภอ และตำบล

๒. ศึกษาความเป็นไปได้ของกลวิธีในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชมรมออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๓. คัดเลือกชมรมออกกำลังกายที่มีความเข้มแข็งและมีความเป็นไปได้ในการพัฒนาการเป็นชมรมต้นแบบด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย

๔. คัดเลือกหมู่บ้านที่มีชมรมออกกำลังกายเข้มแข็งเป็นพื้นที่ศึกษา คือ ชมรมออกกำลังกายบ้านมาบมะขาม อ.บรรพตพิสัย จ.นครสวรรค์ เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบว่ามีอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้น และมีการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมาบมะขาม

๕. ขั้นตอนการดำเนินงานศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ ๑ ทำความเข้าใจปัญหา เริ่มตั้งแต่เตรียมการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพื้นที่ศึกษา กลุ่มเป้าหมาย การจัดการพฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือบันทึกข้อมูล วิธีวิเคราะห์ ประเมินผลค่า BMI รวมถึงประสานงานกับพื้นที่และทีมงานเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน ขั้นตอนและเป้าหมายของการดำเนินงาน การทำความเข้าใจปัญหา ผู้ศึกษาทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการบันทึกข้อมูลสุขภาพ เก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ ได้แก่ วัน เดือน ปีที่เก็บข้อมูล ชื่อ-นามสกุล น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกายและการแปลผล ข้อมูลดังกล่าวเป็นการบันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกใส่สมุดซึ่งเป็นรูปแบบเดิมที่พื้นที่ใช้

ขั้นตอนที่ ๒ วางแผนปฏิบัติการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เริ่มตั้งแต่การกำหนดรูปแบบการพัฒนา และการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานจริงร่วมกันออกแบบกิจกรรมสำคัญในการจัดทำแผน และวิเคราะห์ร่วมกันถึงความเป็นไปได้และการหาข้อมูลเพื่อสรุปร่วมกัน นำไปสู่การกำหนดรูปแบบเพื่อแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ ๓ การปฏิบัติตามแผน โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดำเนินการ ดังนี้
กิจกรรมที่ ๑ บันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพก่อนเข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรม ประกอบด้วย การชั่งน้ำหนัก
วัดส่วนสูง คำนวณค่าดัชนีมวลกาย โดยให้บันทึกลงในสมุดทะเบียน

กิจกรรมที่ ๒ ออกกำลังกายร่วมกัน ๓ วัน/สัปดาห์ นานครั้งละ ๓๐ นาทีขึ้นไปและมีการเซ็นชื่อ
เพื่อบันทึกการเข้าร่วมการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ ๓ การเฝ้าระวังและสื่อสารความเสี่ยงของดัชนีมวลกาย

๓.๑ แนะนำวิธีการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และให้กลุ่มเป้าหมายการพัฒนา
ประเมินผลและลงบันทึกค่าดัชนีมวลกายด้วยตนเองและส่งให้ ประธานอสม.รวบรวมส่ง รพ.สต.ทุกเดือน
ต่อเนื่องกันนาน ๖ เดือน

๓.๒ ให้คำแนะนำเพื่อสร้างความรอบรู้ในการแก้ไขปัญหาความเสี่ยงของดัชนีมวล
กายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

๓.๓ สมัครงานเป็นสมาชิกก้าวทำใจ และใช้ platform ก้าวทำใจ Season ๓ ของกรม
อนามัยเพื่อบันทึกพฤติกรรมออกกำลังกายโดยโปรแกรมจะสามารถคำนวณการใช้พลังงานแต่ละครั้งเป็น
หน่วยแคลอรี บันทึกระยะเวลาในการออกกำลังกาย

กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาโปรแกรมการประเมินดัชนีมวลกาย จากนั้น นำเครื่องมือไปใช้จริง เก็บข้อมูล
จากกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา ๑ เดือนและผู้ศึกษาทำการติดตามผล วิเคราะห์แปลผลข้อมูล นำข้อมูลผลการ
วิเคราะห์ที่ได้มาทบทวนพร้อมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อหาจุดบกพร่อง นำมาปรับปรุง
แก้ไข หรือเพิ่มเติมโปรแกรมประเมินดัชนีมวลกาย ให้ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ ๔ การติดตามและประเมินผล

๔.๑ การบันทึกพฤติกรรมออกกำลังกายในโปรแกรมก้าวทำใจ Season ๓
โดยให้กลุ่มแกนนำในการพัฒนา หรือ อสม. ส่งผลการออกกำลังกายในแต่ละวันเข้ามาในไลน์กลุ่มชมรมออก
กำลังกายมาบมะขาม

๔.๒ ประเมินผลดัชนีมวลกายเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโครงการ กับการเข้าร่วม
ดำเนินการตามแผนกิจกรรมของโครงการ เมื่อครบ ๖ เดือน

๔.๓ ประเมินความพึงพอใจการใช้โปรแกรมประเมินดัชนีมวลกาย ประเมินผลเมื่อ
ดำเนินการได้ครบ ๖ เดือนผู้ศึกษาจัดทำแบบสอบถามเพื่อประเมินความสอดคล้อง ระหว่างประสิทธิภาพของ
เครื่องมือบันทึกข้อมูลกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

๔.๔ จัดเวทีแลกเปลี่ยน ร่วมเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์
ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นขอบเขตพื้นที่ศึกษาในหมู่บ้าน ๑ แห่ง คือ บ้านมาบมะขาม อ.บรรพตพิสัย
จ.นครสวรรค์

ผลการศึกษา

๑. จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานของประชากรในพื้นที่ศึกษา บ้านมาบมะขาม อ.บรรพตพิสัย
จ.นครสวรรค์ พบว่ามีประชากร ๑,๑๖๑ คน เพศชาย ๕๖๔ คน เพศหญิง ๕๙๗ คน กลุ่มเป้าหมายในการ
พัฒนาที่มีอายุตั้งแต่ ๑๒ ปีขึ้นไป เพศชาย ๕๐๘ คน เพศหญิง ๔๙๖ คน รวม ๑,๐๐๔ คน (ร้อยละ ๘๖.๔๗)
ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๕๒๖ คน พบว่าด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย
มีพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการออกกำลังกายตามเกณฑ์เพียงร้อยละ ๑๕.๖๘ และมีการออกกำลังกาย
เคลื่อนไหวร่างกายเพียง ๗๖.๘๑ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าการกินผักหลากหลายสี กินทุกวัน
และ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๗.๑๑ และ ๑๓.๘๕ ตามลำดับ การกินผักและผลไม้สดวันละครั้งกิโลกรัม
กินทุกวัน และ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๑๓.๖๕ และ ๑๖.๐๕ ตามลำดับ กินผลไม้รสหวานจัด กินทุกวัน

และ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๓๙.๙๒ และ ๔๒.๓๖ ตามลำดับ ดื่มน้ำดื่มมีรสหวาน กินทุกวัน และ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๒๑.๕๙ และ ๓๒.๓๘ ตามลำดับ กินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ กินทุกวัน และ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๔๐.๙๔ และ ๒๗.๙๐ ตามลำดับ กินอาหารเนื้อสัตว์ที่มีไขมัน กินทุกวัน และ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๓๙.๕๑ และ ๓๒.๙๙ ตามลำดับ และกินอาหารทอด กินทุกวัน และ ๕-๖ วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ ๕๕.๖๐ และ ๒๑.๑๘ ตามลำดับ

๒. ผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการของชมรมออกกำลังกายบ้านมาบมะขาม พบว่า จากการศึกษาคณะวิจัยได้ร่วมกับแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขของชมรมออกกำลังกายบ้านมาบมะขาม จำนวน ๓๐ คน ร่วมกันพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาประเมินค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) โดยใช้แนวคิดการจัดการความรู้ ๗ ขั้นตอน และพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงเบื้องต้นดัชนีมวลกาย โดยใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ผลที่ได้คือ โปรแกรมการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินค่า BMI (Dee Health Program) สำหรับ อสม. โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งหมด ๔ ครั้ง โดยที่โปรแกรมสามารถใช้ประโยชน์ในการเก็บข้อมูลชื่อ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และแปลผลเป็นค่า BMI จากนั้นพัฒนาต่อด้วยการแปลผลจาก BMI เป็น Code สี เพื่อแยกตามกลุ่มดัชนีมวลกาย (BMI) ดังนี้

- | | | |
|-----------------|-----------------|----------------------|
| ๑. กลุ่มปกติ | BMI ๑๘.๕๐-๒๒.๙๐ | ให้ Code แถบสีเขียว |
| ๒. กลุ่มท้วม | BMI ๒๓-๒๔.๙๐ | ให้ Code แถบสีเหลือง |
| ๓. กลุ่มอ้วน | BMI ๒๕-๒๙ | ให้ Code แถบสีส้ม |
| ๔. กลุ่มอ้วนมาก | BMI มากกว่า ๓๐ | ให้ Code แถบสีแดง |

โดยในการแยกแต่ละ Code สี เพื่อให้สมาชิกเข้าทำกิจกรรม ตาม Code สี ที่แปลผลได้ ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละกลุ่ม ประกอบด้วย คลิปรายการออกกำลังกาย, คลิปรายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้, แบบประเมินความพึงพอใจ และ ความยากง่ายในการใช้โปรแกรม

๓. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังเพื่อประเมินความสอดคล้อง ระหว่างประสิทธิภาพของโปรแกรม กับความต้องการของ อสม. จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกชมรมออกกำลังกายบ้านมาบมะขาม จำนวน ๓๐ คน หลังจากทดลองใช้ ๑ เดือน พบว่า โปรแกรมดังกล่าวมีความสอดคล้องกับความต้องการของ อสม. เกือบทุกประเด็นยกเว้นเรื่องสัญญาณอินเทอร์เน็ต เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อินเทอร์เน็ตรายเดือน และจากแบบสอบถามพบว่า อสม. มีความพึงพอใจด้านประโยชน์ที่ได้รับ คิดเป็นร้อยละ ๘๐ และความยากง่ายในการใช้ คิดเป็นร้อยละ ๗๐

๔. ผลการใช้โปรแกรมประมวลผลและสื่อสารความเสี่ยงเบื้องต้นดัชนีมวลกาย พบว่า เมื่อวิเคราะห์ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ๖ เดือน พบว่ากลุ่มปกติเพิ่มจาก ร้อยละ ๑๖.๗ เป็นร้อยละ ๓๐ กลุ่มท้วม ร้อยละ ๑๖.๗ ลดลงเป็น ร้อยละ ๑๓.๓๓ และกลุ่มอ้วน ร้อยละ ๓๓.๓๓ ลดลงเป็น ร้อยละ ๒๓.๓๓ ยกเว้นกลุ่มอ้วนมากที่มีจำนวนเท่าเดิม ร้อยละ ๓๓.๓๓

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาประเทศเข้าสู่ยุคประเทศไทย ๔.๐ หน่วยงานของรัฐควรลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านเครือข่ายการสื่อสาร สัญญาณอินเทอร์เน็ตให้มีความพร้อมและครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นอย่างทันการณ์

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

๑. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างรอบรู้ เท่าทันสื่อในยุคดิจิทัล และพัฒนาทักษะในการใช้เครื่องมือสื่อสารที่เป็นในวิถีชีวิตยุคดิจิทัลให้แก่นำสุขภาพ และ อสม.

๒. พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพในการมีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ การประเมินผลและคืนข้อมูลให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ข้อเสนอแนะการต่อยอดการพัฒนา

๑. พัฒนาเครื่องมือบันทึกข้อมูลให้สมบูรณ์มากขึ้น เช่นให้สามารถเลือกช่วงวันที่ ในการเรียกดูข้อมูลได้เพื่อลดระยะเวลาการสืบค้นข้อมูล หรือเพิ่มหัวข้อการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพอื่นๆให้ครอบคลุมสำหรับการนำไปประมวลผลและวิเคราะห์

๒. เเคราะห์สภาวะสุขภาพด้านอื่นๆได้

๒. กำหนดให้ข้อมูลส่วนบุคคลเป็นสิทธิส่วนบุคคล ไม่ควรเผยแพร่ให้ผู้อื่นรับทราบ นอกจากผู้ที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูล ประเมินผลเท่านั้น

๓. ขยายเครือข่ายให้มีการนำเครื่องมือไปใช้อย่างแพร่หลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลในระดับที่ใหญ่ขึ้นสามารถนำมาวิเคราะห์และพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมและดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัย เรื่องพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงแจ้งเตือนข้อมูลดัชนีมวลกายสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ประจำหมู่บ้าน ดำเนินการสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านมาบมะขาม ที่กรุณาเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาและให้ข้อมูลในการวิจัย ซึ่งส่งแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ช่องทางสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ ได้ครบถ้วนตามแผนงานวิจัยที่กำหนดไว้ คณะวิจัยขอขอบพระคุณความร่วมมือจากทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจการดำเนินงานของชมรมออกกำลังกายบ้านมาบมะขาม จนสามารถนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนการพัฒนางานและการปรับเปลี่ยนกระบวนการดังกล่าว จนเกิดแบบอย่างที่ดีในการสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และนำไปขยายผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนในหมู่บ้าน

นอกจากนี้ คณะวิจัย ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงศรินนา แสงอรุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ และคุณกิงพิกุล ชำนาญคง หัวหน้ากลุ่มพัฒนานวัตกรรม วิจัย และสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการพัฒนางานวิจัย ทำให้การดำเนินงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณ คุณศรีวรรณ ทาวงศ์มา หัวหน้ากลุ่มพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อม และคุณประสิทธิ์ อภิรมานนท์ ที่ช่วยออกแบบเครื่องมือที่ใช้คำนวณและแปลผลค่าดัชนีมวลกาย ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสาร/เว็บไซต์อ้างอิง

๑. กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๖๒, ระบบข้อมูลสุขภาพ ๔๓ แฟ้ม ปี พ.ศ.๒๕๖๒ (Health Data Center) [อินเทอร์เน็ต]. ๒๕๖๒ [เข้าถึงเมื่อ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๓]
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
๒. รพ.สต.มาบะขาม ๒๕๖๓ เอกสารประกอบการประกวด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่น ระดับชาติ สาขา การส่งเสริมสุขภาพ หน้า ๓๖, ๕๔-๖๓
๓. แผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พ.ศ.๒๕๕๙. หน้า๕๐-๕๒ พิมพ์ครั้งที่ ๑(พฤษภาคม ๒๕๕๙) โรงพิมพ์กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กรุงเทพฯ
๔. นรลัทขณ์ เอื้อกิจ และ ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี ๒๕๖๒ การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย ปีที่ ๑๒ ฉ.๑ ม.ค.-มิ.ย. ๒๕๖๒
๕. วิมล โรมา สธ.ใช้กลยุทธ์ “PIRAB”ดูแลประชาชนอายุยืนยาวและสุขภาพดี เจาะลิ้นกระบะสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต] ๒๕๖๐ [เข้าถึงเมื่อ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔] เข้าถึงได้จาก
<https://www.hfocus.org/content/2017/03/13678>
๖. อุทัย บุญประเสริฐ (๒๕๔๕) การบริหารจัดการสถานศึกษาโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๗. ปรมะ สตะเวทิน(๒๕๔๖) หลักนิเทศศาสตร์ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่ ๑๐
๘. เมธาวี ดวงจินดา, นางพิมล นิมิตรอนันท์ และ ศศิธร รุจนเวช ผลลัพธ์ของโปรแกรมการสื่อสาร ความเสี่ยงทางสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงโรคหลอดเลือดสมอง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ในจังหวัดสมุทรสาคร วารสารพยาบาลทหารบก ๒๕๕๙; ๑๗ (๒) : ๕๙-๖๗ [เข้าถึงเมื่อ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔] เข้าถึงได้จาก
[:https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/66803](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/66803)
๙. เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (๒๕๔๕) การจัดการคุณภาพ : จาก TQC ถึง TQM, ISO๙๐๐๐ และการประกันคุณภาพ กรุงเทพฯ : บริษัทบิธการพิมพ์ จำกัด
๑๐. สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (๒๕๔๓) PDCA : วงจรสู่ความสำเร็จ กรุงเทพมหานคร : บริษัท อินโนกราฟิกส์ จำกัด พิมพ์ครั้งที่ ๒
๑๑. วีรพงษ์ เกลิมจิระรัตน์ (๒๕๔๗)การแก้ปัญหาแบบคิวซี กรุงเทพฯ : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี พิมพ์ครั้งที่ ๑๑
๑๒. ฮิโตชิ (๒๕๔๐). การบริหารคุณภาพ [Management by quality (MBQ)] (ปริชา สีสานุกรม, ผู้แปล) กรุงเทพฯ : ส.เอเซียเพรส
๑๓. ศศิธร ไชยสัจ (๒๕๕๕) การพัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลการจ่ายชดเชยค่าบริหารผู้ป่วย ในโรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

๑๔. อรวรรณ ชนะศรี (๒๕๕๓) การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้กลยุทธ์การจัดการความรู้เพื่อพัฒนา การคิดเชิงระบบ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นที่ ๖.วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สาขาวิจัยและประเมิน). มหาวิทยาลัยทักษิณ, สงขลา
๑๕. ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ (๒๕๔๘) วิธีคิดกระบวนการระบบ.กรุงเทพฯ : พิสิษฐ์ไทย ออฟเซต
๑๖. เปี่ยมพงศ์ นัยบ้านด่าน [อินเทอร์เน็ต] ๒๕๕๗ [เข้าถึงเมื่อ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๔]
เข้าถึงได้จาก: http://natres.psu.ac.th/Journal/Learn_Organ/index.htm
๑๗. สมใจ วินิจกุล ประสิทธิผลการใช้โปรแกรมขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายต่อภาวะอ้วน ของประชาชนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารรามานีล ๒๕๕๓ ; ๑๖(๓) : ๓๒๗-๓๓๘
๑๘. อัญชลินทร์ ปานศิริ และคณะ^(๑๘) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔] เข้าถึงได้จาก :
https://hp.anamai.moph.go.th/webupload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204922/file_download/e763abe4d34539751762a000825db7b5.pdf
๑๙. นฤมล เพิ่มพูล, วนลดา ทองใบ และลภัสรดา หนู่มคำ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภavnน้ำหนักเกินมาตรฐาน. ๒๕๕๙; ๒๒(๒)
๒๐. ทิศนา แคมมณี. ๒๕๕๔. ศาสตร์การสอน : องค์ความรู้เพื่อการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๒๑. ประพนธ์ทิพย์ หมิ่นน้อย ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน อำเภอฝาง จังหวัดขอนแก่น. ๒๕๕๔
๒๒. รพ.สต.บ้านท่าข้าม. ๒๕๖๐. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔].
เข้าถึงได้จาก: <http://www.nkp-hospital.go.th/th/H.ed/mFile/20180316191617.pdf>
๒๓. เขมรดี มาสิงบุญและคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข๒๕๖๐; ๒๗(๒) : ๒๑๔-๒๒๗ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔] เข้าถึงได้จาก:
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/97735>
๒๔. เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงของประชาชนอำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๑;๑(๑): ๘๘๐-๘๘๕ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔]
เข้าถึงได้จาก : <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/282>
๒๕. อัมภากร หาญณรงค์และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ๒๕๖๐; ๒๕(๓): ๕๒-๖๕ [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔] เข้าถึงได้จาก:
<https://he02.tcithaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/101426>

๒๖. พรทิพย์ นิ้มขุดทด และคณะ(๒๕๕๙). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจและหลอดเลือด. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จังหวัดนครราชสีมา
๒๗. Natetida Bunnag. บทความ SDG News “ไม่ขยับ ไม่ออกกำลังกาย” เพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่นภาวะสมองเสื่อมและความดันโลหิตสูง. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔] เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/2021/04/01/physical-inactivity-associated-with-ncds-and-deaths/>
๒๘. ณิชปัญญา เรืองไชย. (๒๕๖๑). การสร้างชุมชนต้นแบบ “ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้คู่มือที่ดี ผูกเสียวอสม.”. [เข้าถึงเมื่อ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๔]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=878