

การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
มหาวิทยาลัยมหิดล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

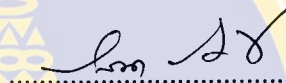
การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

มหาวิทยาลัยมหิดล



นางวิลาวัดย์ ชูทรานนท์

ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์วาสนา จันทรสว่าง,

นศ.บ. เกียรตินิยม, ศศ.ม.

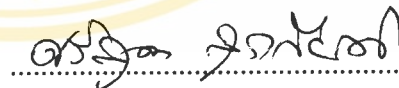
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



รองศาสตราจารย์ สุติมา ศิริกุลชยานนท์,

พ.บ. เกียรตินิยม, วว.กumarเวชศาสตร์, M.P.H.M.

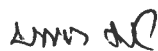
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



นางศรีสุตา สุรเกียรติ,

ส.ค.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

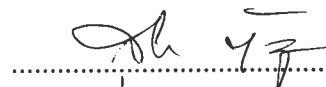


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์สุปรียา ดันสกุล,

ค.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

วันที่ 7 เมษายน พ.ศ.2552



นางวิลาวลัย ชูทรานนท์

ผู้วิจัย



นางสาวกานดาวิ มาลีวงศ์,

ส.ค.

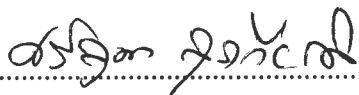
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์วาสนา จันทรสว่าง,

นศ.บ.เกียรตินิยม, ศศ.ม.

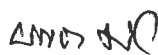
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นางศรีสุดา สุรเกียรติ,

ส.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

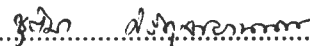


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ชุตินา ศิริกุลชานนท์,

พ.บ. เกียรตินิยม, วว.กุมารเวชศาสตร์, M.P.H.M.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล,

พ.บ., อ.ว. (ระบาควิทยา)

คณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากคณาจารย์ จึงใคร่ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์วาสนา จันทรสว่าง รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุติมา ศิริกุลชยานนท์ ดร.ศรีสุดา สุรเกียรติ และ ดร.กานดาสิ มาลีวงษ์ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ และให้กำลังใจ จนวิทยานิพนธ์สำเร็จได้ โดยสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษา และพฤกษศาสตร์ทุกท่าน ที่กรุณา ถ่ายทอดความรู้ จนสำเร็จการศึกษา

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์สรนิต ศิลธรรม ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ กาญจนภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชา ที่ได้กรุณาส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษา ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงสุรธี ธิยาพันธ์ คุณพิกุลแก้ว คลื่นสุวรรณ คุณวชิราภรณ์ จำเริญ คุณธัญญลักษณ์ หงษ์โต และคุณพลสุข ตั้วกุล ที่ได้กรุณาเป็นวิทยากร และวิทยากรประจำกลุ่ม ขอขอบคุณศูนย์การแพทย์กาญจนภิเษก เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมรุ่น ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ตลอดถึงเจ้าหน้าที่ศูนย์การแพทย์กาญจนภิเษกทุกท่าน ที่ร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดการวิจัย

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา และขอขอบคุณอย่างยิ่งสำหรับ คุณสุนทร ขุทรานนท์ ที่สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

วิลาวัลย์ ขุทรานนท์

การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

HEALTH PROMOTION TO PERSONNEL IN GOLDEN JUBILEE MEDICAL CENTRE,
MAHIDOL UNIVERSITY

วิลาวัลย์ ขุทรานนท์ 4837653 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วาสนา จันทรสว่าง, ศศ.ม., ชุติมา ศิริกุลชยานนท์, M.P.H.M,
ศรีสุดา สุรเกียรติ, ศ.ด.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง การศึกษาประชากรกลุ่มเดียว เปรียบเทียบก่อนและหลัง การทดลอง ศึกษาผลของการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลอง คือ บุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 55 คน ระยะเวลาศึกษา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ (มาจากการตรวจร่างกาย) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired sample t- test

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการผ่อนคลายความเครียด ดีวก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ส่วนภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และระดับคอเลสเตอรอล พบว่า ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ส่วนระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน

ซึ่งแสดงว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ และด้านการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มอื่นๆที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองได้

คำสำคัญ : การสร้างเสริมสุขภาพ / แรงสนับสนุนทางสังคม / การมีส่วนร่วม / กระบวนการกลุ่ม /
บุคลากรโรงพยาบาล

HEALTH PROMOTION TO PERSONNEL IN GOLDEN JUBILEE MEDICAL CENTRE, MAHIDOL UNIVERSITY

WILAWAN KUTRANONT 4837653 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCE

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WASANA JANGSAWANG, M.A.

CHUTIMA SIRIKULCHAYANON, M.P.H.M., SRISUDA SURAKIAT, Dr.PH.

ABSTRACT

The main purpose of this study was to determine the effectiveness of a health promotion program for personnel at the Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University. The social support theory, participation and group process strategy were modified in order to formulate the health promotion program. Sample consisted of 55 Golden Jubilee Medical Centre personnel, Mahidol University who attended the health promotion program for 12 weeks. The health promotion program consisted of exercise, nutrition and relaxation. Self-administered questionnaires, health behavioral records and health status records were used for data collection before and after the program. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation and paired sample t-test.

The findings showed that the health promotion program, consisting of exercise, nutrition and relaxation, enabled the sample to have a significantly better ($p < 0.05$), intention and level of behaviors to promote health behaviors than before the intervention. The body weight level, body mass index level, waist level, systolic pressure level and cholesterol levels of the experimental group were significantly lower than prior levels ($p < 0.05$), but diastolic pressure level was not change significantly.

In conclusion, the health promotion program by applying social support theory with participation and group process strategy to promote for healthy behaviors is effective for changing behaviors in order to avoid chronic diseases. Thus, this program should be applied to other similar target groups

KEY WORD : HEALTH PROMOTION / SOCIAL SUPPORT THEORY
PARTICIPATION /GROUP PROCESS/ HOSPITAL PERSONNEL

208 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
ระยะเวลาการวิจัย	6
ข้อจำกัดการวิจัย	6
ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย	7
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	18
การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)	18
การมีส่วนร่วม (Participation)	22
กระบวนการกลุ่ม (Group Process)	24
ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)	29
แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)	33
การออกกำลังกาย (Exercise)	35
โภชนาการ (Nutrition)	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การผ่อนคลายความเครียด (Relaxation)	55
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	56
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	63
รูปแบบการวิจัย	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	66
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
บทที่ 4 ผลการวิจัย	82
ข้อมูลทั่วไป	82
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	89
ภาวะสุขภาพ	93
บทที่ 5 อภิปรายผล	99
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	113
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	120
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	139
บรรณานุกรม	158
ภาคผนวก	162
ประวัติผู้วิจัย	208

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 อาหารบริโภคครบมาตรฐานประจำวัน สำหรับพลังงาน 1,600-2,000 กิโลแคลอรี	51
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	84
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	90
4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	90
5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	91
6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	92
7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	92
8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของร่างกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	93
9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	94
10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	95
11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	96
12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	97

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	179
14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรงและ ออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	182
15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการ ทดลอง และหลังการทดลอง	182
16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด รายข้อ ภายในกลุ่ม ทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	187
17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของร่างกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	192
18 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	192
19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการ ทดลอง	192
20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	193
21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการ ทดลอง และหลังการทดลอง	193
22 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่ม ด้านการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย	194
23 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรงและออก กำลังกาย	194
24 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านโภชนาการ	196
25 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านการผ่อนคลายความเครียด	196
26 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	197
27 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านน้ำหนักร่างกาย	197

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
28 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านดัชนีมวลกาย	198
29 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านรอบเอว	198
30 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านความดันโลหิต	198
31 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มระดับโคเลสเตอรอล	199



สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Frameworks)	62
2 รูปแบบการวิจัย	63
3 แผนภูมิการทดลอง	64



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะเศรษฐกิจ สังคม นโยบาย การพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย การสื่อสาร และการคมนาคม ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชาชน ที่มากกว่านั้นคือ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้โรคที่เกิดจากการติดเชื้อต่างๆที่เคยเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆในสมัยก่อนค่อยๆลดลงไป แต่พบว่าการเกิดโรคไร้เชื้อกลับมีอัตราเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศและเป็นสาเหตุของอัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (สถาบันนโยบายและแผนงานสาธารณสุข, 2548) สาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชน ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคไร้เชื้อ เป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย อาทิ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และ เบาหวาน เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ปัจจุบัน พบว่า สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังของคนไทย คือ มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ม²) ร้อยละ 16.10 และมีภาวะโรคอ้วน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก/ม²) ร้อยละ 3.03 การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอเพียง (มากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน) ร้อยละ 17.34 ซึ่งอยู่ในระดับที่น้อยมาก มีผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 22.25 ดื่มสุรา ร้อยละ 37.44 มีกิจกรรมทางกายน้อย หรือไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 54.90 (กองสุขาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2548) และ สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ของประเทศไทย พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้วยโรค หลอดเลือดสมอง อัตรา 174.88 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง อัตรา 544.08 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 198.68 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน อัตรา 490.53 ต่อแสนประชากร และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยจำนวนมาก จากรายงาน สถานการณ์การเสียชีวิตจากโรคไร้เชื้อ ของประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทุกชนิด 81.40 ต่อแสนประชากร

โรคหัวใจและหลอดเลือด อัตรา 59.12 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 25.27 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 18.69 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน 11.85 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิตสูง อัตรา 3.94 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ซึ่งมีแนวโน้มของการเป็นโรคเรื้อรังและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีและเกิดขึ้นในกลุ่มอายุที่ลดลงเรื่อยๆ

ทั้งนี้ จะเห็น การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม มีการจัดการกับความเครียดที่ดี และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น ตั้งแต่อายุน้อยๆแล้ว จะสามารถมีสุขภาพกายและจิตใจที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยประเทศประหยัดงบประมาณ ในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก แต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดการปฏิบัติต่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย และโภชนาการเพื่อสุขภาพ ทำให้ให้ชีวิตประชาชนไทย ดำเนินไปในทางทำลายสุขภาพของตนเองตลอดเวลา เกิดภาวะเครียด ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพและเกิดโรคเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทั้งในระดับองค์กร และประเทศชาติ

ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพของคนเป็นหลัก โดยเฉพาะเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคของประชาชนทุกกลุ่มอายุ มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชน องค์กร หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ได้รับรู้ ตระหนักและใส่ใจสุขภาพร่วมกัน สร้างเสริมและดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน โดยให้ประชาชน มีความรู้ และทักษะด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น มีการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสมและปลอดภัย การลด ละ เลิก ยาเสพติดและรู้วิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี เป็นต้น และรู้วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง เป้าหมายหลัก เพื่อการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ลดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 เน้นระบบสุขภาพพอเพียง มุ่งหวังให้ทั้งระดับบุคคล ชุมชนและองค์กร รับรู้ถึงศักยภาพ และประเมินตนเอง สร้างภูมิคุ้มกันตนเอง มีความรู้ ในการที่จะจัดการและ ดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น ทั้งนี้ การสร้างเสริมสุขภาพที่ดี เป็นเรื่องของการมีภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และ การจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกลุ่มบุคคลวัยทำงานเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญต่อการ

พัฒนาประเทศ โดยเฉพาะบุคลากรด้านสาธารณสุขสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม รวมทั้ง ปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่าง (Model) และเป็นผู้นำด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เป็นองค์กรของมหาวิทยาลัยมหิดล จัดตั้งขึ้นเพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ฉลองสิริราชครบ 50 ปี เริ่มก่อตั้งเมื่อ ปี พ.ศ. 2540 และเปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป เมื่อ 2 มีนาคม พ.ศ. 2549 วัตถุประสงค์ เป็นสถานบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน ศูนย์วิชาการ การเรียนการสอน และการวิจัยด้านสุขภาพ โดยมีขอบเขตงานบริการ คือ เป็นศูนย์ทันตกรรมครบวงจร สถานบริการตรวจโรคทั่วไป ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ศูนย์การแพทย์ทางเลือก สถานบริการผู้ป่วยใน ศูนย์ห้องปฏิบัติการและการวิจัย งานรังสีวินิจฉัย ศูนย์ฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และสาขาอื่นๆ ทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ในวันที่ 6-8 มิถุนายน 2550 พบว่า บุคลากรตรวจสุขภาพ 158 คน(จากบุคลากรทั้งหมด 225 คน) คิดเป็น ร้อยละ 70 เพศหญิง ร้อยละ 82.28 เพศชายร้อยละ 17.72 อายุระหว่าง 19-51 ปี มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน(มากกว่า 22.9 Kg/m²) ร้อยละ 24.05 ภาวะไขมันในเลือดสูง(Total cholesterol มากกว่า 200 mg%) ร้อยละ 19.62 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง(มากกว่า 100 mg%) ร้อยละ 8.23ภาวะความดันโลหิตสูง(มากกว่า140/90 mmHg) ร้อยละ 4.43 บุคลากรมีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.05 โดย เป็นโรคภูมิแพ้ร้อยละ 34.21 โรคปวดศีรษะไมเกรน ร้อยละ13.16 กระเพาะอาหารอักเสบ ร้อยละ 13.16 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.89 หอบหืด ร้อยละ 7.89 ไทรอยด์ ร้อยละ 5.27 หัวใจ ร้อยละ 2.63 โลหิตจาง ร้อยละ 2.63 เบาหวาน ร้อยละ 2.63 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 2.63 ธารัสซีเมีย ร้อยละ 2.63 และ ไชนัสอักเสบร้อยละ 5.27

จากการสุ่มสำรวจด้วยแบบสอบถาม จำนวน 25 ราย พบว่า บุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ยังมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (มากกว่า 22.9 mg%) ร้อยละ 24 ขาดการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ร้อยละ 81 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 68 และมีการจัดการความเครียดได้โดยไม่ต้องพึ่งยา ร้อยละ 96 และจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คนและ 14 คน ตามลำดับ โดยใช้คำถามตามแนวคิด PRECEED FRAMEWORK ของ LAWRENCE W.GREEN เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปรากฏผลดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้ การรับรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ต่อการเป็นโรคเรื้อรังต่างๆที่เกิดจากขาดการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะเครียด อยู่ในระดับดี เนื่องจากเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ มีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งความรู้ด้านสุขภาพได้ดี

ปัจจัยเอื้อ พบว่า การที่บุคลากรไม่ปฏิบัติตามในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

ด้านการออกกำลังกาย เนื่องจาก ทำงานเหนื่อยทั้งวัน ไม่มีเวลา ต้องการพักผ่อนเมื่อมีเวลาว่าง ขาดอุปกรณ์ออกกำลังกาย ขาดสถานที่ออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจ ขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย ขาดความพร้อมด้านสถานที่ การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดโครงการ ที่กระตุ้นหรือสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย

ด้านโภชนาการ เนื่องจากส่วนใหญ่บุคลากรไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง เพราะยุ่งยาก เลือกซื้ออาหารที่สะดวก สำเร็จรูป รวดเร็ว รสชาติอร่อย ส่วนใหญ่มีเชื้อดื้อยาแพ้กับขนมปัง และดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ เป็นประจำ และมักจะรับประทานขนมกรุบกรอบมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ สถานที่ทำงานไม่มีร้านอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคลากร การจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ และการจัดโครงการ ที่กระตุ้นหรือสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

ด้านการจัดการความเครียด พบว่า บุคลากรขาดแรงจูงใจและปัจจัยที่เอื้อต่อการผ่อนคลายความเครียด เช่น ไม่กล้าปรึกษาใคร ขาดความพร้อมด้านสถานที่ การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดโครงการหรือกิจกรรม ที่กระตุ้นหรือสนับสนุนการมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดในหน่วยงาน

ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้บริหาร และหัวหน้างาน ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การจัดช่วงเวลา งบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านต่างๆ การจัดสิ่งแวดล้อม และสถานที่ที่เอื้อด้านสุขภาพ เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ถูกต้อง มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิต และเป็นแบบอย่างที่ดี แก่ผู้มารับบริการ และประชาชนทั่วไป

คำถามการวิจัย

การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ทำให้บุคลากร มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสม และภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ก่อนและหลังการทดลอง ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล ของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

- 1.โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง เหมาะสม มากกว่าก่อนการทดลอง

2. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลง น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ให้กับบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ที่ถูกต้องเหมาะสม และภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับคอเลสเตอรอล เปลี่ยนแปลงลดลง ของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 55 คน ทั้งนี้รูปแบบการจัดกิจกรรมถูกออกแบบโดยกลุ่มทดลอง ตามความสนใจและความต้องการของกลุ่ม ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มในการออกแบบกิจกรรมบนพื้นฐานของความจำเป็นและความสามารถในการจัดกิจกรรม จึงทำให้รูปแบบกิจกรรมมีส่วนร่วม ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดไม่เท่ากัน

ระยะเวลาการวิจัย

ระยะเวลาการศึกษาวิจัย สิงหาคม – ธันวาคม 2551 แบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา ดังนี้

1. การขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ 14 สิงหาคม 2551
2. ดำเนินโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพระหว่าง 18 กันยายน – 4 ธันวาคม 2551

ข้อจำกัดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีข้อจำกัดดังนี้ คือ

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ดำเนินการทดลองระหว่าง กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2551 เป็นการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 55 คน โดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

2. รูปแบบกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้ ออกแบบโดยกลุ่มทดลองตามความสนใจและความต้องการโดยกลุ่ม ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ทำให้รูปแบบของการจัดกิจกรรมมีส่วนไม่เท่ากันในด้านออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

3. การวิจัยครั้งนี้ ไม่สามารถควบคุมการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือความรู้จากแหล่งประโยชน์อื่นๆที่นอกเหนือไปจากการได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงมีความสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพได้

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมการออกกำลังกาย

1.1 การฝึกทักษะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยวิทยากร ได้แก่ เต้นแอโรบิก โยคะ ชีกง และลีลาศ

1.2 กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข

1.3 แจกแผ่นพับความรู้ด้านการออกกำลังกาย

2. กิจกรรมด้านโภชนาการ

2.1 กิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่าง” โดยการจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ

2.2 กิจกรรม “กินอย่างไร ร่างกายสวยงาม” โดยการสาธิตด้านโภชนาการที่ถูกต้อง และร่วมรับประทานอาหาร

2.3 กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข

2.4 แจกแผ่นพับความรู้ด้านโภชนาการ

3. กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด

3.1 กิจกรรม“สมาธิเพื่อสุขภาพ” ได้แก่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ปัญหา อุปสรรค ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวทางธรรม และการร่วมฝึกสมาธิ

3.2 กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข

3.3 กิจกรรม “ร่วมคิดสร้างสรรค์ กับวันสบายๆ” โดยการเล่าเรื่องประทับใจ คลายเครียด

3.4 แจกแผ่นพับความรู้การผ่อนคลายความเครียด

4. กิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจัดรวมกับการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทุกครั้ง ทั้งด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

4.1 จัดกิจกรรม “ยิ้มแย้ม แจ่มใส ใสใจสุขภาพ” โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

4.2 จัดกิจกรรม“สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” ผู้วิจัย ส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

4.3 การแจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ/ แบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

4.4 จัดกิจกรรม “ยิ้มแย้มแจ่มใส วันดอกไม้บาน” ได้แก่ การร่วมเลี้ยงสังสรรค์ วันปิดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้กำลังใจ และกล่าวขอบคุณบุคลากรผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกท่าน

4.5 จัดกิจกรรม “รางวัลแทนใจ” ได้แก่ การมอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ การเล่าเรื่องประทับใจ และแม่ครัวตัวอย่างเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ

4.6 การให้คำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพโดย แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ

ตัวแปรตาม คือ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ดังนี้

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้าน

- 1.1 การออกกำลังกาย
- 1.2 โภชนาการ
- 1.3 การผ่อนคลายความเครียด

2. ภาวะสุขภาพ

- 2.1 น้ำหนักร่างกาย
- 2.2 ดัชนีมวลกาย
- 2.3 รอบเอว
- 2.4 ความดันโลหิต
- 2.5 ระดับโคเลสเตอรอล

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม มีระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยรูปแบบโปรแกรม ออกแบบโดยกลุ่มทดลอง ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่มประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1

- 1. กิจกรรม“ซึมซับ แจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ” ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
- 2. การตรวจภาวะสุขภาพร่างกาย ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

4. แจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบบันทึกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 3

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ”
3. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 1 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 4

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “สมาธิเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 5

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การทำกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด
3. กิจกรรม “ร่วมคิดสร้างสรรค์ กับวันสบายๆ” ได้แก่ การเล่าเรื่องประทับใจ คลายเครียด

สัปดาห์ที่ 6

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “โยคะเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 7

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “โยคะเพื่อสุขภาพ”
3. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 2 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 8

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ชิงช้าเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 9

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด
3. กิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่าง” ได้แก่ การจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ
4. กิจกรรม“กินอย่างไร ร่างกายสวยงาม” ได้แก่ การสาธิตด้านโภชนาการที่ถูกต้อง และร่วมรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 10

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ลีลาศเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 11

1. กิจกรรมการชักนำหน้าร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ลีลาศเพื่อสุขภาพ”
3. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 3 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 12

1. กิจกรรม“ยิ้มเข้มแจ่มใส วันดอกไม้บาน” ได้แก่ การตรวจภาวะสุขภาพ และตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ
 2. กิจกรรม“รางวัลแทนใจ” ได้แก่ การมอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ การเล่าเรื่องประทับใจ แม่ครัวตัวอย่างเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ
 3. กิจกรรม “อ่าลาอาลัย” ได้แก่ ร่วมเลี้ยงสังสรรค์ ปิดโครงการ
- 2. บุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล** หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีอายุระหว่าง 19 -60 ปี จำนวน 55 คน ที่ปฏิบัติงานบริการทางการแพทย์ ได้แก่ งานตรวจโรคผู้ป่วยนอก งานหอผู้ป่วยใน งานห้องผ่าตัด งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานทันตกรรม งานเวชศาสตร์ฟื้นฟู งานสร้างเสริมสุขภาพ งานรังสีเทคนิค งานเทคนิคการแพทย์ และหน่วยงานสนับสนุนทางการแพทย์ ได้แก่ งานประชาสัมพันธ์และการตลาด งานโสตทัศนูปกรณ์ งานเวชระเบียน งานการเงินและบัญชี งานหน่วยจ่ายกลาง งานบริการผ้า งานวิศวกรรมบริการ งานยานยนต์ งานอาคารและสถานที่ งานธุรการ งานสวน แม่บ้าน ของ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม ในระหว่าง กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2551
3. **พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติเป็นประจำได้ด้วยตนเองของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ที่ครอบคลุมใน 3 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

3.1 การออกกำลังกาย หมายถึง การที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและออกแรง ออกกำลังกาย ในรูปแบบต่างๆ คือ การเดินแอโรบิก ซี่งก โยคะ เดิน วิ่ง โดยมีเวลาในการออกกำลังกาย

อย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที 3 วันต่อสัปดาห์ โดยเริ่มจากการอบอุ่นร่างกาย การออกกำลังกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย หรือ การเดิน วิ่ง เคลื่อนไหว เล่นกีฬา ออกแรง ในชีวิตประจำวันในบริบทงานบ้าน หรืองานอาชีพ การเดินทาง และในช่วงเวลาว่าง ด้วยความเหนียวปานกลาง อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน อย่างต่อเนื่อง หรือสะสมได้อย่างน้อย 5 วัน/ สัปดาห์ ซึ่งในโปรแกรมการวิจัย ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 2-3 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม การส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ” และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 1 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การทำกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “โยคะเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 2 คือกิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ชี่กงเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ลีลาศเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 3 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

3.2 โภชนาการ หมายถึง การรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพียงพอ ทั้งปริมาณ และคุณภาพต่อร่างกาย โดยยึดหลัก โภชนบัญญัติ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548) คือ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว การรับประทานอาหารเป็นหลักสลับกับ อาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ การรับประทานพืชผักให้มากและผลไม้เป็นประจำ รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน ดื่มน้ำหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งในโปรแกรมการวิจัย ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 1 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 2 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่าง” ได้แก่ การจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ และกิจกรรม “กินอย่างไร ร่างกายสวยงาม” ได้แก่ การสาธิตด้านโภชนาการที่ถูกต้อง และร่วมรับประทานอาหาร

สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 3 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

3.3 การผ่อนคลายความเครียด หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่างๆที่เหมาะสมกับตนเองทำแล้วเกิดความสบายใจ เพลิดเพลิน ไม่ทำลายสุขภาพตนเองและไม่ทำให้อื่นเดือดร้อน โดยพยายามแก้ไขอย่างเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า เสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การใช้เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ การใช้ยาและสารเสพติด การหาความสำราญให้ตนเอง การระบายอารมณ์ เช่น การนั่งสมาธิ การนวดคลายเครียด งานอดิเรก เป็นต้นซึ่งในโปรแกรมการวิจัย ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 1 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด เข้าร่วมกิจกรรม “สมาธิเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การทำกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรม “ร่วมคิดสร้างสรรค์ กับวันสบายๆ” ได้แก่ การเล่าเรื่องประทับใจ ผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 2 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และการให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 3 คือ กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยจดหมายกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรม “ยิ้มแย้มแจ่มใส วันดอกไม้บาน” ได้แก่ การตรวจภาวะสุขภาพ และตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรม “รางวัลแทนใจ” ได้แก่ การมอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ การเล่าเรื่องประทับใจ แม่ครัวตัวอย่างเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ และกิจกรรม “อาลาอ้าย” ได้แก่ ร่วมเลี้ยงสังสรรค์ ปิดโครงการ

4. ภาวะสุขภาพ หมายถึง การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิต ของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยประเมินจาก น้ำหนักของร่างกาย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลในเลือด เปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยบันทึกลงในแบบบันทึกภาวะสุขภาพและแบบสอบถาม ดังนี้

น้ำหนักร่างกาย หมายถึง ค่าที่บ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการของบุคคล โดยนำไปเปรียบเทียบกับความสูงของร่างกาย ในการประเมินภาวะโภชนาการ

ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index = BMI) หมายถึง ภาวะที่บ่งชี้ถึงความหนาของร่างกาย โดยคิดคำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง มีหน่วยเป็นกิโลกรัม/ ตารางเมตร เกณฑ์มาตรฐานการประเมินดัชนีมวลกายปกติ อยู่ระหว่าง 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 23-24.9กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าน้ำหนักร่างกาย

เกินมาตรฐาน และ ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถือว่าอ้วน (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

รอบเอว หมายถึง ความยาวของเส้นรอบเอวที่วัดผ่านสะดือ เนื่องจากส่วนใหญ่บุคคลมีการสะสมของไขมันอย่างมาก บริเวณหน้าท้อง การมีไขมันสะสมที่บริเวณหน้าท้องมาก มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคเบาหวานชนิดที่สอง ความดันโลหิตสูง และการเกิดมะเร็งบางชนิดได้มากขึ้น และมากกว่าการสะสมของไขมันที่บริเวณอื่นๆ มีเกณฑ์ คือ เพศหญิง น้อยกว่า 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร) และเพศชาย น้อยกว่า 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร) (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ความดันโลหิต หมายถึง ระดับความแรงของความดันโลหิตในหลอดเลือดขนาดกลาง โดยวัดที่ต้นแขน ซึ่งกำหนดให้ค่าความดันโลหิตปกติเท่ากับ 120/ 80 mmHg ถ้าค่ามากกว่า 140/90 mmHg ถือว่ามีความดันโลหิตสูง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

ระดับโคเลสเตอรอล หมายถึง ระดับไขมันชนิดโคเลสเตอรอลอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติไม่ควรเกิน 200 mg/dl (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) หากสูงกว่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดจากไขมันเกาะพอกตามผนังด้านในหลอดเลือด เกิดการแข็งตัวของหลอดเลือด และเกิดการตีบหรือตันได้

5. การประเมินตนเองด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การรับรู้สถานการณ์ การเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) ของโปรชสกา (Prochaska) โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้ประเมินตนเองทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยให้เป็นระดับคะแนนตามลักษณะของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดประกอบด้วยแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)
2. การมีส่วนร่วม (Participation)
3. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)
4. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support theory)
5. แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)
6. การออกกำลังกาย (Exercise)
7. โภชนาการ (Nutrition)
8. การผ่อนคลายความเครียด (Relaxation)
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

1. คำจำกัดความ การสร้างเสริมสุขภาพ (กฎบัตรออตตาวา) หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพให้กับตนเองได้ (Health promotion is the process of enabling people to control over, and to improve, their health)

หมายถึง การกระทำใดๆที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคล มีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมโดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม ที่จะนำไปสู่การมี

ร่างกายที่แข็งแรงสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2544)

ความสำคัญของนิยามอยู่ที่คำ สองคำ คือ กระบวนการ (Process) และ ควบคุม (Control) การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น ไม่ยึดติดกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่อาจเปลี่ยนไปตามความรู้และความนิยม

เป้าหมายหลักของการสร้างเสริมสุขภาพ มีสองประการ คือ

1. เป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ สุขภาพที่เพิ่มขึ้น (Health gain) ของกลุ่มเป้าหมาย จากตัวชี้วัด ได้แก่ อัตราตาย อัตราป่วย และภาวะแทรกซ้อน คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ที่ดี ความพึงพอใจ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น
2. เป้าหมายทั่วไป ได้แก่ การเพิ่มพลังอำนาจ สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพได้ จึงมีประโยชน์ที่จะนำไปใช้ทบทวนบริการ หรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ทำอยู่ ว่ามีเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ จะได้นำไปพัฒนาให้สูงขึ้นอีกระดับหนึ่ง

2. ความเป็นมาของการสร้างเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization , WHO) ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยปี พ.ศ. 2520 ได้จัดการประชุมเพื่อสนับสนุนหลักการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และตามมาด้วยการประชุมนานาชาติในเรื่องการสาธารณสุขมูลฐาน ณ กรุงอัลมา อะตา ในปี พ.ศ. 2521 จากการประชุมดังกล่าว งานส่งเสริมสุขภาพ หรือ งานสาธารณสุขแนวใหม่ ได้เริ่มต้นพร้อมกับคำประกาศเจตนารมณ์ของการประชุม ซึ่งกำหนดขึ้นด้วยความตระหนักว่าสุขภาพดีเป็นเป้าหมายพื้นฐานทางสังคม และได้วางแนวทางใหม่ในการกำหนดนโยบายสุขภาพเป็นกลยุทธ์ระดับโลก เน้นหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนและความร่วมมือระหว่างภาคต่างๆของสังคมโดยมีสาธารณสุขมูลฐานเป็นรากฐาน

WHO ได้จัดการประชุมระหว่างประเทศเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพนานาชาติ” ครั้งแรก เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา และได้ร่าง “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter of Health Promotion) ขึ้น นับเป็นเสาหลักแรกและเป็นแรงบันดาลใจ ของงานส่งเสริมสุขภาพมิติใหม่ การประชุมระหว่างประเทศในครั้งต่อมาได้ก่อให้เกิดความชัดเจนในความหมายและความสัมพันธ์ของกลยุทธ์หลักในการส่งเสริมสุขภาพ

หลังจากนั้นมีการจัดประชุม ครั้งที่ 2 เดือนเมษายน พ.ศ. 2531 ขึ้นที่เมืองแอติเลด ประเทศออสเตรเลีย ในหัวข้อ “การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (Healthy Public Policy) และการประชุมครั้งที่ 3 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2534 ที่เมืองซันต์สวาล์ ประเทศสวีเดน ในหัวข้อ “กลยุทธ์การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ” พร้อมกับการส่งเสริมสุขภาพได้แสดงบทบาทที่สำคัญมากขึ้นในการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลก

โดยที่การประชุม ครั้งที่ 4 (4th International Conference on Health Promotion) เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ซึ่งจัดขึ้น ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ในหัวข้อหลักเรื่อง “วิถีสู่สุขภาพดี: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” (New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century) ถือเป็นการพัฒนากลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนาต่างๆ เพื่อการมีสุขภาพดีในสถานการณ์ปัจจุบัน เป็นการประชุมครั้งแรกที่จัดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นครั้งแรกที่ภาคธุรกิจเอกชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมและให้การสนับสนุน โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากทั่วโลกทั้งหมด 78 ประเทศ จากภาคสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาทุกระดับ ซึ่งสนับสนุนให้เกิดโอกาสที่ผู้เข้าร่วมประชุมสะท้อนถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อทบทวนตัวกำหนดด้านสุขภาพ (Determinants) รวมทั้งกำหนดทิศทางและกลยุทธ์ที่จะเผชิญความท้าทายในศตวรรษที่ 21 โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ คือ

1. ทบทวนและประเมินผลกระทบของการส่งเสริมสุขภาพ
2. กำหนดกลยุทธ์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพประสบผลสำเร็จ
3. ส่งเสริมการพัฒนาแนวร่วมในการส่งเสริมเพื่อสนองสิ่งท้าทายระดับโลก

เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2540 มีการประชุมระดับภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก ที่กรุงเทพฯ จัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ถือได้ว่าเป็นการประชุมครั้งแรกที่มีการหารือเกี่ยวกับเรื่องของการจัดระบบโครงสร้างองค์กร และการสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือรวมเรียกว่า “โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ”

“สร้างเสริมสุขภาพ” ใช้เป็นทางการครั้งแรกเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2542 ในการนำเสนอโครงการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เปลี่ยนจากการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีความหมายกว้างและครอบคลุม) ได้รับการยอมรับและปรากฏในชื่อพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2542 และพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 (สำนักงานการสร้างเสริมสุขภาพ, 2544) ซึ่งเป็นที่สื่อ

ความหมายว่าเป็นการ “ส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่” ตามกฎบัตรออตตาวา พ.ศ. 2529 และสะดวกต่อการใช้ปฏิบัติ (Operational definition)

3. กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ 5 ประการจากกฎบัตรออตตาวา ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Building healthy public policy) จุดมุ่งหมายหลัก คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดี ประเด็นหลักคือ ในด้านการออกกำลังกาย และโภชนาการ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ทุกคนได้รับอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ และมีการออกกำลังกาย ในปริมาณที่เพียงพอและสอดคล้องกับวิถีชีวิต
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ (Created supportive environment) ในด้านการศึกษา การออกกำลังกาย โภชนาการ บ้านและชุมชนโดยรอบ การงานอาชีพ การคมนาคม การสนับสนุนและการดูแลจากสังคม
3. เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthening community action) ยกกระตือรือร้นการช่วยเหลือตนเองและการสนับสนุนทางสังคม ให้เข้าถึงข้อมูลและข่าวสาร รวมทั้งโอกาสของการเรียนรู้อย่างเต็มที่และต่อเนื่อง
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skills) สนับสนุนในเรื่องการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคล ให้ข้อมูล ข่าวสาร และการศึกษาด้านสุขภาพรวมทั้งการเสริมทักษะชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพตนเองตามวัยต่างๆ สามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเอง
5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reoriented health services) องค์กรต่างๆด้านสุขภาพต้องดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง

4. ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผล และกลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเป็นวิธีการที่ช่วยให้บรรลุถึงความเป็นธรรม หรือความเสมอภาคทางด้านสุขภาพ

ธนาคารโลกได้ขยายความถึงผลของการที่ประชาชนแข็งแรงและไม่เจ็บไข้ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจไว้ 4 ประการ คือ

1. การเพิ่มผลผลิต เพราะการมีสุขภาพดีจะลดจำนวนวันลาป่วยลง ทำให้ผลิตผลเพิ่มขึ้นและเพิ่มโอกาสที่ประชาชนจะมีรายได้และมีชีวิตการทำงานที่ยืนยาว
2. มีการใช้พื้นแผ่นดินและทรัพยากรธรรมชาติเพิ่มขึ้นเพื่อเพิ่มผลผลิต
3. ผลต่อคนรุ่นใหม่ หากเด็กสุขภาพเสื่อมลง ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาก็จะลดลง เช่น มีสติปัญญาดำจากภาวะขาดสารอาหาร อ่อนแอ ขาดเรียนบ่อย หรือใช้เวลาไปกับสิ่งเสพติด
4. ลดค่าใช้จ่าย ลดภาระของโลกส่วนที่สำคัญๆ ไปได้มาก ทำให้มีทรัพยากรเหลือเพื่อสร้างสังคมให้มีสุขภาพดีขึ้น การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลตนเองและด้านการเลือกใช้บริการ หากดำเนินงานอย่างจริงจังจนสามารถลดการใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือยลงเพียงร้อยละ 10 ก็จะสามารถลดค่าใช้จ่ายทั้งประเทศลงได้ปีละ 5,000-10,000 ล้านบาท (ลักขณา เดิมศิริกุลชัย, สุชาดา ตั้งทางธรรม, 2541)

การมีส่วนร่วม (Participation)

1. ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (วาสนา จันทรสว่าง, 2548) เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืนซึ่งประชาชนในชุมชนจะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานพัฒนาดังแต่ต้นจนจบ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผนร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผล แนวคิดการมีส่วนร่วม คือ

- 1.1 ความเป็นเจ้าของความเป็นเจ้าภาพ
- 1.2 การมีอำนาจในการตัดสินใจ ดำเนินงาน และบริหารจัดการ
- 1.3 การร่วมรับผลประโยชน์ ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินงาน
- 1.4 การร่วมประเมินผล เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

2. ปรัชญา แนวคิดและธรรมชาติของการมีส่วนร่วม

- 2.1 การมีส่วนร่วมเป็นสิทธิ (Right) และเป็นเอกสิทธิ (Privilege)
- 2.2 การมีส่วนร่วมควรเน้นการทำงานเป็นกลุ่ม
- 2.3 การมีส่วนร่วมช่วยทำให้ถึงสิ่งที่มุ่งหวังและต้องการ
- 2.4 การมีส่วนร่วมคือเครื่องวัดการพัฒนา

3. รูปแบบของการมีส่วนร่วม

- 3.1 การมีส่วนร่วมโดยตรง (Direct Participation) โดยผ่านการจัดตั้งองค์กรประชาชน เช่น การรวมตัวของประชาชนตั้งกลุ่มต่างๆ
- 3.2 การมีส่วนร่วมทางอ้อม (Indirect Participation) โดยผ่านองค์กรผู้แทนของประชาชน การรวมของกลุ่มกรรมการหมู่บ้าน
- 3.3 การมีส่วนร่วมโดยการเปิดโอกาสให้ (Opened Participation) โดยผ่านองค์กรที่ไม่ใช่ตัวแทนของประชาชน เช่น สถาบัน หรือหน่วยงานที่เชิญชวนหรือเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในแต่ละโอกาส

4. ลักษณะของการมีส่วนร่วม

ได้แก่ เป็นสมาชิก เป็นสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม เป็นสมาชิกบริจาคเงิน เป็นกรรมการ เป็นประธานกรรมการ เมื่อบุคคลได้มีส่วนร่วม จะรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีการมอบหมายงานที่ชัดเจน จะเกิดความเป็นเจ้าของในกิจการนั้นๆ และเกิดการมีส่วนร่วม ซึ่งมี 3 แบบ คือ (1) เป็นผู้นำกระทำ (The actor) (2) เป็นผู้รับการกระทำ (The recipient) (3) เป็นสาธารณทั่วไป (The public) ถึงแม้จะไม่มีส่วนร่วมโดยตรง และรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในภาพรวมของสังคม

5. ขั้นตอนการมีส่วนร่วม

- 5.1 ขั้นตอนของการจัดตั้งองค์กร เป็นขั้นตอนการทำความรู้จักและทำความเข้าใจในความเป็นไปได้ของชุมชน โดยจำแนกกลุ่มประชากรเป้าหมาย และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 5.2 ขั้นงานสัมฤทธิ์ผล เป็นขั้นที่ได้ทำกิจกรรมแล้วสัมฤทธิ์ผล จึงทำให้สามารถดึงบุคคลนอกกลุ่มเข้าร่วมกิจกรรมได้มากขึ้น

5.3 ขึ้นต่อเนื่องหรือยุติ เป็นขั้นประเมินผลงานของกลุ่ม หากมีประโยชน์ก็ทำต่อเนื่อง หากไร้ประโยชน์ก็ยุติ

6. ระดับการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมแบ่งเป็น 5 ขั้น จากการไม่มีส่วนร่วมเลยจนถึงการมีส่วนร่วมในอุดมคติ ดังนี้

- 6.1 การไม่มีส่วนร่วมโดยสิ้นเชิง (No participation at all)
- 6.2 การมีส่วนร่วมเพียงในนาม (Nominal participation)
- 6.3 การมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย (Minimal participation)
- 6.4 การมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม (Optimal participation)
- 6.5 การมีส่วนร่วมในอุดมคติ (Ideal participation)

7. ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมมีผลต่อการพัฒนางาน หรือกิจกรรมต่างๆ และสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างแท้จริงและคงอยู่ตลอดไป

กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

1. ความหมายของกระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม สมาชิก กลุ่มร่วมกันทำกิจกรรมสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยกิจกรรมนั้นได้พิจารณาไตร่ตรองแล้วว่าเหมาะสมกับสมาชิกในกลุ่ม ก่อให้เกิดการเรียนรู้และสามารถนำสิ่งที่ได้รับภายในกลุ่มมาแก้ไข และประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลไปสู่การรู้จักตนเอง รู้จักการทำงานร่วมกับผู้อื่นให้เป็นไปด้วยดี (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

2. จุดมุ่งหมายของกระบวนการกลุ่ม

- 2.1 เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะสำคัญของกระบวนการกลุ่ม

2.2 เพื่อให้เข้าใจถึงหลักและวิธีการในการทำงานเป็นกลุ่ม

2.3 เพื่อให้รู้จักการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ที่เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาของกลุ่ม

2.4 เพื่อให้เกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจผู้อื่น ซึ่งจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีในการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม

2.5 เพื่อให้บุคคลได้เสริมสร้างและพัฒนาสมรรถภาพของตนเองให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.6 เพื่อนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกระบวนการกลุ่ม ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม

3. ประโยชน์ของกระบวนการกลุ่ม

ในการดำเนินการกลุ่มนั้น มีสิ่งเกิดขึ้น 2 ประการ คือ (1) ผลงานที่กลุ่มสร้างออกมา (Product) และ (2) กระบวนการทำงานของกลุ่ม (Process) ในขณะที่ดำเนินงานกลุ่มจะเกิดปฏิสัมพันธ์ของบุคคล มีความร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหา กระบวนการกลุ่มจึงเป็นหัวใจสำคัญในการมองถึงประโยชน์กระบวนการกลุ่มจะเน้นอยู่ในขณะที่ดำเนินงานกลุ่ม บุคคลในกลุ่มหรือกลุ่มเอง จะได้รับการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการไปในทิศทางที่ดีขึ้น คือ

3.1 ประโยชน์ในด้านพัฒนาการ (Development values) ต่อสมาชิกในกลุ่มในการดำเนินงานในกลุ่มหลายๆอย่าง จะสนองความพึงพอใจของบุคคลแตกต่างกันไป ประโยชน์ในด้านพัฒนาการ ดังนี้ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 93-4)

3.1.1 สอนความต้องการพื้นฐานของบุคคล ได้แก่ ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองอย่างสำเร็จ เมื่อบุคคลนั้นเป็นที่ยอมรับของกลุ่มว่าเป็นสมาชิกคนหนึ่ง กลุ่มจะเป็นที่ที่ปลอดภัยและอบอุ่นใจ บุคคลสามารถแสดงความรู้สึกนึกคิดอย่างดี เกิดความมั่นใจในตนเอง ความต้องการความปลอดภัย บุคคลจะอยู่ในกลุ่มอย่างมีความสุข เมื่อมีความรู้สึกอบอุ่นใจ ความต้องการการยอมรับจากหมู่คณะ บุคคลจะอยู่ในกลุ่มอย่างมีความสุข ต่อเมื่อกลุ่มให้การยอมรับการเป็นสมาชิก การพัฒนาทางด้านอารมณ์และสังคม ทำให้สมาชิกได้เรียนรู้ การปฏิบัติตนในสังคม การควบคุมการแสดงออกทางด้านอารมณ์ เพราะได้รับประสบการณ์จากสมาชิกแต่ละคน ซึ่งเลือกเฉพาะการแสดงออกในทางที่ดี

3.1.2 การพัฒนาการด้านทัศนคติ ความสนใจ ความสามารถ และปทัสถานทางสังคมในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม บุคคลจะต้องมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลอื่น มีความเคารพบุคคลอื่น จึงจะทำให้อยู่ร่วมกับกลุ่มได้ ซึ่งเท่ากับสมาชิกได้พัฒนาความสามารถที่มีอยู่ในตัวบุคคลให้ดีขึ้น

3.2 ในด้านการวินิจฉัย (Diagnostic values) ในการเข้าร่วมกลุ่มจะเปิดโอกาสให้บุคคลประเมินค่าตนเองในสถานการณ์ทางสังคม ช่วยให้แต่ละคนค้นพบตนเองและมีความเข้าใจในตนเองดีขึ้น

3.3 ในด้านการบำบัด (Therapeutic values) ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางอารมณ์สามารถรู้จักควบคุมอารมณ์ สร้างความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่ม หรือการติดต่อกับผู้อื่น มีการพัฒนานิสัยตนเอง

4. ขนาดของกลุ่ม

กลุ่มควรมีขนาดเล็ก เพราะจะช่วยให้สมาชิกมีโอกาสแสดงออกอย่างอิสระโดยทั่วถึงกัน โดยสมาชิกไม่ต้องใช้เสียงดังมากนัก ทุกคนในกลุ่มได้ยินอย่างทั่วถึง ดังนั้นกลุ่มควรมีขนาดอย่างมากที่สุด 12 คน หรือไม่ควรเกิน 15 คน เพราะมีฉะนั้นแล้วจะทำให้แบบพฤติกรรมผิดไปจากเดิม ขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมที่สุด ควรมีสมาชิก 9-20 คนจึงจะทำให้การทำงานบังเกิดผลดีที่สุด (Ottawa 1966: 7 อ้างใน กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 94)

5. เวลาและสถานที่ในการจัดทำกลุ่ม

ควรเป็นเวลาที่มีสมาชิกทุกคน หรือส่วนใหญ่ว่างไม่มีกิจกรรมอื่น ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอน ในการทำกลุ่มต้องมีการเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา การกำหนดสถานที่ควรมีบรรยากาศที่เป็นสัดส่วนเฉพาะ (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีเสียงรบกวนหรือเบี่ยงเบนความสนใจ สภาพแวดล้อมเหมาะสม ไม่แออัด นั่งสบาย การกำหนดสถานที่เป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้สมาชิกรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย

6. ระยะเวลาในการจัดทำกลุ่ม

การจัดกลุ่มเป็นช่วงเวลาหรือแบบต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับการพิจารณาว่า มีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ ความพร้อมของสมาชิก ความสะดวกในการมาร่วมกลุ่มของสมาชิกเป็น

สำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระยะเวลาในการจัดทำกลุ่ม โดยให้สมาชิกกลุ่มมาทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นระยะเวลา 12-48 ชั่วโมง จะช่วยให้สมาชิกมีกลไกในการป้องกันตนเองไปในทางที่เหมาะสม (Mature defences) สมาชิกมีโอกาสสำรวจตนเองและผู้อื่น ส่วนกิจกรรมการประชุม หรือการอภิปรายกลุ่มในแต่ละครั้งนั้น เวลาที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับปัญหา จากการศึกษาควรใช้เวลา 45-60 นาทีและสูงสุดไม่เกิน 2 ชั่วโมง ความถี่ในการเข้ากลุ่มควรจัด 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนจำนวนครั้งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของกลุ่ม (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 95)

7. ขั้นตอนการดำเนินงานของกลุ่ม มีกระบวนการดำเนินงาน ดังนี้ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542: 96)

7.1 ขั้นรวมกลุ่ม (Forming stage) เป็นขั้นแรกที่สมาชิกของกลุ่มมารวมกัน ถ้ายังไม่รู้จักกันดี ทุกคนจะสงวนท่าทีไม่แสดงออก จึงเป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่ต้องประสานให้สมาชิกในกลุ่มรู้จักและคุ้นเคยกันก่อน เช่น การแนะนำตัว เป็นต้น

7.2 ขั้นกำหนดจุดมุ่งหมาย (Norming stage) คือ เป้าหมาย และภารกิจของกลุ่มที่ต้องรับผิดชอบ และทำกิจกรรมต่างๆที่สมาชิกกลุ่มจะต้องปฏิบัติร่วมกัน

7.3 ขั้นระดมความคิด (Storming stage) บรรยากาศการดำเนินการกลุ่มจริงจึงมากขึ้น สมาชิกในกลุ่มเริ่มกำหนด ร่างกฎเกณฑ์ และระเบียบของกลุ่ม

7.4 ขั้นกระชับความสัมพันธ์ (Ratorming stage) ขั้นที่กลุ่มรู้จัก คุ้นเคยและเข้าใจบทบาทของตนเป็นอย่างดี ทำให้การทำงานของกลุ่มเป็นไปด้วยดี

7.5 ขั้นสลายตัว (Disbanding stage) ขั้นสุดท้ายเมื่อสมาชิกกลุ่มร่วมมือดำเนินการตามภารกิจบรรลุเป้าหมายแล้ว ภารกิจของกลุ่มเริ่มลดลงไปด้วย ทำให้กลุ่มเริ่มสลายตัว

8. หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มจะต้องมีวิธีการปฏิบัติในการเป็นผู้นำกลุ่ม ดังต่อไปนี้

8.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของการทำงานกลุ่มอย่างชัดเจน อธิบายให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจจุดมุ่งหมายและวิธีดำเนินการของกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกเกิดความวิตกกังวล

8.2 สร้างแบบแผนของการทำกลุ่ม เพื่อช่วยให้การทำกลุ่มมีประสิทธิภาพ ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความกระตือรือร้น และเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ โดยมีการวางแผนเรื่อง โครงสร้าง

และองค์ประกอบภายนอกโดยทั่วไป เช่น จำนวนสมาชิกในกลุ่ม การกำหนดระยะเวลา สถานที่ การจัดที่นั่ง และลักษณะของสมาชิก

8.3 กระตุ้นและเพิ่มพูนการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิก กระตุ้นให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในหัวข้อเรื่องเดียวกัน อาจอยู่ในรูปของการพูดจา หรือการเข้าใจร่วม (Mutual understanding) การใช้ไสตท์สนูปกรณ์ หรือเกม เป็นต้น เป็นการสร้างให้สมาชิกรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่ม มีความเป็นเพื่อนกับผู้อื่น เกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย

8.4 กระตุ้นให้สมาชิกได้พูดระบายและแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งต่างพบร่วมกันอย่างเต็มที่ การทำกลุ่มจะมีความหมายและได้รับความสนใจอย่างมากจากสมาชิก ถ้าสิ่งที่พูดในกลุ่มเป็นปัญหาของสมาชิกทุกคนหรือสมาชิกส่วนมากในกลุ่ม และยังเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันอีกด้วย ทำให้เป็นที่ยอมรับและได้รับการช่วยเหลือเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

8.5 วางแผนการทำกลุ่มของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนมีความสามารถในการบรรลุถึงจุดหมายของกลุ่มต่างกัน ผู้นำกลุ่มต้องมีความสามารถในการหาวิธีแก้ไขในสิ่งที่เกิดขึ้นในกลุ่ม

8.6 ช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิก ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกของการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มต้องแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินกลุ่มที่ชัดเจน มีความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจ เต็มใจ และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือแก่สมาชิก

8.7 การสรุปความก้าวหน้าของกลุ่ม ควบคุมดูแลความก้าวหน้าของกลุ่มทุกระยะ จนกว่าสิ้นสุดการทำกลุ่มเพื่อให้บรรลุจุดหมายที่กำหนดไว้

9. บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

บทบาทของสมาชิกในกลุ่ม มีความสำคัญมากเพื่อให้การดำเนินการประชุมกลุ่มประสบผลสำเร็จดังนี้

9.1 ช่วยนำกลุ่มโดยให้ข้อคิดเห็นใหม่ๆ กระตุ้นให้กลุ่มมองปัญหาในแง่มุมใหม่ เสนอแนะแนวทางแก้ปัญหา และวิธีจัดปัญหาของกลุ่ม

9.2 คอยกระตุ้น สนับสนุนให้กำลังใจ และรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก

9.3 ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือเครียดมากเกินไป แก้ข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียดและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

9.4 ตรวจสอบความคิดเห็นต่างๆของเพื่อนในกลุ่ม

9.5 ประสานความคิดเห็นต่างๆเข้าด้วยกัน หาทางทำให้เกิดการสร้างเสริมโนภาพทางความคิดเพิ่มขึ้น

9.6 ปลุกปล้ำกลุ่ม โดยการเสนอแนะความคิดและวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันกลุ่มให้ก้าวหน้าต่อไป

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

1. คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคม

แคพแลนด์ และคณะ (Capland, et al., 1997: 47-58) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 แนวคิด ดังนี้

แนวคิดที่ 1 คือ ความพึงพอใจความจำเป็นทางสังคม ได้แก่ การได้รับการยกย่อง นับถือ การยอมรับ การได้รับความเห็นใจ และความช่วยเหลือ ซึ่งได้รับการติดต่อสัมพันธ์ กับคนในกลุ่มสังคม

แนวคิดที่ 2 เป็นความสำคัญที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากกลุ่มสังคม ที่ให้การสนับสนุน ซึ่งหมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

โดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นในสังคม การช่วยเหลือมีอยู่หลายประเภท เช่นด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร เงิน และแรงงาน เป็นต้น แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล 2 ฝ่าย คือผู้ให้ เช่น บิดา มารดา ครู เป็นต้น และฝ่ายผู้รับ เช่น บุตร นักเรียน ได้รับคำแนะนำตักเตือนจากบุคคลดังกล่าว เป็นต้น จะเห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมก่อให้เกิดสิ่งที่ดีต่างๆ เช่น

1. เป็นการสนับสนุนที่มีประโยชน์และป้องกันบุคคลในเรื่องต่างๆ หรือช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่บุคคลนั้นได้รับในสังคมที่อยู่ร่วมกัน
2. ทำให้เกิดพฤติกรรมและการแลกเปลี่ยนและการสนับสนุนซึ่งกันและกันของบุคคลในสังคม
3. เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันทางสังคม

4. การให้การสนับสนุนทางสังคมก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อด้านสุขภาพและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ดังนี้

2.1 มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

2.2 ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นต้องประกอบด้วย

2.2.1 ข้อมูลข่าวสาร ที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนเอาใจใส่และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2.2.2 ข้อมูลข่าวสาร นั้นเป็นข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.2.3 ข้อมูลข่าวสาร ที่มีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์ต่อสังคม

2.3 ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

2.4 การช่วยให้ผู้รับได้รับบรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ คือ การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือวัตถุสิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้น ภายกับใจไม่สามารถที่จะแยกออกจากกันได้อย่างสิ้นเชิง การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์อย่างยิ่ง

3. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น (เพนเดอร์, 1996)

3.1 กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ ครอบครัว เป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่น บิดา มารดา คอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่บุตร หรือสมาชิกของครอบครัว

3.2 กลุ่มเพื่อน (Peer Support System) กลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบ การณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัว และมีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้กลุ่มนี้มีความเข้าใจตนเองอย่างลึกซึ้ง สามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เคยประสบมา กับเพื่อนได้

3.3 กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized Religious Support System) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่กลุ่มศาสนาจัดไว้ เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนา นั้นๆ

3.4 กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ หรือให้การช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized Support System of Care Giving or Helping Professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลด้านสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะ และการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหา กลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และเพื่อนไม่เพียงพอ หรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ และพยาบาล จะเข้ามาให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนในส่วนนี้ได้

3.5 กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized Support Group Not Directed by Health Professional) ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัคร และกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิก หรือส่งเสริมการปรับตัว ไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ เช่น กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น

4. ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

เฮาส์ (House, 1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 ประเภท คือ

4.1 แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก (Love) ความไว้วางใจ (Trust) ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึก เห็นอกเห็นใจ (Empathy)

4.2 แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ได้แก่ การให้คำแนะนำ (Advice) ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง (Suggestion) และการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4.3 แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้เงิน การให้แรงงาน การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย

4.4 แรงสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือข้อมูลในการที่นำไปใช้ประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed back) การเปรียบเทียบกับสังคม

5. ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอททีบ (Goyyieb, 1985) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

5.1 ระดับมหภาค (Macro level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในสังคม

5.2 ระดับกลาง (Mezzo level) คือการวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด เป็นต้น

5.3 ระดับจุลภาค (Micro level) การวัดพิจารณาถึงความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยาหรือคนรัก เป็นต้น

6. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัยสรุปเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

6.1 ผลโดยตรง เกี่ยวกับความเป็นอยู่ทั่วไป สุขภาพอนามัย และสถิติชีพที่สำคัญ รวมทั้งวัดถึงแรงสนับสนุนทางสังคม โดยหาเครือข่ายของแรงสนับสนุนทางสังคม ความถี่ในการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีอัตราป่วยและตายลดลง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเกิดทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

6.2 ผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล (Compliance to regimens) การปฏิบัติตามคำแนะนำของคนไข้ พบว่าผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ครอบครัวคอยให้การสนับสนุนในการควบคุมพฤติกรรม และผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

6.3 ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายประจำปี การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

6.4 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแรงสนับสนุนต่อสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตบุคคล ช่วยลดความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากความเครียด

แนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change)

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) เป็นทฤษฎีของ James O. Prochaska และ Carlo DiClemente ที่มีโครงสร้างขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นหัวใจหลักในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เพียงเหตุการณ์หนึ่งๆที่เกิดขึ้นเท่านั้น ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากขั้นไม่สนใจปัญหา จนถึงขั้นลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ ดังนี้

1. Pre-contemplation ขั้นไม่สนใจปัญหา เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ ไม่ใส่ใจ ต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับข้อมูล ถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่ไม่รู้ข้อมูลความสำคัญของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้ข้อมูลความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ เป็นต้น เมื่อคนเราไม่รู้ข้อมูลหรือขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรม ก็จะไม่เอาใจใส่ หรือสนใจต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น หรืออาจเป็นเพราะไม่ต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง และคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้จะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุย หรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรม จะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่าเป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม สำหรับ **Trans theoretical Model (TTM)** แล้วถือว่าเป็นโอกาสที่

ผู้ช่วยเหลือจะหาวิธีการต่าง ๆ มาใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ในขั้นนี้บุคคลจำเป็นต้องได้รับข้อมูลสะท้อนกลับ ได้รับความรู้ความเข้าใจโดยเน้นสิ่งที่เป็นข้อเท็จจริง เป็นเหตุเป็นผล เป็นกลาง ไม่ชี้นำหรือขู่ให้กลัว

2. Contemplation **ขั้นลังเลใจ** เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเช่นกัน การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพูดคุยถึงข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

3. Preparation **ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว** เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็ว ๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน อย่างเช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนัก หรือออกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่องสุขภาพ ขอคำปรึกษาพูดคุยกับแพทย์ คำนวณข้อมูลหรือซื้อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เขาตัดสินใจเลือกเอง และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของเขา

4. Action **ขั้นลงมือปฏิบัติ** เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น สำหรับ TTM แล้วการลงมือปฏิบัติ เป็นเพียง 1 ใน 6 ของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเท่านั้น ฉะนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่นับว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ (action) ได้ทั้งหมด เพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพเห็นด้วยว่าเพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ อย่างเช่น การสูบบุหรี่ การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์ และนิโคตินต่ำ ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ นอกจากนี้ยังถือว่าการเฝ้าระวังการกลับไปเสพยา (relapse) ถือเป็นเรื่องสำคัญในขั้นลงมือปฏิบัตินี้ด้วย บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยหาทางจัดอุปสรรคและให้กำลังใจแก่เขา

5. Maintenance **ขั้นการกระทำต่อเนื่อง** เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็นการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลง เพราะมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงได้เพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดี บริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่นๆ อาจมีคำถามว่า “นานเท่าไรสิ่งที่กระทำจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้” ขึ้นกับการกระทำนั้นเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับอะไร ถ้าเป็นพฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด ปิดอัตโนมัติ ควรจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้ใน 2 -3 วัน ถ้าพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าเป็นพฤติกรรมใหม่คือ การอาชนะภาวะเสพติดให้ได้ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปี กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6. Relapse **การกลับไปมีปัญหซ้ำ** คือการที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่แปรปรวน ไม่สามารถจัดการกับความต้องการเสพได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลาดกลับไปมีพฤติกรรมเดิม หรือกลับไปมีปัญหซ้ำหรือ เสพซ้ำอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปเสพซ้ำ ควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก และมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

การออกกำลังกาย (Exercise)

1. ความหมายการออกกำลังกาย

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้ความหมายของการออกกำลังกาย ดังนี้

หมายถึง การออกแรงที่ทำให้โครงสร้าง และทำให้กล้ามเนื้อสามารถรวมกันต่อต้านและเอาชนะแรงบังคับได้ หากขาดการออกกำลังกายจะลดศักยภาพในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมทางปัญญา อารมณ์ และความรู้สึกดีขึ้นด้วย

หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ที่สามารถตอบสนองต่อร่างกายของคนในรูปแบบของการออกกำลังกายเฉพาะอย่าง และสามารถดัดแปลงให้ร่างกายเกิดผลต่อการฝึกเฉพาะอย่างนั้นๆ

หมายถึง กิจกรรมของกล้ามเนื้อที่ทำให้ร่างกายมีสุขภาพและรูปร่างดี เพิ่มทักษะและศักยภาพในการกีฬา ตลอดจนฟื้นฟูกล้ามเนื้อหลังจากการบาดเจ็บและฟิการได้อีกด้วย

โดยสรุป การออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำกิจกรรมอย่างหนึ่งอย่างใดของบุคคลโดยใช้แรงกาย และเกิดการเคลื่อนไหวของส่วนต่างๆของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกายทำให้เกิดความแข็งแรง ส่งเสริมการมีสุขภาพดี ตลอดจนฟื้นฟูการบาดเจ็บหรือฟิการได้อีกด้วย

2. องค์ประกอบของการมีสุขภาพที่แข็งแรง

สมรรถภาพทางกาย หมายถึง ความสามารถในการทำงานและเคลื่อนไหวร่างกายได้ยาวนาน ไม่เหน็ดเหนื่อย ซึ่งประกอบด้วย ความแข็งแรง ความอดทน ความอ่อนตัว ความคล่องตัว พละกำลัง ความสมดุลของกล้ามเนื้อและประสาท สมรรถภาพที่จำเป็นและเป็นพื้นฐานของการออกกำลังกาย ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ คือ ความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนเลือดที่เรียกว่า “แอโรบิก” (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง สามารถวัดได้จากสมรรถภาพทางกาย คำว่าสมรรถภาพ (Fitness) ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการออกกำลังกายของคนนั้นๆ สมรรถภาพทางกายจึงมีหลายอย่างขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ว่าออกกำลังกายเพื่ออะไร เช่น การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของคนทั่วไป สมรรถภาพที่ต้องการมีองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ส่วน ดังนี้คือ

2.1 ความทนทานของหัวใจและปอด หมายถึง ความสามารถของหัวใจ หลอดเลือด และปอด ที่จะนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย รวมถึงความสามารถของกล้ามเนื้อในการดึงออกซิเจน เพื่อใช้ในการเผาผลาญพลังงานด้วย การออกกำลังกายทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้มากขึ้น และทำให้เกิดความทนทานของระบบหัวใจ และการไหลเวียนเลือด ซึ่งต้องเป็นการออกกำลังกายที่ค่อนข้างเป็นแบบแผนด้วยความเหนื่อยระดับปานกลางขึ้นไป สะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ทำทุกวันหรือประมาณ 3-5 วัน/สัปดาห์ ความแรงของการออกกำลังกายให้ได้ประสิทธิภาพ สามารถวัดด้วยการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย ถ้าอายุต่างกันก็

จะแตกต่างกัน อัตราการเต้นของหัวใจที่เหมาะสมขณะออกกำลังกาย คือ ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ หรืออาจพิจารณาจากความรู้สึกเหนื่อยของแต่ละบุคคล โดยอยู่ในระดับเริ่มรู้สึกเหนื่อยหรือค่อนข้างเหนื่อย แต่ยังไม่เหนื่อยเกินไปจนต้องหยุดพักได้รู้เรื่อง รูปแบบการออกกำลังกายควรเป็นแบบแอโรบิก คือมีการเคลื่อนไหวช้าๆเป็นจังหวะและมีความต่อเนื่อง เป็นการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ๆที่แขนและขาเช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว เดินขึ้นบันได ว่ายน้ำ จักรยาน การฝึกชก หรือไทเก็ก เป็นต้น

2.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึง แรงสูงสุดที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของหรือเกร็งของกล้ามเนื้อที่จำเป็นในการออกแรงดึง ดัน ยก แบกหามสิ่งของ

2.3 ความทนทานของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความสามารถที่หดตัวซ้ำๆ กันของกล้ามเนื้อในระยะเวลานานช่วงหนึ่ง ลักษณะการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ การฝึกการออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ตามลักษณะของน้ำหนักที่ใช้ คือ การใช้น้ำหนักหรือแรงต้านทานของตนเอง และการใช้น้ำหนักภายนอก

2.3.1 การใช้น้ำหนักหรือแรงต้านทานของตนเอง การฝึกออกกำลังกายที่สร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ด้วยการใช้น้ำหนักหรือแรงต้านทานของตนเองโดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือพิเศษใดๆ ไม่ต้องมีสถานที่ออกกำลังกายโดยเฉพาะ การฝึกการออกกำลังกายชนิดนี้มีประโยชน์มากสำหรับผู้ไม่มีเวลาเฉพาะในการออกกำลังกาย ผู้มีปัญหาข้อต่อ เช่น ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่ข้อ หรือหลังการผ่าตัดข้อ การออกกำลังกายชนิดนี้ได้แก่ การดึงข้อ งอตัว ลูกนั่ง หรือเกร็งกล้ามเนื้อมัดต่างๆ โดยเกร็งกล้ามเนื้อเต็มที่และคงไว้ ในแต่ละท่า ควรทำท่าละ 2-3 ชุด (Set) ชุดละ 10-15 ครั้ง และคงไว้แต่ละครั้งเป็นเวลา 30-60 วินาที จึงผ่อนแรง ไม่จำเป็นต้องต่อเนื่อง ถ้าทำต่อเนื่องต้องมีระยะพักระหว่างการเกร็งครั้งต่อไปไม่ต่ำกว่า 1 นาที

2.3.2 การใช้น้ำหนักภายนอก การฝึกการออกกำลังกายที่สร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อด้วยการใช้น้ำหนักภายนอก เช่น ดรัมเบลล์ หรือเครื่องยกน้ำหนักชนิดต่างๆ ที่สำคัญ ความหนักของการออกแรงต้องมากพอและจำนวนครั้งที่เหมาะสม โดยการฝึกควรทำ 5-10 ครั้ง โดยไม่ฝืน ถ้าต้องการความแข็งแรงมากขึ้นต้องเพิ่มน้ำหนักมากขึ้น จำนวนครั้งน้อยลง ถ้าต้องการความทนทานต้องใช้น้ำหนักเบา จำนวนครั้งมากขึ้น หากไม่สามารถออกแรงยกได้สูงสุด อาจเริ่มต้นด้วยการยกน้ำหนักเบาแล้วค่อยๆเพิ่มขึ้น การยกน้ำหนักเพื่อสุขภาพ ควรยกน้ำหนักปานกลางก็เพียงพอ

2.4 ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง ช่วงกว้างการเคลื่อนไหวของข้อต่อ หรือกลุ่มข้อต่อ ซึ่งมีผลต่อความอ่อนตัว คือ กระดูก กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อ ความยาวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและเนื้อเยื่อรอบข้อต่อ การฝึกความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อมีหลายรูปแบบ ที่ทำได้ง่ายๆ คือ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้องค่อยๆ ทำอย่างช้าๆ จนถึงจุดที่รู้สึกตึง แต่ไม่เจ็บปวดค้างไว้นานประมาณ 10-30 นาที ถ้ามีการเกร็งกล้ามเนื้อให้ค้างในท่านั้น 3-6 วินาที ในระหว่างการยืดเหยียดให้หายใจเข้าออกตามปกติ ไม่กลั้นหายใจ การมีการอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้การเคลื่อนไหวในการทำกิจวัตรประจำวันเป็นไปอย่างคล่องแคล่ว

2.5 สัดส่วนของร่างกาย หมายถึง สัดส่วนระหว่างไขมันและสัดส่วนที่ไม่ใช่ไขมัน (กระดูก กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ) ในคนพอมจะมีสัดส่วนของร่างกายต่ำ คนอ้วนจะมีสัดส่วนของร่างกายสูง การออกกำลังกายเพื่อความทนทานและสมรรถภาพของหัวใจและปอด ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานจากไขมัน ส่งผลให้สัดส่วนของร่างกายดีขึ้น

3. ชนิดของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแต่ละชนิดจะให้ผลต่อองค์ประกอบความสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เหมือนกันโดยทั่วไป แบ่งได้ ดังนี้ (โชคชัย มงคลสินธุ์, 2544)

3.1 การออกกำลังกายเพื่อความสนุกสนานเพลิดเพลิน (Recreational exercise) ซึ่งมักจะมีค่านำหน้าเสมอ เช่น เล่นกอล์ฟ เป็นต้น จุดประสงค์เพื่อการเข้าสังคม ซึ่งการออกกำลังกายแบบนี้จะได้ผลต่อองค์ประกอบของความสมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่ขึ้นกับผู้เล่นและวิธีการเล่น

3.2 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพทั่วไป (General fitness exercise) ได้แก่ การบริหารร่างกายต่างๆ รวมถึงการออกกำลังกายแบบรำมวยจีน ซึ่งถ้าทำอย่างถูกต้องแล้ว จะมีประโยชน์ต่อสุขภาพไม่น้อย ซึ่งจะมีผลต่อความสมบูรณ์แข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อ แต่ไม่มีผลทางแอโรบิก เพราะแม้จะเกร็งกล้ามเนื้อให้เหนื่อยเพียงใดก็ตาม ก็ยากที่จะทำให้หัวใจเต้นแรงถึงเป้าหมายได้

3.3 การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพหัวใจและปอด (Cardiopulmonary exercise, true fitness exercise หรือ Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายแบบผสมผสานกันแต่ละประเภทที่ให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ และสมรรถภาพการทำงานของหัวใจและปอด ดังนี้

3.3.1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและอดทนของกล้ามเนื้อ แบ่งเป็นแบบไม่เคลื่อนที่ เช่น การยกน้ำหนัก เป็นการออกกำลังกายชนิดที่กล้ามเนื้อหดตัว เกิดแรงดึงตัวในกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมาก ความยาวของกล้ามเนื้อไม่เปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันแรงดึงตัวในกล้ามเนื้อเองเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย

3.3.2 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ เป็นการทำกิจกรรมใดก็ได้ที่เพิ่มระดับการใช้พลังงานให้อยู่ในช่วงที่สามารถทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้น สามารถเพิ่มสมรรถภาพการทำงานของระบบหายใจและการไหลเวียนโลหิต เป็นประโยชน์ต่อความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ ความคล่องแคล่วว่องไว การทรงตัวดี เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ การว่ายน้ำ การวิ่งอยู่กับที่ เป็นต้น ซึ่งการเดินควรเป็นการเดินเร็ว จะต้องรู้สึกเหนื่อยและมีเหงื่อออกพอสมควร เดินติดต่อกัน 20-30 นาที

3.3.3 การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นและผ่อนคลาย (Flexibility and relaxation activity) เป็นการออกกำลังกายที่ทำซ้ำๆ กัน ด้วยการยืด (Stretching) กล้ามเนื้อและเอ็นเพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้เต็มที่ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการออกกำลังกายในระยะอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลาย เช่น โยคะ การฝึกไทชิ (มวยจีน) เป็นการออกกำลังกายที่มีการควบคุมการเคลื่อนไหวและการหายใจ เป็นสำคัญ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาการยืดหยุ่น ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและสมรรถภาพของปอดและหัวใจได้

4. หลักการออกกำลังกาย

4.1 ประเมินความพร้อมของสภาพร่างกาย ได้แก่ รวบรวมประวัติทางสุขภาพ และการออกกำลังกายส่วนตัวของแต่ละบุคคล ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความดันโลหิต ชีพจรขณะพัก และปริมาณไขมันในร่างกาย สำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ และผู้ที่ขาดการออกกำลังกายนาน ควรให้แพทย์ตรวจสภาพปอดและหัวใจเป็นพิเศษ และทดสอบสมรรถภาพทางกาย วัดความแข็งแรงของระบบกล้ามเนื้อ วัดความจุปอด ความอ่อนตัวและความแข็งแรงของหัวใจ

4.2 กำหนดความต้องการการออกกำลังกายตามความต้องการร่วมกับความสนใจและความพร้อมของสภาพแวดล้อม เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับเพศ วัย และสภาพร่างกายของตนเอง

4.3 กำหนดปริมาณการออกกำลังกายโดยเน้นถึง

4.3.1 ความหนัก โดยใช้จำนวนครั้งของการเดินของชีพจรขณะออกกำลังกายเป็นหลัก คือ ขณะออกกำลังกาย ชีพจรไม่ควรเกิน 220 – อายุ (ปี) และไม่ต่ำกว่า 150 – อายุ (ปี)

4.3.2 ความบ่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

4.3.3 ความนานครั้งละ 10 – 30 นาที สัปดาห์หนึ่งนับรวมกันแล้วไม่ควรต่ำกว่า 60 นาที

4.4 ขั้นตอนการออกกำลังกาย มี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การอบอุ่นร่างกายหรือการอุ่นเครื่อง (Warm up) ประมาณ 5-10 นาที โดยการเล่นกายบริหาร เดิน หรือวิ่งเหยาะๆ ยืดกล้ามเนื้อแล้วค่อยๆ ออกกำลังกายตามชนิดที่ต้องการ เป็นการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนออกกำลังกายจริง เช่น การยืดร่างกาย (Stretching Exercise) เป็นการเตรียมความพร้อมของเอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อ การบริหารมือเปล่า (Calisthenics) เป็นการบริหารกายเพื่อให้กล้ามเนื้อและอวัยวะทั่วร่างกายได้เคลื่อนไหว เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 การออกกำลังกายจริง (Exercise) ประมาณ 20-30 นาที การออกกำลังกายไม่ว่าวิธีใดจะเกิดประโยชน์แก่ร่างกายทั้งสิ้น แต่จะต้องเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเผาผลาญอาหารโดยใช้ออกซิเจนเพื่อให้เกิดพลังงาน การออกกำลังกายมีผลทำให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้น ซึ่งเรียกการออกกำลังกายชนิดนี้ว่าแอโรบิก การออกกำลังกายที่เกิดประโยชน์ คือ การออกกำลังกายที่ทำให้การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น 65-80% ของการเต้นของหัวใจสูงสุด จึงจะเกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และต้องออกกำลังกายให้หัวใจเต้นอยู่ช่วงนั้น 20-30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้ร่างกายเย็นลง หรือการเบาลง (Cool down) เป็นระยะผ่อนคลาย ประมาณ 5-10 นาที ซึ่งจะเริ่มต้นด้วยการเดินช้าๆ จนร่างกายหายเหนื่อย ฝึกเล่นกายบริหาร หรือยืดกล้ามเนื้อ ถ้ามีการนวดและแช่น้ำอุ่นได้ยิ่งดี

4.5 ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency) หมายถึง จำนวนวันในการออกกำลังกาย สำหรับผู้ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน ควรปฏิบัติสัปดาห์ละ 1-2 วัน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น การออกกำลังกายที่จะเกิดผลดีต้องทำอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

4.6 ความหนักในการออกกำลังกาย (Intensity) หมายถึง การเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติในการออกกำลังกาย ซึ่งขึ้นกับประเภทและวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายเพื่อให้เกิดผลกำลั้งมากขึ้นต้องเพิ่มความหนักโดยการยกน้ำหนักมากขึ้น บ่อยขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความทนทานของกล้ามเนื้อ ต้องเพิ่มจำนวนครั้งให้มากขึ้น

4.7 ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Time) ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรนานติดต่อกันครั้งละ 20-30 นาที แต่สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรเริ่มทำครั้งละน้อยๆเท่าที่ทำได้ อาจเป็น 5-10 นาที แล้วค่อยๆเพิ่มขึ้นจนสามารถออกกำลังกายได้นานติดต่อกัน 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป

การดัดแปลงงานอดิเรก งานอาชีพและงานบ้าน ให้เป็นการออกกำลังกาย มีเกณฑ์ดังนี้

1. สำรวจปริมาณการใช้แรงตลอดวัน ส่วนใหญ่เวลารวมกันจะนานเกินไป ขาดความต่อเนื่องหรือออกแรงกายเบาเกินไป
2. กำหนดช่วงเวลานึงไว้ให้เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ในระหว่างการทำงาน ซึ่งควรเป็นเวลาเดียวกันทุกวัน
3. ในช่วงเวลาที่กำหนด ให้ทำงานอย่างต่อเนื่องในอัตราที่หนักพอ คือ ให้รู้สึกว่ายหัวใจเต้นแรงขึ้นและหายใจแรงขึ้นเป็นเวลานาน 10 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละ 30 นาทีขึ้นไป อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ มีผลดีต่อสุขภาพ
4. ก่อนทำงานตามข้อ (3) ควรทำกายบริหารทั่วไปและเริ่มทำงานอย่างเบาๆ ก่อน และทำจิตใจให้ร่าเริงถึงงานที่ทำด้วยส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย ควรทำกายบริหารอวัยวะส่วนอื่นเพิ่มเติม

5. สุขบัญญัติ 10 ประการในการออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ (กองสุศึกษา, 2540)

5.1 เคลื่อนไหวใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันทุกครั้งที่มีโอกาส เพื่อให้ร่างกายกระฉับกระเฉง

5.2 การออกกำลังกายและเล่นกีฬาจะได้ผลดี ต้องทำง่าย สะดวก สนุก เต็มใจและพึงพอใจ

5.3 ควรออกกำลังกายและเล่นกีฬาเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 20-30 นาที

5.4 การออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬาควรประกอบด้วย 3 ช่วง คือ ช่วงอบอุ่น ช่วงฝึกจริง และช่วงผ่อนคลาย

5.5 การฝึกออกกำลังกายและเล่นกีฬา ควรฝึกแบบค่อยเป็นค่อยไป และก้าวหน้าขึ้นจนสามารถรักษาระดับคงที่ไปตลอด

5.6 เลือกกิจกรรมออกกำลังกาย และเล่นกีฬาให้เหมาะสมกับ เพศ วัย และความแตกต่างของแต่ละบุคคล

5.7 เลือกกิจกรรมออกกำลังกายและเล่นกีฬาควรมีความหลากหลาย และมีแรงจูงใจ

5.8 การออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพต้องทำแล้วเกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ แต่ต้องฝึกด้วยความปลอดภัย ประหยัด ตามความถนัด และความสนใจของแต่ละคน

5.9 การแต่งกายการใช้อุปกรณ์ และสถานที่ในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับชนิดกีฬา

5.10 สำหรับผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ หญิงมีครรภ์ ผู้ป่วย คนพิการ หรือกลุ่มพิเศษอื่นๆ ควรตรวจสอบสุขภาพและฝึกตามโปรแกรมที่ออกแบบอย่างเหมาะสม

6. ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ระบบต่างๆของร่างกายทำงานได้ดีขึ้นเกิดความแข็งแรง มีความพร้อมในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ประโยชน์ของการออกกำลังกาย ดังนี้(กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2540)

6.1 ระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรง หลอดเลือดยืดหยุ่นตัวได้ดี สามารถสูบฉีดโลหิตได้ปริมาณมาก ลดอัตราการเต้นของหัวใจ ทั้งในขณะพักและขณะออกกำลังกาย ทำให้ไม่เหนื่อยง่าย ถ้าออกกำลังกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอติดต่อกัน 3 เดือน ชีพจรหรือหัวใจ จะเต้นช้าลง ซึ่งเป็นการประหยัดการทำงานของหัวใจ ลดแรงต้านทานส่วนปลายของหลอดเลือดฝอยทำให้ความดันโลหิตลดลง ทั้งขณะพักและออกกำลังกาย ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ความดันเลือดลด ได้ประมาณ 10-15 มิลลิเมตรปรอท

6.2 ระบบหายใจ ความจุปอดเพิ่มขึ้น ปอดแข็งแรง ถุงลมยืดหดขยายตัวได้ดีขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น เพิ่มปริมาณโลหิตไปสู่ปอด ทำให้การไหลเวียนเลือดของปอดดีขึ้น

6.3 ระบบชีวเคมีในเลือด ลดปริมาณโคเลสเตอรอล (Cholesterol) และไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) จึงลดอัตราเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันและโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน เพิ่ม HDL Cholesterol ซึ่งช่วยลดการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน ลดน้ำตาลส่วนเกินในเลือด เป็นการช่วยป้องกันโรคเบาหวาน ร่างกายเปลี่ยนไขมันมาเป็นพลังงานได้ดีกว่าเดิม ซึ่งเป็นการประหยัดการใช้แป้ง (Glycogen) ซึ่งมีอายุน้อยและเป็นการป้องกันโรคหัวใจ

6.4 ระบบประสาทและจิตใจ ลดความวิตกกังวล อาการซึมเศร้าและคลายความเครียด ทำให้จิตใจแจ่มใส มีความสุขและรู้สึกสบายใจจากสารเอนโดรฟิน (Endorphin) ที่หลั่งออกมาจากสมองขณะออกกำลังกาย ช่วยทำให้ออนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ ไม่วิตกกังวลทำให้มีพฤติกรรมที่ดี ไม่เป็นคนเห็นแก่ตัว มีน้ำใจนักกีฬา ไม่โกรธง่าย

6.5 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การทรงตัวและการทำงานของอวัยวะต่างๆมีการประสานงานกันดีขึ้น ทำให้กระดูก กล้ามเนื้อและข้อต่อแข็งแรงเคลื่อนไหวได้ดี ทำให้ไขมันหน้าท้องลดลง ลดน้ำหนักตัว ช่วยชะลอความชรา ในผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ความเสื่อมของสมรรถภาพทางกายและการลดลงของประสิทธิภาพในการทำงานเกิดช้ากว่าที่ควร ช่วยทำให้หัวใจปอด ระบบไหลเวียนเลือด ผิวหนังแข็งแรงยิ่งขึ้น เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ ช่วยป้องกันอาการปวดหลัง เนื่องจากกล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้น ช่วยป้องกันโรคเมร็งบางชนิด เช่น ถ้าใส่ใหญ่ เดินมาก ต่อมาลูกหมาก ช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง

6.6 ทำให้สุขภาพดี ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

โภชนาการ (Nutrition)

อาหารตามหลักโภชนาการ คือ สิ่งที่ได้รับประทานได้และให้ประโยชน์ต่อร่างกาย เป็นปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนให้ร่างกายมีสุขภาพดี นักวิทยาศาสตร์ได้ทำการวิเคราะห์หาองค์ประกอบทางเคมีที่มีในอาหาร และให้ชื่อว่า สารอาหาร ซึ่งจำแนกตามองค์ประกอบทางเคมีได้ 5 ประเภท คือ

1. โปรตีน ทำหน้าที่เสริมสร้างการเจริญเติบโตของร่างกายทั้งในด้านสัดส่วนและการเจริญของสมองในเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ชำรุดในผู้ใหญ่ และทำให้ร่างกายมีอำนาจต้านทานโรค
 2. คาร์โบไฮเดรต ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย เพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตและมีสมรรถภาพในการทำงาน
 3. ไขมัน ให้พลังงาน กรดไขมันที่จำเป็น และเป็นตัวพาวิตามินที่ละลายในน้ำมันไปใช้ประโยชน์
 4. วิตามินและเกลือแร่ ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ให้เป็นปกติ
 5. น้ำ ช่วยพาสารอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์และขับของเสียออกทิ้งภายนอก
- ร่างกาย

สารอาหารดังกล่าวพบมากบ้างน้อยบ้างในอาหารชนิดต่างๆ ที่เรารับประทาน แต่จะไม่มีอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งให้สารอาหารครบทุกชนิด ดังนั้นเพื่อให้มีสุขภาพดีจึงควรรับประทานอาหารหลายๆ ชนิดในปริมาณที่เหมาะสมกับอายุและสภาพของร่างกาย โดยยึดถือและปฏิบัติตามข้อแนะนำในการรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ ซึ่งให้คุณค่าทางโภชนาการ ดังนี้

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา นม และถั่วเมล็ดแห้ง ให้สารอาหารโปรตีน

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือกและมัน ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรต

หมู่ที่ 3 ผักใบเขียวและพืชผักอื่นๆ ให้วิตามิน เกลือแร่ ใยอาหาร และน้ำ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ ให้วิตามิน เกลือแร่ ใยอาหาร คาร์โบไฮเดรต และน้ำ

หมู่ที่ 5 ไขมันและน้ำมัน ให้สารอาหารไขมันและกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย

ถ้ารับประทานอาหารครบทุกหมู่ก็จะได้รับสารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ การขาดหมู่ใดหมู่หนึ่ง ทำให้เกิดการขาดสารอาหารได้ คือ ได้รับสารอาหารบางชนิดน้อยกว่าที่ร่างกายควรได้รับ นอกจากจะต้องให้ครบหมู่แล้ว ปริมาณของอาหารที่รับประทานก็มีความสำคัญเพราะถ้ารับประทานครบทุกหมู่ แต่หมู่ละคำสองคำ จะไม่ได้สารอาหารในปริมาณที่ร่างกายต้องการ เนื่องจากความต้องการพลังงานและสารอาหารของแต่ละคนจะแตกต่างกันตามสภาพของร่างกายและกิจกรรมที่ทำ

1. ความต้องการพลังงานและสารอาหารของร่างกาย

ร่างกายของคนเราต้องการสารอาหารไม่แตกต่างกัน แต่มีความต้องการด้านพลังงานที่ค่อยๆลดลงตามวัยที่สูงขึ้น ความสำคัญอยู่ที่ปริมาณสารอาหารต่างๆที่จำเป็นต่อร่างกาย ต้องยังคงอยู่ครบถ้วนตามเดิม หมายความว่า อาหารที่รับประทานยังคงมีโปรตีน เกลือแร่และวิตามินเหมือนเดิม เมื่ออายุเกิน 25 ปีไปแล้ว อาหารที่กินควรลดปริมาณลง แต่เน้นในเรื่องของคุณภาพให้มาก FAO/WHO ได้เสนอแนะให้ลดพลังงานในอาหารลง ร้อยละ 5 ทุก 10 ปี จนถึงอายุ 59 ปี พออายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานลง ร้อยละ 10 และเมื่อมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ให้ลดพลังงานลงร้อยละ 20 ส่วน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขของไทยเสนอให้ลดพลังงานลง 100 กิโลแคลอรีทุก 10 ปีที่อายุเพิ่มขึ้น และน้ำหนักตัวมาตรฐานที่ควรจะเป็นเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป คือ 54-58 และ 47-50 กิโลกรัม ในผู้ชายและผู้หญิง ตามลำดับ เพื่อให้ น้ำหนักคงที่เมื่ออายุ 51-75 ปี ปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการใช้จะลดลง ร้อยละ 10 (ในผู้ชายลด 300 กิโลแคลอรี/วัน และ 200 กิโลแคลอรี/วันในผู้หญิง) ถ้าอายุมากกว่า 75 ปี ปริมาณพลังงานจะลดลงอีก ร้อยละ 20-25 (ลดลง 650 และ 400 กิโลแคลอรี/วัน ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ)

สารอาหารที่แนะนำให้บริโภคประจำวันสำหรับคนไทย สำหรับวัยผู้ใหญ่ ของ Recommended Daily Dietary Intakes for Health Thais (Thai RDI) โดยกำหนดให้ค่าความต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี ซึ่งเป็นระดับที่คนไทยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่ที่มีสภาวะทางสุขภาพปกติต้องการ ทั้งนี้ความต้องการพลังงานที่แท้จริงต่อวันของแต่ละบุคคลอาจน้อยหรือมากกว่า 2,000 กิโลแคลอรี ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ เพศ และความแตกต่างของระดับการใช้พลังงานทางกายภาพ (Physical activity level) ของแต่ละบุคคล

2. การจัดอาหารครบมาตรฐาน

อาหารครบมาตรฐาน (Adequate Diet) คือ อาหารบริโภคประจำวันที่ให้พลังงานเพียงพอ ให้สารอาหารครบทุกชนิด และมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายของผู้บริโภคตามมาตรฐานข้อกำหนด เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน (Nutritious Diet) เหมาะสม จึงจัดเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthful Diet) เพราะจะทำให้ผู้บริโภคมีสุขภาพดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้นอาหารครบมาตรฐานจะต้องเป็นอาหารบริโภคที่ประกอบไปด้วยอาหารครบ 5 หมู่ จึงจะทำให้ได้รับสารอาหารครบทุกชนิด

ในการจัดอาหารให้มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน (Nutritious Diet from foods) จึงมีองค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ความพอเพียง (Adequacy) มีความเพียงพอของสารอาหารทุกชนิด รวมทั้งเส้นใยอาหารและพลังงาน

2.2 ความสมดุล (Balance) มีความสมดุลของสารอาหาร ไม่เลือกกำหนดให้ได้รับสารอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือใช้สารอาหารชนิดหนึ่งชนิดใดมากเกินไป

2.3 พลังงาน (Energy) อาหารจะต้องให้พลังงานเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อรักษาน้ำหนักตัว ไม่ให้อ้วนหรือผอมเกินไป

2.4 ความพอประมาณ (Moderation) ให้มีปริมาณความเหมาะสมพอประมาณของการใช้ น้ำมัน น้ำตาล เกลือ และเครื่องปรุงอื่นๆระวังอย่าให้มากเกินไป

2.5 ความหลากหลาย (Variety) เลือกใช้อาหารชนิดต่างๆให้หลากหลายในแต่ละวัน อย่าให้อาหารซ้ำ จำเจ

สำหรับปริมาณอาหารที่ควรบริโภคเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารในปริมาณที่กำหนดนั้นสามารถประมาณอาหารอย่างง่ายด้วยหลักการของอาหารแลกเปลี่ยน นั่นคือ การใช้อาหารหมู่ต่างๆในปริมาณที่กำหนดให้ ดังตัวอย่างการจัดอาหารครบมาตรฐานสำหรับผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวตามเกณฑ์ประมาณ 50-65 กิโลกรัม ดังนี้

ควรได้รับพลังงานวันละ 1,600-2,000 กิโลแคลอรี (32 กิโลแคลอรี/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม)

ควรได้รับโปรตีน วันละ 50-65 กรัม (1 กรัม/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม, ประมาณร้อยละ 13 ของพลังงานรวม)

ควรได้รับไขมันไม่เกิน ร้อยละ 30 ของพลังงานรวม (ประมาณเป็นไขมัน 55-56 กรัม)

ควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 57 ของพลังงานรวม $[100-(13+30)]$ (เป็นคาร์โบไฮเดรตประมาณ 230-285 กรัม)

จากปริมาณพลังงานและสารอาหารจำนวนดังกล่าว สามารถนำมาคำนวณจัดปริมาณอาหารบริโภคหมู่ต่างๆด้วยวิธีการของอาหารแลกเปลี่ยน

ปริมาณอาหารหมู่ต่างๆที่ควรบริโภคเพื่อการมีสุขภาพดี ดังนี้

1. อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ด

เนื้อสัตว์เป็นแหล่งของสารอาหารโปรตีน คนในเมืองส่วนใหญ่มักจะรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ในปริมาณที่สูง ทำให้มีโอกาสได้รับกรดไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลสูง จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และอาจได้รับสารพิวรีนสูง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเกาต์ได้ การรับประทานโปรตีนสูงนอกจากจะเป็นเหตุให้เกิดโรคแล้ว ร่างกายยังต้องทำงานหนักในการใช้สารอาหารโปรตีน และสิ้นเปลืองเงินโดยไม่จำเป็น

2. อาหารประเภทไขมัน

2.1 ควบคุมปริมาณไขมันรวมในอาหาร เพื่อควบคุมอาหารให้มีไขมันในปริมาณที่ไม่มากเกินไปจนเป็นสาเหตุให้อ้วนหรือมีภาวะไขมันในเลือดสูงได้ อาหารบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีควรมีไขมันไม่เกิน ร้อยละ 30 ของพลังงานรวม หรือประมาณ 55-65 กรัม ซึ่งควรจะได้รับประทานอาหารดังนี้

2.1.1 กำหนดให้รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและหนัง 3-5 ส่วน ร่วมกับการดื่มนมพร่องมันเนย 2 แก้ว* จะทำให้ได้ไขมันประมาณ 25-35 กรัม ไขมันส่วนที่เหลือให้ใช้ไขมันพืชได้อีกประมาณ 6 ช้อนชา (2 ช้อนโต๊ะ) จะทำให้ได้ไขมันประมาณ 30 กรัม (ถ้าสามารถใช้ได้น้อยกว่านี้จะดีมาก) น้ำมันพืช 6 ช้อนชา ใช้ผัดอาหารได้ 2-3 รายการ หรือถ้าจะใช้ทอดอาหารก็ได้ แต่รวมทั้งวันต้องใช้ไม่เกินจำนวนนี้ เมื่อรวมกับไขมันในเนื้อสัตว์ จะได้ไขมันรวม 55-65 กรัม

2.1.2 จำกัดการบริโภคอาหาร ที่ประกอบด้วย น้ำมันในปริมาณมาก ได้แก่ อาหารทอด ทั้งอาหารคาวและอาหารหวาน ให้บริโภคได้ไม่เกินสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2.1.3 จำกัดการบริโภคอาหารประเภทแกงและขนมที่ประกอบด้วยกะทิ ให้บริโภคได้ไม่เกินสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2.1.4 จำกัดการบริโภคอาหารจานเดียวประเภทไขมันสูง เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวผัดหรือก๋วยเตี๋ยวผัดทุกชนิด หอยทอด ขนมจีนน้ำพริกหรือน้ำยา ข้าวหรือขนมจีนราดแกงกะทิต่างๆ ให้บริโภคได้ไม่เกิน สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2.1.5 จำกัดการบริโภคอาหารที่ทำด้วยแป้ง นมสด เนย และน้ำมัน เช่น คูกี้ โดนัท หรือพิซซ่า ให้บริโภคได้ไม่เกินสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

* การดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมขาดมันเนย วันละ 2 แก้ว นอกจากจะได้โปรตีนแล้ว จะทำให้ได้รับไขมันไม่สูงมากเกินไป โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว

2.2 ควบคุมปริมาณกรดไขมันชนิดต่างๆให้อยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม จะช่วยควบคุมไม่ให้ระดับคอเลสเตอรอลและไขมันชนิดอันตรายในเลือดสูง อัตราส่วนที่เหมาะสมของกรดไขมันชนิดต่างๆ คือ กรดไขมันอิ่มตัวต่ำกว่าร้อยละ 10 กรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนไม่เกินร้อยละ 10 และกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยวประมาณร้อยละ 10-15 ของพลังงานรวม

2.3 ควบคุมการบริโภคอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ถ้าบริโภคเนื้อสัตว์ในปริมาณมาก (มากกว่า 250 กรัม) ร่วมกับการบริโภคไข่และเครื่องในสัตว์ จะทำให้ได้รับคอเลสเตอรอลจากอาหารประมาณ 400-450 กรัม ซึ่งจัดว่าสูงมาก ในการควบคุมคอเลสเตอรอลในเลือดไม่ให้สูงเกินเกณฑ์นั้น ควรจะจำกัดการบริโภคอาหารดังกล่าว เพื่อที่จะทำให้ได้คอเลสเตอรอลในอาหารไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม ซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมหรือลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลงได้ ดังนี้คือ

2.3.1 บริโภคเนื้อสัตว์ในปริมาณที่พอเหมาะ (ประมาณ 100-150 กรัม)

2.3.2 บริโภคไข่ไม่เกินสัปดาห์ละ 3 ฟอง

2.3.3 บริโภคเครื่องในสัตว์ ครั้งละเล็กน้อย (1-2 คำ) และนานๆ ครั้ง ไม่ควรเกิน 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2.3.4 งด หรือลดอาหารอื่นๆทุกชนิดที่มีคอเลสเตอรอลสูง

3. อาหารประเภทข้าว แป้ง เผือก มัน และผลิตภัณฑ์

เป็นอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ ถ้าประมาณจากการบริโภคข้าวควรจะบริโภคประมาณ 3-4 ถ้วยตวง (6-8 ส่วน) หรือมื้อละ 2-3ทัพพี จะทำให้ได้พลังงานจากอาหารครบตามกำหนด ซึ่งอาจทดแทนข้าวปริมาณนี้ด้วยอาหารชนิดอื่นๆในเมนูนี้ได้ โดยใช้อาหารแลกเปลี่ยน และควรจะบริโภคข้าวซ้อมมือแทนข้าวขัดขาว เพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่สูงขึ้น และยังช่วยเพิ่มเส้นใยอาหารด้วย

อาหารอื่นๆที่ให้คาร์โบไฮเดรตและมีพลังงานสูง ได้แก่ น้ำตาล เครื่องดื่ม และขนมหวานต่างๆ ควรบริโภคให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ควรดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม หรือบริโภคขนมหวานต่างๆไม่เกินสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และใช้น้ำตาลเพียงเล็กน้อยเพื่อปรุงรสอาหาร หรือซังเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ

การบริโภคอาหารในหมู่นี้เป็นปริมาณที่เหมาะสม ไม่มากเกินไป จะรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ได้ ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง ควรปรับบริโภคอาหารหมวดนี้ โดยลดหรือเพิ่มให้เหมาะสม และติดตามค่าน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์

4. **ผัก** เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน แร่ธาตุ และเส้นใยอาหาร จึงควรบริโภคผักไม่น้อยกว่าวันละ 400 กรัม หรือน้อยกว่าวันละ 5 ส่วน * ในแต่ละวันควรบริโภคผักให้หลากหลาย และควรให้มีผักใบเขียวจัดหรือผักสีเหลืองด้วย เพื่อจะได้วิตามินเอและเบตาแคโรทีนเพียงพอ รวมทั้งยังได้วิตามินและเกลือแร่อื่นๆอีกด้วย

* ผัก 1 ส่วน คือ ผักในปริมาณ 50 กรัม (14 K Cal) หรือประมาณเท่ากับผักในผักหรือแ่งที่ใส่ในจาน หรือชามขนาดเล็ก จัดสำหรับ 1 คน ฉะนั้นควรบริโภคอาหารที่ประกอบด้วยผัก วันละ 3-4 จานหรือชาม ขนาดเสิร์ฟสำหรับคนเดียว

5. **ผลไม้** นอกจากจะให้คาร์โบไฮเดรตแล้ว ยังให้วิตามินซีสูง รวมทั้งวิตามินและเกลือแร่อื่นๆด้วย ควรบริโภคผลไม้ไม่น้อยกว่า 3 ส่วน/วัน *

* ผลไม้ 1 ส่วน (ให้พลังงาน 60 K Cal) คือ ผลไม้รสหวานไม่จัด โดยประมาณ 1 จานเล็ก ที่จัดสำหรับเสิร์ฟ 1 คน ปริมาณมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความหวาน ซึ่งถ้าหวานจัดควรบริโภคในปริมาณน้อย เช่น มะละกอ 8-10 ชิ้น ฝรั่งประมาณ ½ ผลกลาง, ส้มขนาดกลาง 1 ผล จะให้วิตามินซีเพียงพอ พร้อมทั้งวิตามินและเกลือแร่อื่นๆด้วย

นอกจากบริโภคอาหารในหมู่ต่างๆในปริมาณที่เสนอแล้ว ยังควรควบคุมการใช้เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว และเครื่องปรุงรสอื่นๆด้วย ควรใช้แต่พอควร อย่าให้รสจัด และควรงดอาหารหมักดอง แหนม หรือไส้กรอก ซึ่งจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งได้

4. ข้อปฏิบัติในการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

“อาหาร คือ ตัวเรา” คำกล่าวนี้น่าจะเป็นจริงเสมอ เพราะสิ่งต่างๆที่ประกอบขึ้นเป็นตัวเรานั้นล้วนมาจากอาหารที่เรากินเข้าไป ปัจจุบันคนไทยประสบปัญหาโภชนาการอยู่มาก ไม่ว่าจะเป็นเกิดจากการขาดสารอาหาร เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดสารไอโอดีน โรคโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก ฯลฯ ในขณะเดียวกัน ภาวะโภชนาการเกิน กำลังเป็นปัญหาใหม่ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อันจะนำไปสู่โรคที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น โรคอ้วน หัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยในอันดับต้นๆ ปัญหาโภชนาการของคนไทยดังกล่าวนั้นเกิดจากหลายสาเหตุ สาเหตุที่สำคัญ คือ คนไทยส่วนมาก

ยังไม่ได้ได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการกินที่ถูกต้อง ทำให้ขาดความรู้ และเจตคติที่ดีต่อการกินอาหารเพื่อการมีภาวะโภชนาการและสุขอนามัยที่ดี

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยและโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมจัดทำ โภชนบัญญัติ 9 ประการภายใต้กรอบวัฒนธรรมการกินของคนไทย และอยู่บนพื้นฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์

โภชนบัญญัติ 9 ประการ ดังต่อไปนี้

1. **กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว** คือ การกินอาหารหลายๆชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ ถ้ากินไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือกินอาหารซ้ำซากเพียงบางชนิดทุกวัน อาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ในอาหารแต่ละชนิดจะประกอบด้วยสารอาหารต่างๆหลายประเภทในปริมาณที่มากน้อยต่างกัน ไม่มีอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งที่จะมีสารอาหารต่างๆครบในปริมาณที่เพียงพอความต้องการของร่างกาย ดังนั้นในวันหนึ่งๆเราจะต้องเลือกกินอาหารหลายๆชนิดให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ และในแต่ละหมู่ควรเลือกกินให้หลากหลายเพื่อให้ได้รับสารอาหารต่างๆครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ อันจะนำไปสู่การกินดีมีผลให้เกิดภาวะโภชนาการดี

น้ำหนักตัวใช้เป็นตัวบ่งชี้สำคัญ ที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของคนเราน้ำหนักตัวหรือไม่ว่าเพราะแต่ละคนจะต้องมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมกับวัย และได้สัดส่วนกับความสูงของตัวเอง ดังนั้นการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์โดยการกินอาหารให้เหมาะสม จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทุกคนควรหมั่นดูแลน้ำหนักของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรชั่งน้ำหนักอย่างน้อยเดือนละครั้ง หากน้ำหนักตัวน้อยควรกินอาหารที่มีประโยชน์ให้มากขึ้น ถ้าน้ำหนักตัวมากก็ควรลดการกินอาหารลงโดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันและน้ำตาล นอกจากนี้ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. **กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ** ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงาน สารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่คาร์โบไฮเดรตและโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ซึ่งผ่านการขัดสีแต่น้อย เป็นข้าวที่มีประโยชน์มากกว่าข้าวที่ขัดสีจนขาว เนื่องจากมีสารอาหาร โปรตีน ไขมัน ใยอาหาร แร่ธาตุและวิตามิน ในปริมาณที่สูงกว่า

ควรคำนึงถึงปริมาณอาหารประเภทข้าวและแป้งที่กินในแต่ละวัน เพราะถ้าร่างกายได้รับเกินความต้องการจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บไว้ในส่วนต่างๆของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ดังนั้นการกินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ พร้อมด้วยอาหารอื่นที่หลากหลายครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสมและปริมาณที่เพียงพอ จึงเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดีและมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์

3. กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ พืชผัก ผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุ รวมทั้งสารอาหารอื่นๆซึ่งล้วนแล้วแต่มีความจำเป็นต่อร่างกายที่จะนำไปสู่สุขภาพดี เช่น โยอาหารจะช่วยให้การขับถ่าย ช่วยในการนำคลอเลสเตอรอลและสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย ทำให้ลดการสะสมของสารเหล่านั้น นอกจากนั้นพืชผักและผลไม้หลายอย่างยังให้พลังงานต่ำ ดังนั้นหากกินให้หลากหลายเป็นประจำจะไม่ก่อให้เกิดโรคอ้วนและภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด ในทางตรงข้ามจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งและโรคหัวใจ จากผลการวิจัย พบว่าสารแคโรทีนและวิตามินซีในพืชผักและผลไม้มีผลป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด

ตารางที่ 1 อาหารบริโภคครบมาตรฐานประจำวัน สำหรับพลังงาน 1,600-2,000 กิโลแคลอรี

อาหารหมู่ ต่างๆ	จำนวน “ส่วน” บริโภคและปริมาณ 1 ส่วน	สารอาหารสำคัญที่ ได้รับ
นม	2 ส่วน <u>นม 1 ส่วน</u> คือ นมสด 1 ถ้วยตวง หรือ 240 ซีซี, นมระเหย ½ ถ้วย, นมผง ¼ ถ้วย หรือ 30 กรัม	โปรตีน, แคลเซียม, วิตามินบี2, ฟอสฟอรัส
เนื้อสัตว์	3-5 ส่วน <u>เนื้อสัตว์ 1 ส่วน</u> คือ เนื้อหมู, เนื้อวัว, เนื้อไก่ (สุก) ประมาณ 30 กรัม ขนาด 1 ก้อนไม้ขีด, ปลาทุกรั้งซีก, ไข่ 1 ฟอง, เต้าหู้ขาว 1 ชิ้น, เต้าหู้เหลือง ¼ ชิ้น, หรือถั่วเมล็ดแห้ง 30 กรัม จะใช้แทนกันได้ <u>หมายเหตุ</u> 1. ให้บริโภคเครื่องในสัตว์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 2. ให้บริโภคอาหารทะเลสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	โปรตีน, เหล็ก, แคลเซียม, ฟอสฟอรัส, วิตามินต่างๆ

ตารางที่ 1 อาหารบริโภคครบมาตรฐานประจำวัน สำหรับพลังงาน 1,600-2,000 กิโลแคลอรี (ต่อ)

อาหารหมู่ ต่างๆ	จำนวน “ส่วน” บริโภคและปริมาณ 1 ส่วน	สารอาหารสำคัญที่ ได้รับ
ผัก	5 ส่วน <u>ผัก 1 ส่วน</u> คือ ผักประมาณ 50 กรัม ถ้าเป็นผักใช้ใบ ประมาณ 1 ถ้วยตวง, ผักที่เป็นผลหรือหัว ประมาณ ½ ถ้วยตวง <u>หมายเหตุ</u> 1. ควรบริโภคผักใบเขียวและเหลือง 1 ส่วนทุกวัน 2. จะบริโภคผักเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนเท่าใดก็ได้	วิตามินเอ, วิตามินซี
ผลไม้	3 ส่วน <u>ผลไม้ 1 ส่วน</u> มีปริมาณแตกต่างกันตามชนิดของผลไม้ เช่น ส้ม 1 ผลกลาง, กล้วยน้ำว้า 1 ผล, กล้วยหอม ½ ผล, องุ่น 12 ผล เป็นต้น <u>หมายเหตุ</u> ควรบริโภคผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว 1 ส่วนทุกวัน	วิตามินซี, คาร์โบไฮเดรต, วิตามินและแร่ธาตุอื่นๆอีก
ข้าว แป้ง	6-8 ส่วน <u>ข้าว แป้ง 1 ส่วน</u> คือ ข้าวสวย ½ ถ้วยตวง, ขนมปัง 1 แผ่น, ก๋วยเตี๋ยว ½ ถ้วย, ขนมจีน 3 จับ เป็นต้น	คาร์โบไฮเดรต, เซลลูโลส, วิตามินบี1, วิตามินบี2, ไนอะซิน, เหล็ก
ไขมัน	6 ส่วน <u>ไขมัน 1 ส่วน</u> คือ น้ำมัน 1 ช้อนชา, กะทิ 1 ช้อนโต๊ะ	ไขมัน
น้ำตาล	5 ส่วน <u>น้ำตาล 1 ส่วน</u> คือ น้ำตาล 1 ช้อนชา <u>หมายเหตุ</u> น้ำตาล 5 ช้อนชา ให้พลังงานเท่ากับข้าว 1 ส่วน ผู้ป่วยเบาหวานให้ลดน้ำตาลโดยใช้ 0-2 ส่วน แทนด้วยข้าวซ้อมมือ 1-1/2 ส่วน	คาร์โบไฮเดรต

เลือดและป้องกันมะเร็งบางประเภท เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรง จึงควรกินพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ควรกินเป็นประจำ สม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังอาหารหรือกินเป็นอาหารว่าง และควรกินพืชผักและผลไม้ที่มีตามฤดูกาล

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีนที่ดี โปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายและซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ และเป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ

ปลาเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ หากกินแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำจะช่วยลดปริมาณไขมันในเลือด ถ้ากินปลาเล็กปลาน้อยจะ ได้แคลเซียมซึ่งทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง

การกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำ ไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและโลหิต ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ไข่เป็นอาหาร โปรตีนราคาถูก หาซื้อง่าย ปรุงกินง่าย ผู้ใหญ่ที่มีภาวะโภชนาการปกติ ควรกินไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ที่สำคัญควรกินไข่ที่ปรุงให้สุก

ถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูก ควรกินถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมประกอบไปด้วยแร่ธาตุที่สำคัญ คือ โปรตีน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะวิตามินบี2 นมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง ชะลอการเสื่อมสลายของกระดูกและทำให้เนื้อเยื่อต่างๆทำหน้าที่ได้ตามปกติ สำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วน ควรดื่มนมไขมันต่ำหรือนมพร่องไขมัน

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพ อาหารแทบทุกชนิดมีไขมันเป็นส่วนประกอบเล็กน้อยแตกต่างกัน ไขมันเป็นแหล่งพลังงานสูง ให้กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย ช่วยการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมัน ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มการกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไปทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น อ้วน และเกิดโรคอื่นๆตามมา ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การได้รับไขมันอิ่มตัวและคอเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ การรู้ชนิดของอาหารที่มีไขมันสูงและรู้จักวิธีประกอบอาหาร จะทำให้สามารถควบคุมหรือจำกัดปริมาณไขมันในอาหารได้ ทั้งยังเลือกคุณภาพของไขมันจากอาหารได้อย่างเหมาะสมและเป็นผลดีต่อสุขภาพ

7. หลีกเลี้ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด ปัจจุบันคนไทยนิยมกินอาหารรสจัดและใช้เครื่องปรุงรสกันมาก เพราะเครื่องปรุงรสทำให้อาหารอร่อย มีรสชาติ เกิดความพึงพอใจต่อผู้บริโภค แต่ถ้ากินอาหารรสจัดมากเกินไปจนเป็นนิสัยจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ รสชาติของอาหารที่มักเป็นปัญหาและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมากคือ รสหวานจัดและเค็มจัด

รสหวานเป็นรสที่คนทั่วไปชอบ ทั้งรสหวานจากผลไม้และขนมหวานอื่นๆซึ่งมีให้เลือกมากมายหลายชนิด อาหารที่กินประจำวันไม่ว่าจะเป็นกับข้าวหรือขนม ก็ใส่น้ำตาลเพื่อเพิ่มรส และยังมีน้ำตาลแฝงมากับอาหารอื่นๆที่ไม่ให้ประโยชน์แก่ร่างกายด้วย เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม เยลลี่ ลูกอม ลูกกวาด ท็อฟฟี่ น้ำเชื่อม ตลอดจนการใช้น้ำตาลเติมในชา กาแฟ โอวัลติน การได้รับความหวานจากอาหารดังกล่าว ทำให้ได้รับพลังงานเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ดังนั้นจึงควรระมัดระวังการกินน้ำตาล เพราะพลังงานส่วนเกินที่ได้จากน้ำตาลไปเก็บสะสมไว้ในร่างกาย หากได้รับเป็นประจำมีแนวโน้มว่าจะเป็นโรคอ้วนได้

รสเค็มในอาหารไทย ได้จากน้ำปลาและเกลือแกงเป็นตัวหลัก และยังใช้ในการถนอมอาหารประเภทหมักดอง นอกจากนี้เกลียยังแฝงมากับอาหารอื่นๆอีก เช่น ขนมอบกรอบ ขนมขบเคี้ยว ขนมอบฟู และผงชูรส การได้รับเกลียมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชาขึ้นไป จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะยิ่งสูงขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะคนที่ไม่ชอบกินผักและผลไม้หรือกินน้อย และการกินอาหารรสเค็มจัดมีโอกาสนี้เป็นมะเร็งในกระเพาะอาหารด้วย

8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน สภาพสังคมไทยในปัจจุบันเป็นสังคมเมืองมากขึ้น มีความเร่งรีบในการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ประจำวันเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารภายในครัวเรือนมาเป็นการซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมบริโภค หรืออาหารพร้อมปรุง อาหารเหล่านี้มักจะมีการปนเปื้อน ไม่สะอาด เป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษ และเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร ฉะนั้นเพื่อให้ผู้บริโภคมีสุขภาพอนามัยที่ดี จึงควรจะต้องรู้จักวิธีการเลือกซื้อและการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด ปลอดภัย และมีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการ

9. งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มที่จะดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งการดื่มเป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ คนที่ดื่มเหล้ามักเป็นโรคขาดสารอาหารหลายชนิด นับตั้งแต่โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินและเกลือแร่ และเมื่อดื่มไปนานๆตับจะถูกทำลาย ยิ่งจะทำให้ขาดสารอาหารรุนแรงมากขึ้น

มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้ ในระยะหลังยังมีผู้พบว่ามะเร็งของคอและมะเร็งของหลอดอาหารมักพบในผู้ที่ดื่มเหล้ามากด้วย ในรายที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนมากจะลงท้ายด้วยโรคตับแข็งและโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม และวัณโรค สำหรับในรายที่ดื่มและไม่กินอาหารจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าดื่มพร้อมกับกินกับแคลอรีที่มีไขมันและโปรตีนสูง จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วนซึ่งจะมีโรคแทรกอื่นๆตามมาอีกมาก ดังนั้นในรายที่ดื่มเป็นประจำต้องลดปริมาณการดื่มให้น้อยลง ถ้างดดื่มได้ก็จะ เป็นผลดีต่อสุขภาพ

นอกจากนี้การปฏิบัติตนโดยการไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และทำจิตใจให้สบายไม่เครียด ล้วนมีส่วนส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี

การผ่อนคลายความเครียด (Relaxation)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้คำจำกัดความของความเครียด หมายถึง เป็นความกระวนกระวายใจ เนื่องจากสถานการณ์อันไม่พึงพอใจเกิดขึ้น ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนอง หรือเป็นอื่น ผิดพลาดไปจากเป้าหมายที่ต้องการ

ความเครียด เป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัว เตรียมรับเหตุการณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งไม่น่าพอใจ และเป็นเรื่องที่คิดว่าเกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจ

ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตของทุกคน ซึ่งมีผลทำให้สภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม หากปล่อยให้มีอาการเครียดและสะสมไว้เป็นเวลานานโดยไม่ผ่อนคลายเลย จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น อ่อนล้า หดสมรรถภาพในการทำงาน โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคจิตประสาท เนื่องจากคุมสติไม่อยู่

วิธีการจัดการความเครียด มีดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2540)

1. พยายามแก้ไขเพื่อเอาชนะปัญหาโดย วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นและแก้ไขตามสาเหตุ ขอคำแนะนำและความช่วยเหลือจากผู้อื่น ปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท
2. เบี่ยงเบนปัญหาเฉพาะหน้าโดย พุ่งดูถึงเรื่องอื่น หลีกเลียงจากเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่ทำให้เครียด หางานอดิเรกทำ เช่น จัดบ้าน ปลูกต้นไม้ เป็นต้น

3. เสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

3.1 พักผ่อน จัดหาเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม ทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายอารมณ์ เช่น ดูหนัง ฟังเพลง เป็นต้น พยายามกันตัวเองให้ห่างจากสถานการณ์ที่สร้างความเครียด พักผ่อนในวันหยุด เช่น ไปเที่ยว ทำจิตใจให้สงบด้วยการสวดมนต์ ทำสมาธิ

3.2 อาหาร รับประทานอาหารตามเวลา หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น กระทิงแดง เป็นต้น

3.3 หากความสำคัญให้กับตนเอง หากของพิเศษให้กับตนเอง พบปะเพื่อนฝูง แชะตัวในน้ำอุ่น เป็นต้น

4.การระบายอารมณ์ ได้แก่ บอกเล่าให้เพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัวฟัง ร้องไห้ กรีดร้อง เขียนบทกลอน วาดรูป เขียนหนังสือ สร้างงานปฎิมากรรม เล่นดนตรี เต้นรำ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล และคณะ (2542) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลโครงการพัฒนาสุขภาพบุคลากร ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น เพื่อศึกษาผลของโครงการต่อบุคลากร ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย บริโภคนิสัย ผลการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป และสมรรถภาพทางกาย โดยประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย บริโภคนิสัย ผลการตรวจสุขภาพทั่วไป ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) แต่สมรรถภาพทางกายไม่มีความแตกต่าง

เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์ (2541) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการเตรียมใจสู่วัยทอง ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี จำนวน 40 คน โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

พรพิมล เวชกุลขำรง (2547) ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและภาวะสุขภาพของสตรีวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกิน จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คนโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความสามารถตนเอง ผลการทดลองพบว่า กลุ่ม

ทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย มีความคาดหวังผลลัพธ์การออกกำลังกาย และมีภาวะสุขภาพ (น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิต และอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก) สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ประไพพิศ สิงหเสน และ วรารัตน์ แก้วเกื้อ (2546) ศึกษาเรื่องผลการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและการรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที ไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า สมรรถภาพทางกายโดยรวมของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ก่อนการทดลอง การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

บุญช่วย นาสูงเนิน (2544) ศึกษาเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยหมดระดู เขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน เป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับสตรีวัยหมดระดู การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลในเลือดดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

มันทนา ศิลปเวชกุล (2548) ศึกษาเรื่องการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำผู้สูงอายุ เพื่อทดลองรูปแบบการให้แกนนำผู้สูงอายุเป็นผู้เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพให้แก่บุคคลในครอบครัวและชุมชน โดยวิธีการอบรมแกนนำผู้สูงอายุให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้อย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การบันทึกผลการปฏิบัติงานพร้อมปัญหาอุปสรรคที่พบ เพื่อนำเข้าที่ประชุมในการวางแผนแก้ไขปัญหา ซึ่งจัดให้มีการประชุมและลงพื้นที่พบกลุ่มตัวอย่าง 2 เดือนต่อครั้ง จำนวน 2 ครั้ง และการสอบถามผู้สูงอายุในหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 57.1 มากกว่ากลุ่มควบคุม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพื้นที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ ร้อยละ 94.6 มีดัชนีมวลกายและภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่แตกต่างกัน

ร้อยละ 66.9 ความสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ตามอัตภาพผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 91.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) สำหรับการปฏิบัติงานของแกนนำผู้สูงอายุ พบว่า สามารถปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการทุกประการ และสามารถนำความรู้ไปเผยแพร่ได้

สกุลรัตน์ ประเสริฐผล มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และ นิรัตน์ อิมามิ (2548) ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาความรู้เรื่องวัยทอง การดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยทอง อายุ 40-60 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกวัยทอง จำนวน 47 ราย ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 8 เดือน โดยใช้การอบรมแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน และการฝึกปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยทองมีความรู้เรื่องวัยทองและการดูแลสุขภาพดีขึ้น มีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการดูแลสุขภาพทั่วไป ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

บุษบา สงวนประสิทธิ์ และ กิตติพงษ์ หาญเจริญ (2547) ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โดยใช้แรงสนับสนุนจากครู และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 76 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และอันตรายของภาวะทุพโภชนาการดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

นิรัตน์ อิมามิ และ สกุลรัตน์ ประเสริฐผล (2548) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาการรับรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะประชากร การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลสำคัญ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการมีปัญหาสุขภาพ การรับรู้ผลดี และประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ กับการปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุจำนวน 197 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและการรับรู้ถึงผลดี และประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ในเรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง และพบว่า เพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลที่เชื่อถือ ไม่มีความสัมพันธ์กับการ

ปฏิบัติตัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่การรับรู้ผลดีและประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ กับ การปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

ปัญห จิตตุนท์ และวรรณิ จันทรสว่าง (2548) ศึกษาเรื่อง ระยะเวลาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลและบุคลากร คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมของโปรชาสกา (Prochaska) และดีคลีเมน (DiClemente) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 253 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาและบุคลากรส่วนใหญ่มีระยะเวลาพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระยะเตรียมตัว ร้อยละ 60.7 และ 60.0 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มนักศึกษาอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคของบุคลากรอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคจะลดลงตามระยะเวลาพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สูงขึ้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาพฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาพฤติกรรมออกกำลังกายในระยะก่อนคิดตัดสินใจ ระยะตัดสินใจ และระยะเตรียมตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และกลุ่มที่มีระยะเวลาพฤติกรรมในการสร้างพฤติกรรม และระยะเตรียมตัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่ำกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาพฤติกรรมออกกำลังกายในระยะก่อนคิดตัดสินใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

แสงโสม สันะวัฒน์ วณิช กิจวรพัฒน์ มันทนา ประทีปะเสน และคณะ (2545) ศึกษาเรื่อง โปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการหรือการเงินของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี ที่มีสุขภาพดี อายุระหว่าง 35-54 ปี จำนวน 64 คน โดยใช้ทฤษฎี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย โภชนาการ และ แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหารดีขึ้น การเดินเพื่อออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหาร ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ของไขมันร่างกาย เส้นรอบวงเอว อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อสะโพก เส้นรอบวงแขน เส้นรอบวงต้นขา และไขมันในเลือดลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนร้อยละ 56.2 และ 40.6 ของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองลดน้ำหนักได้มากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนัก เริ่มต้นในสัปดาห์ที่ 24 และ 48 ตามลำดับ สำหรับคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และคะแนนของการจำกัดอาหาร ทำนายเปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักที่ลดลงในสัปดาห์ที่ 12 และ 24 ได้ค่า $R^2 = .098$ $P < 0.05$ และ $R^2 = .155$ $P < 0.05$ ตามลำดับ

วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์ รุ่งรัศมี แก้วมัน และ สิรินันท์ ธิติทรัพย์ (2548) การศึกษาเรื่องผล การใช้กระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่ ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 61 คน ผลการศึกษาพบว่า เจ้าหน้าที่ที่สามารถลด น้ำหนักตัว เฉลี่ย 1.15 กิโลกรัม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) โดยสามารถลดได้มากที่สุด คือ 3 กิโลกรัม ร้อยละ 29.5 น้ำหนักเท่าเดิม ร้อยละ 55.7 และมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ร้อยละ 14.8 เส้นรอบ เอวคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย พบว่า ในระยะ 2 เดือนแรก เจ้าหน้าที่ที่มีการเคลื่อนไหวออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมต่างๆใน ชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น และต่อมาจะปฏิบัติตัวไม่สม่ำเสมอ ด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร ปฏิบัติได้สม่ำเสมอ เช่น การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะมื้อเช้า รู้จักเลือกอาหารที่มี คุณค่าและให้พลังงานต่ำ อาหารธรรมชาติเส้นใยสูง ค้นหาสาเหตุและวิธีป้องกันการเพิ่มของ น้ำหนักที่เหมาะสมให้ตนเองได้ และติดตามการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว เป็นต้น ส่งผลให้มี น้ำหนักตัวลดลง และพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

อมรรัตน์ เกตุดารา (2543) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือด หัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จังหวัดชัยนาท โดยการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่าง คือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ชัยนาท จำนวน 50 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหลอดเลือดหัวใจ ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของประสิทธิผลของ การป้องกัน ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค และการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค หลอดเลือดหัวใจดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ส่วนค่าระดับ โคเลสเตอรอล และค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าระดับโคเลสเตอรอลและค่าดัชนีมวล กายลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

รอยด์ เอฟ. โอมาน(Roy F. Oman) และ เทอรี อี. ดันแคน(Terry E. Duncan) (1994). ศึกษาเรื่อง Women and Exercise: An Investigation of the Role of Social Support, Self-Efficacy, and Hardiness จากการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย เนื่องจากแรง สนับสนุนทางสังคมมีผลต่อกลไกทางจิตของบุคคลทำให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยการศึกษาใช้ Structural equation modeling techniques เพื่อตรวจสอบความยืดหยุ่น(Hardiness)และความสามารถในการ ตนเอง(Self-Efficacy)ที่เป็นตัวเชื่อมของตัวแปรภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทาง สังคม กับพฤติกรรมออกกำลังกาย ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ 282 คน เข้าร่วม โปรแกรมแอโรบิก 5 สัปดาห์ พบว่า ความยืดหยุ่น (Hardiness) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในความสัมพันธ์

ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง แต่ไม่มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสนับสนุนตามรูปแบบที่ศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของระดับการควบคุมภายในบุคคล อย่างมีความเชื่อมั่น จากผลการศึกษาแนะนำว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความยึดมั่น และความสามารถในตนเอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการออกกำลังกายในกลุ่มประชากร

ยัง(Young), เดฟเบอร์ธา (Deborah), สตรีวอร์ด (Stewart), เคอรี่ เจ. (Kerry J.) (2006). ศึกษาเรื่อง A Church-based Physical Activity Intervention For African American Women เป็นการทดลอง ประเมินผลใน 6 เดือน โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในโบสถ์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย ระหว่างหญิงชาวแอฟริกัน ที่สัมพันธ์กับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health lecturer) และยืดหยุ่นตามสภาวะ ผู้เข้าร่วมได้แก่ผู้หญิง 196 คนจาก 11 โบสถ์ วิธีสุ่มตัวอย่างโบสถ์ ที่จะให้โปรแกรมแอโรบิก หรือ Health N Stretch พบว่า โปรแกรมทั้ง 2 ให้ผลด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน คือ มีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และในกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำนายนการเปลี่ยนแปลงด้านการออกกำลังกายได้สูงกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรหน่วยงานหรือบุคคลกลุ่มต่างๆ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น การมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และการให้แรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตน และภาวะสุขภาพดีขึ้นได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดกิจกรรมฝึกทักษะด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด การใช้กระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ เสริมทักษะเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนการแก้ไขร่วมกัน การจัดกิจกรรมและการใช้สื่อต่างๆ ได้แก่ แจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ และแผ่นพับด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้วิจัย กระตุ้นเตือน ให้คำแนะนำ การมอบรางวัล เพื่อกระตุ้นกลุ่มทดลองให้ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล โดยศึกษาด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 55 คน โดยแบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

- รูปแบบการวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การดำเนินการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล

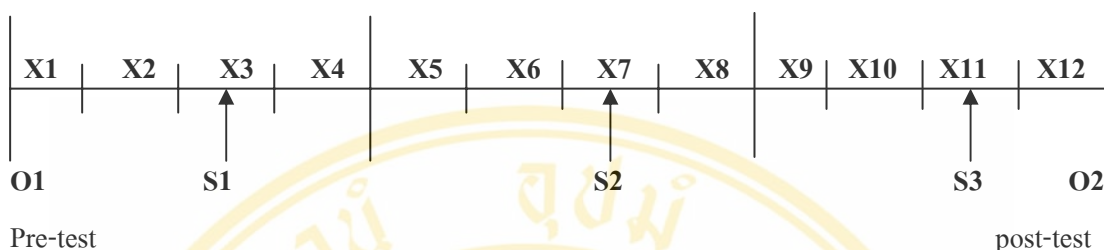
รูปแบบการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นการศึกษาประชากรกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pre-test Post-test Experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดโดยศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการทดลอง ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และภาวะสุขภาพ โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O_1	$\xrightarrow{\quad X \quad}$	O_2
	O_1	หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง	
	O_2	หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง	
	X	หมายถึง กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	

แผนภาพที่ 2 รูปแบบการวิจัย

แผนภูมิการทดลอง



แผนภาพที่ 3 แผนภูมิการทดลอง

O₁ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ในสัปดาห์ที่ 1

O₂ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และแบบบันทึกภาวะสุขภาพในสัปดาห์ที่ 12

X₁ หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 1 “ขี้ม๊มแจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ” ได้แก่ กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การตรวจภาวะสุขภาพร่างกาย ตอบแบบสอบถามก่อนเข้าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และ “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” แจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

X₂ หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ”

X₃ หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “เดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ” และการให้แรงบันดาลใจครั้งที่ 1 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือนการให้ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ให้กำลังใจ

X₄ หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด เข้าร่วมกิจกรรม “สมาธิเพื่อสุขภาพ”

X5 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ได้แก่ การทำกระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรม“ร่วมคิดสร้างสรรค์ กับวันสบายๆ” ได้แก่ การเล่าเรื่องประทับใจ คลายเครียด

X6 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “โยคะเพื่อสุขภาพ”

X7 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด เข้าร่วมกิจกรรม “โยคะเพื่อสุขภาพ” และกิจกรรม“สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ข้อมูลข่าวสารสร้างเสริมสุขภาพ ให้กำลังใจ

X8 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ชิงเพื่อสุขภาพ”

X9 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่าง” ได้แก่ การจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ และกิจกรรม“กินอย่างไร ร่างกายสวยงาม” ได้แก่ การสาธิตด้านโภชนาการที่ถูกต้อง และร่วมรับประทานอาหาร

X10 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ลีลาศเพื่อสุขภาพ”

X11 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมการชั่งน้ำหนักก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และส่งจดหมายนัด และร่วมกิจกรรม “ลีลาศเพื่อสุขภาพ” และกิจกรรม“สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” โดยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ให้กำลังใจ

X12 หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สัปดาห์ที่ 12 กิจกรรม “ยิ้มแย้มแจ่มใส วันดอกไม้บาน” ได้แก่ การตรวจภาวะสุขภาพ และตอบแบบสอบถามหลังเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรม “รางวัลแทนใจ” ได้แก่ การมอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ การเล่าเรื่อง

ประทับใจ แม่ครัวตัวอย่างเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ และกิจกรรม “ อ่าลาอาลัย ” ได้แก่ ร่วมเลี้ยงสังสรรค์ ปิดโครงการ

S1 หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 1 โดยการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน/ ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ/ ให้กำลังใจ จากผู้วิจัยถึงผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

S2 หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 2 โดยการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน/ ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ/ ให้กำลังใจ จากผู้วิจัยถึงผู้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

S3 หมายถึง การให้แรงสนับสนุนทางสังคมครั้งที่ 3 โดยการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน/ ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ/ ให้กำลังใจ จากผู้วิจัยถึงผู้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอบุพพมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 225 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ บุคลากร ที่ปฏิบัติงานใน ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอบุพพมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 55 คน โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพตามเกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. อายุระหว่าง 19 - 60 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
2. ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index= BMI) มากกว่า 22.9 Kg/m² หรือ

3. รอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว ในเพศหญิง และ มากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ในเพศชาย หรือ
4. ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด มากกว่า 200 mg% หรือ
5. ภาวะความดันโลหิต มากกว่า 140/ 90 mmHg และได้รับการแนะนำจากแพทย์ว่าสามารถเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพได้
6. สมัครใจร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดโครงการโดยผู้ยินยอมตนเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจ และลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบยินยอมด้วยความเต็มใจ

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีภาวะของโรคที่อาจส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น โรคเลือดต่างๆ โรคหัวใจ เป็นต้น
2. ผู้ยินยอมตนย้ายไปอยู่ที่อื่น ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการตลอดโครงการได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบบบันทึกภาวะสุขภาพ และแบบบันทึกพฤติกรรม

1.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะการปฏิบัติงาน ลักษณะเวลาของการทำงาน รายได้ต่อเดือน รายได้ของครอบครัว ที่อยู่อาศัย ประวัติการเจ็บป่วยครอบครัวและตนเอง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย มีข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ มีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) เป็นข้อคำถามด้านการออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การออกกำลังกายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ตัวเลือกออกกำลังกายถูกต้อง		ตัวเลือกออกกำลังกายไม่ถูกต้อง	
ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ให้ 2 คะแนน	ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ให้ 0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน
ไม่เลย	ให้ 0 คะแนน	ไม่เลย	ให้ 2 คะแนน
โดยที่	ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง	ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ถึง 5 วัน ต่อสัปดาห์	
	ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง	ปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์	
	ไม่เลย หมายถึง	ไม่ปฏิบัติเลยต่อสัปดาห์	

การให้ค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์ของ บลูม (เสรี ราชโรจน์, 2537:67-68) ใช้ในการจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ถือว่าควรปรับปรุง
คะแนน	ร้อยละ 60-79	ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	ร้อยละ ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	ถือว่าอยู่ในระดับดี

จากข้อคำถามในส่วน การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย มีจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-2 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด ถึงสูงสุด เท่ากับ 0-24 คะแนน นำมาจัดระดับได้ดังนี้

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 14 คะแนน ถือว่าควรปรับปรุงการออกกำลังกาย

กลุ่มที่ได้คะแนน 14 – 18 คะแนน ถือว่ามีการออกกำลังกายในระดับปานกลาง

กลุ่มที่ได้คะแนน 19 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีการออกกำลังกายในระดับดี

การวิจัยครั้งนี้ พิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย คะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 2 การประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย มีจำนวน 5 ข้อ การให้ค่าคะแนนโดยการเลือกข้อที่ 1-5 ซึ่งมีค่าคะแนน ดังนี้

1. ไม่ค่อยออกแรง ออกกำลัง และยัง**ไม่คิด (ไม่เคยคิด)** ที่ออกแรง ออกกำลัง กระฉับกระเฉงใน 6 เดือนข้างหน้า ให้ 0 คะแนน
2. ไม่ค่อยออกแรง ออกกำลัง แต่**ตั้งใจว่า** จะออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉงใน 6 เดือนข้างหน้า ให้ 1 คะแนน
3. ออกแรง ออกกำลังอยู่บ้าง แต่**ไม่สม่ำเสมอ**แต่**ไม่ถึงวันละ 30 นาที** หรือถึง 30 นาทีแต่**ไม่ครบ 5 วัน** ให้ 2 คะแนน
4. ออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉง **สะสมรวมแล้วอย่างน้อยวันละ 30 นาที** อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันอยู่แล้ว แต่**ยังไม่ถึง 6 เดือน** ให้ 3 คะแนน
5. ออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉง **สะสมรวมแล้วอย่างน้อย วันละ 30 นาที** อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันอยู่แล้ว และ **ปฏิบัติมานานกว่า 6 เดือนแล้ว** ให้ 4 คะแนน

การวิจัยครั้งนี้ พิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย คะแนนการประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกายก่อนและหลังการทดลอง

ส่วนที่ 3 โภชนาการ มีข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ ใช้ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยเปรียบเทียบเกณฑ์การได้รับสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับและโภชนบัญญัติ ของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข มีการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง	ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ถึง 7 วัน ต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง	ปฏิบัติน้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์
ไม่เลย หมายถึง	ไม่มีการปฏิบัติเลยต่อสัปดาห์

มีการให้ค่าคะแนน ดังนี้

มีการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน
ไม่เลย	ให้ 0 คะแนน

มีการรับประทานอาหารไม่ถูกต้อง

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	ให้ 0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 1 คะแนน
ไม่เลย	ให้ 2 คะแนน

การให้ค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ สำหรับการศึกษาครั้งประยุกต์ใช้ตาม
เกณฑ์ของ บลูม (เสรี ราชโรจน์, 2537:67-68) ใช้ในการจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	ถือว่าควรปรับปรุง
คะแนนร้อยละ 60-79	ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	ถือว่าอยู่ในระดับดี

จากข้อคำถามในด้านโภชนาการ มีจำนวน 33 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-
2 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด ถึงสูงสุด เท่ากับ 0-66 คะแนน นำมาจัดระดับได้ดังนี้

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 40 คะแนน	ถือว่าควรปรับปรุงพฤติกรรมโภชนาการ
กลุ่มที่ได้คะแนน 40 – 52 คะแนน	ถือว่ามีความผิดปกติโภชนาการในระดับปานกลาง
กลุ่มที่ได้คะแนน 53 คะแนนขึ้นไป	ถือว่ามีความผิดปกติโภชนาการในระดับดี

การวิจัยครั้งนี้ พิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนด้านโภชนาการก่อน
และหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 การผ่อนคลายความเครียด มีข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ ใช้ลักษณะ
ข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยเปรียบเทียบเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข มีการให้ค่าคะแนน ดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ปฏิบัติตั้งแต่ 3 ถึง 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์
ไม่เลย	หมายถึง	ไม่มีการปฏิบัติเลยต่อสัปดาห์

มีการให้ค่าคะแนน ดังนี้

มีการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง

ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้	1 คะแนน
ไม่เลย ให้	0 คะแนน

มีการผ่อนคลายความเครียดไม่ถูกต้อง

ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้	0 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้	1 คะแนน
ไม่เลย ให้	2 คะแนน

การให้ค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์ของ บลูม (เสรี ราชโรจน์, 2537:67-68) ใช้ในการจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	ถือว่าควรปรับปรุง
คะแนนร้อยละ 60-79	ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	ถือว่าอยู่ในระดับดี

จากข้อคำถามในด้าน การผ่อนคลายความเครียด มีจำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อมีช่วงคะแนน 0-2 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด ถึงสูงสุด เท่ากับ 0-48 คะแนน นำมาจัดระดับได้ดังนี้

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 28 คะแนน	ถือว่าควรปรับปรุงการผ่อนคลายความเครียด
กลุ่มที่ได้คะแนน 28 – 37 คะแนน	ถือว่ามีการผ่อนคลายความเครียดระดับปานกลาง
กลุ่มที่ได้คะแนน 38 คะแนนขึ้นไป	ถือว่ามีการผ่อนคลายความเครียดระดับดี

การวิจัยครั้งนี้ พิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย คะแนนการผ่อนคลายความเครียดก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนรวมของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน (การออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด) โดยรวมคะแนนทั้ง 3 ด้าน เท่ากับ 138 คะแนน การให้ค่าคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ตามเกณฑ์ของ บลูม (เสรี ราชโรจน์, 2537: 67-68) ใช้ในการจัดระดับคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60	ถือว่าควรปรับปรุง
คะแนน ร้อยละ 60-79	ถือว่าอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน ร้อยละ ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	ถือว่าอยู่ในระดับดี

จากข้อคำถามรวมพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีคะแนนรวม เท่ากับ 138 คะแนน นำมาจัดระดับได้ดังนี้

กลุ่มที่ได้คะแนนต่ำกว่า 82 คะแนน	ถือว่าควรปรับปรุงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
กลุ่มที่ได้คะแนน 82–109 คะแนน	ถือว่ามีการพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง
กลุ่มที่ได้คะแนน 110 คะแนนขึ้นไป	ถือว่ามีการพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี

การวิจัยครั้งนี้ พิจารณาจาก การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ย คะแนนการพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง

2. แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับคอเลสเตอรอล เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

วัดส่วนสูง ในสัปดาห์แรก ครั้งเดียว เพื่อไว้ประเมินดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

ชั่งน้ำหนัก ทุกสัปดาห์เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดความตระหนักถึงการดูแลน้ำหนักตัวอย่างสม่ำเสมอ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ได้ใช้การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยน้ำหนักก่อน และหลังการทดลอง ไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index = BMI) คือ ค่าที่คำนวณได้จากการนำค่าน้ำหนัก และค่าส่วนสูงมาคำนวณ เพื่อประเมินไขมันในร่างกาย

การจำแนกประเภทของดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ของ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ระดับ	ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	น้อยกว่า 18.5
น้ำหนักตัวปกติ	18.5-22.9
น้ำหนักตัวเกิน	23.0-24.9
โรคอ้วนขั้นที่ 1	25.0-29.9
โรคอ้วนขั้นที่ 2	30.0-39.9
โรคอ้วนขั้นที่ 3	40.0 ขึ้นไป

การวิจัยในครั้งนี้ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลองไปในทิศทางที่ดีขึ้น

รอบเอว หมายถึง การวัดเส้นรอบสะดือ เนื่องจากส่วนใหญ่บุคคลมีการสะสมของไขมันอย่างมากบริเวณหน้าท้อง การมีไขมันสะสมที่บริเวณหน้าท้องมาก มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี โรคเบาหวานชนิดที่สอง ความดันโลหิตสูง และการเกิดมะเร็งบางชนิดได้มากขึ้นและมากกว่าการสะสมของไขมันที่บริเวณอื่นๆ โดยมีเกณฑ์รอบเอวปกติ ดังนี้ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

เพศ

หญิง

ชาย

ค่ารอบเอว

น้อยกว่า 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร)

น้อยกว่า 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนและหลังการทดลอง ไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ความดันโลหิต หมายถึง ความดันโลหิตในหลอดเลือดขนาดกลาง วัดที่แขน ซึ่งใช้เกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 mmHg (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546) สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยค่าความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลอง ไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด หมายถึง การมีไขมันชนิดโคเลสเตอรอลพอกอยู่ตามผนังเส้นเลือด ซึ่งทำให้เส้นเลือดตีบแข็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเป็นอัมพาตได้ สามารถวัดค่าโคเลสเตอรอลได้ว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจขาดเลือดหรือไม่ นั่น มีเกณฑ์การวัด ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

น้อยกว่า 200 mg/dl

ปกติ

200-240 mg/dl

เริ่มเสี่ยง

มากกว่า 240 - 260 mg/dl

เสี่ยงสูง

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอลในเลือดก่อนและหลังการทดลอง ไปในทิศทางที่ดีขึ้น

3. แบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ผู้เข้าร่วมการทดลองบันทึกตนเองทุกสัปดาห์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย ข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ คือ การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย เวลา (นาทิจ) การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา เวลา (นาทิจ) ระดับความเหนื่อย การอุ่นเครื่อง 5-10 นาทีก่อนการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5-10 นาทีหลังการออกกำลังกาย

3.2 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน

3.2.1 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน1 หมายถึง การบันทึกการรับประทานอาหารสำหรับวันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) เลือกบันทึกจำนวน 2 วัน

3.2.2 แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน 2 หมายถึง การบันทึกการรับประทานอาหารสำหรับวันหยุด (เสาร์- อาทิตย์) เลือกบันทึกจำนวน 1 วัน

3.3 แบบบันทึกการผ่อนคลายความเครียด ข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ คือ การบันทึกภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น ในช่วงระยะ 1 สัปดาห์ และ วิธีปฏิบัติเพื่อการผ่อนคลายความเครียด หรือการแก้ไขปัญหา

ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นให้ครอบคลุมกับเนื้อหาโดย

1. ศึกษาเนื้อหาหลักวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการวัดแต่ละตัวแปร ร่วมกับการศึกษาข้อมูลจากกิจกรรมกระบวนการกลุ่มบุคลากรเพื่อรวบรวมข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

2. กำหนดขอบเขต และโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปรที่ทำการศึกษานำมาสร้างแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย และถูกต้องตามเกณฑ์ พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน

3. นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์พิจารณาตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม และแบบบันทึกพฤติกรรม เพื่อหาความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา ความต่อเนื่องของเนื้อหา จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุง

แก้ไขแบบสอบถาม และแบบบันทึกพฤติกรรมให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากขึ้น ก่อนนำไปทดสอบ

4. ทดสอบเครื่องมือ แบบสอบถาม และแบบบันทึกพฤติกรรม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่บุคลากร โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 25 ราย จากนั้น ได้ปรับปรุงแก้ไขแบบแบบสอบถาม และแบบบันทึกพฤติกรรม และนำมาทดสอบซ้ำครั้งที่ 2 ในกลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 25 ราย พบว่า แบบสอบถาม และแบบบันทึกพฤติกรรม มีความถูกต้องชัดเจนของข้อความ ความหมาย เนื้อหา เพิ่มมากขึ้น

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมกับผู้ช่วยซึ่งได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย เพื่อทำความเข้าใจในเนื้อหาสาระและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบแบบสอบถามการสร้างเสริมสุขภาพ แบบบันทึกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 12 สัปดาห์ คือ

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที

1. ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
2. ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจภาวะสุขภาพ ก่อนการเข้าร่วมโครงการ (Pretest)

3. กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมข้อมูลที่เป็นแก่นกลุ่มตัวอย่าง

4. แจกแบบบันทึกด้วยตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด และคู่มือสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากร พร้อมชี้แจงการลงบันทึก

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสาธิต และฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. จัดหมายนัดพบ และร่วมกิจกรรม “การเดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ”
3. รวบรวมข้อมูลและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 1 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุน การให้กำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า และการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพ
3. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมกิจกรรม “การเดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมสาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกปฏิบัติ “สมาธิเพื่อสุขภาพ”
3. สนทนากลุ่ม การซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษา กรณีผู้ที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนี้

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ” ทบทวนการปฏิบัติตน ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดโดยการซักถาม อธิบาย และจัดกิจกรรมกลุ่ม การมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ร่วมกันแก้ไขปัญหา สุขภาพ ผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมข้อมูลที่เป็นแก่นกลุ่มตัวอย่าง

3. กิจกรรม“ร่วมคิดสร้างสรรค์ กับวันสบายๆ” คือ การเล่าเรื่องความประทับใจในอดีต จากกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลอง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมสาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด

1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมกิจกรรม“โยคะเพื่อสุขภาพ”

3. สนทนากลุ่ม การซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกันและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษา กรณีที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 7 กิจกรรมสาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด

1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

2. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 2 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุน การให้กำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า และการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

3. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมกิจกรรม“โยคะเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 8 กิจกรรมสาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด

1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมกำรซ้้งน้ำนักร่ำนกำย ก่อนเข้ร่วมกิจกรรม
2. ส่้งจดหมำนัดพบ และร่วมกิจกรรม “ซ้้งงเพื่อสุขภพ”
3. สนนทงกลุ่ม กำรซ้้งกถำนปัญหำกำรจัดกิจกรรมสร้้งเสริมสุขภพ และแนวทงกำรแก้ปัญหาร่วมกันและสรุปลผลกำรวิเคราะห้กำรบันทึกพฤติกรรมกำรสร้้งเสริมสุขภพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมกำรสร้้งเสริมสุขภพ และให้ค้ำปริกษำ กรณิผู้ที่ย้งปฏิบัติไม่ถูกด้อง

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมกำรเรียนรู้แบบมีส่วร่วม และกระบวนการกลุ่ม ใช้เวลำ 2 ชั่วโมง ดั่งนี้

1. กิจกรรมกำรซ้้งน้ำนักร่ำนกำย ก่อนเข้ร่วมกิจกรรม
2. กิจกรรม “ร่วมเสวนำ ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ปัญหำสุขภพ” ด้านกำรออกค้ำลังกำย โภชนำกำร กำรผ่อนคลำยควมเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และกำรมีส่วร่วม แลกเปลี่ยนควมคิดเห็น ประสบกรณ์ ปัญหำ อุปสรรคด้านกำรออกค้ำลังกำย โภชนำกำร และกำรผ่อนคลำยควมเครียด ด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อร่วมหำแนวทงแก้ปัญหำ ให้ค้ำลังใจ ในกำรปฏิบัติอย่งต่อเนื่อง
3. กิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่ง” ได้แ่ กำรจัดเมนูเค็ดเพื่อสุขภพ ซ้้งรงวัด แล
4. กิจกรรม “กินอย่งไร ร่ำนกำยสวองม” กำรสำธิต และร่วมรับประทำนอำหำรเพื่อสุขภพ

สัปดาห์ที่ 10 กิจกรรมสำธิต และกำรฝึกทักษะกำรสร้้งเสริมสุขภพ ใช้เวลำท้งหมด 1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมกำรซ้้งน้ำนักร่ำนกำย ก่อนเข้ร่วมกิจกรรม
2. ส่้งจดหมำนัดพบ และร่วมกิจกรรม “ลีลศเพื่อสุขภพ”
3. สนนทงกลุ่ม กำรซ้้งกถำนปัญหำกำรจัดกิจกรรมสร้้งเสริมสุขภพ และแนวทงกำรแก้ปัญหาร่วมกันและสรุปลผลกำรวิเคราะห้กำรบันทึกพฤติกรรมกำรสร้้งเสริมสุขภพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมกำรสร้้งเสริมสุขภพ และให้ค้ำปริกษำ กรณิผู้ที่ย้งปฏิบัติไม่ถูกด้อง

สัปดาห์ที่ 11 กิจกรรมสาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด

1 ชั่วโมง

1. กิจกรรมการชั่งน้ำหนักร่างกาย ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 3 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุน การให้กำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า และการให้ข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
3. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมกิจกรรม “ลีลาศเพื่อสุขภาพ”

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรม “ยิ้มแย้มแจ่มใส วันดอกไม้บาน” ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง การตรวจภาวะสุขภาพ และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หลังร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (Posttest)
2. กิจกรรม “รางวัลแทนใจ” มอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ การเล่าเรื่องประทับใจ และเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ
3. กิจกรรม “อาลา อาลัย” ร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ ผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

รวมใช้เวลาในการลงกิจกรรมตามโปรแกรมตลอด 12 สัปดาห์ทั้งหมด 15 ชั่วโมง

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล**ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย****1. ขั้นเตรียมการ**

- 1.1 ทำหนังสือขอจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 1.2 ส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย ถึงผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

1.3 ผู้วิจัยพบผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง และรายละเอียดต่างๆพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำการวิจัย

1.4 กำหนดบทบาทผู้ช่วยผู้วิจัย คือ ช่วยในการทำ Pre – test และ Post – test และการตรวจภาวะสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกครั้ง ประชุมกลุ่มร่วมกับผู้วิจัย ช่วยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน นัดพบ และให้กำลังใจ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ทุกครั้ง

2. ขั้นตอนการวิจัย

2.1 ผู้ยินยอมตนต้องลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัย ซึ่งก่อนลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัย ผู้ยินยอมตนได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

2.2 ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถาม

2.3 ผู้ยินยอมตนได้รับการเจาะเลือด เพื่อตรวจระดับโคเลสเตอรอล

2.4 ผู้ยินยอมตนได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ คือ การวัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง/คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต

2.5 ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนจนถึงสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามทุกชุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบ เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมุติฐานการวิจัย โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (= 95%) ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่อทดสอบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะเวลาของการทำงาน รายได้ต่อเดือน รายได้ของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้

เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ ทำการวิเคราะห์และนำเสนอโดย การแจกแจงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และ ภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล ก่อน และหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test

3. ข้อมูลจากแบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด นำมาวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนา (Descriptive Statistic)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ระยะเวลา ดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร การออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด แบบบันทึกพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 55 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.50 เพศชาย ร้อยละ 25.50
2. อายุ ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25 - 29 ปี ร้อยละ 30.90 รองลงมาอายุ 30 – 34 ปี ร้อยละ 23.60
3. สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 50.90 รองลงมามีสถานภาพ คู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 47.30 และหม้าย/อย่า/แยก ร้อยละ 1.80
4. การศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.40 รองลงมา จบอาชีวศึกษา หรืออนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร ร้อยละ 18.20
5. สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ทำงานธุรการ หรือบริการอื่นๆ ร้อยละ 74.50 รองลงมา ทำงานแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ร้อยละ 16.40
6. ลักษณะการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ร้อยละ 58.20 รองลงมา ลูกจ้าง/ รับจ้าง ร้อยละ 29.10

7. ลักษณะเวลาของการทำงาน ส่วนใหญ่ทำงานในเวลาราชการ ร้อยละ 83.60
รองลงมาทำงานตามช่วงเวลาตามกำหนด ร้อยละ 16.40

8. รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 49.10
รองลงมารายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40.00

9. รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่รายได้ครอบครัวพอกินพอใช้ ร้อยละ 70.90
รองลงมา รายได้มีเหลือเก็บ ร้อยละ 18.20

10. การอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร
หลาน) ร้อยละ 49.10 รองลงมาอาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา และบุตร ร้อยละ 29.10

11. โรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.80 รองลงนามีโรคประจำตัว
ร้อยละ 38.20 มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.04 และโรค
กระเพาะอาหาร ร้อยละ 19.04 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.52
และโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 9.52

12. บิดา มารดา พี่ น้อง กับโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.80 ส่วน
ใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.48 รองลงมาเป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.65

13. การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.90 รองลงมาสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อย
ละ 9.10

14. การดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ไม่ดื่ม ร้อยละ 61.80

15. แหล่งได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสาร
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ร้อยละ 27.00 รองลงมาจาก
วารสาร เอกสาร หนังสือ นิตยสาร ร้อยละ 23.80

16. ภาวะโภชนาการ เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 30.90 และ 32.70 ตามลำดับ

17. ภาวะโคเลสเตอรอล เริ่มเสี่ยง ร้อยละ 27.30 และเสี่ยงสูง ร้อยละ 18.20

รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	25.50
หญิง	41	74.50
อายุ		
19-24 ปี	3	5.50
25-29 ปี	17	30.90
30-34 ปี	13	23.60
35-39 ปี	10	18.20
40-44 ปี	7	12.70
45-49 ปี	3	5.50
50-54 ปี	2	3.60
สถานภาพสมรส		
โสด	28	50.90
คู่ อยู่ด้วยกัน	26	47.30
หม้าย/ หย่า/ แยก	1	1.80
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	4	7.30
มัธยมศึกษา	4	7.30
อาชีวศึกษา หรืออนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร	10	18.20
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	31	56.40
ปริญญาโท/ เอก	6	10.90
สถานที่ปฏิบัติงาน		
แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก	9	16.40
หอผู้ป่วยใน	5	9.10
งานธุรการ หรือบริการอื่นๆ	41	74.50

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะการปฏิบัติงาน		
รับราชการ	7	12.70
พนักงานมหาวิทยาลัย	32	58.20
ลูกจ้าง/ รับจ้าง	16	29.10
ลักษณะเวลาการทำงาน		
ทำในเวลาราชการ	46	83.60
ทำตามช่วงเวลาตามกำหนด	9	16.40
รายได้ต่อเดือน		
5,000-10,000 บาท	22	40.00
10,001-20,000 บาท	27	49.10
20,001-30,000 บาท	3	5.50
30,001-40,000 บาท	1	1.80
มากกว่า 40,001 บาทขึ้นไป	2	3.60
รายได้ครอบครัวต่อเดือน		
มีเหลือเก็บ	10	18.20
พอกินพอใช้	39	70.90
มีหนี้สิน	6	10.90
การอยู่อาศัย		
คนเดียว	6	10.90
อยู่กับญาติ	4	7.30
อยู่กับสามี/ ภรรยา และบุตร	16	29.10
อยู่กับครอบครัว(บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน)	27	49.10
น้องสาว และเพื่อน	2	3.60

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	34	61.80
มีโรคประจำตัว	21	38.20
ความดันโลหิตสูง	4	19.04
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	2	9.52
ภูมิแพ้	2	9.52
กระเพาะอาหาร	4	19.04
รูมาตอยด์	1	4.76
รูมาตอยด์ กระเพาะอาหาร	1	4.76
ภูมิแพ้ กระเพาะ อาหาร	1	4.76
ไขมันในเลือดสูง	1	4.76
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	1	4.76
ความดันโลหิตสูง ภูมิแพ้	1	4.76
หอบหืด	1	4.76
ไทรอยด์	1	4.76
ไมเกรน	1	4.76
ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม	1	4.76
หัวใจ	1	4.76
ไซนัส	1	4.76
บิดา มารดา พี่ น้อง กับโรคประจำตัว	1	4.76
ไม่มีโรคประจำตัว	21	38.20
มีโรคประจำตัว	34	61.80
เบาหวาน	9	26.48
ความดันโลหิตสูง	6	17.65
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	5	14.71

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
หัวใจ	1	2.94
หัวใจ มะเร็ง	1	2.94
หอบหืด	2	5.88
เบาหวาน หัวใจ	2	5.88
หัวใจ ไต	1	2.94
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ	2	5.88
เบาหวาน ภูมิแพ้	1	2.94
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง	1	2.94
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	1	2.94
กระเพาะอาหาร	1	2.94
ไขมันในเลือดสูง	1	2.94
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่ทุกวันเป็นประจำ	5	9.10
ไม่สูบบุหรี่	50	90.90
การดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์		
ดื่มนานๆครั้ง	21	38.20
ไม่ดื่ม	34	61.80
แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ		
วิทยุกระจายเสียง	5	9.09
โทรทัศน์	27	49.09
หนังสือพิมพ์	16	29.09
วารสาร เอกสาร หนังสือ นิตยสาร	30	54.55
แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ	34	61.82
เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว	12	21.82
อินเทอร์เน็ต	1	1.81

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตัว(กิโลกรัม)		
40-49	3	5.50
50-59	17	30.90
60-69	16	29.10
70-79	13	23.60
80-89	4	7.30
90 ขึ้นไป	2	3.60
ส่วนสูง(เซนติเมตร)		
140-149	1	1.80
150-159	29	52.70
160-169	16	29.10
170-179	8	14.50
180 ขึ้นไป	1	1.80
ค่าดัชนีมวลกาย(กิโลกรัมต่อตารางเมตร)		
น้ำหนักตัวปกติ (18.5-22.9)	11	20.00
น้ำหนักตัวเกิน (23.0-24.9)	17	30.90
โรคอ้วนขั้นที่ 1 (25.0-29.9)	18	32.70
โรคอ้วนขั้นที่ 2 (30.0-39.9)	9	16.40
รอบเอว (นิ้ว)		
เพศชาย (n=14)		
ปกติ(น้อยกว่า 36)	9	64.30
เริ่มเสี่ยง (36 ขึ้นไป)	5	35.70
เพศหญิง (n=41)		
ปกติ(น้อยกว่า 32)	23	56.10
เริ่มเสี่ยง (32 ขึ้นไป)	18	43.90

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิต (mmHg.)		
ขณะหัวใจบีบตัว (Systolic Pressure)		
ปกติ (≤ 140)	40	85.50
สูง (>140)	8	14.50
ขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic Pressure)		
ปกติ (≤ 90)	51	92.70
สูง (>90)	4	7.30
ระดับโคเลสเตอรอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)		
ปกติ (น้อยกว่า 200)	30	54.50
เริ่มเสี่ยง (200-240)	15	27.30
เสี่ยงสูง (มากกว่า 240)	10	18.20

พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การออกกำลังกาย

1.1 การเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง 11.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.51 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	11.44	4.51	-12.73	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	16.11	3.49			

1.2 การประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง 2.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.84 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินตนเองการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คะแนนการประเมินการเคลื่อนไหว ออกแรง/ ออกกำลังกาย	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	2.89	0.98	-7.10	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	3.49	0.84			

2. โภชนาการ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ก่อนการทดลอง 37.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.49 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 42.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.39 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

โภชนาการ	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	37.76	5.49	-12.81	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	42.47	4.39			

3. การผ่อนคลายความเครียด

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลอง 31.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.61 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 34.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.12 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การผ่อนคลายความเครียด	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	31.31	2.61	-10.76	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	34.07	2.12			

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง 80.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.86 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 92.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.97 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	80.51	7.86	-19.65	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	92.65	6.97			

ภาวะสุขภาพ

1. น้ำหนักร่างกาย (กิโลกรัม)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ก่อนการทดลอง 65.51 กก. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.49 กก. (ระดับน้ำหนักร่างกายต่ำสุด 44.70 กก. ระดับน้ำหนักร่างกายสูงสุด 110.80 กก.) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 64.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.58 (ระดับน้ำหนักร่างกายต่ำสุด 43.50 กก. ระดับน้ำหนักร่างกายสูงสุด 108.60 กก.) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของร่างกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง

น้ำหนักร่างกาย (kg)	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	65.51	12.49	6.21	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	64.75	12.58			

2. ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อน การทดลอง 25.57 กก./ตรม. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.65 กก./ตรม. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 25.18 กก./ตรม. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66 กก./ตรม. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 9

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง

ดัชนีมวลกาย(kg/m ²)	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	25.57	3.65	4.67	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	25.18	3.66			

3. รอบเอว (เซนติเมตร)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองเพศชาย มีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 35.93 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.76 นิ้ว (รอบเอวต่ำสุด 32.00 นิ้ว สูงสุด 41.00 นิ้ว) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 35.61 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.84 นิ้ว (รอบเอวต่ำสุด 31 นิ้ว สูงสุด 41 นิ้ว) เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 32.13 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.73 นิ้ว (รอบเอวต่ำสุด 25 นิ้ว สูงสุด 40 นิ้ว) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 31.71 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.85 นิ้ว (รอบเอวต่ำสุด 24.50 นิ้ว สูงสุด 40.50 นิ้ว) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองเพศชายและเพศหญิง พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ดังตารางแสดงที่ 10

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

รอบเอว(นิ้ว)	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ชาย						
ก่อนการทดลอง	14	35.93	2.76	2.86	13	0.013
หลังการทดลอง	14	35.61	2.84			
หญิง						
ก่อนการทดลอง	41	32.13	3.73	5.67	40	<0.001
หลังการทดลอง	41	31.71	3.85			

4. ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลอง 126.49 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.50 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 121.53 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.82 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลอง 74.27 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.30 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 75.25 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.94 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ดังตารางแสดงที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง

ค่าความดันโลหิต (mmHg.)	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ขณะหัวใจบีบตัว						
ก่อนการทดลอง	55	126.49	12.50	6.56	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	121.53	12.82			
ขณะหัวใจคลายตัว						
ก่อนการทดลอง	55	74.27	9.30	-1.30	54	0.200
หลังการทดลอง	55	75.25	7.94			

5. ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ในกลุ่มทดลอง พบว่า

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ก่อนการทดลอง 202.53 มก/ดล. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 41.43 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอล ต่ำสุด 131 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอล สูงสุด 309 มก/ดล. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล 197.96 มก/ดล. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 39.01 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอล ต่ำสุด 126 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอล สูงสุด 298 มก/ดล. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ระดับโคเลสเตอรอล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางแสดงที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ระดับโคเลสเตอรอล (mg/dl)	n	$\bar{x}$	SD	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง	55	202.53	41.43	4.39	54	<0.001
หลังการทดลอง	55	197.96	39.01			

แบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การออกกำลังกาย

ผู้วิจัย ได้ศึกษาในเชิงคุณภาพ จากแบบบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย และจากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ออกกำลังกายน้อย หรือออกกำลังกายไม่ถูกต้อง ภายหลังการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในส่วนของการเล่นเวทออกแรง ออกกำลังกายในบ้าน งานอาชีพ การเดิน ขึ้นบันได เพิ่มมากขึ้น และมีการออกกำลังกายอย่างถูกต้องมากขึ้น คือ มีการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป ที่ระดับเหนื่อยปานกลาง มีการอบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย

2. โภชนาการ

จากแบบบันทึกด้านโภชนาการ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่รับประทานอาหาร อาหารทอด อาหารใส่กะทิ เช่น แกงกะทิ เป็นต้น อย่างน้อย 3 วันใน 1 สัปดาห์ รับประทานผักหรืออาหารที่มีกากน้อย นอกจากนี้ ยังชอบรับประทานจุบจิบระหว่างมื้อ และดื่มน้ำอัดลม ชา กาแฟ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานผักมากขึ้นใน 1 สัปดาห์ รับประทานผักมากกว่า 3 วัน และลดการรับประทานอาหารประเภทไขมัน อาหารทอด หรืออาหารใส่กะทิลง

3. การผ่อนคลายความเครียด

จากแบบบันทึกการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เมื่อเกิดภาวะอารมณ์ เช่น เครียด โกรธ หงุดหงิด มีปัญหาต่างๆ ใช้วิธีการผ่อนคลายความเครียด หรือการแก้ปัญหา ด้วยวิธี ฟังเพลง นั่งสมาธิ ออกกำลังกาย การระบายอารมณ์ เช่น การร้องไห้ เก็บตัว เป็นต้น รับประทานยานอนหลับ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีวิธีจัดการกับความเครียดโดย ปรึกษาปัญหากับบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนสนิท เข้าวัดฟังธรรมและทำประโยชน์ต่อผู้อื่นมากขึ้น



บทที่ 5

อภิปรายผล

จากผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม กลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลาย ความเครียด และภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การออกกำลังกาย ประกอบด้วย การเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย และการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง 11.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย การเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในข้อที่ 1-12 ซึ่งข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด คือ ข้อที่ 11 การเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายในชีวิตประจำวันทุกครั้งที่มีโอกาส เนื่องจากก่อนการทดลองบุคลากรมีการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายน้อย หรือไม่ได้ออกกำลังกายเลย จากข้อมูลพบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ทำงานธุรการร้อยละ 74.50 ซึ่งเป็นงานเอกสารเป็นส่วนใหญ่ ต้องนั่งปฏิบัติงานอยู่กับที่ตลอดเวลาเกือบทั้งวัน ทำให้ไม่ได้เคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย หลังจากได้จัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ได้พูดคุยถึงรูปแบบของการออกกำลังกาย หลักการออกกำลังกาย ปัญหาอุปสรรคในการออกกำลังกาย และบุคลากรได้แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น และร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา ผู้วิจัยสรุปเน้นย้ำ และให้ข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม และได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินแอโรบิก โยคะ ชีงกง และลีลาศเพื่อสุขภาพขึ้น ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 6, 7, 8, 10 และ 11 เป็นการออกกำลังกายที่หลากหลาย บุคลากรให้ความสนใจ มีข้อเสนอแนะให้นำ

รูปแบบต่างๆเข้ามาเพิ่มเติม และจัดตั้งเป็นชมรมการออกกำลังกายขึ้นในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งตามนัดหมาย ได้ให้กลุ่มทดลองชั่งน้ำหนักร่างกายก่อนทุกครั้ง ทำให้กลุ่มทดลองสามารถประเมินตนเองและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงการดูแลน้ำหนักร่างกายของตนเองทุกครั้ง รวมทั้งจากแบบบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย พบว่า มีการเคลื่อนไหวออกแรงไม่ว่าจะเป็นการเดิน ขึ้นบันได งานบ้าน ระยะเวลาเพิ่มมากขึ้น ส่วนการออกกำลังกาย มีการอุ่นเครื่อง และผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย ความเหนื่อยในระดับปานกลาง เพิ่มมากขึ้น และมีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ว่ายน้ำ เทนนิส ปิงปอง แบดมินตัน การวิ่ง เป็นต้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม กระตุ้นเตือนให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ และจากการเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม บุคลากรมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธภาพที่ดี ได้รู้จักเพื่อนมากขึ้น และมีความสุข ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และชักชวนกันมาออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น และจากผลการเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มที่ควรปรับปรุงด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 72.70 ภายหลังการทดลองลดลงเหลือ ร้อยละ 36.40 กลุ่มมีการออกกำลังกายระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 30.90 และกลุ่มที่มีการออกกำลังกายระดับสูง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.70 ทำให้บุคลากรมีการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายเพิ่มขึ้นภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม มากกว่าก่อนการทดลอง และ ผลภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับโคเลสเตอรอล มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลง น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และระดับโคเลสเตอรอลลดลงกว่าก่อนการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ บุญช่วย นาสูงเนิน ศึกษาเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยหมดระดู เขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า กลุ่มทดลองที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ชีพจร ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับ รอยด์ เอฟ. โอมาน (Roy F. Oman) และ เทอร์รี่ อี. ดันแคน (Terry E. Duncan) ศึกษาเรื่อง Women and Exercise: An

Investigation of the Role of Social Support, Self-Efficacy, and Hardiness พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกาย เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อกลไกทางจิตของบุคคลทำให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยการศึกษาที่ใช้ Structural equation modeling techniques เพื่อตรวจสอบความยืดหยุ่น (Hardiness) และความสามารถในตนเอง (Self-Efficacy) ที่เป็นตัวเชื่อมของตัวแปรภายในบุคคลที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ 282 คน เข้าร่วมโปรแกรมแอโรบิก 5 สัปดาห์ พบว่า ความยืดหยุ่น (Hardiness) ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการรับรู้ความสามารถตนเอง แต่ไม่มีผลโดยตรงกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของระดับการควบคุมภายในบุคคล อย่างมีความเชื่อมั่น จากผลการศึกษาแนะนำว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ความยืดหยุ่น และความสามารถในตนเอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งส่งผลต่อการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรและสอดคล้องกับ ยัง (Young), ดีบรอร่าท รอม (Deborah Rohm), สตีวท(Stewart) และ เคอรี่ เจ. (Kerry J.) ศึกษาเรื่อง A Church-based Physical Activity Intervention For African American Women การทดลองประเมินผลใน 6 เดือน โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในโบสถ์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกาย ระหว่างหญิงชาวแอฟริกัน ที่สัมพันธ์กับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health lecturer) และยืดหยุ่นตามสภาวะ ผู้เข้าร่วมได้แก่ผู้หญิง 196 คนจาก 11 โบสถ์ วิธีสุ่มตัวอย่างโบสถ์ที่จะให้โปรแกรมแอโรบิก หรือ Health N Stretch พบว่า โปรแกรมทั้ง 2 ให้ผลด้านการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน คือ มีการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และในกลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำนายการเปลี่ยนแปลงด้านการออกกำลังกายได้สูงกว่า และสอดคล้องกับ ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล และคณะ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลโครงการพัฒนาสุขภาพบุคลากร ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น เพื่อศึกษาผลของโครงการต่อบุคลากร ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย บริโภคนิสัย ผลการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป และสมรรถภาพทางกาย โดยประยุกต์ใช้การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ซึ่งผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) การจัดกระบวนการเป็น การส่งเสริมร่วมกับวางแผนแก้ไขปัญหา และอุปสรรค วางแผนแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงตามสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งบรรยากาศของการสนทนามีความเป็นกันเอง ทำให้สมาชิกกลุ่ม กล้าซักถามและแสดงความคิดเห็น โดยมีทีมผู้วิจัย ซึ่งมีความคุ้นเคย คอยช่วยเหลือและควบคุมกลุ่ม ได้พูดในประเด็นปัญหาที่ต้องการและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้กลุ่มเกิดความสนุกสนาน ประทับใจ และอิทธิพลของกลุ่มช่วยขยายมุมมอง และทัศนคติ

ของสมาชิกในกลุ่มให้กว้าง ได้เรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ซึ่งสอดคล้องกับ **สกุลรัตน์ ประเสริฐผล มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และ นิรัตน์ อิมามิ** ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง โรงพยาบาลพลพหลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาความรู้เรื่องวัยทอง การดูแลสุขภาพ และการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพในวัยหมดประจำเดือน โดยใช้การอบรมแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน และการฝึกปฏิบัติพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยทองมีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด และการดูแลสุขภาพทั่วไปดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากผลการวิจัยด้านการประเมินตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง 2.89 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ก่อนการทดลองบุคลากรส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายน้อย หรือไม่ได้ออกกำลังกาย และประเมินตนเองอยู่ในระดับออกแรง ออกกำลังอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ แต่ไม่ถึงวันละ 30 นาที หรือถึง 30 นาที แต่ไม่ครบ 5 วัน เริ่มต้นที่จะปฏิบัติ แต่ยังไม่ต่อเนื่อง ยังขาดแรงจูงใจ ขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย และเนื่องจากส่วนใหญ่ทำงานธุรการ เป็นงานเอกสาร ทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย เมื่อกลับบ้านก็ต้องการพักผ่อน เนื่องจากรู้สึกเหนื่อย หลังจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ได้พูดคุยถึงรูปแบบของการออกกำลังกาย หลักการออกกำลังกาย ปัญหา อุปสรรคในการออกกำลังกาย และบุคลากรได้แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหารวมถึงผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดินแอโรบิก โยคะ ชี่กง และลีลาศเพื่อสุขภาพ ขึ้น ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 6, 7, 8, 10 และ 11 รวมทั้งจากแบบบันทึกการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย พบว่า หลังการทดลอง บุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเองด้านเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อยู่ในระดับที่ ออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉง สะสมรวมแล้วอย่างน้อยวันละ 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันอยู่แล้ว แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้าน การออกกำลังกายที่ถูกต้อง เหมาะสม มากกว่าก่อนการทดลอง

2. โภชนาการ

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ก่อนการทดลอง 37.76 หลังการทดลอง 42.47 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในข้อที่ 2-11, 13-16, 19-21, 25-27 และ 30 จากแบบสอบถาม พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ทั้งนี้บุคลากรส่วนใหญ่ด้วยความเร่งรีบในภาวะปัจจุบัน เรื่องของการรับประทานอาหารจะถูกเลือกที่ความสะดวก รวดเร็ว ประเภทอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ไม่มีเวลาในการประกอบอาหารรับประทานเอง รับประทานอาหารนอกบ้าน น้ำอัดลม ชา กาแฟ เป็นประจำ สะดวกซื้อ บางครั้งรับประทานอาหารด้วยความสะดวก แต่ภายหลังการทดลองบุคลากร ลดการรับประทานอาหารนอกบ้าน เช่น ร้านอาหาร ภัตตาคาร เป็นต้น อาหารสำเร็จรูป อาหารถุง รับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ จุกจิกไม่เป็นเวลา อาหารชนิดเดิมๆทุกมื้อ รับประทานข้าวหรือแป้ง เครื่องในสัตว์ ตับสัตว์ ไข่ อาหารทะเล เช่น หอย กุ้ง ปลาหมึก ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย เงาะ มะม่วงสุก เป็นต้น อาหารรสหวาน รสจัด เช่น ยำรสเผ็ด เป็นต้น ลดลง และเพิ่มการรับประทานอาหารเพียง 3 มื้อ หลากหลายชนิด ไม่ซ้ำทุกมื้อ ครบ 5 หมู่ในแต่ละมื้อ รับประทานข้าวกล้อง เนื้อปลา ผัก ผลไม้รสไม่หวาน เช่น แอปเปิ้ล กล้วย ส้ม ประุงอาหารด้วยน้ำมันพืช และรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง เพิ่มมากขึ้น หลังจากผู้วิจัย ได้จัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ได้พูดคุยถึงภาวะโภชนาการ ปัญหา อุปสรรคในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมไม่ให้น้ำหนักตัวมากเกินไป และบุคลากรได้แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น และร่วมหาแนวทางแก้ปัญหา บุคลากรมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพที่ดี รู้จักเพื่อนมากขึ้น มีความสุข ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ชักชวนกันควบคุมอาหาร และออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ในสัปดาห์ที่ 1,5 และ 9 ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งตามนัดหมาย ได้ให้กลุ่มทดลอง ชั่งน้ำหนักร่างกาย ทำให้กลุ่มทดลองสามารถประเมินตนเองและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ตระหนักถึงการดูแลภาวะโภชนาการของตนเอง และผู้วิจัยจัดกิจกรรมทางโภชนาการในสัปดาห์ที่ 9 ได้แก่ การจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ ฝึกเขียนเมนูอาหารสำหรับตนเอง กินอย่างไร ร่างกายสวยงาม สาธิตการรับประทานอาหารอย่างถูกวิธี ตามสัดส่วนในแต่ละมื้อ โดยสาธิตจากโมเดลอาหาร (Food Model) รับประทานตามสัดส่วนที่ถูกต้อง ทำให้บุคลากรเห็นภาพที่ชัดเจน ซึ่งบุคลากรสามารถปฏิบัติได้จริง และสนใจมาก สนุกสนาน ชักถามในสิ่งที่สงสัย ผู้วิจัยและวิทยากรสรุปเน้นย้ำและเพิ่มเติมข้อมูลที่จำเป็น บุคลากรเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้น และร่วมรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ และจากแบบบันทึกโภชนาการ พบว่า บุคลากรบันทึกอาหารโดยที่มีความเข้าใจในการบันทึก

อาหารตามสัดส่วนมากขึ้น เมนูอาหารที่รับประทานหลักเลี้ยงอาหารที่ให้พลังงานสูง เพิ่มการรับประทานผัก และผลไม้รสไม่หวานมากขึ้น และผู้วิจัยได้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หรือข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการในสัปดาห์ที่ 3,7 และ 11 โดยแพทย์พยาบาล นักโภชนาการ แจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ หรือให้รางวัล และผลจากการเข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการ และจากผลการเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านโภชนาการ พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มที่ควรปรับปรุงพฤติกรรมด้านโภชนาการ ร้อยละ 74.50 ภายหลังการทดลองลดลงเหลือ ร้อยละ 29.10 กลุ่มที่มีพฤติกรรมโภชนาการระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 67.30 และ กลุ่มที่มีพฤติกรรมโภชนาการระดับดี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.60 ทำให้ภายหลัง การทดลองบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยด้านโภชนาการเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสม มากกว่าก่อนการทดลอง และ ผลภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ก่อนการทดลอง 65.51 กก. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 64.75 คำนวณมวลกาย กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อน การทดลอง 25.57 กก./ตรม. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 25.18 กก./ตรม. รอบเอวก่อนการทดลองเพศชาย มีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 35.93 นิ้ว นี้น้ำ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 35.61 นิ้ว เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 32.13 นิ้ว หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 31.71 นิ้ว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย รอบเอว ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ก่อนการทดลอง 202.53 มก./ดล. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล 197.96 มก./ดล. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของภาวะสุขภาพ พบว่า หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ภาวะสุขภาพของกลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลง น้ำหนักของร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับโคเลสเตอรอลลดลงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนค่าระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวไม่แตกต่างกัน

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ **บุษบา สงวนประสิทธิ์ และ กิตติพงษ์ หาญเจริญ** ศึกษาเรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โดยใช้แรงสนับสนุนจากครู และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง และอันตรายของภาวะทุพโภชนาการดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และสอดคล้องกับ **แสงโสม สีนะวัฒน์ วณิชา กิจวรพัฒน์ มันทนา ประทีปะเสน และคณะ** ศึกษาเรื่อง โปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ธุรการหรือการเงินของกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี โดยใช้ทฤษฎี การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย โภชนาการ และ แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น การเดินเพื่อออกกำลังกายเพิ่มขึ้น ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ของไขมันร่างกาย เส้นรอบวงเอว อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อสะโพก เส้นรอบวงแขน เส้นรอบวงต้นขา และไขมันในเลือดลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วน ข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านโภชนาการไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ข้อที่ 12 รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ข้อ 18 รับประทานอาหารไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน แกงกะทิ อาหารทอด เป็นต้น ข้อ 24 อาหารปรุงด้วยน้ำมันหมู ข้อ 28 รับประทานอาหารมันๆ ข้อ 17 ดื่มนมพร่องมันเนย หรือขาดไขมัน ข้อ 22 รับประทานขนมหวาน เช่น บัวลอย ไข่หวาน เป็นต้น ข้อ 23 รับประทานขนมกรุบกรอบ ข้อ 29 อาหารรสเค็ม ข้อ 31-33 ดื่มเครื่องดื่ม เช่น ลิโพ น้ำอัดลม ชา กาแฟ โอเลี้ยง เป็นต้น ซึ่งคะแนนเฉลี่ยลดลงเพียงเล็กน้อย หรือไม่ลดลงเลย จากแบบบันทึกการรับประทานอาหารของบุคลากร พบว่ายังมีการรับประทานอาหารประเภทนี้อยู่ และไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง ทำให้ไม่สามารถกำหนดอาหารได้ตามเกณฑ์ ยังคงขึ้นกับการรับประทานอาหารที่สะดวก เลือกที่รสชาติของอาหาร เป็นสำคัญ ซึ่งผู้วิจัยได้แนะนำในส่วนของการเลือกเมนูอาหารที่เป็นประเภท ดื่มนม หรือหนึ่ง หลีกเลียงอาหารที่ใช้กะทิ หรืออาหารทอด เพิ่มผัก ผลไม้รสไม่หวาน ดูแลควบคุมน้ำหนักตนเอง และเพิ่มการออกกำลังกายให้มากยิ่งขึ้น และแนะนำในด้านของการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้รับประทานอาหารไม่เหมาะสม เช่น ใช้เทคนิค สะกด สะกด สะกด ซึ่งเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารนั้นต้องใช้เวลาในการเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความสะดวกในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

3. การผ่อนคลายความเครียด

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลอง 31.31 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 34.07 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในข้อที่ 2-11, 13-16, 19-21, 25-27 และ 30 จากแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลองบุคลากรส่วนใหญ่ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือการดำเนินชีวิต ในการผ่อนคลายความเครียด โดยดูหนัง ฟังเพลง รับประทานอาหารคลายเครียด หรือยานอนหลับบางครั้ง ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ระบายอารมณ์ เช่น เอะอะ กรีดร้อง ตะโกน ทบตี ขว้างปาสิ่งของ ร้องไห้ เก็บตัว

เที่ยวสถานบันเทิง เมื่อมีปัญหาหรือเกิดความเครียด น้อยมากที่จะปรึกษาบุคคลในครอบครัว เพื่อน จิตแพทย์ หรือการหาวิธีจัดการกับความเครียดไม่ดี มีการระบายอารมณ์ด้านลบ ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ หลังจากผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ในสัปดาห์ที่ 4 สมาชิกเพื่อสุขภาพ ทำให้เกิดการเข้าใจปัญหา และแก้ปัญหาตามแนวทางพุทธศาสนาได้มากยิ่งขึ้น และจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1,5,9 กิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม ได้พูดคุยถึงการผ่อนคลายความเครียด ปัญหา อุปสรรคในการจัดการกับความเครียด บุคลากรได้แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็น และร่วมกันหาแนวทางแก้ปัญหา บุคลากรมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพที่ดี รู้จักเพื่อนมากขึ้น มีความสุข ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และเกิดมุมมองและรูปแบบการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น นำวิธีการที่สมาชิกคนอื่นใช้แก้ปัญหาได้ผลดีที่คล้ายคลึงกัน ไปใช้ปฏิบัติในชีวิตจริง ทำให้กลุ่มสนใจ และร่วมคิดสร้างสรรค์กับวันสบายๆ การเล่าเรื่องประทับใจ บุคลากรมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ และสัมพันธ์ภาพที่ดี รู้จักเพื่อนมากขึ้น มีความสุข ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยและวิทยากรสรุปเน้นย้ำและเพิ่มเติมข้อมูลที่จำเป็น และผู้วิจัยได้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หรือข้อมูลเกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดในสัปดาห์ที่ 3, 7 และ 11 โดยแพทย์ พยาบาล แจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ และจากแบบบันทึกการผ่อนคลายความเครียด พบว่า มีการเลือกปฏิบัติกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดในด้านที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ได้แก่ การดูหนัง ฟังเพลง ระบายอารมณ์ ด้วยการดูรายการตลก และปรึกษาปัญหากับครอบครัวหรือเพื่อน และทำงานอดิเรก และหลังการทดลอง พบว่า เมื่อเกิดปัญหา หงุดหงิด เครียด ไม่สบายใจต่างๆ จะทำกิจกรรมนั่งหรือทำสมาธิ เข้าวัด ทำบุญ อบรมธรรม ดูหนัง ฟังเพลง ออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกายอุ่นๆ ระบายอารมณ์ เช่น ดูตลก ยิ้ม เป็นต้น และ ทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ วาดภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ เพิ่มมากขึ้นและจากผลการเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มที่มีคะแนนการผ่อนคลายความเครียดต่ำ ร้อยละ 10.90 ภายหลังการทดลอง ไม่มีกลุ่มทดลองที่มีคะแนนความเครียดต่ำ ก่อนการทดลองกลุ่มที่มีคะแนนการผ่อนคลายความเครียดปานกลาง ร้อยละ 89.20 ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 92.7. และก่อนการทดลอง ไม่มีกลุ่มที่มีคะแนนการผ่อนคลายความเครียดสูง ภายหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.30 ทำให้ภายหลังการทดลองบุคลากรมีคะแนนเฉลี่ยการผ่อนคลายความเครียดเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง เหมาะสมมากกว่าก่อนการทดลอง

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ สฤตรัตน์ ประเสริฐผล มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ ศึกษาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัด กาญจนบุรี โดยใช้การอบรมแบบมีส่วนร่วม กลุ่มเรียนรู้ร่วมกัน และการฝึกปฏิบัติ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยทองมีการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านการผ่อนคลายความเครียด ดีขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ มันทนา ศิลปเวชกุล เรื่อง การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำผู้สูงอายุโดยวิธีการอบรมแกนนำผู้สูงอายุให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และเผยแพร่ความรู้อย่างสม่ำเสมอพบว่าหลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ผ่านเกณฑ์มากกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียดไม่เปลี่ยนแปลงที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ข้อที่ 4-5, 7-9, 11-12, 14-16, 18-21, และ ข้อ 24 จากแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่า

ในกลุ่มบุคลากร ไม่มีการปฏิบัติในข้อ 5 เสพสารเสพติด เช่น ยาเสพติด ภัยคุกคาม เป็นต้น ข้อ 12 ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ข้อ 13 ทำร้ายร่างกายตนเอง ข้อ 14 ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ข้อ 18 รับประทานอาหารปริมาณมากเพื่อให้ลืมปัญหา

กลุ่มบุคลากรยังมีการปฏิบัติเมื่อเกิดความเครียด ข้อที่ 4 การรับประทานอาหารคลายเครียด หรือยานอนหลับ ข้อ 7 การดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ข้อ 8 สูบบุหรี่ ข้อ 9 ระบายอารมณ์ เช่น เอะอะ ตะโกน กรีดร้อง ทบตี ขว้างปาสิ่งของ ข้อ 11 การระบายอารมณ์ เช่น การร้องไห้ เก็บตัว ข้อ 16 ไปเที่ยวสถานบันเทิง/ บริการกลางคืน เช่น ผับ บาร์ เป็นต้น ข้อ 19 รับประทานอาหารไม่ได้ หรือลดลง เมื่อมีปัญหา ข้อ 20 ปรึกษาปัญหากับครอบครัว หรือเพื่อนสนิท ข้อ 21 ปรึกษาจิตแพทย์ หรือคลินิกคลายเครียด เนื่องจากยังมีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเดิมอยู่เมื่อเกิดความเครียด ทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านการผ่อนคลายความเครียดไม่เปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดเป็นเรื่องด้านอารมณ์ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ข้อที่ค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียดไม่เปลี่ยนแปลงที่มีผลดีต่อสุขภาพ ได้แก่ ข้อ 10 การระบายอารมณ์ เช่น การดูรายการตลก การยิ้ม เป็นต้น ข้อ 15 ทำประโยชน์ต่อผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น การทำงานอาสาสมัคร และข้อ 24 นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อคลายกล้ามเนื้อ เนื่องจากบุคลากรมีการปฏิบัติโดยวิธีการเหล่านี้คงเดิม

4. ภาวะสุขภาพ

น้ำหนักร่างกาย

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ก่อนการทดลอง 65.51 กก. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 64.75 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นผลจากบุคลากรเข้าร่วมโปรแกรมด้านการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยจัดขึ้น มีการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย 11.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย 2.89 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ 37.76 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 42.47 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งจากผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมโภชนาการเชิงกลุ่มด้านน้ำหนักร่างกาย พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่กลุ่มมีน้ำหนักร่างกายอยู่ระหว่าง 50-59 กก. ร้อยละ 30.90 ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32.70 รองลงมา ก่อนการทดลองกลุ่มมีน้ำหนักร่างกายระหว่าง 60-69 กก. ร้อยละ 29.10 ภายหลังการทดลองลดลงเป็น ร้อยละ 27.30 แต่กลุ่มที่มีน้ำหนักร่างกาย มากกว่า 70 กก. ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้การลดน้ำหนักร่างกายเป็นเรื่องที่ต้องมีการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมเพื่อการลดน้ำหนักโดยเฉพาะ และการลดน้ำหนักต้องใช้ระยะเวลา และความร่วมมือจากกลุ่มอย่างมาก จึงจะประสบความสำเร็จ

ดัชนีมวลกาย

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อน การทดลอง 25.57 กก./ตรม. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 25.18 กก./ตรม. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นผลจากบุคลากรเข้าร่วมโปรแกรมด้านการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยจัดขึ้น มีการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหว

ออกแรง และออกกำลังกาย 11.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย 2.89 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ 37.76 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 42.47 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากการเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านโภชนาการเชิงกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ (BMI=18.5-22.9 กก./ตรม.) ร้อยละ 20.00 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.80 ก่อนการทดลองกลุ่มที่มีน้ำหนักเกิน (BMI= 23-24.9 กก./ตรม.) ร้อยละ 30.90 หลังการทดลอง เพิ่มขึ้นเป็น 31.10 ก่อนการทดลองกลุ่มที่อ้วนขั้นที่ 1 (BMI= 25-29.9 กก./ตรม.) ร้อยละ 32.70 หลังการทดลอง ลดลงเป็น 35.40 ก่อนการทดลองกลุ่มที่อ้วนขั้นที่ 2 (BMI= 30-39.9 กก./ตรม.) ร้อยละ 16.40 หลังการทดลอง ลดลงเป็น 12.70 จะเห็นว่า กลุ่มอ้วนขั้นที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงลดลง ทำให้กลุ่มอ้วนขั้นที่ 1 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นภายหลังการทดลอง และกลุ่มที่มีน้ำหนักเกิน ภายหลังการทดลองลดลง ทำให้กลุ่มที่มีน้ำหนักปกติเพิ่มมากขึ้น

รอบเอว

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองเพศชาย มีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 35.93 นิ้ว รอบเอวต่ำสุด 32.00 นิ้ว สูงสุด 41.00 นิ้ว หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 35.61 นิ้ว รอบเอวต่ำสุด 31 นิ้ว สูงสุด 41 นิ้ว เพศหญิง มีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 32.13 นิ้ว รอบเอวต่ำสุด 25 นิ้ว สูงสุด 40 นิ้ว หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 31.71 นิ้ว รอบเอวต่ำสุด 24.50 นิ้ว สูงสุด 40.50 นิ้ว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองเพศชายและเพศหญิง พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ซึ่งทั้งบุคลากรเพศชาย และเพศหญิง มีค่าเฉลี่ยคะแนนรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ลดลงปกติ คือ ผู้ชายควรน้อยกว่า 36 นิ้ว และผู้หญิงน้อยกว่า 32 นิ้ว และจากการเปรียบเทียบเชิงกลุ่ม พบว่า ในเพศชาย ก่อนการทดลอง กลุ่มที่มีรอบเอวน้อยกว่า 36 นิ้ว ร้อยละ 64.30 และภายหลังการทดลองรอบเอวไม่แตกต่าง ส่วนก่อนการทดลองกลุ่มที่มีรอบเอว 36 นิ้วขึ้นไป ร้อยละ 35.70 และหลังการทดลองไม่แตกต่าง ส่วนในเพศหญิง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มที่มีรอบเอวน้อยกว่า 32 นิ้ว ร้อยละ 56.10 และภายหลังการทดลอง

เพิ่มขึ้นเป็น 58.50 ส่วนก่อนการทดลองกลุ่มที่มีรอบเอว 32 นิ้วขึ้นไป ร้อยละ 43.90 และหลังการทดลองลดลงเป็น ร้อยละ 41.50 ซึ่งเป็นผลจากบุคลากรเข้าร่วมโปรแกรมด้านการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคลากรมีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น คือ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย 11.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย 2.89 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งในโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดให้จำนวน 7 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงและถ้าสามารถปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจะทำให้รอบเอวลดลงเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ 37.76 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 42.47 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ความดันโลหิต

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลอง 126.49 mmHg. หลังการทดลอง 121.53 mmHg. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 140 mmHg.)

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อน การทดลอง 74.27 mmHg.หลังการทดลอง 75.25 mmHg. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่าง แต่โดยรวมยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 90 mmHg.) ซึ่งเป็นผลจากบุคลากรเข้าร่วมโปรแกรมด้านการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยจัดขึ้นโดยการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคลากรมีการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น คือ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกาย 11.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการ

ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย 2.89 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ระดับโคเลสเตอรอล

จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ก่อนการทดลอง 202.53 มก/ดล. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 41.43 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลต่ำสุด 131 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลสูงสุด 309 มก/ดล. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล 197.96 มก/ดล. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 39.01 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลต่ำสุด 126 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลสูงสุด 298 มก/ดล. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ระดับโคเลสเตอรอล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และจากการเปรียบเทียบเชิงกลุ่มระดับโคเลสเตอรอล พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มที่มีโคเลสเตอรอลปกติ (น้อยกว่า 200 mg%) ร้อยละ 54.50 หลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 65.50 ก่อนการทดลอง กลุ่มที่มีระดับโคเลสเตอรอลเริ่มเสี่ยง (200 - 240 mg%) ร้อยละ 27.30 หลังการทดลองลดลงเป็นร้อยละ 23.20 และก่อนการทดลอง กลุ่มที่มีระดับโคเลสเตอรอลเสี่ยงสูง (มากกว่า 240 mg%) ร้อยละ 18.20 หลังการทดลองลดลงเป็นร้อยละ 16.30 ซึ่งเป็นผลจากบุคลากรเข้าร่วมโปรแกรมด้านการออกกำลังกายที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และให้แรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้บุคลากรมีการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น คือ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย 11.44 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย 2.89 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งในโปรแกรมที่ผู้วิจัยจัดให้จำนวน 7 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมงและถ้าสามารถปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลลดลงมากขึ้น ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ 37.76 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 42.47 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 2 การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคล คือ น้ำหนักของร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับโคเลสเตอรอล หลังการทดลอง เปลี่ยนแปลงลดลงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนผลของระดับความดันโลหิตไม่แตกต่างกัน แต่โดยรวมถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 140/90 mmHg.)

สรุปพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จากการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการทดลอง 80.51 หลังการทดลอง 92.65 เปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เกิดขึ้นเนื่องจาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น ในกิจกรรมตลอด 12 สัปดาห์ พบว่า การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้น และกลุ่มทดลองได้มีส่วนในการเสนอแนะกิจกรรมที่สนใจ การจัดโปรแกรม และการร่วมดำเนินกิจกรรม ตลอดถึงการแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้เกิดกิจกรรมที่ต่อเนื่องต่อไป

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม มาเป็นแนวทางในการวิจัยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 55 คน เริ่มดำเนินการวิจัย กันยายน 2551 ถึง ธันวาคม 2551 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์

การเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกพฤติกรรม และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ(มาจากการตรวจร่างกาย) ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับคลอเลสเตอรอลในเลือด โดยทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองใน สัปดาห์ที่ 1 ก่อนเริ่มโปรแกรมการทดลอง และเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมที่จัดให้ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบสมมติฐาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญของการทดลองไว้ที่ระดับ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t - test

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25 - 29 ปี และอายุ 30 - 34 ปี รองลงมาตามลำดับ

ส่วนใหญ่สถานภาพโสด

ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี

ส่วนใหญ่ทำงานธุรการ/ งานบริการอื่นๆ และเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ทำงานในเวลาราชการ รองลงมาทำงานตามช่วงเวลาที่กำหนด

รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน รองลงมา อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน รายได้ครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่มีพอกินพอใช้ รองลงมา มีเหลือเก็บ

การอยู่อาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร หลาน) รองลงมา อยู่กับสามิ/ ภรรยา และบุตร

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง และโรคกระเพาะอาหาร รองลงมา เป็นโรคโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และโรคภูมิแพ้

บิดา มารดา ที่ น้องส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคเบาหวาน รองลงมา เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จากแพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ รองลงมา จากเอกสาร วารสาร หนังสือ นิตยสาร

ภาวะสุขภาพ

น้ำหนักส่วนใหญ่อ้อยู่ระหว่าง 50-59 กิโลกรัม

ค่าดัชนีมวลกาย อ้วนระดับหนึ่ง ร้อยละ 32.70 (ดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และรองลงมาน้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 30.90 (ดัชนีมวลกาย 23-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร)

ระดับคอเลสเตอรอลส่วนใหญ่อ้อยู่ในระดับปกติ และเริ่มเสี่ยง (200-240 mg/dl) ร้อยละ 27.30 และเสี่ยงสูง (มากกว่า 240-260 mg/dl) ร้อยละ 18.20

2. การออกกำลังกาย

2.1 การเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย สูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

2.2 การประเมินการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

3. โภชนาการ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยโภชนาการ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยโภชนาการสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

4. การผ่อนคลายความเครียด

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการผ่อนคลายความเครียด พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการผ่อนคลายความเครียดสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

5. ภาวะสุขภาพ

5.1 น้ำหนักร่างกาย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ลดลงมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

5.2 ดัชนีมวลกาย

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ลดลงมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

5.3 รอบเอว

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรอบเอว พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยรอบเอว ลดลงมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.013$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ)

5.4 ความดันโลหิต

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความดันโลหิต พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

5.5 ระดับโคเลสเตอรอล

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ลดลงมากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$)

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับต่างๆของหน่วยงาน การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ทำให้บุคลากรมีการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนวางแผนแก้ปัญหาร่วมกัน ระหว่างกลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมฝึกทักษะด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม จาก ผู้บริหาร และหัวหน้าหน่วยงานให้ความร่วมมือ ปล่อยให้เวลา และการเอื้อเฟื้ออำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การแจกเอกสารแผ่นพับด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ การกระตุ้นเตือน รับฟังความคิดเห็น รับทราบปัญหาจากการบันทึกพฤติกรรม และให้คำแนะนำ ในการแก้ไขปัญา โดยผู้วิจัย แพทย์พยาบาล และนักโภชนาการ หรือการให้รางวัล เป็นต้น มีผลทำให้ภาวะสุขภาพของบุคลากร ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับโคเลสเตอรอล ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) ผลจากการจัดกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มช่วยทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์สาเหตุ เข้าใจปัญหา และวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย

โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้บุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิต และเป็นแบบอย่างแก่ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคลมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ วางแผน แก้ปัญหา ร่วมปฏิบัติ และประเมินผล โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม อย่างต่อเนื่องยั่งยืน
2. ควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพซึ่งใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ไปประยุกต์ใช้กับองค์กรอื่นในการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพ และด้านอื่นๆต่อไป
3. ควรนำแนวคิดกระบวนการจัดการด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ไปประยุกต์ใช้กับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมทางเพศ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น
4. การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ควรเน้นการใช้กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วม และร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา เลือกรูปแบบ และทักษะการออกกำลังกายตามความต้องการของกลุ่ม ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย
5. การจัดกิจกรรมด้านโภชนาการ ควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ เช่น การจัดร้านอาหารเพื่อสุขภาพในหน่วยงานเพื่ออำนวยความสะดวกแก่บุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ตลอดจนการเป็นต้นแบบที่ดีของหน่วยงานด้านสุขภาพ

6. ควรจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งในและนอกหน่วยงาน เป็นประจำตามความต้องการของกลุ่ม เช่น การจัดทัศนศึกษา การจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดด้านศาสนา และกิจกรรมดนตรี เป็นต้น

7. ควรดำเนินการตรวจสอบสภาพร่างกายบุคลากร เป็นประจำ สม่ำเสมอ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลประเมินค่า ทำให้เกิดความตระหนักรู้สุขภาพ

8. ควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามความสนใจของกลุ่ม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีความเต็มใจในการปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอต่อไปอย่างยั่งยืน

9. ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรในระยะยาว เนื่องจากพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลานั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยต่างๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น วัยสูงอายุ เป็นต้น และใช้กับสถานที่ (Setting) หน่วยงาน และองค์กรอื่นๆ เช่น โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น

2. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่มร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เจาะลึกถึงกระบวนการจัดการโปรแกรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

4. ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม ในพฤติกรรมด้านอื่น เช่น พฤติกรรมทางเพศ การสูบบุหรี่ หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

5. ควรดำเนินการวิจัยเชิงนโยบาย (Policy Research) เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด เพื่อกำหนดมาตรการในระดับหน่วยงาน องค์กร และระดับประเทศต่อไป

6. ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือเชิงคุณภาพ ของแต่ละกลุ่มวัยในหน่วยงาน ชุมชนและองค์กรต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7. ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด สำหรับบุคคลทั่วไป และโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มความดันโลหิตสูง และกลุ่มโภชนาการเกิน เป็นต้น

การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
(HEALTH PROMOTION TO PERSONNEL IN GOLDEN JUBILEE MEDICAL CENTRE,
MAHIDOL UNIVERSITY)

วิลาวัดย์ บุทรานนท์ 4837653 PHPH/M

วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : วาสนา จันทรสว่าง, ศศ.ม. , ชุตินา ศิริกุลชยานนท์, พ.บ.,
กานดาวิสี มาลีวงษ์, ศ.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนแปลงไปตามภาวะเศรษฐกิจ สังคม นโยบาย การพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัย การสื่อสาร และการคมนาคม ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตของประชาชน ที่มากกว่านั้นคือ ความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้โรคที่เกิดจากการติดเชื้อต่างๆที่เคยเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆในสมัยก่อนค่อยๆลดลงไป แต่พบว่าการเกิดโรคไร้เชื้อกลับมีอัตราเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของประเทศและเป็นสาเหตุของอัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (สถาบันนโยบายและแผนงานสาธารณสุข, 2548) สาเหตุสำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชน ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคไร้เชื้อ เป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย อาทิ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง และเบาหวาน เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

ปัจจุบัน พบว่าสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง ที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังของคนไทย คือ มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กก/ม²) ร้อยละ 16.10 และมีภาวะโรคอ้วน(ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก/ม²) ร้อยละ 3.03 การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอเพียง (มากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน) ร้อยละ 17.34 สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 22.25 ดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ

37.44 มีกิจกรรมทางกายน้อย หรือไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 54.90 (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข: 2548) และสถานการณ์ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของประเทศไทย พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยใน ด้วยโรค หลอดเลือดสมอง อัตรา 174.88 ต่อแสนประชากร โรคความดันโลหิตสูง อัตรา 544.08 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 198.68 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน อัตรา 490.53 ต่อแสนประชากรและเป็นสาเหตุ การเสียชีวิตของคนไทยจำนวนมาก จากรายงานสถานการณ์การเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังของประเทศไทย พบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเมร็งทุกชนิด 81.40 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจและหลอดเลือด อัตรา 59.12 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดสมอง อัตรา 25.27 ต่อแสนประชากร โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 18.69 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน 11.85 ต่อแสนประชากร และโรค ความดันโลหิตสูง อัตรา 3.94 ต่อแสนประชากร (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง สาธารณสุข, 2548) ซึ่งมีแนวโน้มของการเป็นโรคเรื้อรังและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกปีและเกิดขึ้นใน กลุ่มอายุที่ลดลงเรื่อยๆ

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เป็นองค์การของมหาวิทยาลัยมหิดล จัดตั้งขึ้นเพื่อเฉลิมพระ เกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ฉลองสิริราชครบ 50 ปี เริ่มก่อตั้งเมื่อ ปี พ.ศ. 2540 และเปิด ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป เมื่อ 2 มีนาคม พ.ศ.2549 วัตถุประสงค์ เป็นสถานบริการด้านสุขภาพ แก่ประชาชน ศูนย์วิชาการ การเรียนการสอน และการวิจัยด้านสุขภาพ โดยมีขอบเขตงานบริการ คือ เป็นศูนย์ทันตกรรมครบวงจร สถานบริการตรวจโรคทั่วไป ศูนย์สร้างเสริมสุขภาพ ศูนย์ฟื้นฟู สมรรถภาพ ศูนย์การแพทย์ทางเลือก สถานบริการผู้ป่วยใน ศูนย์ห้องปฏิบัติการและการวิจัย งาน รังสีวินิจฉัย ศูนย์ฝึกอบรมและฝึกปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล และสาขาอื่นๆ ทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรศูนย์การแพทย์ กาญจนาภิเษก ในวันที่ 6-8 มิถุนายน 2550 พบว่า บุคลากรตรวจสุขภาพ 158 คน(จากบุคลากร ทั้งหมด 225 คน) คิดเป็น ร้อยละ 70 เพศหญิง ร้อยละ 82.28 เพศชายร้อยละ 17.72 อายุระหว่าง 19-51 ปี มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ คือ ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานร้อยละ 24.05 (มากกว่า 22.9 Kg/m²) ภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 19.62 (Total cholesterol มากกว่า 200 mg%) ภาวะน้ำตาลใน เลือดสูงร้อยละ 8.23(มากกว่า 100 mg%) ภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 4.43 (มากกว่า 140/90 mmHg) บุคลากรมีโรคประจำตัว ร้อยละ 24.05 โดย เป็นโรคภูมิแพ้ร้อยละ 34.21 โรคปวดศีรษะ ไมเกรน ร้อยละ 13.16 ภาวะอาหารอ้วน ร้อยละ 13.16 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.89 หอบ หืด ร้อยละ 7.89 ไทรอยด์ ร้อยละ 5.27 หัวใจ ร้อยละ 2.63 โลหิตจาง ร้อยละ 2.63 เบาหวาน ร้อย ละ 2.63 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 2.63 ธารัสซีเมีย ร้อยละ 2.63 และ ไชนัสอักเสบร้อยละ 5.27

จากการสุ่มสำรวจด้วยแบบสอบถาม จำนวน 25 ราย พบว่า บุคลากรศูนย์การแพทย์ กาญจนภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ยังมีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (มากกว่า 22.9 mg%) ร้อยละ 24 ขาดการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ร้อยละ 81 มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 68 และมีการจัดการความเครียดได้โดยไม่ต้องพึ่งยา ร้อยละ 96 และจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 11 คนและ 14 คนตามลำดับ โดยใช้คำถามตามแนวคิด PRECEED FRAMEWORK ของ LAWRENCE W.GREEN เพื่อวิเคราะห์ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ปรากฏผลดังนี้

ปัจจัยนำ ได้แก่ความรู้ การรับรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ในโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ต่อการเป็นโรคเรื้อรังต่างๆที่เกิดจากขาดการออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะเครียด อยู่ในระดับดี เนื่องจากเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ มีโอกาสในการเข้าถึงแหล่งความรู้ด้านสุขภาพได้ดี

ปัจจัยเอื้อ พบว่า การที่บุคลากรไม่ปฏิบัติตนในการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการออกกำลังกาย เนื่องจาก ทำงานเหนื่อยทั้งวัน ไม่มีเวลา ต้องการพักผ่อน เมื่อมีเวลาว่าง ขาดอุปกรณ์ออกกำลังกาย ขาดสถานที่ออกกำลังกาย ขาดแรงจูงใจ ขาดเพื่อนร่วมออกกำลังกาย ขาดความพร้อมด้านสถานที่ การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดโครงการ ที่กระตุ้นหรือสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย

ด้านโภชนาการ เนื่องจากส่วนใหญ่บุคลากรไม่ได้ประกอบอาหารรับประทานเอง เพราะยุ่งยาก เลือกซื้ออาหารที่สะดวก สำเร็จรูป รวดเร็ว รสชาติอร่อย ส่วนใหญ่มีเชื้อชาติเผ่ากับขนมปัง และดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม ชา กาแฟ เป็นประจำ และมักจะรับประทานขนมกรุบกรอบมากกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ สถานที่ทำงานไม่มีร้านอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับบุคลากร ขาดการจัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ และการจัดโครงการ ที่กระตุ้นหรือสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

ด้านการจัดการความเครียด พบว่า บุคลากรขาดแรงจูงใจและปัจจัยที่เอื้อต่อการผ่อนคลายความเครียด เช่น ไม่กล้าปรึกษาใคร ขาดความพร้อมด้านสถานที่ การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดโครงการหรือกิจกรรม ที่กระตุ้นหรือสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

ปัจจัยเสริม พบว่า ผู้บริหาร และหัวหน้างาน ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในการสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การจัดช่วงเวลา งบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านต่างๆ การจัดสิ่งแวดล้อม และสถานที่ ที่เอื้อ เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ถูกต้อง มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีคุณภาพชีวิต และเป็นแบบอย่างที่ดี แก่ประชาชนทั่วไป

คำถามการวิจัย

การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ทำให้บุคลากร มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้าน การออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ที่เหมาะสม และภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพิ่มขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ก่อนและหลังการทดลอง ในด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด
2. เพื่อเปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ของบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด มีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมการออกกำลังกาย

1.1 การฝึกทักษะการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพโดยวิทยากร ได้แก่ เต้นแอโรบิก โยคะ ชีกง และลีลาศ

1.2 กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข

1.3 แจกแผ่นพับความรู้ด้านการออกกำลังกาย

2. กิจกรรมด้านโภชนาการ

2.1 กิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่าง” โดยการจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ

2.2 กิจกรรม “กินอย่างไร ร่างกายสวยงาม” โดยการสาธิตด้านโภชนาการที่ถูกต้อง และร่วมรับประทานอาหาร

2.3 กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข

2.4 แจกแผ่นพับความรู้ด้านโภชนาการ

3. กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด

1.1 กิจกรรม“สมาธิเพื่อสุขภาพ” ได้แก่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ ปัญหา อุปสรรค ด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวทางธรรม และการร่วมฝึกสมาธิ

1.2 กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข

1.3 กิจกรรม “ร่วมคิดสร้างสรรค์ กับวันสบายๆ” โดยการเล่าเรื่องประทับใจ คลายเครียด

1.4 แจกแผ่นพับความรู้การผ่อนคลายความเครียด

4. กิจกรรมรณรงค์สนับสนุนทางสังคม ซึ่งจัดรวมกับการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกครึ่ง ทั้งด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

4.1 จัดกิจกรรม “ยิ้มแย้ม แจ่มใส ใส่ใจสุขภาพ” โดยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์

4.2 จัดกิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” ผู้วิจัย ส่งจดหมายกระตุ้นเตือนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ให้กำลังใจ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

4.3 การแจกคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ/ แบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

4.4 จัดกิจกรรม “ยิ้มแย้มแจ่มใส วันดอกไม้บาน” ได้แก่ การร่วมเลี้ยงสังสรรค์วันปิดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ให้กำลังใจ และกล่าวขอบคุณบุคลากรผู้เข้าร่วมโปรแกรมทุกท่าน

4.5 จัดกิจกรรม “รางวัลแทนใจ” ได้แก่ การมอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ การเล่าเรื่องประทับใจ และแม่ครัวตัวอย่างเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ

4.6 การให้คำปรึกษาในการสร้างเสริมสุขภาพโดย แพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ

ตัวแปรตาม คือ ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ดังนี้

1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้าน

1.1 การออกกำลังกาย

1.2 โภชนาการ

1.3 การผ่อนคลายความเครียด

2. ภาวะสุขภาพ

2.1 น้ำหนักร่างกาย

2.2 ดัชนีมวลกาย

2.3 รอบเอว

2.4 ความดันโลหิต

2.5 ระดับโคเลสเตอรอล

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ให้กับบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ที่ถูกต้องเหมาะสม และภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนักร่างกาย ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับโคเลสเตอรอล เปลี่ยนแปลงลดลง ของบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 55 คน ทั้งนี้รูปแบบการจัดกิจกรรมถูกออกแบบโดยกลุ่มทดลอง ตามความสนใจและความต้องการของกลุ่ม ตามแนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มในการออกแบบกิจกรรมบนพื้นฐานของความต้องการและความเป็นไปได้ในการจัดกิจกรรม จึงทำให้รูปแบบกิจกรรมมีสัดส่วนส่วน ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดไม่เท่ากัน

วิธีการศึกษาวิจัย

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 225 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ บุคลากร ที่ปฏิบัติงานในศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม จำนวน 55 คน โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพตามเกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เป็นการศึกษาประชากรกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pre-test Post-test Experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดโดยศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการทดลอง ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และภาวะสุขภาพ

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- 1.1 ทำหนังสือขออนุญาตการทำวิจัยในมนุษย์ต่อคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- 1.2 ส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย ถึงผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
- 1.3 ผู้วิจัยพบผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง และรายละเอียดต่างๆ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำการวิจัย
- 1.4 กำหนดบทบาทผู้ช่วยผู้วิจัย คือ ช่วยในการทำ Pre – test และ Post – test และการตรวจภาวะสุขภาพ เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทุกครั้ง ประชุมกลุ่มร่วมกับผู้วิจัย ช่วยส่งจดหมายกระตุ้นเตือน นัดพบ และให้กำลังใจ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ทุกครั้ง

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการ

2.1 ผู้ยินยอมตนต้องลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัย ซึ่งก่อนลงนามในใบยินยอมตนให้ทำการวิจัย ผู้ยินยอมตนได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยให้ทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

2.2 ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถาม

2.3 ผู้ยินยอมตนได้รับการเจาะเลือด เพื่อตรวจระดับโคเลสเตอรอล

2.4 ผู้ยินยอมตนได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ คือ การวัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก ส่วนสูง/คำนวณค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิต

2.5 ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

เมื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนจนสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยตรวจสอบแบบสอบถามทุกชุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบ เพื่อให้ข้อมูลครบถ้วน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทดสอบสมมติฐานการวิจัย โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (= 95%) ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่อทดสอบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะเวลาของการทำงาน รายได้ต่อเดือน รายได้ของครอบครัว ภาวะสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทำการวิเคราะห์และนำเสนอโดย การแจกแจงจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับคอเลสเตอรอล ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired sample t-test

3. ข้อมูลจากแบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด นำมาวิเคราะห์เนื้อหา และนำเสนอข้อมูลด้วยวิธีการพรรณนา (Descriptive Statistic)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะทางประชากร การออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด แบบบันทึกพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และแบบบันทึกภาวะสุขภาพ (มาจากการตรวจร่างกาย) โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 55 คน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.50 อายุระหว่าง 25 - 29 ปี ร้อยละ 30.90 รองลงมาอายุ 30 – 34 ปี ร้อยละ 23.60 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 50.90 รองลงมา คู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 47.30

การศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่จบปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ร้อยละ 56.40 รองลงมาจบ อาชีวศึกษา หรืออนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร ร้อยละ 18.20

ส่วนใหญ่ทำงานธุรการ หรือบริการอื่นๆ ร้อยละ 74.50 รองลงมาทำงานแผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ร้อยละ 16.40 เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ร้อยละ 58.20 รองลงมา ลูกจ้างหรือรับจ้าง ร้อยละ 29.10 ทำงานในเวลาราชการ ร้อยละ 83.60 รองลงมาทำงานตามช่วงเวลาตามกำหนด ร้อยละ 16.4

ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 49.10 รองลงมารายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 40.00 รายได้ครบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่พอกินพอใช้ ร้อยละ 70.90 รองลงมา รายได้มีเหลือเก็บ ร้อยละ 18.20

ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว (บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน) ร้อยละ 49.10
รองลงมาอาศัยอยู่กับสามี/ ภรรยา และบุตร ร้อยละ 29.10

ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.80 ที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.04 และโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 19.04 รองลงมาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.52 และโรคภูมิแพ้ ร้อยละ 9.52

บิดา มารดา พี่ น้อง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.80 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.48 รองลงมาเป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.65

ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.90 ไม่ดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ร้อยละ 61.80

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ จาก แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ร้อยละ 27.00 รองลงมาจาก วารสาร เอกสาร หนังสือ นิตยสาร ร้อยละ 23.80

ภาวะโภชนาการ เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 30.90 และ 32.70 ตามลำดับ

ภาวะคอเลสเตอรอล เริ่มเสี่ยง ร้อยละ 27.30 และเสี่ยงสูง ร้อยละ 18.20

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การออกกำลังกาย

การเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย ในกลุ่มทดลองจากคะแนนเต็ม 24 คะแนน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง 11.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.51 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 16.11 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเท่ากับ 3.49 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 19.45

การเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นจากผลการทดลอง โดยมีการกระจายต่างจากก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกายส่วนใหญ่จะมารวมกันใกล้ค่าเฉลี่ยมากขึ้น แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคคลากรมีการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนข้างเท่ากัน

การประเมินการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกายในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง 2.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.98 ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.49 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเท่ากับ 0.84 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินตนเองการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 15

การประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ที่เพิ่มขึ้นจากผลการทดลอง โดยมีการกระจายต่างจากก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองการประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง และออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะมารวมกันใกล้ค่าเฉลี่ยมากขึ้น แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคคลากรมีการประเมินการเคลื่อนไหวออกแรงและออกกำลังกาย ก่อนข้างเท่ากัน

2. โภชนาการ

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 66 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ก่อนการทดลอง 37.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.49 ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 42.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเท่ากับ 4.39 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 7.13

คะแนนด้านโภชนาการที่เพิ่มขึ้นจากผลการทดลอง นี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลอง แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคลากรมีการปฏิบัติด้านโภชนาการค่อนข้างเท่ากัน

3. การผ่อนคลายความเครียด

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลอง 31.31 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.61 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 34.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 2.12 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนการผ่อนคลายความเครียด เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 5.75

การปฏิบัติที่เกิดขึ้นเป็นการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นจากผลการทดลอง โดยการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังการทดลองการปฏิบัติส่วนใหญ่จะมารวมกันใกล้ค่าเฉลี่ยมากขึ้น แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคลากรมีการปฏิบัติค่อนข้างเท่ากัน

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในกลุ่มทดลอง จากคะแนนเต็ม 138 คะแนน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการทดลอง 80.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.86 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน 92.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 6.97 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 8.79

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นเป็นการเพิ่มขึ้นจากผลการทดลอง โดยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลอง ภายหลังการทดลองพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่จะมารวมกันใกล้ค่าเฉลี่ยมากขึ้น แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคลากรมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพค่อนข้างเท่ากัน

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ทำให้บุคลากรสามารถวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค วางแผน ร่วมปฏิบัติ และประเมินผล นอกจากนี้ยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการส่งจดหมายกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ข้อมูลข่าวสารการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด หรือการให้รางวัล รวมทั้งรับฟังความคิดเห็น รับทราบปัญหา และการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ ทำให้บุคลากรมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และมีปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ อย่างยั่งยืน

4. ภาวะสุขภาพ

4.1 น้ำหนักของร่างกาย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของร่างกาย ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ก่อนการทดลอง 65.51 กก. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.49 กก. ระดับน้ำหนักร่างกายต่ำสุด 44.70 กก. ระดับน้ำหนักร่างกายสูงสุด 110.80 กก. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 64.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.58 ระดับน้ำหนักร่างกายต่ำสุด 43.50 กก. ระดับน้ำหนักร่างกายสูงสุด 108.60 กก. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักร่างกาย ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนน้ำหนักลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.16

น้ำหนักของร่างกายที่ลดลง ที่เกิดขึ้นจากผลการทดลอง โดยน้ำหนักของร่างกายที่ลดลงนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังการทดลองน้ำหนักของร่างกายส่วนใหญ่จะกระจายออกจากค่าเฉลี่ยมากขึ้นเท่ากับ 0.09 แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลอง บุคลากรมีน้ำหนักของร่างกายค่อนข้างเท่ากัน

4.2 ดัชนีมวลกาย

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อน การทดลอง 25.57 กก./ตรม. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.65 กก./ตรม. หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 25.18 กก./ตรม. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.66 กก./ตรม. เมื่อเปรียบเทียบความ

แตกต่าง ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนดัชนีมวลกาย ลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.52

ดัชนีมวลกาย ที่ลดลง ที่เกิดขึ้นจากผลการทดลอง โดยดัชนีมวลกาย ที่ลดลงนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังการทดลองดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่จะกระจายออกจากค่าเฉลี่ยมากขึ้นเล็กน้อยเท่ากับ 0.01 แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคคลากรมีดัชนีมวลกาย ลดลงค่อนข้างเท่ากัน

4.3 รอบเอว

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองเพศชาย มีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 35.93 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.76 นิ้ว รอบเอวดำสุด 32.00 นิ้ว สูงสุด 41.00 นิ้ว หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 35.61 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.84 นิ้ว รอบเอวดำสุด 31 นิ้ว สูงสุด 41 นิ้ว หลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) คะแนนรอบเอวลดลง คิดเป็นร้อยละ 0.89

รอบเอว ที่ลดลง ที่เกิดขึ้นจากผลการทดลอง โดยรอบเอว ที่ลดลงนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังการทดลองรอบเอว ส่วนใหญ่จะกระจายออกจากค่าเฉลี่ยมากขึ้นเล็กน้อยเท่ากับ 0.08 แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคคลากรมีรอบเอว ลดลงค่อนข้างเท่ากัน

เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยรอบเอวก่อนการทดลอง 32.13 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.73 นิ้ว รอบเอวดำสุด 25 นิ้ว สูงสุด 40 นิ้ว หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 31.71 นิ้ว ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.85 นิ้ว รอบเอวดำสุด 24.50 นิ้ว สูงสุด 40.50 นิ้ว เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรอบเอว ก่อนการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว ลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนรอบเอวลดลง คิดเป็นร้อยละ 1.30

รอบเอว ที่ลดลง ที่เกิดขึ้นจากผลการทดลอง โดยรอบเอว ที่ลดลงนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังการทดลองรอบเอว ส่วนใหญ่จะกระจายออกจากค่าเฉลี่ยมากขึ้นเล็กน้อยเท่ากับ 0.12 แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคคลากรมีรอบเอว ลดลงค่อนข้างเท่ากัน

4.4 ความดันโลหิต

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมี

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลอง 126.49 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.50 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 121.53 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.82 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวลดลง คิดเป็นร้อยละ 3.92

ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ที่ลดลง ที่เกิดขึ้นจากผลการทดลอง ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ที่ลดลงนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังการทดลอง ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีการกระจายออกจากค่าเฉลี่ยมากขึ้นเล็กน้อยเท่ากับ 0.32 แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังการทดลองบุคลากรมี ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ลดลงค่อนข้างเท่ากัน

ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อน การทดลอง 74.27 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.30 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 75.25 mmHg. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.94 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ที่เพิ่มขึ้น ที่เกิดขึ้นจากผลการทดลอง ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ที่เพิ่มขึ้นนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังการทดลอง มีการกระจายเข้าใกล้ค่าเฉลี่ยมากขึ้นเท่ากับ 1.36 แสดงว่า โดยรวมแล้ว ภายหลังการทดลองบุคลากร มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ค่อนข้างไม่แตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้วอยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 90 mmHg.)

4.5 ระดับโคเลสเตอรอล

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล ก่อนการทดลอง 202.53 มก/ดล. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 41.43 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลต่ำสุด 131 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลสูงสุด 309 มก/ดล. หลังการทดลองมี

ค่าเฉลี่ยระดับโคเลสเตอรอล 197.96 มก/ดล. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 39.01 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลต่ำสุด 126 มก/ดล. ระดับโคเลสเตอรอลสูงสุด 298 มก/ดล. เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ระดับโคเลสเตอรอล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คะแนนระดับโคเลสเตอรอล ลดลง คิดเป็นร้อยละ 2.25

ระดับโคเลสเตอรอล ที่ลดลง ที่เกิดขึ้นจากผลการทดลอง ระดับโคเลสเตอรอล ที่ลดลงนี้มีการกระจายต่างจากก่อนการทดลองเล็กน้อย ภายหลังจากทดลองระดับโคเลสเตอรอล มีการกระจายเข้าใกล้ ค่าเฉลี่ยมากขึ้นเท่ากับ 2.42 แสดงว่าโดยรวมแล้วภายหลังจากทดลองบุคลากรมี ระดับโคเลสเตอรอล ลดลงค่อนข้างเท่ากัน

ผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ซึ่งประกอบด้วย การฝึกทักษะด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหา โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม นอกจากนี้ยังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการส่งจดหมายกระดุนเตือน ให้กำลังใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพปัญหา และการให้รางวัล รวมทั้งรับฟังความคิดเห็น รับทราบปัญหา และการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ ในการแก้ไข ทำให้บุคลากรมีความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ในการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้บุคคล มีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ วางแผนแก้ปัญหา ร่วมปฏิบัติ และประเมินผล โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม อย่างต่อเนื่องยั่งยืน

2. ควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ไปประยุกต์ใช้กับองค์กรอื่นในการสร้างเสริมสุขภาพ บุคลากรด้านสุขภาพ และด้านอื่นๆต่อไป

3. ควรนำกระบวนการจัดการด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ไปประยุกต์ใช้กับการจัดการพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ เช่น พฤติกรรมทางเพศ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ เป็นต้น

4. การจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ควรเน้นการใช้กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วม และร่วมกันหาแนวทางการแก้ปัญหา เลือกรูปแบบ และทักษะการออกกำลังกายตามความต้องการของกลุ่ม ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย

5. การจัดกิจกรรมด้านโภชนาการ ควรใช้แรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ เช่น การจัดร้านอาหารเพื่อสุขภาพในหน่วยงานเพื่ออำนวยความสะดวกแก่บุคลากรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ตลอดจนการเป็นต้นแบบที่ดีของหน่วยงานด้านสุขภาพ

6. ควรจัดกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายความเครียดโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งในและนอกหน่วยงาน เป็นประจำตามความต้องการของกลุ่ม เช่น การจัดทัศนศึกษา การจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดด้านศาสนา และกิจกรรมดนตรี เป็นต้น

7. ควรดำเนินการตรวจสอบสุขภาพร่างกายบุคลากร เป็นประจำ สม่ำเสมอ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นข้อมูลประเมินค่า ทำให้เกิดความตระหนักรู้สุขภาพ

8. ควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามความสนใจของกลุ่ม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรมีความเต็มใจในการปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอต่อไปอย่างยั่งยืน

9. ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรในระยะยาว เนื่องจากพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระยะเวลานั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม นำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มวัยต่างๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น วัยสูงอายุ เป็นต้น และใช้กับสถานที่ (Setting) หน่วยงาน และองค์กรอื่นๆ เช่น โรงเรียน ชุมชน เป็นต้น

2. ควรดำเนินการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่มร่วมกับการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพ เจาะลึกถึงกระบวนการจัดการโปรแกรมด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด

4. ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการ โดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วม กระบวนการกลุ่ม ในพฤติกรรมด้านอื่น เช่น พฤติกรรมทางเพศ การสูบบุหรี่ หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

5. ควรดำเนินการวิจัยเชิงนโยบาย (Policy Research) เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด เพื่อกำหนดมาตรการในระดับหน่วยงาน องค์กร และระดับประเทศต่อไป

6. ควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หรือเชิงคุณภาพ ของแต่ละกลุ่มวัยในหน่วยงาน ชุมชนและองค์กรต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7. ควรดำเนินการวิจัยปฏิบัติการเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด สำหรับบุคคลทั่วไป และโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มความดันโลหิตสูง และกลุ่มโภชนาการเกิน เป็นต้น

HEALTH PROMOTION TO PERSONNEL IN GOLDEN JUBILEE MEDICAL
CENTRE, MAHIDOL UNIVERSITY.

WILAWAN KUTRANONT 4837653 PHPH/M:

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : WASANA JUNSAWANG, M.A., CHUTIMA
SIRIKULCHAYANON, M.D., SRISUDA SURAKIRT, Dr.P.H.

EXECUTIVE SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Thailand has been facing with rapid changes resulted from the world's changes regarding socio-economics, sciences, technology for development and environment. Those changes affected upon the people's lifestyles and health problems including the changes of disease pattern, from communicable diseases to non communicable disease. Communicable diseases that used to be the important leading causes of death in the past have been gradually decreased along with the gradual increase of socio-economic development. Those diseases that caused by unhealthy behaviors are risk factors of death from non-communicable diseases, cancer, heart diseases, hypertension, stroke, diabetes mellitus etc. The trend of these diseases is going up (Bureau of Health Policy and Strategic, 2006)

Now, The risk factors in Thailand, there are 16.10% (BMI>25 Kg/m²) people who had overweight and 3.03% (BMI>30 Kg/m²) people had Obesity, 17.34% (>5 IU/day) vegetable and fruits intake sufficiency, 37.44% drinking alcoholic beverages, 22.25% smoking, 54.90% no physical exercises.(Education of Public

Health, 2005) According to statistics of Bureau of Health Policy and Strategic, 2005, it was found that there were a huge number of patients who have admitted in hospital as 174.88 (per 100,000) from stroke, 544.08 (per 100,000) from hypertension, 198.68 (per 100,000) from coronary heart disease, 490.53 (per 100,000) from Diabetes mellitus, thus it was found that there were the causes of death and lower age groups in Thailand

The Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University was distributed on 2nd March, 2006. These objectives were a Health services institute, Learning and Research center and Health Training center.

At the beginning of this study, the pilot study has been carried out during April, 2008 with the sample group of 25 personnel in Golden Jubilee Medical centre, Mahidol University. The result has been done with this sample group by using questionnaire and focus group. The pilot study showed that the sampled personnel practiced in health behavior and health status records improperly. The data obtained from questionnaire and focus group by applying the concept of Lawrence W. Green's PRECEED FRAMEWORK. The result of analysis of predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors of 25 personnel in Golden Jubilee Medical centre, Mahidol University as followed:

Predisposing factors. It was founded that the majority of the sample personnel had a high level of knowledge, recognition, and risk factors of the non-communicable diseases but the lack of awareness the importance of health promotion. They did not realize that they had the problems and did not want to improve their health promotion behavior.

Enabling factors. As it had been found that the personnel did not follow the good practices of the health promotion behavior, for example, as exercise; working was so tried, had not time, wanted to rest, lack of exercised instrument, place, environment, health program, friends and self-motivation. As nutrition; they did not cooked for eating because it was difficult, chosen due to more convenience and good

taste. In breakfast, mostly dunk coffee with some bread, drunk aerated water, it had not health restaurant etc. As relaxation; they had not a self- motivation, for example, they did not dare to consult anyone, lack of place, environment, a health program to promote health relaxation.

Reinforcing factors. It was found that the Director and managers had not clear the policy to promote health activity or programs for personnel.

The above data revealed that the problem of health promotion behaviors to personnel in Golden Jubilee Medical centre, Mahidol University was due to a lack of awareness and recognition of the importance of health promotion behavior among personnel. Therefore, it is necessary to improve health behavior situation. The importance strategy that should be used to solve problem is organizing a health promotion program which is a type of communication that can persuade the personnel be interested in, be aware of, and practices proper health behavior. The health promotion program organized should apply social support theory with participation and group process aiming to improve health behavior practices of personnel continuously and sustainable.

Research Questions

After attending Health Promotion Program, The experimental group has better health promoting behaviors as exercise, nutrition and relaxation behavior and health status records, body weight, body mass index (BMI), waist level, blood pressure level and cholesterol levels of the experimental group will decrease compared to before the experiment.

Research Objectives

General Objective

To examine the effectiveness of a health promotion program applying Social Support Theory with participation and group process aiming to improve the

health promotion behaviors to avoid for chronic diseases factors among personnel in Golden Jubilee Medical Centre.

Specific Objectives

1. To examine the effectiveness of health promotion program were exercise, nutrition and relaxation behaviors.
2. After the experiment, body weight, body mass index (BMI), waist level, blood pressure level and cholesterol levels of the experimental group will decrease compared to before the experiment.

Research Variables

Independent Variables include the health promotion program to personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University were exercise, nutrition and relaxation in the following:

1. Exercise activities

1.1 Organizing a personal of skills to exercise by coaches about aerobic, yoga, qigong and dance for healthy.

1.2 Organizing a participation and group process aiming to enhance them discussion regarding exercise, nutrition and relaxation behavior and skills in analyzing problem or obstacles including planning the program to improve of exercise, nutrition and relaxation situation with other members, the personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University

1.3 Distributing the healthy information to promote exercise, nutrition and relaxation.

2. Nutrition activities

2.1 Organizing a “Cook Model” was the best Menu for healthy.

2.2 Organizing a “How do you eat for a healthy shape?” were a correcting food demonstration and had dinner together.

2.3 Organizing a participation and group process aiming to enhance them discussion regarding exercise, nutrition and relaxation behavior and skills in analyzing problem or obstacles including planning the program to improve nutritional behavior situation with other members, the personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University

2.4 Distributing the healthy information to promote nutrition.

3. Relaxation activities

3.1 Organizing a “Health meditation program” aiming to them discussion regarding health promotion behavior and skills in analyzing problem or obstacles including meditation practices.

3.2 Organizing a participation and group process aiming to enhance them discussion regarding exercise, nutrition and relaxation behavior and skills in analyzing problem or obstacles including planning the program to improve exercise, nutrition and relaxation situation with other members, the personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University

3.3 Organizing a “Thinking a creation with relaxation” was an impression telling story to members for relaxation

3.4 Distributing the healthy information to promote relaxation.

4. Social Support Activities

4.1 Organizing a “Smiling in your healthy” was a relation group.

4.2 Organizing a “Loved massages to my friendly” were the personnel from the Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University, and the researcher visited, encouraged, and the suggestions to the health promotion behaviors.

4.3 Distributing the healthy information, health promotion behavior status records and health promotion procedures to promote healthy behaviors.

4.4 Organizing a “Blooming flowers in your smile” was a party, encouraging and closing for participation of the health promotion program.

4.5 Presenting the recognition rewards of impression telling story and Cook Model.

Dependent Variables include the following:

1. Assessment of the health behaviors in the following:

- 1.1 Assessment of the exercise behavior.
- 1.2 Assessment of the nutrition behavior.
- 1.3 Assessment of the relaxation behavior.

2. To assess change in the following:

- 2.1 Body weight level
- 2.2 Body Mass Index (BMI) level
- 2.3 Waist level
- 2.4 Blood Pressure level
- 2.5 Cholesterol level

Scope of the Research

This study was focused on the health promotion program applying social support theory with participation and group process in the health promotion behaviors to promote exercise, nutrition, relaxation and change resulted had decreased of health status index, body weight, body mass index, wrist level, blood pressure level and cholesterol level. All 55 personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University, Phutdamonton District, Nakhonphatom Province. Therefore, the model of health promotion program was designed a basal activities by sample group as possible on participation and group process, thus, the proportion of exercise, nutrition and relaxation activities were not equally.

Research Methodology

Population and Sampling

The population of this study composed of the following groups:

1. The personnel who worked in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University, Phutdamonton District, Nakhonphatom Province, 225 personnel.
2. The studied samples were recruited as the samples without employing any sampling method. Fifty-five workers were recruited and all of them had the risk factors from the inclusion criteria and were willing to participation the health promotion program.

Research Design

This study was a quasi-experimental research, one-group pre-test post-test experimentation. The data were collected before and after the experimentation and the experimentation was last for 12 weeks.

Step 1: Preparatory Step

1. The researcher made the preparation by establishing a good relationship to personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University, Phutdamonton District, Nakhonphatom Province., and other related persons. The researcher has visited the sampled workers and informed them about the objectives and procedures of the study.
2. The researcher prepared the places, printed materials and other instruments for organizing the health promotion program.

Step 2: Implementation Step

The health promotion activities were organized as follows:

1. Exercise activities

1.1 Organizing a personal of skills to exercise by coaches about aerobic, yoga, qigong and dance for healthy.

1.2 Organizing a participation and group process aiming to enhance them discussion regarding exercise, nutrition and relaxation behavior and skills in analyzing problem or obstacles including planning the program to improve exercise, nutrition and relaxation situation with other members, the personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University

1.3 Distributing the health information to promote exercise.

2. Nutrition activities

2.1 Organizing a “Cook Model” was the best Menu for healthy.

2.2 Organizing a “How do you eat for a healthy shape?” was a correcting food demonstration and had dinner together.

2.3 Organizing a participation and group process aiming to enhance them discussion regarding exercise, nutrition and relaxation behavior and skills in analyzing problem or obstacles including planning the program to improve exercise, nutrition and relaxation situation with other members, the personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University

2.4 Distributing the health information to promote nutrition.

3. Relaxation activities

3.1 Organizing a “Health meditation program” aiming to them discussion regarding health promoting behavior and skills in analyzing problem/ obstacles including meditation practices.

3.2 Organizing a participation and group process aiming to enhance them discussion regarding exercise, nutrition and relaxation behavior and skills in analyzing problem/ obstacles including planning the program to improve exercise, nutrition and relaxation situation with other members, the personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University

3.3 Organizing a “Thinking of creation with relaxation” was an impression telling story to members for relaxation

3.4 Distributing the healthy information to promote relaxation.

4. Social Support Activities

4.1 Organizing a “Smiling in your healthy” was a relation group.

4.2 Organizing a “Loved massages to my friendly” were the personnel from the Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University, and the researcher visited, encouraged, and the suggestions to the health promotion behaviors.

4.3 Distributing the health information documents, health promotion behavior records and health promotion procedures to promote healthy behaviors.

4.4 Organizing a “Blooming flowers in your smile” was a party, encouraging and closing for participation health promotion program.

4.5 Presenting the recognition rewards of impression telling story and Cook Model

Step 3: Data Analysis and Statistics Used

Data Collection

The researcher collected the data from the sampled workers before and after the experimentation by using a questionnaire regarding health promotion behaviors about exercise, nutrition and relaxation and form for recording the activity of the health behaviors. The data regarding workers' healthy were collected before and after the experimentation by using a health status records.

After the data have been collected, the completeness of the data has been checked by compiling the data obtained from the questionnaire of the health promotion behaviors. The statistical confidence was set at 95% level of significance. The statistics used were as follows:

1. The Data of the general persons

The data regarding gender, age, status, educational level, occupation, work of time, salary, family income, health status and via of health information, were analyzed by computing percentage, mean and standard deviation.

2. The Data of the health promotion behavior and health status.

Paired sample t-test was used to compare the difference of the mean scores and the standard deviations of health promotion behaviors about, exercise, nutrition, relaxation and the health status about, body weight, body mass index, waist level, blood pressure level and total cholesterol level between before and after the experimentation.

3. The Data of the health record activities

The data obtained from the health record activities after the experimentation was analyzed by employing content analysis method and the descriptive method was used to present the data.

Research Results and Discussion

The health promotion program for 55 personnel in Golden Jubilee Medical Centre, Mahidol University was applying social support theory with participation and group process strategy. The data were collected before and after the experimentation and the experimentation was last for 12 weeks. The data were collected by questionnaire, health behavior records and health status records. After the data have been collected, the completeness of the data has been checked by compiling the data obtained from the questionnaire of the health promotion behaviors. The statistical confidence was set at 95% level of significance. The result was as follows:

1. General Information

It was found that the majority of them, gender were female (74.50%), age between 25-29 years old (30.90%), while 23.60 percent aged between 30-34 years old, majority of status was single (50.90%), while 47.30 percent were married.

Regarding education level, 56.40 percent finished Bachelor degree, while 18.20 percent finished certification degree.

Most of them have worked as the back office (74.50%), while 16.40 percent worked as Out-patient Department.

Most of them have worked as official university (58.20%), while 29.10 percent worked as an employee.

Regarding work of time, 83.60 percent worked on official time.

Regarding salary level, 49.10 percent had 10,001- 20,000 Bath, while 40 percent had 5,000-10,000 Bath.

Regarding family income level, 70.90 percent had sufficiency, while 18.20% had remained.

Most of them lived with parent (49.10%), while 29.10 percent lived with own family.

Most of them have not disease (61.80%), while who had disease as Hypertension 19.04 percent and Peptic ulcer 19.04 percent.

Most of family had disease (61.80%), Who had disease as Diabetes mellitus 26.48 percent and then Hypertension 17.65 percent.

Most of them had not drank alcohol (61.80%), and 90.90 percent no smoking.

Most of them have informed the health promotion from Doctors, Nurses and health professional. (27%), while 23.8 percent from Magazine, document and Newspapers.

Regarding nutrition status, 30.9 percent as over weight ($BMI=23-24.9 \text{ Kg/m}^2$) and 32.7 percent as obesity ($BMI>25 \text{ Kg/m}^2$)

Regarding cholesterol level, 27.3 percent as medium risk (total cholesterol=200-240 mg%) and 18.2 percent as high risk (total cholesterol >240 mg%)

2. Health Promotion Behavior

2.1 Exercise

Physical activity and exercise

The comparison of the physical activity and exercise mean scores regarding physical activity and exercise practice of the sampled before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased physical activity and exercise mean score regarding physical activity and exercise practice was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 11.44 compared to the mean score measured after the experimentation of 16.11 (the total raw score was 24). The average percentage of the physical activity/exercise mean score was 19.45 and the standard deviation has decreased from 4.51 to be 3.49.

The increased physical activity and exercise should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the increased physical activity and exercise was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the physical activity and exercise scores were found to be mostly close to the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar physical activity and exercise regarding physical activity and exercise practice.

Self evaluation of physical activity and exercise

The comparison of the self evaluation of physical activity and exercise mean scores regarding physical activity and exercise practice of the sampled before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased self evaluation of physical activity and exercise mean score regarding physical activity and exercise practice was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 2.89 compared to the mean score

measured after the experimentation of 3.49 (the total raw score was 4). The average percentage of the physical activity and exercise mean score was 15 and the standard deviation has decreased from 0.98 to be 0.84.

The increased self evaluation of physical activity and exercise should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the increased physical activity and exercise was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the self evaluation of physical activity and exercise scores were found to be mostly close to the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar self evaluation of physical activity and exercise regarding physical activity and exercise practice.

2.2 Nutrition

The comparison of the nutrition mean scores regarding nutrition activities of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased nutrition mean score regarding nutrition activities was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 37.76 compared to the mean score measured after the experimentation of 42.47 (the total raw score was 66). The average percentage of the physical activity/exercise mean score was 7.13 and the standard deviation has decreased from 5.49 to be 4.39.

The increased nutrition mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the increased nutrition activities was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the nutrition scores were found to be mostly close to the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar nutrition regarding nutrition activities.

2.3 Relaxation

The comparison of the relaxation mean scores regarding relaxation activities of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly increased relaxation mean score regarding

relaxation activities was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 31.31 compared to the mean score measured after the experimentation of 34.07 (the total raw score was 48). The average percentage of the physical activity and exercise mean score was 5.75 and the standard deviation has decreased from 2.61 to be 2.12.

The increased relaxation mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the increased relaxation activities was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the relaxation scores were found to be mostly close to the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar relaxation regarding relaxation activities.

3. Health status

3.1 Body weight

The comparison of the body weight mean scores regarding the health promotion program of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly decreased body weight mean score regarding the health promotion program was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 65.51 compared to the mean score measured after the experimentation of 64.75. The average percentage of the body weight mean score was 1.16 and the standard deviation has increased from 12.49 to be 12.58

The decreased body weight mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the decreased body weight was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the body weight scores were found to be a far from the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar body weight regarding the health promotion program.

3.2 Body Mass Index (BMI)

The comparison of the Body Mass Index (BMI) mean scores regarding the health promotion program of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly decreased Body Mass Index (BMI) mean score regarding the health promotion program was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 25.57 compared to the mean score measured after the experimentation of 25.18. The average percentage of the body weight mean score was 1.52 and the standard deviation has increased from 3.65 to be 3.66.

The decreased of the Body Mass Index (BMI) mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the decreased Body Mass Index (BMI) was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the Body Mass Index scores were found to be a far from the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar Body Mass Index (BMI) regarding health promotion program.

3.3 Waist level

In male the comparison of the waist level mean scores regarding the health promotion program of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly decreased waist level mean score regarding health promotion program was found ($p < 0.013$). The mean score measured before the experimentation was 35.93 compared to the mean score measured after the experimentation of 35.61. The average percentage of the waist level mean score was 0.89 and the standard deviation has increased from 2.76 to be 2.84.

The decreased of the waist level mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the decreased waist level was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the waist level scores were found to be a far from the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar waist level regarding health promotion program.

In female the comparison of the waist level mean scores regarding the health promotion program of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly decreased waist level mean score regarding the health promotion program was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 32.13 compared to the mean score measured after the experimentation of 31.71. The average percentage of the waist level mean score was 1.30 and the standard deviation has increased from 3.73 to be 3.85.

The decreased waist level mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the decreased waist level was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the waist level scores were found to be a far from the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar waist level regarding the health promotion program.

3.4 Blood Pressure

On Systolic pressure, the comparison of the systolic blood pressure mean scores regarding the health promotion program of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly decreased systolic blood pressure mean score regarding the health promotion program was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 126.49 mmHg compared to the mean score measured after the experimentation of 121.53 mmHg. The average percentage of the systolic blood pressure mean score was 3.92 and the standard deviation has increased from 12.50 to be 12.82.

The decreased of the systolic blood pressure mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the decreased systolic blood pressure was found to be different from before the experimentation and after the experimentation, the systolic blood pressure scores were found to be a far from the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar systolic blood pressure regarding health promotion program.

On Diastolic pressure, the comparison of the diastolic blood pressure mean scores regarding the health promotion program of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the diastolic blood pressure mean score was not changed significantly regarding the health promotion program. The mean score measured before the experimentation was 74.27 mmHg compared to the mean score measured after the experimentation of 75.25 mmHg. The standard deviation has decreased from 9.30 to be 7.94.

The increased diastolic blood pressure mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the increased diastolic blood pressure was not found to be different from before the experimentation and after the experimentation, This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar diastolic blood pressure, but the over all was normal diastolic blood pressure (<90 mmHg).

3.5 Total Cholesterol

The comparison of the total cholesterol mean scores regarding the health promotion program of the samples before and after the experimentation showed that after the experimentation, the significantly decreased total cholesterol mean score regarding the health promotion program was found ($p < 0.001$). The mean score measured before the experimentation was 202.53 mg% compared to the mean score measured after the experimentation of 197.96 mg%. The average percentage of the body weight mean score was 2.25 and the standard deviation has decreased from 41.43 to be 39.01.

The decreased total cholesterol mean scores should be due to the outcomes of the experimentation. The distribution of the decreased total cholesterol was found to be different from before and after the experimentation, the total cholesterol was found to be mostly close to the mean score. This finding revealed that after the experimentation, in general, the sampled personnel had similar total cholesterol regarding the health promotion program.

Recommendations

Recommendations from the Research Results

1. In organizing the health promotion program should be used social support theory with participation and group process strategy for people to participate on thinking, deciding, planning, practicing and evaluating, aiming to improve health behavior practices of personnel continuously and sustainable.
2. The health promotion program should be used social support theory with participation and group process strategy, applying in the health organization and others.
3. The processed management of exercise, nutrition and relaxation should be distributed to other behaviors, for example, sexuality behavior, smoking behavior and alcohol drinking behavior, etc.
4. Group process and participation have been distributed the exercising program to solve problem, chose model and practice, by wanting of group and then, organizing the appropriate environment.
5. Social support has been distributed the nutrition program and enabling environment to promote nutrition behavior, for example, the health restaurant was be done in organization for personnel more convenient to improve nutrition behavior.
6. Social support usually has been distributed the relaxing program both in and out organization, wanting by group, for example, traveling relaxation, religious activities of relaxation and the music for relaxation, etc.
7. The health examination usually has been distributed in organization at lest once per year. It will be appraisal data for personnel to aware.
8. The health promotion program has been done, by the interesting of groups because they will be done continuously and sustainable.
9. The evaluation of the health promotion program has been evaluated

for a long time, therefore, exercise, nutrition and relaxation behavior had not changed in the short one.

Recommendations for Furthering Researches

1. The furthering researches should be used social support theory with participation and group process strategy applying to other age groups, for example, adolescence and aging, etc, and others setting, for example, in school, community and so on.
2. The furthering researches should be used social support theory, participation and group process strategy with empowerment to develop the effectiveness of the health promotion programs.
3. The qualitative researches should be used in-depth in process management of the program about exercise, nutrition and relaxation.
4. The action researches should be used social support theory with participation and group process strategy applying in order to other behaviors, for example, sexuality behavior, smoking behavior, alcohol drinking behavior, etc.
5. The policy researches should be distributed for the health promotion behavior about exercise, nutrition and relaxation for the role or standard to promote health behavior in organization and national organization.
6. The action researches or qualitative researches for changing behavior in the other age groups of the organization, community, etc, about exercise, nutrition and relaxation.
7. The action researches should be applied for people especially, the risk groups, for example, hypertension, over weight, etc.

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **วิธีจัดการกับความเครียด**.
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **สุขบัญญัติในการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ**.
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). **ข้อแนะนำสำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **ตารางแสดงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2548). **โภชนบัญญัติสำหรับคนไทย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**.
กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2548). **รายงานการสำรวจภาวะพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มสมาชิกสร้างสุขภาพ**.
กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2549). **Best Practice นวัตกรรม ผลงานเด่น ของสถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับรองมาตรฐานงานสุศึกษา**.
ไกรสร วิวัฒน์พัฒนกุล และคณะ. (2542). **ประสิทธิภาพโครงการพัฒนาสุขภาพบุคลากร ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 ขอนแก่น**. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ปีที่ 22 ฉบับที่ 2 เมษายน- มิถุนายน.
โชคชัย มงคลสินธุ์. (2544). **ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายในกลุ่มผู้ประกอบการกิจการค้า เขตเทศบาลสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

นิรัตน์ อิมามี และ สกฤตน์ ประเสริฐผล. (2548). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชุมชน
ผู้สูงอายุโรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี.วารสารสุขศึกษา ปีที่ 28 เล่ม
ที่ 101 กันยายน- ธันวาคม.

บุญช่วย นาสูงเนิน. (2544).การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สตรีวัยหมดระดู เขตชนบท จังหวัดนครราชสีมา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชน
วิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุษบา สงวนประสิทธิ์ และ กิตติพงษ์ หาญเจริญ.(2547). การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกาย
และการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ในเด็กนักเรียน. วารสารสุขศึกษา ปีที่ 27 เล่มที่
98 กันยายน- ธันวาคม.

ปิยนุช จิตตุนนท์ และ วรณี จันทร์สว่าง.(2548) ระยะพฤติกรรมการออกกำลังกาย และการรับรู้
อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ของนักศึกษาพยาบาล และบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์.

ประไพพิศ สิงหเสม และวรารัตน์ แก้วเกื้อ. (2546). ผลการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและ
การรับรู้ภาวะสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี ตรัง. รายงานการ
วิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง.

พรพิมล เวชกุลธำรง. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและ
ภาวะสุขภาพของสตรีวัยกลางคนที่มีน้ำหนักเกิน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา.

เพ็ญพิชชา สร โยธิน รัตนภวนนท์.(2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการ
เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาขารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ไพจิตร ปวะบุตร.(2535). คู่มือการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

มันทนา ศิลปเวชกุล. (2548). การศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยแกนนำผู้สูงอายุ.
วารสารสุขศึกษา ปีที่ 28 เล่มที่ 99 มกราคม-เมษายน.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, สุชาดา ตั้งทางธรรม.(2541).สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ.
กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์ รุ่งรัมย์ แก้วมั่น และ สิรินันท์ ธิติทรัพย์.(2548). การศึกษาผลการใช้กระบวนการเสริมพลัง (Empowerment) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์.

วาสนา จันทร์สว่าง.(2548). โครงการตำราเล่ม 1 ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขภาพ และพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง).พิมพ์ครั้งที่ 2, โรงพิมพ์ยุทธินทร์การพิมพ์.

สกลรัตน์ ประเสริฐผล มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์. และ นิรัตน์ อิมามิ. (2548). การส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยทอง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารสุขภาพ ปีที่ 28 เล่มที่ 99 มกราคม-เมษายน.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.(2541). ปฏิรูปแนวคิดคนไทย:สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล.กรุงเทพฯ: ดีไซน์.แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ.(2545). โปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2544). พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2545). รายงานประจำปี.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.(2550). เทคนิคการปรับพฤติกรรมการออกกำลังกายโครงการอบรมพัฒนาทักษะการปรับพฤติกรรมสุขภาพ.

อมรรัตน์ เกตุคารา. (2543). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จังหวัดชัยนาท.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

Bird, SR. (1992). **Exercise Physiology for Health Professionals**. Chapman and Hall, London.

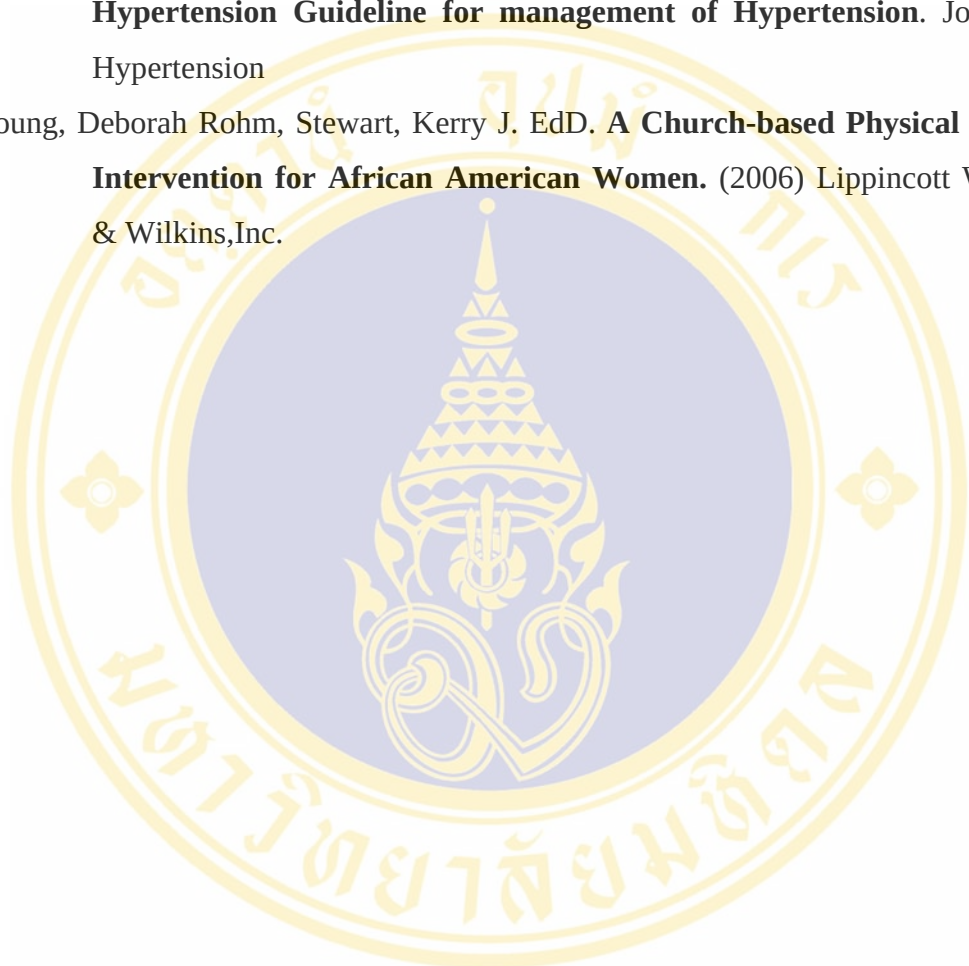
Keren Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis. (2002).**Health Behavior and Health Education**. Theory, Research and Practice 3rd Edition. Jossey-Bass A Wiley Imprint, San Francisco.

Shephard, RJ. **Exercise Physiology** (1987) B C Decker Inc, Toronto.

Roy F. Oman and Terry E. Duncan. (1994) **Women and Exercise : An Investigation of the Roles of Social Support, Self-Efficacy, and Hardiness.** Med Exerc Nutr Health 1995;4:306-315.

WHO-ISH Guideline. (1999). **World Health Organization- International Society Hypertension Guideline for management of Hypertension.** Journal of Hypertension

Young, Deborah Rohm, Stewart, Kerry J. EdD. **A Church-based Physical Activity Intervention for African American Women.** (2006) Lippincott Williams & Wilkins, Inc.





ภาคผนวก ก

แบบสอบถามการวิจัยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีทั้งหมด 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย
3. โภชนาการ
4. การผ่อนคลายความเครียด

ในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัย ขอความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ ตามความเป็นจริง ตามความรู้สึนึกคิดและความคิดเห็นที่แท้จริงของท่าน เพื่อจะนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ประโยชน์ต่อส่วนรวม ในการวางแผนการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย การโภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรทุกท่านต่อไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากท่าน ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อและคำตอบของท่าน และจะนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะภาพรวม โดยไม่เกิดผลเสียต่อผู้ใด

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดที่เกี่ยวกับงานวิจัยนี้ ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยของท่าน ผู้วิจัยยินดีตอบตลอดเวลา

นางวิลาวัลย์ ขุทรานนท์

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)

สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กรุณาตอบแบบสอบถามทุกข้อ

สอบถาม ☐

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความ หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ชื่อ.....สกุล.....
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. ปัจจุบันอายุ.....ปี เดือน
4. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ คู่อยู่ด้วยกัน ☐ หม้าย/หย่า/แยก
5. ท่านสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับ
☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ อาชีวศึกษา /อนุปริญญา หรือประกาศนียบัตร
☐ ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า ☐ ปริญญาโท/เอก
☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....
6. สถานที่ปฏิบัติงาน
☐ แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระบุ.....
☐ หอผู้ป่วยใน ระบุ.....
☐ งานธุรการ หรือบริการอื่นๆ ระบุ.....
7. ลักษณะการปฏิบัติงาน
☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย
☐ ลูกจ้าง/รับจ้าง ☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....
8. ลักษณะเวลาของการทำงาน
☐ ทำในเวลาราชการ ☐ ทำงานเป็นช่วงเวลาตามกำหนด
☐ เวลาไม่แน่นอน ☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....
9. รายได้ต่อเดือนของท่าน
☐ น้อยกว่า 5,000 บาท ☐ 5,000-10,000 บาท ☐ 10,001-20,000 บาท
☐ 20,001-30,000 บาท ☐ 30,001-40,000 บาท ☐ มากกว่า 40,001 บาทขึ้นไป
10. รายได้ครอบครัวต่อเดือน
☐ มีเหลือเก็บ ☐ พอกินพอใช้ ☐ มีหนี้สิน

11. ปัจจุบันท่านอยู่อาศัย

☐ คนเดียว

☐ อยู่กับญาติ

☐ อยู่กับสามี/ภรรยาและบุตร

☐ อยู่กับครอบครัว(บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน)

☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....
12. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ ไม่มีโรคประจำตัว

☐ มีโรคประจำตัว (โปรดระบุ) คือ.....
13. บิดา มารดา พี่ น้อง ของท่าน มีโรคประจำตัว

☐ ไม่มีโรคประจำตัว

☐ มีโรคประจำตัว(โปรดระบุ) คือ.....
14. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่หรือไม่

☐ สูบบุหรี่ทุกวันเป็นประจำ

☐ สูบบุหรี่นานๆครั้ง

☐ ไม่สูบบุหรี่
15. ท่านดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์หรือไม่

☐ ดื่มทุกวันเป็นประจำ

☐ ดื่มนานๆครั้ง

☐ ไม่ดื่ม
16. แหล่งที่ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

☐ วิทยุกระจายเสียง

☐ โทรทัศน์

☐ หนังสือพิมพ์

☐ วารสาร เอกสาร หนังสือ นิตยสาร

☐ แพทย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ

☐ เพื่อน/ญาติ/คนในครอบครัว

☐ อื่นๆ(โปรดระบุ).....
17. ปัจจุบันน้ำหนักของท่าน.....กิโลกรัม
18. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
19. ดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัมต่อตารางเมตร
20. ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด.....มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ส่วนที่ 2 การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คำอธิบาย 1. ข้อคำถามมี 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การเคลื่อนไหวออกแรง/การออกกำลังกาย

ตอนที่ 2 การประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย

2. การเคลื่อนไหวออกแรง ออกกำลังกายอย่างหนัก หมายถึง การทำกิจกรรมในบ้าน/งานอาชีพ การเดินทาง (เช่น การขี่จักรยาน การเดินเร็ว) ช่วงเวลาว่าง (เล่นกีฬา การออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบ) ที่ต้องออกแรง/ออกกำลังกายมาก จนทำให้รู้สึก เหนื่อย หรือเหนื่อยมาก โดยหายใจเร็ว แรง ไม่สามารถพูดคุยได้จนจบประโยค

3. การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายปานกลาง หมายถึง การทำกิจกรรมในบ้าน/งานอาชีพ การเดินทาง (เช่น การขี่จักรยาน การเดินเร็ว) ช่วงเวลาว่าง (เล่นกีฬา การออกกำลังกายหลากหลายรูปแบบ) ที่จะต้องออกแรงพอประมาณ ทำให้รู้สึก ค่อนข้างเหนื่อย โดยหายใจเร็วขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย แต่ยัง สามารถพูดคุยได้จนจบประโยค และรู้เรื่อง

4. การปฏิบัติ

สม่ำเสมอ

หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมตั้งแต่ 3 ถึง 5 วันต่อสัปดาห์

บางครั้ง

หมายถึง ปฏิบัติพฤติกรรมน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์

ไม่เลย

หมายถึง ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลยต่อสัปดาห์

ตอนที่ 1 การเคลื่อนไหวออกแรง/การออกกำลังกาย

การเคลื่อนไหวออกแรง/การออกกำลังกาย	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เลย	
1. ท่านออกกำลังกายอย่างหนัก รูปแบบต่างๆ คือ แอโรบิก/ซิ่งก/ไทเก็ก/โยคะ/เดิน/วิ่ง/เคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันหรืองานอาชีพ อย่างน้อย 30 นาที/วัน				
2. ท่านออกกำลังกายปานกลาง รูปแบบต่างๆ คือ แอโรบิก/ซิ่งก/ไทเก็ก/โยคะ/เดิน/วิ่ง/เคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันหรืองานอาชีพ อย่างน้อย 30 นาที/วัน				
3. สรุปท่านออกกำลังกายข้อ 1 และข้อ 2 ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง				
4. ท่านทำงาน(งานอาชีพ/งานบ้าน)ที่ต้องออกแรงอย่างหนัก เหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดจบประโยคได้ในขณะนั้น เช่น ยกของหนัก ขุดดิน เป็นต้น อย่างน้อย 30 นาที/วัน โดยทำอย่างต่อเนื่อง/สะสม เวลานานครั้งหนึ่ง ไม่น่ากว่า 10 นาทีขึ้นไป				

การเคลื่อนไหวออกแรง/การออกกำลังกาย	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เคย	
5. ท่านทำงาน(งานอาชีพ/งานบ้าน)ที่ต้องออกแรงปานกลาง เหนื่อยบ้างเล็กน้อยสามารถพูดคุยสบายได้ในขณะนั้น เช่น การเดินขึ้นบันได การเดินเร็ว ในที่ทำงาน การทำงานบ้านอย่างรวดเร็ว การทำสวน ล้างรถ การแบกหาม การถือของ เป็นต้นอย่างน้อย 30 นาที/วันโดยทำอย่างต่อเนื่อง/ สม่ำเสมอ เป็นเวลานานครั้งหนึ่งไม่น้อยกว่า 10 นาที				
6. ในการเดินทางไปที่ต่างๆของท่าน ท่านเดินเท้าหรือถีบจักรยาน โดยทำอย่างต่อเนื่อง/สม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาที/วันโดยใช้เวลานานครั้งหนึ่งไม่น้อยกว่า 10 นาที				
7. ท่านเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย หลายรูปแบบ สลับกัน				
8. ท่านทำการอบอุ่นร่างกาย (Warm) ก่อนการออกกำลังกาย อย่างน้อย 5 นาที				
9. ท่านทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ(Cool down) หลังการออกกำลังกาย อย่างน้อย 5 นาที				
10. ท่านหยุดพักทันทีหลังจากการออกกำลังกายเสร็จ				
11. ท่านเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในชีวิตประจำวันทุกครั้งที่มีโอกาส				
12. สรุปท่านเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย อย่างปานกลางขึ้นไป(รวมอย่างหนัก)รวมกันหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ แอโรบิค/ซิ่ง/ไทเก็ก/โยคะ/เดิน/วิ่ง/เคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันหรืองานอาชีพ และการเดินทาง รวมกันอย่างน้อยวันละ 30 นาที อาจทำแบบต่อเนื่อง/ สม่ำเสมอ ใช้เวลานานครั้งละไม่น้อยกว่า 10 นาที				

ตอนที่ 2 การประเมินการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย

สรุปโดยภาพรวม ท่านคิดว่าท่านเป็นคนอย่างไร ในเรื่องการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย

- ☐ 1. ไม่ค่อยออกแรง ออกกำลัง และยังไม่คิด (ไม่เคยคิด) ที่ออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉงใน 6 เดือนข้างหน้า
- ☐ 2. ไม่ค่อยออกแรง ออกกำลัง แต่ตั้งใจว่า จะออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉงใน 6 เดือนข้างหน้า
- ☐ 3. ออกแรง ออกกำลังอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ แต่ไม่ถึงวันละ 30 นาที หรือถึง30นาทีแต่ไม่ครบ5วัน
- ☐ 4. ออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉง สะสมรวมแล้วอย่างน้อย วันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันอยู่แล้ว แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน
- ☐ 5. ออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉง สะสมรวมแล้วอย่างน้อย วันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันอยู่แล้ว และ ปฏิบัติมานานกว่า 6 เดือนแล้ว

ส่วนที่ 3 โขชนาการ

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุดการปฏิบัติ

สม่ำเสมอ

หมายถึง

รับประทานตั้งแต่ 3 ถึง 7 วัน ต่อสัปดาห์

บางครั้ง

หมายถึง

รับประทานน้อยกว่า 3 วัน ต่อสัปดาห์

ไม่เลย

หมายถึง

ไม่มีการรับประทานเลย ต่อสัปดาห์

โภชนาการ	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เลย	
1. ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบเองที่บ้าน				
2. ท่านรับประทานอาหารนอกบ้าน เช่น ร้านอาหาร ภัตตาคาร เป็นต้น				
3. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป/ อาหารถุง				
4. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ				
5. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ				
6. ท่านรับประทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา				
7. ท่านรับประทานอาหารหลากหลายชนิด ไม่ซ้ำซาก จำเจ				
8. ท่านรับประทานอาหารชนิดเดิมๆเกือบทุกมื้อ				
9. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละมื้อ				
10. ท่านรับประทานข้าว หรือแป้ง				
11. ท่านรับประทานข้าวกล้อง				
12. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน				
13. ท่านรับประทานเนื้อปลา				
14. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ ตับสัตว์				
15. ท่านรับประทานไข่				
16. ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก หอย กุ้ง เป็นต้น (ยกเว้นปลา)				
17. ท่านดื่มนมพร่องมันเนย/ ชาดไขมัน				
18. ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน แกงกะทิ อาหารทอด เป็นต้น				
19. ท่านรับประทานผัก				
20. ท่านรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม กล้วย ฝรั่ง แดงโม แก้วมังกร เป็นต้น				

โภชนาการ	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เคย	
21. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย เงาะ มะม่วงสุก เป็นต้น				
22. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น บัวลอยไข่หวาน ทองหยอด ฝอยทอง ไอศกรีม ขนมเค้ก เป็นต้น				
23. ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบ ขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด เลย์ โปเตโต้ เป็นต้น				
24. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู				
25. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันปาล์ม/ น้ำมันถั่วเหลือง				
26. ท่านรับประทานอาหารดัด เนืง เช่น ดัดจืด เป็นต้น				
27. ท่านรับประทานอาหารรสหวาน				
28. ท่านรับประทานอาหารมันๆ				
29. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม				
30. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น ยำรสเผ็ด เป็นต้น				
31. ท่านดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม 150 เป็นต้น				
32. ท่านดื่มน้ำอัดลม				
33. ท่านดื่ม ชา กาแฟ โอเลี้ยง				

ส่วนที่ 4 การผ่อนคลายความเครียด

คำชี้แจง กรุณาขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ หน้าข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด ใน 1 เดือนที่ผ่านมาการปฏิบัติ

สม่ำเสมอ

หมายถึง

ปฏิบัติ 3 ถึง 7 วัน ต่อสัปดาห์

บางครั้ง

หมายถึง

ปฏิบัติน้อยกว่า 3 วัน ต่อ สัปดาห์

ไม่เคย

หมายถึง

ไม่มีการปฏิบัติเลย ต่อสัปดาห์

การผ่อนคลายความเครียด	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เคย	
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การดำเนินชีวิต ในสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร				
1.1 นั่งหรือทำสมาธิ				
1.2 ดูหนัง/ ฟังเพลง				
1.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ				
1.4 รับประทานยาคลายเครียด/ ยานอนหลับ				
1.5 เสพสารเสพติด เช่น ยาสูบ ยาบ้า กัญชา เป็นต้น				
1.6 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังอื่นๆ				
1.7 ดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์				
1.8 สูบบุหรี่				
1.9 ระบายอารมณ์ เช่น เอะอะ/ ตะโกน/กรีดร้อง/ ทบตี/ ขว้าง ปาสิ่งของ เป็นต้น				
1.10 ระบายอารมณ์ เช่น การดูรายการตลก การยิ้ม เป็นต้น				
1.11 ระบายอารมณ์ เช่น การร้องไห้ เก็บตัว				
1.12 ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น				
1.13 ทำร้ายร่างกายตนเอง				
1.14 ทำร้ายร่างกายผู้อื่น				
1.15 ทำประโยชน์ต่อผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น การทำงาน อาสาสมัคร เป็นต้น				
1.16 ไปที่สถานบันเทิง/บริการกลางคืน เช่น เที่ยวผับ บาร์ เป็นต้น				
1.17 ไปเที่ยวพักผ่อน เช่น ชายทะเล ภูเขา เป็นต้น				
1.18 รับประทานอาหารปริมาณมากเพื่อให้ลืมปัญหา				

การผ่อนคลายความเครียด	การปฏิบัติ			สำหรับ ผู้วิจัย
	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	ไม่เลย	
1.19 รับประทานอาหารปริมาณลดลงเมื่อมีปัญหา หรือ รับประทานอาหารไม่ได้				
1.20 ปรึกษาปัญหากับบุคคลในครอบครัว/เพื่อนสนิท				
1.21 ปรึกษาจิตแพทย์/ คลินิกคลายเครียด				
1.22 เข้าวัด/ ฟังเทศน์/ ทำบุญ/อบรมธรรม				
1.23 ทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ วาดภาพ ประดิษฐ์ดอกไม้ เขียนบทความ เป็นต้น				
1.24 นวดเพื่อสุขภาพ/นวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ				

ภาคผนวก ข

แบบบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
แบบบันทึกการเคลื่อนไหว ออกแรงและออกกำลังกาย

☐ สัปดาห์ที่ 1☐ สัปดาห์ที่ 2☐ สัปดาห์ที่ 3☐ สัปดาห์ที่ 4

ชื่อ.....สกุล.....

ข้อแนะนำการบันทึก : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ในช่วงระยะ 1 สัปดาห์
 ตามความเป็นจริง

กิจกรรม	วันที่มีการปฏิบัติกิจกรรม							ไม่มี การปฏิบัติ
	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	
1. การเคลื่อนไหว ออกแรง ออกกำลังกาย								
1.1 การเดิน เช่น เดินพื้นราบ เดินขึ้นบันได								
1.2 งานบ้าน								
1.3 การเดินทาง เช่น จักรยาน เป็นต้น								
1.7 งานอาชีพ เช่น ชกของ ชุุดิน เป็นต้น								
1.8 อื่นๆ (เวลาว่าง) ระบุ.....								
2. เวลา(นาที) การเคลื่อนไหว ออกแรง ออกกำลังกาย								
3. การออกกำลังกาย/เล่นกีฬา ระบุ..... เช่น แอโรบิก ชีงก แบดมินตัน เป็นต้น(ยกเว้นการเดิน)								
4. เวลา (นาที) การออกกำลังกาย/ เล่นกีฬา								
5. ระดับความเหนื่อย								
3.1 เหนื่อยมาก								
3.2 เหนื่อยปานกลาง								
3.3 เหนื่อยเล็กน้อย								
4. อุปกรณ์ 5-10 นาทีก่อนออกกำลังกาย								
5. ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5-10 นาที หลังออกกำลังกาย								

หมายเหตุ

- การเดิน บันทึกเวลารวมทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นการเดินทางบ้าน เดินไปทำงาน เดินขณะปฏิบัติงานอาชีพ เดินออกกำลังกาย หรือเดินเล่น ฯลฯ ให้บันทึกเวลาในช่วงการเดินเท่านั้น
- การบันทึกข้อมูลในช่วง การเดิน งานบ้าน การเดินทาง งานอาชีพและอื่นๆ (เวลาว่าง) ที่ลงเวลาในข้อ 2 แล้ว ไม่นับเวลาการเดินมาไว้ในข้อ 4 อีก
- เหนื่อยเล็กน้อย หมายถึง หายใจ
- ขยับได้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างปกติ พุดคุย อธิบายหรือร้องเพลงขณะปฏิบัติกิจกรรมได้
- เหนื่อยปานกลาง หมายถึง หายใจถี่ขึ้น เร็วขึ้น ไม่หอบ พุดคุยได้จนจบประโยค
- เหนื่อยมากหรือเหนื่อยหอบ หมายถึง หายใจถี่ขึ้น เร็วขึ้น หอบ ไม่สามารถพุดคุยจนจบประโยค

ชื่อ.....สกุล.....สัปดาห์ที่.....วัน.....
 ข้อเสนอแนะการบันทึก : โปรดบันทึกการรับประทานอาหาร ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ในวัน
 ธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) เลือกจำนวน 2 วัน ตามความเป็นจริง

[illegible]

ชื่อ.....สกุล.....สัปดาห์ที่.....วัน.....

ข้อเสนอแนะการบันทึก : โปรดบันทึกการรับประทานอาหาร ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ในวันหยุด (เสาร์-อาทิตย์) เลือกจำนวน 1 วัน ตามความเป็นจริง

Copyright by Mahidol University

แบบบันทึกการผ่อนคลายความเครียด

☐ สัปดาห์ที่ 1

☐ สัปดาห์ที่ 2

☐ สัปดาห์ที่ 3

☐ สัปดาห์ที่ 4

ชื่อ.....สกุล.....สัปดาห์ที่.....

ข้อแนะนำการบันทึก :

- โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างในวันจันทร์ถึงอาทิตย์ ที่ตรงกับภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะ 1 สัปดาห์ ตามความเป็นจริง

ภาวะอารมณ์	วันที่เกิดภาวะอารมณ์						
	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา
ท่านมีความเครียด/โกรธ/หงุดหงิด/มีปัญหา							

- ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความวิธีปฏิบัติเพื่อการผ่อนคลายความเครียดหรือการแก้ไขปัญหา ตามความเป็นจริง

วิธีการผ่อนคลายความเครียด	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. นั่ง หรือทำสมาธิ		
2. ดูหนัง/ ฟังเพลง		
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ		
4. รับประทานยาคลายเครียด/ ยานอนหลับ		
5. เสพสารเสพติด เช่น ยาไอ้ ยาบ้า กัญชา เป็นต้น		
6. ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังอื่นๆ		
7. ดื่มสุรา/ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
8. สูบบุหรี่		
9. ระบายอารมณ์ เช่น ะอะอะ/ตะโกน/กรีดร้อง/ทุบตี/ ว้างปาสิ่งของ เป็นต้น		
10. ระบายอารมณ์ เช่น การดูรายการตลก การยิ้ม เป็นต้น		
11. ระบายอารมณ์ เช่น การร้องไห้ เก็บตัว		

วิธีการผ่อนคลายความเครียด	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
12. ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น		
13. ทำร้ายร่างกายตนเอง		
14. ทำร้ายร่างกายผู้อื่น		
15. ทำประโยชน์ต่อผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น การทำงานอาสาสมัคร เป็นต้น		
16. ไปเที่ยวสถานบันเทิง/บริการกลางคืน เช่น เที่ยวผับ บาร์ เป็นต้น		
17. ไปเที่ยวพักผ่อน เช่น ชายทะเล ภูเขา เป็นต้น		
18. รับประทานอาหารปริมาณมากเพื่อให้ลืมปัญหา		
19. รับประทานอาหารปริมาณลดลง/อดอาหาร		
20. ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว/เพื่อนสนิท		
21. ปรึกษาจิตแพทย์/คลินิกคลายเครียด		
22. เข้าวัด/ ฟังเทศน์/ ทำบุญ/อบรมธรรม		
23. ทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ วาดภาพ ประดิษฐ์ดอกไม้ เขียนบทความ เป็นต้น		
24. นวดเพื่อสุขภาพ/นวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ		

[illegible]

ภาคผนวก ง

การเปรียบเทียบคะแนนรายชื่อ

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย รายชื่อ
ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
1. ท่านออกกำลังกายอย่างหนัก รูปแบบต่างๆ คือ แอโรบิก/ซิกกิง/ไทเก็ก/โยคะ/เดิน/วิ่ง/เคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันหรืองานอาชีพ อย่างน้อย 30 นาที/วัน				
ก่อนทดลอง	0.75	0.84	-3.67	0.001
หลังทดลอง	0.95	0.76		
2. ท่านออกกำลังกายปานกลาง รูปแบบต่างๆ คือ แอโรบิก/ซิกกิง/ไทเก็ก/โยคะ/เดิน/วิ่ง/เคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันหรืองานอาชีพ อย่างน้อย 30 นาที/วัน				
ก่อนทดลอง	1.13	0.70	-6.00	<0.001
หลังทดลอง	1.53	0.50		
3. สรุปท่านออกกำลังกายข้อ 1 และข้อ 2 ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 30 นาที/ครั้ง				
ก่อนทดลอง	0.98	0.71	-6.23	<0.001
หลังทดลอง	1.40	0.49		
4. ท่านทำงาน(งานอาชีพ/งานบ้าน)ที่ต้องออกแรงอย่างหนักเหนื่อยมากจนไม่สามารถพูดคุยประโยชน์ได้ในขณะนั้น เช่น ยกของหนัก ขุดดิน เป็นต้น อย่างน้อย 30 นาที/วัน โดยทำอย่างต่อเนื่อง/สะสม เวลานานครั้งหนึ่งไม่ต่ำกว่า 10 นาทีขึ้นไป				
ก่อนทดลอง	0.56	0.57	-6.23	<0.001
หลังทดลอง	0.98	0.41		

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย
รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
5. ท่านทำงาน(งานอาชีพ/งานบ้าน)ที่ต้องออกแรงปานกลาง เหนื่อยบ้างเล็กน้อยสามารถพูดจบประโยคได้ในขณะนั้น เช่น การเดินขึ้นบันได การเดินเร็ว ในที่ทำงาน การทำงาน บ้านอย่างรวดเร็ว การทำสวน ล้างรถ การแบกหาม การถือของ เป็นต้นอย่างน้อย 30 นาที/วันโดยทำอย่างต่อเนื่อง/ สะสม เป็นเวลานานครั้งหนึ่งไม่น้อยกว่า 10 นาที				
ก่อนทดลอง	1.25	0.55		
หลังทดลอง	1.67	0.47	-5.81	<0.001
6. ในการเดินทางไปที่ต่างๆของท่าน ท่านเดินเท้าหรือถีบ จักรยาน โดยทำอย่างต่อเนื่อง/สะสมอย่างน้อย 30 นาที/วัน โดยใช้เวลานานครั้งหนึ่งไม่น้อยกว่า 10 นาที				
ก่อนทดลอง	0.96	0.67		
หลังทดลอง	1.18	0.43	-3.88	<0.001
7. ท่านเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย หลายรูปแบบ สลับกัน				
ก่อนทดลอง	0.96	0.67		
หลังทดลอง	1.22	0.53	-4.29	<0.001
8. ท่านทำการอบอุ่นร่างกาย (Warm) ก่อนการออกกำลังกาย อย่างน้อย 5 นาที				
ก่อนทดลอง	0.71	0.66		
หลังทดลอง	1.25	0.44	-8.05	<0.001

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน การเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย
รายชื่อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
9. ท่านทำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ(Cool down) <u>หลังการออก</u> กำลังกาย อย่างน้อย 5 นาที				
ก่อนทดลอง	0.69	0.64	-8.05	<0.001
หลังทดลอง	1.24	0.43		
10. ท่านหยุดพักทันทีหลังจากการออกกำลังกายเสร็จ				
ก่อนทดลอง	0.98	0.71	-4.50	<0.001
หลังทดลอง	1.25	0.44		
11. ท่านเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ทุกครั้งที่มีโอกาส				
ก่อนทดลอง	1.25	0.55	-7.61	<0.001
หลังทดลอง	1.84	0.37		
12. สรุปท่านเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย อย่างปาน กลางขึ้นไป(รวมอย่างหนัก)รวมกันหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ แอโรบิก/ซิ่ง/ไทเก็ก/โยคะ/เดิน/วิ่ง/เคลื่อนไหวใน ชีวิตประจำวันหรืองานอาชีพ และการเดินทาง รวมกันอย่าง น้อยวันละ 30 นาที อาจทำแบบต่อเนื่อง/สะสม ใช้เวลานาน ครั้งละไม่น้อยกว่า 10 นาที				
ก่อนทดลอง	1.20	0.62	-5.59	<0.001
หลังทดลอง	1.60	0.49		

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/
ออกกำลังกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
สรุปโดยภาพรวม ท่านคิดว่าท่านเป็นคนอย่างไร ในเรื่องการ เคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย				
ก่อนทดลอง	2.89	0.98	-7.10	<0.001
หลังทดลอง	3.49	0.84		

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการ
ทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
1. ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบเองที่บ้าน				
ก่อนทดลอง	1.42	0.57	-1.77	0.083
หลังทดลอง	1.47	0.50		
2. ท่านรับประทานอาหารนอกบ้าน เช่น ร้านอาหาร ภัตตราคาร เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	0.89	0.42	-2.32	0.024
หลังทดลอง	0.98	0.30		
3. ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป/ อาหารถุง				
ก่อนทดลอง	0.73	0.45	-2.68	0.010
หลังทดลอง	0.87	0.34		
4. ท่านรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ				
ก่อนทดลอง	1.62	0.59	-4.14	<0.001
หลังทดลอง	1.89	0.32		

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
5. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ				
ก่อนทดลอง	1.20	0.59		
หลังทดลอง	1.27	0.53	-2.06	0.044
6. ท่านรับประทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา				
ก่อนทดลอง	0.80	0.59		
หลังทดลอง	0.87	0.51	-2.06	0.044
7. ท่านรับประทานอาหารหลากหลายชนิด ไม่ซ้ำซาก จำเจ				
ก่อนทดลอง	1.24	0.58		
หลังทดลอง	1.45	0.50	-3.88	<0.001
8. ท่านรับประทานอาหารชนิดเดิมๆเกือบทุกมื้อ				
ก่อนทดลอง	1.33	0.51		
หลังทดลอง	1.51	0.51	-3.11	0.003
9. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละมื้อ				
ก่อนทดลอง	1.00	0.47		
หลังทดลอง	1.80	0.40	-12.19	<0.001
10. ท่านรับประทานข้าว หรือแป้ง				
ก่อนทดลอง	1.87	0.39		
หลังทดลอง	1.96	0.19	-2.32	0.024
11. ท่านรับประทานข้าวกล้อง				
ก่อนทดลอง	0.76	0.72		
หลังทดลอง	0.84	0.69	-2.06	0.044

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
12. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน				
ก่อนทดลอง	1.31	0.47	0.00	1.000
หลังทดลอง	1.31	0.47		
13. ท่านรับประทานเนื้อปลา				
ก่อนทดลอง	1.29	0.53	-5.56	<0.001
หลังทดลอง	1.65	0.48		
14. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์ ตับสัตว์				
ก่อนทดลอง	1.04	0.58	-2.57	0.013
หลังทดลอง	1.15	0.45		
15. ท่านรับประทานไข่				
ก่อนทดลอง	0.64	0.52	-5.56	<0.001
หลังทดลอง	1.00	0.19		
16.ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก หอย กุ้ง เป็นต้น (ยกเว้นปลา)				
ก่อนทดลอง	0.91	0.44	-3.03	0.004
หลังทดลอง	1.05	0.23		
17. ท่านดื่มนมพร่องมันเนย/ ขาดไขมัน				
ก่อนทดลอง	0.89	0.63	-1.94	0.058
หลังทดลอง	0.98	0.53		
18.ท่านรับประทานอาหารไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน แกง กะทิ อาหารทอด เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	0.85	0.45	-1.43	0.159
หลังทดลอง	0.93	0.33		

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
19. ท่านรับประทานผัก				
ก่อนการทดลอง	1.53	0.54		
หลังการทดลอง	1.82	0.39	-4.71	<0.001
20. ท่านรับประทานผลไม้ เช่น ส้ม กล้วย ฝรั่ง แอปเปิ้ล แก้วมังกร เป็นต้น				
ก่อนการทดลอง	1.42	0.50		
หลังการทดลอง	1.69	0.47	-4.50	<0.001
21. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย เงาะ มะม่วงสุก เป็นต้น				
ก่อนการทดลอง	1.04	0.47		
หลังการทดลอง	1.13	0.39	-2.32	0.024
22. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น บัวลอย ไข่หวาน ทองหยอด ฝอยทอง ไอศกรีม ขนมเค้ก เป็นต้น				
ก่อนการทดลอง	1.13	0.47		
หลังการทดลอง	1.22	0.50	-1.94	0.058
23. ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบ ขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอด เลย์ โปเตโต้ เป็นต้น				
ก่อนการทดลอง	0.89	0.50		
หลังการทดลอง	0.93	0.47	-1.43	0.159
24. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันหมู				
ก่อนการทดลอง	1.44	0.63		
หลังการทดลอง	1.44	0.63	0.00	1.000

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
25. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันปาล์ม/ น้ำมันถั่วเหลือง				
ก่อนการทดลอง	1.51	0.57		
หลังการทดลอง	1.60	0.53	-2.32	0.024
26. ท่านรับประทานอาหารต้ม นึ่ง เช่น ต้มจืด เป็นต้น				
ก่อนการทดลอง	1.27	0.45		
หลังการทดลอง	1.51	0.51	-4.09	<0.001
27. ท่านรับประทานอาหารรสหวาน				
ก่อนการทดลอง	1.02	0.62		
หลังการทดลอง	1.11	0.53	-2.32	0.024
28. ท่านรับประทานอาหารมันๆ				
ก่อนการทดลอง	1.15	0.49		
หลังการทดลอง	1.16	0.46	-1.00	0.322
29. ท่านรับประทานอาหารรสเค็ม				
ก่อนการทดลอง	1.20	0.70		
หลังการทดลอง	1.27	0.65	-1.66	0.103
30. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น ชำรสเผ็ด เป็นต้น				
ก่อนการทดลอง	0.91	0.62		
หลังการทดลอง	1.11	0.42	-3.68	0.001

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนโภชนาการ รายข้อ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
31. ท่านดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ เอ็ม 150 เป็นต้น				
ก่อนการทดลอง	1.82	0.39	0.00	1.000
หลังการทดลอง	1.82	0.39		
32. ท่านดื่มน้ำอัดลม				
ก่อนการทดลอง	1.04	0.54	0.00	1.000
หลังการทดลอง	1.04	0.54		
33. ท่านดื่ม ชา กาแฟ โอเลี้ยง				
ก่อนการทดลอง	0.64	0.68	0.00	1.000
หลังการทดลอง	0.64	0.68		

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด รายข้อ ภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การดำเนินชีวิต ในสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร				
1.1 นั่งหรือทำสมาธิ				
ก่อนทดลอง	0.45	0.54	-3.88	<0.001
หลังทดลอง	0.67	0.55		
1.2 ดูหนัง/ ฟังเพลง				
ก่อนทดลอง	1.60	0.53	-5.38	<0.001
หลังทดลอง	1.98	0.14		

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด รายข้อ ภายในกลุ่ม
ทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การดำเนินชีวิต ในสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร(ต่อ)				
1.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ				
ก่อนทดลอง	0.95	0.65		
หลังทดลอง	1.29	0.46	-5.34	<0.001
1.4 รับประทานยาคลายเครียด/ ยานอนหลับ				
ก่อนทดลอง	1.80	0.49		
หลังทดลอง	1.84	0.37	-0.81	0.419
1.5 เสพสารเสพติด เช่น ยาเสพติด กัญชา เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	1.98	0.14		
หลังทดลอง	2.00	0.00	-1.00	0.322
1.6 ดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลังอื่นๆ				
ก่อนทดลอง	0.42	0.63		
หลังทดลอง	1.04	0.27	-8.70	<0.001
1.7 ดื่มสุรา/ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์				
ก่อนทดลอง	1.60	0.53		
หลังทดลอง	1.64	0.49	-1.43	0.159
1.8 สูบบุหรี่				
ก่อนทดลอง	1.84	0.54		
หลังทดลอง	1.84	0.54	0.00	1.000

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียดรายข้อ ภายในกลุ่ม
ทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การดำเนินชีวิต ในสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร(ต่อ)				
1.9 ระบายอารมณ์ เช่น เอะอะ/ ตะโกน/กรีดร้อง/ ทบตี/ ขว้างปาสิ่งของ เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	1.76	0.43	1.43	0.159
หลังทดลอง	1.73	0.45		
1.10 ระบายอารมณ์ เช่น การดูรายการตลก การยิ้ม เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	1.29	0.57	-6.71	<0.001
หลังทดลอง	1.75	0.44		
1.11 ระบายอารมณ์ เช่น การร้องไห้ เก็บตัว				
ก่อนทดลอง	1.53	0.63	-0.44	0.659
หลังทดลอง	1.55	0.54		
1.12 ทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น				
ก่อนทดลอง	1.75	0.44	0.00	1.000
หลังทดลอง	1.75	0.44		
1.13 ทำร้ายร่างกายตนเอง				
ก่อนทดลอง	2.00	0.00	0.00	1.000
หลังทดลอง	2.00	0.00		
1.14 ทำร้ายร่างกายผู้อื่น				
ก่อนทดลอง	1.95	0.23	0.00	1.000
หลังทดลอง	1.95	0.23		

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียด รายข้อ ภายในกลุ่ม
ทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การดำเนินชีวิต ในสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร(ต่อ)				
1.15 ทำประโยชน์ต่อผู้อื่น เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น การ ทำงานอาสาสมัคร เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	1.05	0.52	-1.43	0.159
หลังทดลอง	1.13	0.39		
1.16 ไปเที่ยวสถานบันเทิง/บริการกลางคืน เช่น เที่ยวผับ บาร์ เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	1.56	0.54	-1.43	0.159
หลังทดลอง	1.60	0.50		
1.17 ไปเที่ยวพักผ่อน เช่น ชายทะเล ภูเขา เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	0.91	0.48	-2.81	0.007
หลังทดลอง	1.04	0.33		
1.18 รับประทานอาหารปริมาณมากเพื่อให้ลืมปัญหา				
ก่อนทดลอง	1.55	0.54	0.00	1.000
หลังทดลอง	1.55	0.54		
1.19 รับประทานอาหารปริมาณลดลงเมื่อมีปัญหา หรือ รับประทานอาหารไม่ได้				
ก่อนทดลอง	1.65	0.48	1.77	0.083
หลังทดลอง	1.60	0.49		

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการผ่อนคลายความเครียดรายข้อ ภายในกลุ่ม
ทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
1. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การดำเนินชีวิต ในสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร(ต่อ)				
1.20 ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว/เพื่อนสนิท				
ก่อนทดลอง	1.13	0.51	-1.77	0.083
หลังทดลอง	1.18	0.48		
1.21 ปรึกษาจิตแพทย์/ คลินิกคลายเครียด				
ก่อนทดลอง	0.09	0.35	0.00	1.000
หลังทดลอง	0.09	0.35		
1.22 เข้าวัด/ ฟังเทศน์/ ทำบุญ/อบรมธรรม				
ก่อนทดลอง	0.80	0.62	-2.06	0.044
หลังทดลอง	0.87	0.58		
1.23 ทำงานอดิเรก เช่น ปลูกต้นไม้ วาดภาพ ประดิษฐ์ ดอกไม้ เขียนบทความ เป็นต้น				
ก่อนทดลอง	0.96	0.67	-4.96	<0.001
หลังทดลอง	1.31	0.64		
1.24 นวดเพื่อสุขภาพ/นวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ				
ก่อนทดลอง	0.69	0.69	-1.00	0.322
หลังทดลอง	0.71	0.69		

ตารางที่ 17 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักของร่างกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
น้ำหนักร่างกาย(กิโลกรัม) (n=55)				
ก่อนการทดลอง	65.51	12.49	6.21	<0.001
หลังการทดลอง	64.75	12.58		

ตารางที่ 18 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ ตารางเมตร) (n=55)				
ก่อนการทดลอง	25.57	3.65	4.67	<0.001
หลังการทดลอง	25.18	3.66		

ตารางที่ 19 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบเอว ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
รอบเอว เพศชาย (นิ้ว) (n=14)				
ก่อนการทดลอง	35.93	2.76	2.86	0.013
หลังการทดลอง	35.61	2.84		
รอบเอว เพศหญิง (นิ้ว) (n=41)				
ก่อนการทดลอง	32.13	5.67		<0.001
หลังการทดลอง	31.71			

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (mmHg) (n=55)				
ก่อนการทดลอง	126.49	12.50	6.56	<0.001
หลังการทดลอง	121.53	12.82		
ความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว(mmHg)				
ก่อนการทดลอง	74.27	9.30	-1.30	0.200
หลังการทดลอง	75.25	7.94		

ตารางที่ 21 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคอเลสเตอรอล ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	t - test	P-value
ระดับคอเลสเตอรอล (mg/dl) (n=55)				
ก่อนการทดลอง	202.53	41.43	4.39	<0.001
หลังการทดลอง	197.96	39.01		

ภาคผนวก จ

การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเชิงกลุ่ม

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่ม ด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย

คะแนน(24)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีการออกกำลังกายต่ำ (< 14)	40	72.7	20	36.4	*20	*36.3
มีการออกกำลังกายปานกลาง (14-18)	12	21.8	17	30.9	**5	**9.1
มีการออกกำลังกายสูง (>19)	3	5.5	18	32.7	**15	**14.7

หมายเหตุ

* = ลดลง

** = เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย

การประเมิน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตอบข้อ 1 ไม่ค่อยออกแรง ออกกำลัง และยังไม่คิด(ไม่เคยคิด) ที่ออกแรง ออกกำลัง กระฉับกระเฉง ใน 6 เดือนข้างหน้า	5	9.1	0	0	*5	*9.1
ตอบข้อ 2 ไม่ค่อยออกแรง ออกกำลัง และแต่ตั้งใจว่า จะออกแรง ออกกำลังกระฉับกระเฉงใน 6 เดือนข้างหน้า	10	18.2	6	10.9	*4	*7.3
ตอบข้อ 3 ออกแรง ออกกำลังอยู่บ้าง แต่ไม่สม่ำเสมอ แต่ไม่ถึงวัน	30	54.5	22	40	*7	*10.5

ตารางที่ 23 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มการประเมินตนเองด้านการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย
(ต่อ)

การประเมิน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ละ 30 นาที หรือถึง 30 นาทีแต่ไม่ครบ 5 วัน ที่ออกแรง ออกกำลัง กระชับกระเฉงใน 6 เดือน ข้างหน้า	30	54.5	22	40	*7	*10.5
ตอบข้อ 4 ออกแรง ออกกำลัง กระชับกระเฉง สะสมรวมแล้ว อย่างน้อย วันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันอยู่แล้ว แต่ยังไม่ถึง 6 เดือน	6	10.9	21	38.2	**15	**27.3
ตอบข้อ 5 ออกแรง ออกกำลัง กระชับกระเฉง สะสมรวมแล้ว อย่างน้อย วันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วันอยู่แล้ว และปฏิบัติมานานกว่า 6 เดือน	4	7.3	6	10.9	**2	**3.6

ตารางที่ 24 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านโภชนาการ

คะแนน(66)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควรปรับปรุงพฤติกรรม โภชนาการ (< 40)	41	74.5	16	29.1	*25	*45.4
มีพฤติกรรมโภชนาการระดับปาน กลาง (40-52)	13	23.6	37	67.3	**24	**43.7
มีพฤติกรรมโภชนาการระดับดี(>53)	1	1.8	2	3.6	**1	**1.8

หมายเหตุ

* = ลดลง

** = เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 25 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านการผ่อนคลายความเครียด

คะแนน(48)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควรปรับปรุงการผ่อนคลาย ความเครียด (< 28)	6	10.9	0	0	*6	*10.9
มีการผ่อนคลายความเครียดระดับ ปานกลาง (28-37)	49	89	51	92.7	**2	**3.7
มีการผ่อนคลายความเครียดระดับ ดี (>38)	0	0	4	7.3	**4	**7.3

หมายเหตุ

* = ลดลง

** = เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 26 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

คะแนน(138)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควรปรับปรุงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (< 82)	35	63.6	4	7.3	*31	*56.3
มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับปานกลาง (82-109)	20	36.4	50	90.9	**30	**54.5
มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับดี(>110)	0	0	1	1.8	**1	**1.8

หมายเหตุ

* = ลดลง

** = เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 27 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านน้ำหนักร่างกาย

น้ำหนักร่างกาย(Kg)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
40-49.9	3	5.50	4	7.30	**1	**1.80
50-59.9	17	30.90	18	32.70	**1	**1.80
60-69.9	16	29.10	15	27.30	*1	*1.80
70-79.9	23	23.60	23	23.60	0	0
80-89.9	4	7.30	4	7.30	0	0
90 ขึ้นไป	2	3.60	2	3.6	0	0

ตารางที่ 28 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย(Kg/m ²)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักปกติ (18.5-22.9)	11	20.00	12	21.80	**2	**1.80
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	17	30.90	16	31.10	*2	*0.20
โรคอ้วนขั้นที่ 1(25.0-29.9)	18	32.70	20	35.40	**2	**3.7
โรคอ้วนขั้นที่ 2(30.0-39.9)	9	16.40	7	12.70	*2	*3.7

ตารางที่ 29 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านรอบเอว

รอบเอว(นิ้ว)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย ปกติ <36	9	64.30	9	64.30	0	0
(n=14) เสี่ยง >=36	5	35.70	5	35.70	0	0
เพศหญิง ปกติ <32	23	56.10	24	58.50	**1	**2.40
(n=41) เสี่ยง >=32	18	43.90	17	41.50	*1	*2.40

หมายเหตุ * = ลดลง ** = เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 30 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มด้านความดันโลหิต

ความดันโลหิต(mmHg)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขณะหัวใจบีบตัว ปกติ =<140	40	85.50	50	90.90	**10	**5.40
สูง >140	8	14.50	5	9.10	*3	*5.40
ขณะหัวใจคลายตัว ปกติ =<90	51	92.70	55	100.00	**4	**8.30
สูง >90	4	7.30	0	0	*4	*7.30

หมายเหตุ * = ลดลง ** = เพิ่มขึ้น

ตารางที่ 31 การเปรียบเทียบเชิงกลุ่มระดับคอเลสเตอรอล

ระดับคอเลสเตอรอล (mg%)	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		เปรียบเทียบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ (น้อยกว่า 200)	30	54.50	36	65.50	**6	**11.00
เริ่มเสี่ยง (200-240)	15	27.30	10	18.20	*5	*9.10
เสี่ยงสูง (240 ขึ้นไป)	10	18.20	9	16.30	*1	*2.10

หมายเหตุ * = ลดลง ** = เพิ่มขึ้น

ภาคผนวก จ

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที

วัตถุประสงค์เฉพาะ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม บุคลากรศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก สามารถ

1. มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้าน การออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง เหมาะสม
2. บอกถึงปัญหา อุปสรรค ในการมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด และสามารถวางแผนในการแก้ไขปัญหา/ อุปสรรคดังกล่าวได้
3. มีทักษะ และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้าน การออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง เหมาะสม

แนวคิด

ปัจจุบันพบว่า โรคที่เกิดจากพฤติกรรมมีแนวโน้ม และเป็นสาเหตุการตายเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากประชาชนไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคเกิดขึ้น เช่น ขาดการออกกำลังกาย มีภาวะโภชนาการเกิน เนื่องมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น จากกระแสสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่รู้วิธีการผ่อนคลายความเครียดที่ถูกต้อง เหมาะสม ดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น เหล่านี้เป็นการทำลายสุขภาพลงเรื่อยๆ ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆตามมา เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ไม่เพียงแต่สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยฝ่ายเดียวเท่านั้น แต่ยังนำมาซึ่งภาระของผู้ที่เกี่ยวข้องอีกมากมาย ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลที่สูง หากอาการของโรคเป็นมาก และเสียชีวิตได้ในที่สุด

ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ และเป็นความสุขอย่างหนึ่งในชีวิตของคนเรา ดังนั้นการคิดหาวิธีป้องกันโรคเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพไว้ก่อน จึงเป็นแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดในการดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

กิจกรรม

1. ผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์
2. ผู้ยินยอมตนตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตรวจสอบภาวะสุขภาพ ก่อนการเข้าร่วมโครงการ (Pretest)
3. กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ” แก้ไขปัญหาสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้น ปัญหา และแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมข้อมูลที่เป็นแก่นกลุ่มตัวอย่าง
4. แจกแบบบันทึกด้วยตนเองเกี่ยวกับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การผ่อนคลายความเครียด และคู่มือสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร พร้อมชี้แจงการลงบันทึก

สื่อและอุปกรณ์

1. คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ
2. แบบสอบถามการวิจัย เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
3. แบบบันทึกพฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกแรง/ ออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด
4. สายวัดเส้นรอบเอว
5. เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะ

สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

1. จัดหมอนัดพบ และร่วมการสาธิต และฝึกทักษะการออกกำลังกาย “การเดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ” ครั้งที่ 1
2. รวบรวมข้อมูลและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 1 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุน การให้กำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า และการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
2. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย “การเดินแอโรบิกเพื่อสุขภาพ” ครั้งที่ 2

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกปฏิบัติ “สมาธิเพื่อสุขภาพ”
2. สนทนากลุ่ม การซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมสร้างเสริม

สุขภาพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษา กรณีที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที

แนวคิด

การใช้กระบวนการกลุ่ม การมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

1. กิจกรรม“ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ” ทบทวนการปฏิบัติตนด้าน การออกกำลังกาย โภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด จากเดือนที่ผ่านมา โดยการซักถามและอธิบาย และจัดกิจกรรมกลุ่มการมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นร่วมกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด ผู้วิจัยสรุปและเพิ่มเติมข้อมูลที่เป็นแก่นกลุ่มตัวอย่าง
2. กิจกรรม“ร่วมคิดสร้างสรรค์ กับวันสบายๆ” คือ การเล่าเรื่องความประทับใจในอดีต จากกลุ่มผู้เข้าร่วมการทดลอง

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกทักษะ“โยคะเพื่อสุขภาพ” ครั้งที่1
2. สนทนากลุ่ม การซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษา กรณีผู้ที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 7 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 2 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุน การให้กำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า และการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
2. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกทักษะ“โยคะเพื่อสุขภาพ”ครั้งที่ 2

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

1. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกทักษะ “ชิงเพื่อสุขภาพ”
2. สนทนากลุ่ม การซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษา กรณีที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 9 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

แนวคิด

การใช้กระบวนการกลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม ดังนี้

1. กิจกรรม “ร่วมเสวนา ร่วมพลัง ร่วมใจ แก้ไขปัญหาสุขภาพ” ด้านการออกกำลังกาย โภชนาการเพื่อสุขภาพ และการผ่อนคลายความเครียด โดยจัดกิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ปัญหา อุปสรรคในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองที่บ้าน เพื่อร่วมหาแนวทางแก้ไข ให้กำลังใจ ในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
2. กิจกรรม “แม่ครัวตัวอย่าง” ได้แก่ การจัดเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ ชิงรางวัล และกิจกรรม “กินอย่างไร ร่างกายสวยงาม” การสาธิต และร่วมรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 10 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

1. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกทักษะ“ลีลาศเพื่อสุขภาพ”ครั้งที่ 1
2. สนทนากลุ่ม การซักถามปัญหาการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกันและสรุปผลการวิเคราะห์การบันทึกพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และให้คำปรึกษา กรณีที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 11 ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม สาธิต และการฝึกทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ

1. การให้แรงสนับสนุนครั้งที่ 2 กิจกรรม “สารรักฝากมา ห่วงหาจากเรา” การส่งจดหมายกระตุ้นเตือนและให้แรงสนับสนุน การให้กำลังใจ ติดตามความก้าวหน้า และการให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
2. ส่งจดหมายนัดพบ และร่วมการสาธิตและฝึกทักษะ“ลีลาศเพื่อสุขภาพ” ครั้งที่ 2

สื่อและอุปกรณ์

1. แผ่นพับความรู้การสร้างเสริมสุขภาพ
2. จดหมายนัดเข้าร่วมกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง

แนวคิด

การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การใช้กลุ่มการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรม ประกอบด้วย ดังนี้

1. กิจกรรม“ยิ้มแฉ่งแจ่มใส วันดอกไม้บาน” ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่าง การตรวจภาวะสุขภาพ และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หลังร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (Posttest)
2. กิจกรรม “รางวัลแทนใจ” มอบรางวัลแก่ผู้ชนะเลิศ การเล่าเรื่องประทับใจ และเมนูเด็ดเพื่อสุขภาพ
3. กิจกรรม “อ้อลา อ้อลัย” ร่วมงานเลี้ยงสังสรรค์ ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ ผู้ร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

สื่อและอุปกรณ์

1. คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพ
2. แบบสอบถามการวิจัย เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากร ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล
3. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง/ ออกกำลังกาย โภชนาการ และการผ่อนคลายความเครียด
4. สายวัดเส้นรอบเอว
5. เครื่องชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดตั้งโต๊ะ
6. ของรางวัล จำนวน 2 ชิ้น

รวมใช้เวลาในการลงกิจกรรมตามโปรแกรมตลอด 12 สัปดาห์ทั้งหมด 15 ชั่วโมง

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	วิลาวลัย ขุทรานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	21 มกราคม 2510
สถานที่เกิด	จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี พ.ศ. 2529- 2533 พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548-2552 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พ.ศ.2533- 2546 โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ 7 พ.ศ.2548- ปัจจุบัน ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล ตำแหน่ง : หัวหน้างานสร้างเสริมสุขภาพ : หัวหน้างานการพยาบาลเวชศาสตร์ ฟื้นฟู