

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุข สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

อัญชลินทร์ ปานศิริ , ภัทราพร เทวะอักษร , วิชชุพร เกตุไธม์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

บทนำ

สถานการณ์ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนพบมากทุกช่วงวัย ส่งผลกระทบตั้งแต่ระดับบุคคลจนลุกลามเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก การแก้ไขปัญหามภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินในกลุ่มประชากรวัยทำงาน (15-59 ปี) ในประเทศไทยมีจำนวนสูงถึง 42 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 64 ของประชากรทั้งประเทศ ถือเป็นวาระเร่งด่วนที่ต้องเร่งดำเนินงานเนื่องจากเป็นกำลังแรงงานหลักในการพัฒนาประเทศ⁽¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การจัดโปรแกรมเพื่อลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในกลุ่มประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่รูปแบบการศึกษาเป็นแบบสำรวจและกึ่งทดลอง (Survey & Quasi –Experimental Research)⁽²⁻⁵⁾ แต่การศึกษาโดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Action Research) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขยังมีน้อย นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี อีกทั้งยังมีวัฒนธรรมองค์กร HEALTH ที่ยึดถือปฏิบัติหนึ่งในนั้น คือ การเป็นต้นแบบสุขภาพดี มีความสุข (Health model) เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สามารถจัดการสุขภาพด้วยตนเอง สำนักส่งเสริมสุขภาพ เป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลของกรมอนามัย รับผิดชอบภารกิจด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย จากข้อมูลประเมินภาวะสุขภาพของบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 23-60 ปี ทำการสำรวจในเดือนธันวาคม 2560 พบว่าบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติมีเพียงร้อยละ 37.86 รองลงมา คือ ท้วม (โรคอ้วนระดับ1)/โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 33.57⁽⁶⁾ ต่อมาในเดือนพฤษภาคม 2561 สำนักส่งเสริมสุขภาพได้ดำเนินการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดพุง ลดโรค มุ่งสู่องค์กรต้นแบบสุขภาพดี มีความสุข รูปแบบการจัดกิจกรรมเป็นการเชิญวิทยากรมาบรรยายให้ความรู้และฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ลักษณะของกิจกรรมที่จัดเป็นPassive ภายหลังสิ้นสุดโครงการได้ทำการประเมินผลในเดือนกันยายน 2561 พบว่าบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 38.17 เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 0.24 รองลงมา คือ ท้วม (โรคอ้วนระดับ1)/โรคอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 29.77 เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าน้ำหนักเกินและอ้วนของบุคลากรวัยทำงาน ยังเป็นปัญหาสำคัญยิ่งที่ต้องหาวิธีจัดการให้อยู่ในระดับปกติอย่างถาวรทั้งในระดับบุคคลและองค์กร ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจปัญหาสุขภาพตนเอง ร่วมเรียนรู้วางแผนและจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเอง เน้นที่พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การควบคุมอารมณ์ โดยคาดว่าจะรูปแบบดังกล่าวจะทำให้บุคลากรได้เพิ่มพูนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม เกิดการปรับเปลี่ยนหรือเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการควบคุมน้ำหนักเกินและอ้วน มีสุขภาพแข็งแรง ลดการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆในอนาคต เป็นต้นแบบด้านสุขภาพ (Health Model) แก่ประชาชน เกิดการขับเคลื่อนองค์กรส่งเสริมสุขภาพต้นแบบ รวมทั้งการได้บทเรียนที่สำคัญของการเรียนรู้เพื่อการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบกระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขสำนักส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบกระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ในประเด็นดังนี้

2.1 ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์

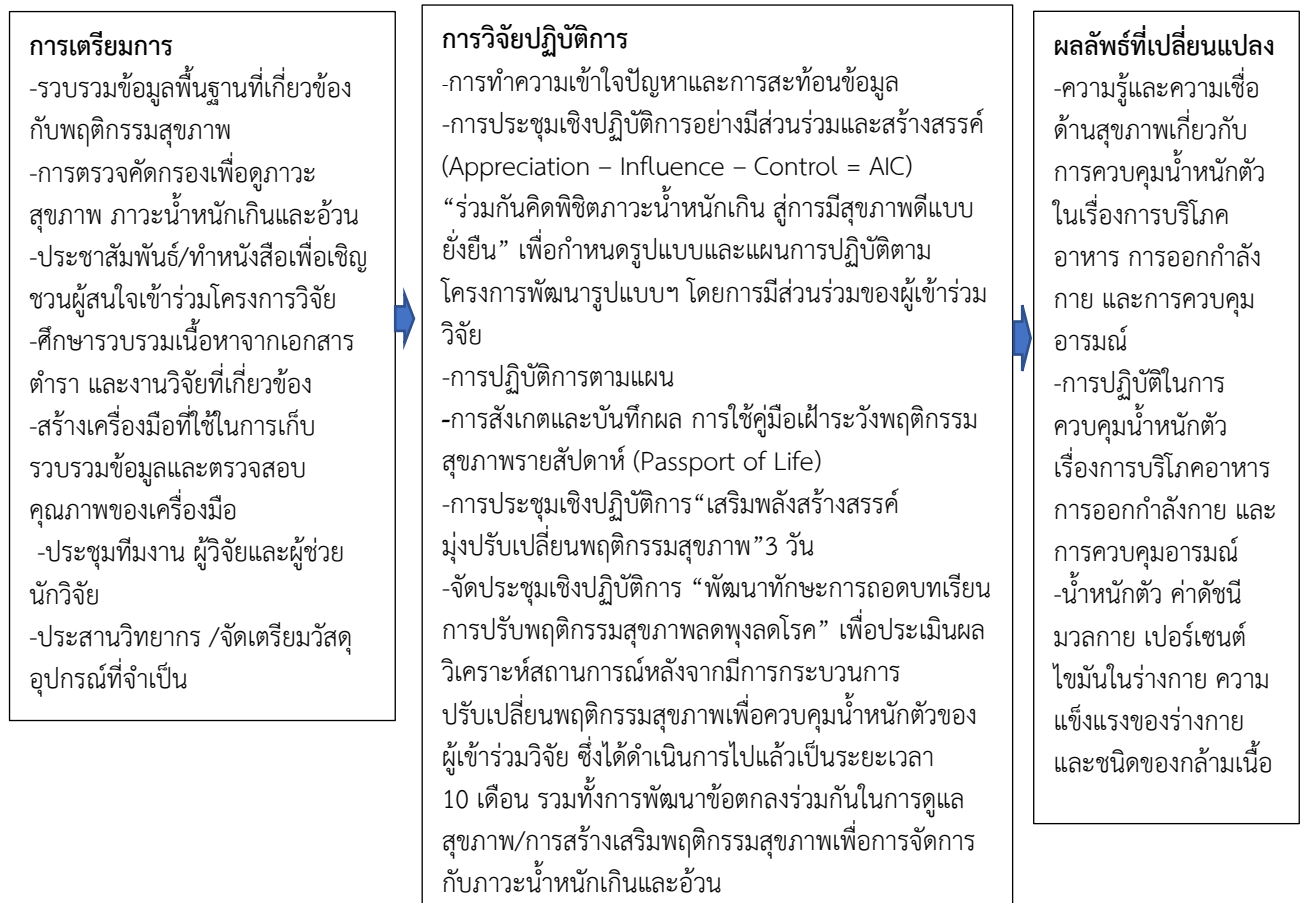
2.2 การปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักตัว เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์

2.3 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซนต์ไขมันในร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย และชนิดของกล้ามเนื้อ

ขอบเขตการวิจัย

1. นักวิชาการและบุคลากรสายสนับสนุน ที่ปฏิบัติงานในสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2562 จำนวน 50 คน ที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น จัดอยู่ในกลุ่มที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน และสมัครใจยินดีเข้าร่วมกิจกรรมได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดโครงการ
2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว โดยประยุกต์มาจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเอง และกระบวนการกลุ่ม ร่วมกับการกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายเพื่อออกแบบกิจกรรม

กรอบแนวคิด



ข้อจำกัดงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 10 คน เคยเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ปี 2561 อาจส่งผลให้มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามการดำเนินโครงการวิจัยในครั้งนี้เป็นการใช้หลักการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจปัญหาสุขภาพตนเอง ร่วมเรียนรู้ วางแผนและจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเอง

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research:PAR) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เข้าใจปัญหาสุขภาพตนเอง ร่วมเรียนรู้ วางแผนและจัดการกับปัญหาสุขภาพตนเอง เน้นที่พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การควบคุมอารมณ์เพื่อหลีกเลี่ยงอาหาร ศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว โดยผู้วิจัยเป็นตัวกระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนแบบมีส่วนร่วม ทำการเก็บข้อมูลก่อน ระหว่างและหลังการวิจัย การดำเนินการวิจัยเริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2561 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2562

2. กลุ่มเป้าหมายพัฒนาและพื้นที่วิจัย

- ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรของสำนักส่งเสริมสุขภาพที่ปฏิบัติงานระหว่างปีพ.ศ. 2561 – 2562 และมี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 84 คน

- กลุ่มตัวอย่าง คือ นักวิชาการและบุคลากรสายสนับสนุนของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ที่มี BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน มีความสนใจ ยินดีเต็มใจและสมัครเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว จำนวน 50 คน

- พื้นที่ทำวิจัย การเลือกพื้นที่ทำวิจัย เลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบุคลากรวัยทำงานมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินและมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคอ้วน รวมทั้งเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน

3. กระบวนการวิจัย

ใช้หลักการของ Participatory Action Research (PAR) แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) และระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) มีกิจกรรมดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ (Pre-Research Phase) ใช้เวลาประมาณ 2 เดือน (ธันวาคม 2561-มกราคม 2562) ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการตรวจคัดกรองเพื่อดูภาวะสุขภาพ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ของบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพ ประชาสัมพันธ์/ทำหนังสือเชิญชวนผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบเพื่อให้เข้าใจขั้นตอน ประโยชน์ที่จะได้รับ และยินดีสมัครใจเข้าร่วมตลอดการศึกษาวิจัย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากที่ปรึกษา เพื่อให้มีความรู้ในเรื่องที่จะศึกษาอย่างถูกต้อง สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ประชุมทีมงานผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ บทบาทการดำเนินงาน ขั้นตอน/กระบวนการดำเนินงาน และประสานวิทยากร/จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัย

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ใช้เวลาประมาณ 10 เดือน มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำความเข้าใจปัญหา ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลวัยทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเข้าร่วมโครงการ(ครั้งที่1 Pre-Test) จำนวน 50 คน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย เพื่อดูภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน บันทึกลงในแบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย ชนิดของกล้ามเนื้อ และใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดรูปแบบและแผนการพัฒนา ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเข้าร่วมโครงการ(ครั้งที่1 Pre-Test) เข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (Appreciation – Influence – Control = AIC) ในหัวข้อ “ร่วมกันคิดพิชิตภาวะน้ำหนักเกินสู่การมีสุขภาพดีแบบยั่งยืน” ใช้เวลา 3 วัน ประกอบด้วย การทำความเข้าใจสถานการณ์และสภาพความเป็นจริง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลปัญหา/สภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัยในภาพรวมและจัดให้มีการสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้เข้าร่วม

โครงการวิจัยได้รับรู้ข้อมูลของตนเอง ผู้เข้าร่วมวิจัยร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา หาแรงจูงใจที่ต้องการลดน้ำหนัก กำหนดวัตถุประสงค์/ เป้าหมายในการลดน้ำหนักของตนเอง ด้วยการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ด้วยการสกด สะกด สะกดในการบริโภค พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลพฤติกรรมฯ การกำหนดกิจกรรม/แนวทางที่ใช้แก้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม หาข้อมูลสรุปพร้อมเพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบเพื่อแก้ไขปัญห

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการตามแผน การนำแผนตามขั้นตอนที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งระหว่างการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเองในแต่ละสัปดาห์ลงในคู่มือเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพรายสัปดาห์ (Passport of Life) และส่งรายงานผลการบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย (ประเภทของการออกกำลังกาย ระยะเวลาการออกกำลังกายในแต่ละวัน) ให้กับทีมวิจัยทุกๆ 30 วัน ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการชั่งน้ำหนักและวัดเส้นรอบเอวของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกเดือนและแจ้งข้อมูลสะท้อนกลับให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบทุกครั้ง เมื่อมีการปฏิบัติตามแผนไปแล้ว 5 เดือน ผู้วิจัยได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ “เสริมพลังสร้างสรรค์ มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” 3 วัน มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล การสร้างแรงบันดาลใจให้กับผู้เข้าร่วมโครงการและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ โดยเก็บข้อมูลระหว่างการวิจัย (ครั้งที่2) รวมทั้งให้ความรู้ ฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์เพื่อหลีกเลี่ยงการต้อยอดสร้างกระแสการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับเพื่อนร่วมงาน คนในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ เป็นขั้นตอนการประเมินผลสรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการ ซึ่งผู้วิจัยได้ติดตามผลข้อมูลภายหลังมีการปฏิบัติการตามแผนไปแล้วในเดือนที่10 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์หลังจากมีการกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “พัฒนาทักษะการถอดบทเรียนการปรับพฤติกรรมสุขภาพลดพุงลดโรค” 1 วัน วัตถุประสงค์เพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน วางแผนในการแก้ไขปัญหาลงครั้งต่อไป ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัย (ครั้งที่ 3 Post Test) โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและการตรวจด้วยเครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย ผู้วิจัยนำเสนอผลการดำเนินงานให้กับผู้บริหารและมีการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลสุขภาพ/การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อรักษา/จัดการกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนอย่างยั่งยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สมุดบันทึกสุขภาพ Passport of life เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบบันทึกผลการตรวจร่างกาย เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว แบ่งออกเป็น 6 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ตอนที่ 2 ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ ตอนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ความรุนแรงของโรคอ้วน ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน และอุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคอ้วน ตอนที่ 4-6 พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สถิติครอนบาคของแอลฟา (Chonbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.95 ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยที่ปรึกษา 3 ท่าน เพื่อดูความถูกต้อง ความครอบคลุมและความสอดคล้อง

ตามวัตถุประสงค์ ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด ตรงตามกรอบแนวคิด การใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินงานศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบและยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้ด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว และการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักตัว ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว และการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักตัว ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ ก่อนและระหว่างเข้าร่วมโครงการ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ ความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซนต์ไขมันในร่างกาย ด้วยสถิติ t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) สรุปประเด็นและถอดบทเรียน

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย ตามหนังสือโครงการวิจัยเลขที่ 286 ลงวันที่ 4 ธันวาคม 2561

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 มีอายุเฉลี่ย 43.22 ปี มีตำแหน่งลูกจ้างประจำมากที่สุด ร้อยละ 36.00 การรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างตนเอง ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่ารูปร่างของคนเรา มักเปลี่ยนไปตามอายุ ร้อยละ 64.00 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 34.00 รองลงมา คือ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.00 ด้านการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย บุตร) 4 โรค พบว่า ส่วนใหญ่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุด ร้อยละ 46.00 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 50.00 การรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานยารักษาโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 20.00 รองลงมา คือ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.00
2. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ผู้วิจัยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกขั้นตอน ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลวัยทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนเข้าร่วมโครงการ (ครั้งที่ 1 Pre-Test) จำนวน 50 คน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจปัญหา จากนั้นได้กำหนดรูปแบบและแผนการพัฒนา โดยผู้วิจัยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (Appreciation – Influence – Control = AIC) เวลา 3 วัน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยร่วมกันกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม/แนวทางที่ใช้แก้ปัญหา วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการดำเนินกิจกรรม และหาข้อมูลสรุปรวมเพื่อนำไปสู่การกำหนดรูปแบบเพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งในแผนปฏิบัติการมีการดำเนินการ 3 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคล เป็นแผนการปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก เป้าหมายในการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการและคำนวณแคลอรีที่จะต้องใช้ในแต่ละวัน การคำนวณอัตราการเผาผลาญพลังงานในแต่ละวัน การตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วหรือทำกิจกรรมอื่นๆที่สอดคล้องกับบริบทของตนเอง พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ ด้วยการสกด สะกด สะกดในการบริโภคอาหารในแต่ละสัปดาห์ ลงในสมุดคู่มือเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพรายสัปดาห์ (Passport of Life) เป็นเวลา 10 เดือน และส่งรายงานผลการบันทึกให้กับทีมวิจัยทุกๆ 30 วัน

2) ระดับกลุ่ม มีการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กระตุ้นเตือนสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีหัวหน้ากลุ่ม และทีมสุขภาพ กลุ่มละ 5-6 คน ร่วมติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน เป็นกิจกรรมรณรงค์ให้บุคลากรในหน่วยงานขยับเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นโดยการก้าวเดิน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยอาศัยพลังกลุ่มสร้างแรงจูงใจ เป็นกำลังใจให้กันและกันในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดน้ำหนัก และผู้บริหารของหน่วยงานได้แจกเครื่องนับก้าวให้กับบุคลากรทุกคน เป็นการกระตุ้นเตือนให้ขยับร่างกาย พัฒนาการของตนเองและจดบันทึกจำนวนก้าวการเดินของตนเอง เพื่อตรวจสอบพฤติกรรมการออกกำลังกายของตนเองว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ และทางคณะวิจัยได้ออกแบบสมุดบันทึกจำนวนก้าว “ก้าว...ไปด้วยกัน” แจกให้ทุกกลุ่ม ให้สมาชิกบันทึกจำนวนก้าวในแต่ละวันด้วย และให้หัวหน้าทีมรวบรวมสมุดบันทึกจำนวนก้าว ส่งให้กับทีมวิจัย ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้บริหารหน่วยงานมอบรางวัลให้กลุ่มที่สมาชิกในกลุ่มลดน้ำหนักได้รวมกันมากที่สุด และมอบรางวัลรายบุคคลสำหรับคนที่น้ำหนักลดมากที่สุด 3 รางวัล และ3) ระดับหน่วยงาน ผู้บริหารประกาศนโยบาย การเป็นองค์กร be Smart & Healthy in Happy Bureau โดยบูรณาการไปกับการดำเนินการเพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายทุกวันพุธ เวลา 15.00-16.00 น. จัดมุมประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวตามหลัก 3อ. โดยแผนดังกล่าวใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 10 เดือน และเมื่อมีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติแล้ว 5 เดือน (เมษายน 2562) ผู้วิจัยจัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ “เสริมพลังสร้างสรรค์ มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ใช้เวลา 3 วัน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยพบกับนักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์เพื่อหลีกเลี่ยงอาหาร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างการเข้าร่วมโครงการ (ครั้งที่2) ตลอดจนปรับแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลเพื่อให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ โดยนำข้อมูลจากการจดบันทึกของผู้เข้าร่วมวิจัยในคู่มือเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพรายสัปดาห์ (Passport of Life) นำเสนอให้กับผู้เชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการปฏิบัติจริง เปิดโอกาสบุคคลที่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้เล่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงการดำเนินการวิจัย วิธีการปฏิบัติของตนเอง ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ วิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การให้กำลังใจตนเองเมื่อทำได้ จะทำให้บุคคลอื่นมองเห็นแนวทางและเป็นกำลังใจให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม สำหรับคนที่ไม่ประสบความสำเร็จจะมีการทบทวนเป้าหมายที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่ทำให้การปฏิบัติตามแผนไม่เป็นไปตามที่วางไว้

3. ผลของรูปแบบกระบวนการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

3.1 ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X}$ = 6.06) ระหว่างโครงการมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้น ($\bar{X}$ = 6.52) และสิ้นสุดโครงการมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ($\bar{X}$ = 6.98) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนมาทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ t-test พบว่า ระหว่างโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-Value < 0.05 ดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ ระหว่างเข้าร่วมโครงการ และสิ้นสุดโครงการ

การประเมิน	N	คะแนนต่ำสุด (min)	คะแนนสูงสุด (max)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	50	1	9	6.06	1.596

ระหว่างการดำเนินงาน	50	3	9	6.52	1.528
สิ้นสุดโครงการ	50	3	10	6.98	1.868

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		ระหว่างโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
N = 50							
ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	6.06	1.59604	6.52	1.52850	49	-2.22	.030*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		สิ้นสุดโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
N = 50							
ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	6.06	1.59604	6.98	1.868	49	-2.723	.009*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

3.2 การเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ความรุนแรงของโรคอ้วน ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคอ้วน โดยใช้การทดสอบสถิติแบบ t-test ก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ความรุนแรงของโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value > 0.05) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวในเรื่องประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value < 0.05 (ดังตารางที่ 4) และพบว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน และอุปสรรคในการปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05 สำหรับด้านความเชื่อเรื่องความรุนแรงของโรคอ้วน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value > 0.05 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ความรุนแรงของโรคอ้วน ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคอ้วนของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างการดำเนินงาน

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		ระหว่างโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
N = 50							
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน	17.06	3.19700	17.54	3.32713	49	-.904	.370
ความรุนแรงของโรคอ้วน	18.10	2.77194	18.00	2.83563	49	.285	.777
ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน	16.66	2.99394	17.88	3.18568	49	-2.667	.010*
อุปสรรคในการปฏิบัติ	16.62	3.85391	17.50	3.37609	49	-2.213	.032*
รวมทั้ง 4 ด้าน	68.44	9.33975	70.92	9.49079	49	-2.282	.027*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยด้านความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ความรุนแรงของโรคอ้วน ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน อุปสรรคในการปฏิบัติป้องกันโรคอ้วน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		สิ้นสุดโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
N = 50							
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน	17.06	3.19700	19.04	2.85686	49	-3.450	.001*
ความรุนแรงของโรคอ้วน	18.10	2.77194	18.00	3.19438	49	-.182	.850
ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน	16.66	2.99394	20.10	3.57000	49	-6.509	.000*
อุปสรรคในการปฏิบัติ	16.62	3.85391	19.90	3.59847	49	-4.690	.000*
รวมทั้ง 4 ด้าน	68.44	9.33975	77.04	11.67757	49	-4.563	.000*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักตัว โดยใช้การทดสอบสถิติแบบ t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์ก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05 ดังตารางที่ 6-7

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติในการการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปร (n = 50)	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		ระหว่างโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	37.60	6.04406	37.96	6.06415	49	-.421	.675
พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย	53.92	9.60196	54.02	10.02139	49	-.081	.936
พฤติกรรมกรรมการควบคุมอารมณ์	20.58	3.22041	20.86	2.78487	49	-.859	.394

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} < 0.05$

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติในการการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปร (n = 50)	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		สิ้นสุดโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	37.60	6.04406	40.02	4.79579	49	-2.252	.029*
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	53.92	9.60196	58.04	10.94140	49	2.359	.022*
พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์	20.58	3.22041	21.84	2.47733	49	-2.854	.006*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} < 0.05$

3.4 การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายและความแข็งแรงของร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ ระหว่างเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ พบว่า น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ $\bar{X} = 70.71$ ระหว่างโครงการ $\bar{X} = 70.48$ และเมื่อสิ้นสุดโครงการ $\bar{X} = 69.34$ เมื่อนำไปทดสอบสถิติแบบ t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} < 0.05$ ดังตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปร (n = 50)	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		ระหว่างโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
น้ำหนักตัวเฉลี่ย	70.97	10.67618	70.37	10.89465	49	1.185	.242

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} < 0.05$

ตารางที่ 9 น้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปร (n = 50)	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		สิ้นสุดโครงการ		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
น้ำหนักตัวเฉลี่ย	70.97	10.67618	66.64	12.74863	49	3.096	.003*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} < 0.05$

การเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ ระหว่างโครงการ พบว่า ดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ $\bar{X} = 28.13$ ระหว่างโครงการ $\bar{X} = 27.91$ และเมื่อสิ้นสุดโครงการ $\bar{X} = 26.52$ เมื่อนำไปทดสอบสถิติแบบ t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติที่ $p\text{-Value} < 0.05$ ดังตารางที่ 10-11

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	ระหว่างเข้าร่วมโครงการ	df	t	p-value
--------	---------------------	------------------------	----	---	---------

(n = 50)	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ดัชนีมวลกาย	28.13	3.89155	27.91	4.13049	49	1.128	.265

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		สิ้นสุดโครงการ		df	t	p-value
(n = 50)	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
ดัชนีมวลกาย	28.13	3.89155	26.52	5.46148	49	2.751	.008*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

การเปลี่ยนแปลงเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ ระหว่างโครงการ พบว่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการ $\bar{x}$ = 31.66 ระหว่างโครงการ $\bar{x}$ = 31.55 และเมื่อสิ้นสุดโครงการ $\bar{x}$ = 31.24 เมื่อนำไปทดสอบสถิติแบบ t-test พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05 ดังตารางที่ 12-13

ตารางที่ 12 การเปลี่ยนแปลงเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างเข้าร่วมโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		ระหว่างโครงการ		df	t	p-value
(n = 50)	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	31.66	6.68528	31.55	6.56148	49	.516	.608

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

ตารางที่13 การเปลี่ยนแปลงของเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		สิ้นสุดโครงการ		df	t	p-value
(n = 50)	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD			
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	31.66	6.68528	31.24	6.66891	49	2.887	.006*

*แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-Value < 0.05

การเปลี่ยนแปลงของความแข็งแรงของร่างกายพบว่า ก่อนเข้าร่วม ระหว่างโครงการและสิ้นสุดโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีความแข็งแรงของร่างกายส่วนบนปกติ เพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 12,30,44 ตามลำดับ และความแข็งแรงของร่างกายส่วนล่างปกติเพิ่มมากขึ้นด้วย ร้อยละ 58,58,64 ตามลำดับ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 การเปลี่ยนแปลงของค่าดัชนีมวลกาย ไขมันในช่องท้องและความแข็งแรงของร่างกาย ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมโครงการ ระหว่างเข้าร่วมโครงการ และสิ้นสุดโครงการ

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโครงการ	ระหว่างโครงการ	สิ้นสุดโครงการ
(n=50)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)

ดัชนีมวลกาย (BMI)			
ปกติ (18.5-22.9)	0 (0.00)	5 (10.00)	8 (16.00)
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	13 (26.00)	10 (22.00)	11 (26.00)
อ้วน (25.0-29.9) และ อ้วนอันตราย (ตั้งแต่ 30.0 ขึ้นไป)	37 (74.00)	35 (70.00)	31 (62.00)
ความแข็งแรงของร่างกาย			
ส่วนบน			
ปกติ	6 (12.00)	15 (30.00)	22 (44.00)
ต้องพัฒนา	15 (30.00)	11 (22.00)	6 (12.00)
อ่อนแอ	29 (58.00)	24 (48.00)	22 (44.00)
ส่วนล่าง			
ปกติ	29 (58.00)	29 (58.00)	32 (64.00)
ต้องพัฒนา	8 (16.00)	4 (8.00)	2 (4.00)
อ่อนแอ	13 (26.00)	17 (34.00)	16 (32.00)
ชนิดของกล้ามเนื้อ			
ปกติ	23 (46.00)	25 (50.00)	31 (62.00)
กล้ามเนื้อมากกว่าไขมัน	1 (2.00)	1(2.00)	3 (6.00)
อ่อนแอ	26 (52.00)	24 (48.00)	16 (32.00)

อภิปรายผล

1. รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากร เริ่มตั้งแต่การทำความเข้าใจสถานการณ์และสภาพความเป็นจริง ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลปัญหา/สภาวะสุขภาพของบุคลากรสำนักส่งเสริมสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในภาพรวมและให้มีการสะท้อนกลับเพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับรู้ข้อมูลของตนเอง ร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหา การตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักของตนเองระหว่างผู้วิจัยผู้เชี่ยวชาญด้านอาหาร การออกกำลังกายและผู้เข้าร่วมวิจัย เพื่อวางแผนออกแบบการปรับพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นรายบุคคลเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง (Self Care) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม⁽⁷⁾ “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มบุคคล เป็นผู้มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเองและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง” แนะนำการบันทึกพฤติกรรมลงในสมุดบันทึก (Passport of Life) จะทำให้ทราบวาระระดับพฤติกรรมได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร การวางแผนกำหนดรูปแบบเพื่อแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยในภาพของทีมเพื่อนช่วยเพื่อนในภาพของหน่วยงาน การสังเกตการณ์เพื่อดูความเป็นไป หรือการเปลี่ยนแปลงโดยนักวิจัยและนำมาสะท้อนกลับให้กลุ่มเป้าหมายได้ทราบ หลังจากการเข้าร่วมโครงการครบ 5 เดือน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมตามบริบทของผู้เข้าร่วมวิจัย แต่ละบุคคลเป็นหลัก ทำให้แผนรายบุคคลที่วางไว้นำไปสู่การปฏิบัติเกิดผลสำเร็จ การปฏิบัติตามกระบวนการที่วางแผนร่วมกันในภาพของหน่วยงาน ประกอบด้วย ผู้บริหารประกาศนโยบายและแนวทางการสร้างแรงจูงใจ เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้บริหารเห็นความสำคัญของสุขภาพของบุคลากร มีความจริงใจและเข้าใจบุคคลที่อยู่ใต้การบังคับบัญชา นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความร่วมมือจากบุคลากรในทุกระดับและหน่วยงาน จึงส่งผลให้กิจกรรมได้รับการยอมรับและเป็นที่ชื่นชอบ บุคลากรมีความสุขกับการที่ได้ร่วมกิจกรรม อย่างไรก็ตามนโยบายต้องชัดเจน มีการควบคุมกำกับติดตามที่เข้มแข็งพอ มีการสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจ มีความต่อเนื่องและไม่ขัดขวางให้บุคลากรเข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อสุขภาพที่จัดขึ้นในช่วงการทำงานปกติ การที่บุคลากรเข้าร่วมในกิจกรรมจะต้องถือเป็นส่วน

หนึ่งของการทำงาน ไม่ใช่เป็นอุปสรรคขัดขวางการพัฒนา นอกจากนี้กิจกรรมสุขภาพควรหลากหลาย นำไปปฏิบัติได้จริงและตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายทุกคน

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อสิ้นสุดโครงการกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-Value} < 0.05$ ที่เป็นเช่นนี้เพราะในช่วงแรกของการวิจัยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมโดยให้ความรู้ผ่านสื่อช่องทางต่างๆ เช่น Facebook ลาย การจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวตามหลัก 30. และเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมครบ 5 เดือน ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมเพิ่มเติม มีการพบปะวิทยากรผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย มีการให้ความรู้และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มเติม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการ สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom⁽⁸⁾ ระดับความรู้มี 6 ระดับ เมื่อบุคคลได้รับความรู้จนถึงระดับที่เหมาะสม เช่น ระดับความรู้ที่นำมาประยุกต์ใช้ได้ หรือความรู้ที่นำมาวิเคราะห์ได้ บุคคลนั้นจะสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ และสามารถวิเคราะห์ความรู้นั้นเพื่อการดูแลสุขภาพตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของศุภชัย สามารถ ,จุฬารณย์ โสตะ⁽⁹⁾ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์การปฏิบัติตัวมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) อย่างไรก็ตามกลุ่มที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีบางส่วนที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จัดโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ อาจทำให้ผลของคะแนนเฉลี่ยความรู้เพิ่มมากขึ้นด้วย

3. เปรียบเทียบความเชื่อ พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ในเรื่องประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน อุปสรรคในการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ และพบว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการ มีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วน ประโยชน์ในการป้องกันโรคอ้วน อุปสรรคในการปฏิบัติ และความเชื่อรวมทั้ง 4 เรื่อง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-Value} < 0.05$ ส่วนความเชื่อเรื่องความรุนแรงของโรคอ้วน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} > 0.05$ เนื่องจากการที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าการปฏิบัติตนในแนวทางนั้นทำให้เกิดผลดีและมีประโยชน์ต่อตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนได้จากปัจจัยต่างๆ หากไม่ควบคุมตนเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญจิต อินเหยี่ยว⁽¹¹⁾ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและเกิดความเชื่อในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักตัวได้โดยอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการวิจัย อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายมีความคิดว่ามีอุปสรรคในการปฏิบัติ น้อย ถึงแม้ว่าจะจัดโปรแกรมต่างๆ เพื่อสร้างให้เกิดความเชื่อในทางบวกต่อสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การบรรยาย และการกระตุ้นผ่านสื่อช่องทางต่างๆ ตลอดระยะเวลาจัดโครงการ แต่การสร้างให้เกิดความเชื่อเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาช่วงระยะหนึ่งเท่านั้นพอจะทำให้คนหนึ่งคนมีทัศนคติเรื่องหนึ่งๆ เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับงานวิจัยของภัทรจิตรา สมานชาติ⁽¹²⁾ พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อในทางที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นเช่นกัน สำหรับความเชื่อเรื่องความรุนแรงของโรคอ้วน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} < 0.05$ เป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยบุคคลมีความเชื่อว่าโรคอ้วนเป็นโรคที่มีความรุนแรงในระดับต่ำ ไม่สามารถทำให้เกิดความพิการ หรือเสียชีวิตได้ โรคนี้เป็นโรคที่มีภาวะคุมคามต่ำ ไม่เหมือนโรคร้ายแรงอื่นๆ และบุคคลสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องได้ จึงทำให้ผลการวิเคราะห์ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-Value} < 0.05$

4. เมื่อเปรียบเทียบด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ พบว่าก่อนเข้าร่วมโครงการและระหว่างโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์เพิ่มขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมอารมณ์ก่อนเข้าร่วมโครงการและสิ้นสุดโครงการ พบว่ามีความแตกต่าง

ทางสถิติที่ $p\text{-Value} < 0.05$ เพราะในระยะ 5 เดือนแรกกิจกรรมที่จัดขึ้นเน้นกิจกรรมระดับกลุ่มและระดับองค์กร เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกายทุกบ่ายวันพฤหัสบดี เป็นเวลา 1 ชั่วโมง การแจกและสนับสนุนให้ใช้เครื่องนับก้าว แบบนาฬิกาข้อมือ การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนชวนกันออกกำลังกาย มีการแข่งขันการนับจำนวนก้าวเดินและน้ำหนักตัวที่ลดลงระหว่างกลุ่ม กิจกรรมการออกกำลังกายที่จัดขึ้นไม่มีความหลากหลายตามครรลองชีวิตของแต่ละคนยังไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง แต่ละคนมีความชอบ ความต้องการ เจตคติที่แตกต่างกัน ประกอบกับระยะ 5 เดือนแรก เป็นระยะที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่รู้ข้อมูลหรือขาดข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมก็อาจจะไม่เอาใจใส่หรือสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น หรืออาจเป็นเพราะเบื่อกว่าที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเองและคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้⁽¹²⁾ แต่เมื่อผ่านไป 5 เดือน ผู้วิจัยได้ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการปฏิบัติจริง ปรับแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคลเพื่อให้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากการปฏิบัติจริง เปิดโอกาสบุคคลที่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้เล่าความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงการดำเนินการวิจัย วิธีการปฏิบัติของตนเอง ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ วิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น การให้กำลังใจตนเองเมื่อทำได้ จะทำให้บุคคลอื่นมองเห็นแนวทางและเป็นกำลังใจให้ผู้อื่นปฏิบัติตาม สำหรับคนที่ไม่ประสบความสำเร็จจะมีการทบทวนเป้าหมายที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นที่ทำให้การปฏิบัติตามแผนไม่เป็นไปตามที่วางไว้ มีการเสริมพลัง (Empowerment) ทบทวนการฝึกทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์เพื่อหลีกเลี่ยงอาหาร สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า บุคคลนั้นต้องมีการตัดสินใจว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นตามมา หากกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเกิดความคาดหวังต่อผลที่เกิดขึ้นสูง ทำให้บุคคลเหล่านั้นมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวเป็นไปในทางที่ดีต่อสุขภาพได้สูง และงานวิจัยของวงศ์เดือน จงสุตกีวงศ์⁽¹⁴⁾ พบว่า หลังจบการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย ในระดับดีขึ้นมากที่สุด ปานกลาง และต่ำ ตามลำดับ

5. เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักเฉลี่ยของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโครงการจนถึงสิ้นสุดโครงการ พบว่า น้ำหนักเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังสิ้นสุดโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมการแข่งขันนับก้าวโดยมีการแข่งขันระหว่างกลุ่ม การมอบรางวัลเป็นแรงจูงใจโดยการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาพร้อมทั้งแจกอุปกรณ์ในการนับก้าวและกำหนดให้ช่วงเวลาในตอนบ่ายของวันพฤหัสบดี เป็นเวลาที่บุคลากรสามารถออกกำลังกายได้ การจัดกิจกรรมโดยใช้หลักการเพื่อนช่วยเพื่อน มีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการกระตุ้นเตือนในการควบคุมอาหาร การแข่งขันกันออกกำลังกาย การให้กำลังใจซึ่งกันและกันในการควบคุมน้ำหนัก มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันภายในกลุ่ม จึงส่งผลให้มีความพยายามที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่มที่ตั้งไว้ และเมื่อประสบความสำเร็จก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจที่จะทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์นั้นต่อไป กระบวนการกลุ่มจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกในกลุ่มมีพลัง มีแรงบันดาลใจ เกิดแนวคิดใหม่ๆที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง การนำประสบการณ์ในการปรับพฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ เพื่อการควบคุมน้ำหนัก ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ดีขึ้นและมีการดูแลตนเองมากขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (Group Process)⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่า “พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจะมีการปรับตัวเข้าหากันและจะพยายามช่วยกันทำงานโดยอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลซึ่งจะทำให้การปฏิบัติงานลุล่วงไปได้ตามเป้าหมายของกลุ่ม” ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของสุกมา เกษสุวรรณ⁽¹⁶⁾พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของกันยารัตน์ กุญสุวรรณ⁽¹⁷⁾ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะมีน้ำหนักตัวลดลง เป็นผลจากการที่บุคคลนั้นๆ

ต้องมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่เหมาะสมทั้ง 3 พฤติกรรม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย⁽¹⁸⁾

6. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย ระดับเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ความแข็งแรงของร่างกาย และชนิดของกล้ามเนื้อ พบว่าหลังสิ้นสุดโครงการมีแนวโน้มดีขึ้นกว่าระหว่างโครงการและก่อนเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีการปฏิบัติตัวเปลี่ยนไปในทางที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น เช่น เลือกบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น มีความตั้งใจในการออกกำลังกายมากขึ้น เลือกประเภทและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการควบคุมน้ำหนักตัวของตนเองมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของสมใจ วินิจกุล⁽¹⁹⁾ พบว่า หลังสิ้นสุดโครงการกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น จึงทำให้ค่าดัชนีมวลกาย และค่าไขมันในช่องท้องมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

สรุป การพัฒนารูปแบบนี้ สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวได้ ควรเลือกใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับความพร้อมของบุคคลนั้นๆ และส่งเสริมให้บุคคลเกิดความมั่นใจให้มากขึ้น ร่วมกับการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อน

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งนี้

1. แกนนำ/ผู้นำในระดับต่างๆของหน่วยงาน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างาน ตัวแทนหรือแกนนำในหน่วยงาน ล้วนมีความสำคัญในการบริหารโครงการและขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพต่างๆ จะต้องจัดให้มีการประชุม สัมมนา หรือการประชุมปฏิบัติการ เพื่อให้บุคคลเหล่านี้มีความรู้ลึกซึ้งไป ในรายละเอียดของกลยุทธ์ กิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และต้องสร้างบุคคลเหล่านี้ เห็นความสำคัญและร่วมขับเคลื่อนแผนงาน โครงการ/กิจกรรมสุขภาพต่างๆ ควบคู่ไปกับการทำงานปกติของหน่วยงานด้วย
2. สถานที่ทำงานแต่ละแห่งมีลักษณะเฉพาะตัว การจัดกิจกรรมควรต้องปรับให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และตอบสนองความต้องการของทุกคน ไม่ว่าจะเป็นระดับสุขภาพจะอยู่ที่ระดับใด มีโรค ไม่มีโรค แต่มีพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยง หรือมีสุขภาพดี
4. กิจกรรมโครงการต่างๆที่จะดำเนินการ หรือดำเนินการไปแล้ว ต้องตรวจสอบและติดตามเป็นระยะๆ ไม่ทิ้งระยะนานเกินไป
5. การเผยแพร่และการประชาสัมพันธ์ การประชุมทำความเข้าใจในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งก่อนเริ่มโครงการและเมื่อกิจกรรมใหม่ๆเกิดขึ้น เช่น มีการสื่อสารถึงบุคลากรโดยจัดให้มีการบอร์ดประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารภายในองค์กร มีการพูดคุยกันในประเด็นสุขภาพระหว่างอาหารว่าง/อาหารกลางวัน มีระบบข้อเสนอแนะที่เปิดโอกาสให้บุคลากรได้เสนอความคิดเห็น ระบบที่เลี้ยงให้ความช่วยเหลือบุคลากร เพิ่มการใช้ระบบสื่อสารผ่านสื่อช่องทางต่างๆให้มากขึ้น เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ/สนใจต่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้ง สามารถใช้เป็นช่องทางติดต่อสื่อสาร และให้คำปรึกษาระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มได้อีกทางหนึ่งด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การออกแบบการจัดกิจกรรมควรมีความต่อเนื่อง ไม่ทิ้งระยะห่างเกินไป จึงจะเห็นความเปลี่ยนแปลงหรือแนวโน้มที่ดีขึ้นได้ เพื่อผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเป็นการเพิ่มโอกาสการเกิดความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ
2. การศึกษาในครั้งต่อไปควรนำผู้เชี่ยวชาญแต่ละด้านเข้ามาทำงานร่วมกัน เช่น นักกำหนดอาหาร นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การกีฬา ฯลฯ เพื่อเป็นทีมที่ปรึกษาปัญหาต่างๆ และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
3. ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญโดยอาจมอบเป็นนโยบายหรือข้อปฏิบัติขององค์กร เพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืนตลอดไป

4. ควรเพิ่มการสร้างแรงกระตุ้นหรือแรงบันดาลใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย (Social Support) เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตลอดโครงการ และเกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก จะทำให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
5. การพัฒนารูปแบบหรือกิจกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในครั้งต่อไป อาจต้องใช้แรงสนับสนุนทางสังคมมาช่วยอีกทางหนึ่ง เช่น ครอบครัวและคนใกล้ชิด เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
6. ควรส่งเสริมให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรนอกเหนือจากกลุ่มของผู้ร่วมวิจัย ในการสร้างขวัญกำลังใจให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่มีแนวโน้มที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบสถิติทางการแพทย์ กระทรวงมหาดไทย พ.ศ.2560. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php
2. ศักดิ์ชาย ควรระงับ. กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรของมหาวิทยาลัยพายัพ. พยาบาลสาร 2557;41(1):85-95.
3. ภัชร์จิรัชญ์ พัทธกุลธนา, กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่เขตเทศบาลตำบลบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลทหารบก 2558;16(2):131-139.
4. นฤมล เพิ่มพูล, วณิดา ทองใบ, และลลัษฏา หนู่มคำ. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของพนักงานในสถานประกอบการที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2559;22(2):177-191.
5. เบญญทิพย์ พรหมศิลป์, วิรติ ปานศิลา และธนรุตร์ บุตรแสนคม. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดภาวะอ้วนของคนในชุมชน ตำบลหนองแสง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2560; 19(2): 108-123.
6. อัญชลินทร์ ปานศิริ, วิชชุพร เกตุใหม่, และทิวาวรรณ ชื้อสัตย์. Be Smart and Healthy in Happy Bureau. ใน: เอกชัย เพียรศรีวัชรา. รายงานประจำปี2561 สำนักส่งเสริมสุขภาพ.กรุงเทพฯ:อมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด;2562.หน้า 64.
7. Dorothea E Orem, Susan G Taylor, Kathie Mclaughlin. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
8. พิจิตรา ธงพานิช. ทฤษฎีการเรียนรู้ในโรงเรียนของบลูม BLOOM [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://lifestyemysself.blogspot.com/p/bloom.html>
9. ศุภชัย สามารถ,จุฬารณณ์ โสตะ.ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ความสามารถตนเองร่วมกับขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทำงานอายุ 40-49 ปีที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนตำบลหนองกุงเงิน อำเภอกุเวียง จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559;23(3):34-45.
10. Albert Bandura. Social Learning Theory. New Jersey: Englewood Cliffs; 1997.
11. ขวัญจิต อินเหยี่ยว. การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของนักเรียนอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2542.
12. ชุติพร หิตอักษร และคณะ. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต].2560 [เข้าถึงเมื่อ16 มกราคม

2562];35(4):33.เข้าถึงได้จาก: file:///C:/Users/unchalin.p/Downloads/111711-Article%20Text-285969-1-10-20180212.pdf

13. ภัทรจิตรา สมานชาติ, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, และบุษบา ไทวรรณ. ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่เน้นเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารในนิสิตที่มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน. วารสารเภสัชกรรมไทย 2553;2(1):35-45.

14. วงษ์เดือน จงสุตกวีวงศ์ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของประชาชนวัยทำงานในชุมชน แออัดในเขตเทศบาลเมือง สระบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกเวชศาสตร์ชุมชน] กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2547.

15. SEEMALANON. ทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 24 ตุลาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://seemalanonech.wordpress.com/2013/01/16>

16. สุกุม่า เกษสุวรรณ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความสามารถของตนเองต่อการรับรู้การปฏิบัติตนและน้ำหนักตัวของนักเรียนวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.

17. กันยารัตน์ กุญสุวรรณ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมน้ำหนักวัยรุ่นตอนต้นที่เป็นโรคอ้วนใน กรุงเทพฯ [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการ] กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล;2543.

18. DRSANTบทความสุขภาพ นพ.สันต์ ใจยอดศิลป์. การลดความอ้วน [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://visitsdrant.blogspot.com/2010/11/1.html>

19. สมใจ วินิจกุล. ประสิทธิภาพการใช้โปรแกรมขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการออกกำลังกายต่อภาวะอ้วนของประชาชนในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. วารสารรามานีส 2553;16(3):327-338.