

ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร
Effect of the Health Promotion Program among Health Behavior of Personnel
at Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute.

(Received: June 28,2025 ; Revised: June 29,2025 ; Accepted: June 30,2025)

ศิริมา เทพสุภา¹ กิตติรัตน์ ไพจิตรोजना² ไกรณญา เมธานวกิจไพศาล² มัญชุตตา การย์กวินพงศ์²

Sirima Tepsupa¹ Kittirat Paijitrojana² Krainaya Methanavakijpisan² Munchuta Karnkawinpong²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสถาบันบำราศนราดูร จำนวน 36 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม, การให้ความรู้ และเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ 3) สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์วิธีแก้ไขจัดการความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแบบสอบถามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร มี 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) จากแบบสอบถามของวราภรณ์ เลิศศิลป์ (2567) โดยมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.69 3) ข้อมูลองค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันช่องท้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที (Paired t-test) ผลการศึกษาพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 17.28$, $SD = 4.44$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 15.14$, $SD = 3.83$) 2) ดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดัชนีมวลกายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 29.91$, $SD = 3.29$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 30.44$, $SD = 3.35$) 3) ระดับไขมันช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับไขมันช่องท้องหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.28$, $SD = 4.83$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.86$, $SD = 4.72$) จากผลการวิจัยควรนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรไปใช้กับบุคลากรกลุ่มอื่นให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

Abstract

This research is a quasi-experimental study with a one-group pretest-posttest design. The objective is to examine the effects of a health promotion program on the health behaviors of personnel at the Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The sample consists of 36 personnel from the institute. The experimental group received a health promotion program based on Pender's health promotion model, which includes 3 activities: 1) Workshop training, which includes 3 sub-activities are as follows: 1.1) Exchange ideas about health behavior awareness to create

¹ สถาบันบำราศนราดูร

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

thoughts and emotions for behavior change in 4 steps: Step 1: Awareness of the benefits of practicing the behavior, Step 2: Awareness of the obstacles to practicing the behavior, Step 3: Awareness of one's own abilities, Step 4: Feelings towards the behavior. 1.2) Providing knowledge through lectures on nutrition, exercise, and emotional management. 1.3) Develop skills related to health behaviors in emotional management and exercise, and provide feedback demonstrations to the sample group. Activity 2: Create group influence using the Line Open Chat group. Activity 3: Group discussion over a period of 12 weeks. The tools used for data collection include the health promotion program questionnaire consists of 3 parts, including 1) general information 2) Health behavior assessment, which the researcher used the 3 domains (food, exercise, and emotions) health behavior assessment from Waraporn Lerdasil's questionnaire (2024), with a reliability value of 0.69. 3) Body composition data were analyzed using percentage statistics, mean, standard deviation, and paired t-test statistics. The study results found that 1) the average health behavior scores before and after the 12-week trial differed significantly at the .05 level, with the post-program behavior score ($\bar{X}$ = 17.28, SD = 4.44) being higher than the pre-program score ($\bar{X}$ = 15.14, SD = 3.83). 2) The body mass index before and after the 12-week trial differed significantly at the .05 level, with the body mass index after participating in the program ($\bar{X}$ = 29.91, SD = 3.29) being lower than before participating in the program ($\bar{X}$ = 30.44, SD = 3.35). 3) The level of abdominal fat before and after the 12-week trial differed significantly at the .05 level, with the abdominal fat level after participating in the program ($\bar{X}$ = 14.28, SD = 4.83) being lower than before participating in the program ($\bar{X}$ = 14.86, SD = 4.72). Based on the research findings, the health promotion program for the health behaviors of personnel should be implemented more broadly among other groups of personnel to foster better health-promoting behaviors.

Keyword: Health Promotion Program, Health Behaviors

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases หรือกลุ่มโรค NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey; NHES) ในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2551 - 2552, 2557 - 2558 และ 2562 - 2563 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา, การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ, การกินผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน), ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ($\text{BMI} \geq 25$ กก./ม²), ภาวะอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม. ในชายและ ≥ 80 ซม. ในหญิง) และภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (Total Cholesterol ≥ 240 มก./ดล.) โดยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งมี

ความสอดคล้องกับแนวโน้มความชุกของโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กุลพินน เจริญดี และคณะ, 2566)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ภาวะลงพุง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่อำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รวมทั้งมีการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไป ความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารรสหวานจัด และอาหารที่มีไขมันสูง (นันทกร ทองแดง, 2562) พฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อระดับน้ำตาลใน

เลือดสูง และไขมันในเลือดสูง ก่อให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เกินปกติ มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับที่ 2 ($BMI \geq 25$ กก./ม²) โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมในการเกิดโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ (กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์, 2564) ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีหลากหลายรูปแบบ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ เป็นแนวคิดที่ได้รับการนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างแพร่หลาย มุ่งให้เกิดเป็นพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยแนวคิดนี้ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ ได้แก่ 1) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ประกอบด้วยพฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา และด้านสังคมวัฒนธรรม 2) ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) โดยมี 6 ขั้นตอน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม, การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความรู้สึกอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรม, อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ 3) พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral Outcome) ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรม, ความต้องการและความชื่นชอบในขณะนั้น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (วรารณ เลิศศิลป์, 2567; วิชาญ มีเครือรอด, 2563; นพพร ทัพอยู่, 2565; ชุติภา แก้วลือ, 2567; เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวิวงศ์, 2563; ทองมี ผลาผล, 2560) สามารถลดระดับดัชนีมวลกาย (นพพร ทัพอยู่, 2565; อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด, 2564; เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวิวงศ์, 2563) และ

ยังช่วยลดไขมันในช่องท้องได้ (วรารณ เลิศศิลป์, 2567; นพพร ทัพอยู่, 2565; อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด, 2564; เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวิวงศ์, 2563)

รายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ในปี 2567 พบว่า มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน จำนวน 482 คน ร้อยละ 62.60 มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 389 คน ร้อยละ 50.50 มีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวน 308 คน ร้อยละ 40.05 ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จำนวน 191 คน ร้อยละ 24.60 มีความดันโลหิตสูงผิดปกติ จำนวน 220 คน ร้อยละ 28.57 บุคลากรมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ Metabolic syndrome ขั้นต้น จำนวน 405 ร้อยละ 52.60 และขั้นสูง จำนวน 124 คน ร้อยละ 16.10 ผลตรวจสุขภาพจิต บุคลากรมีความเครียดระดับมากถึงมากที่สุด 94 ราย ในจำนวนนี้เข้ารับการคัดกรองโรคซึมเศร้า 79 ราย พบว่า มีความเสี่ยงโรคซึมเศร้า 51 ราย มีอาการโรคซึมเศร้า 28 ราย มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 2 ราย (สถาบันบำราศนราดูร, 2567) จะเห็นได้ว่าบุคลากรที่มีพฤติกรรมดังกล่าว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการเจ็บป่วยจะเพิ่มค่าใช้จ่าย ส่งผลต่อการปฏิบัติงาน และสูญเสียอัตรากำลังในการพัฒนาองค์กร

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากรมีผลกระทบทั้งต่อบุคลากรและองค์กร การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม จะช่วยให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลักคือ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมผลลัพธ์ มาจัดทำเป็นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ลดดัชนีมวลกาย และลดระดับไขมันช่องท้อง ชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งเสริมประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของบุคลากรในการพัฒนาองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันช่องท้องบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรสถาบันบำราศนราดูรที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี 2567 มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ไม่มีโรคประจำตัว โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบไปด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม, การให้ความรู้ และเสริมสร้างทักษะ

เกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) อธิบายและมอบคู่มือ 7 สัปดาห์ สุขภาพดี รุ่นดีที่บ้านของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อให้เป็นความรู้และนำไปปฏิบัติที่บ้าน 2) แลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ 3) สนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ วิถีแก้ไข จัดการความชื่นชอบและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ลงนามร่วมกันเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และข้อมูลองค์ประกอบร่างกาย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. จากแบบสอบถามของ วราภรณ์ เลิศศิลป์ (2567) โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.69 ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการอารมณ์ ลักษณะข้อคำถาม 3 ระดับ ตามระดับความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และปฏิบัติเป็นประจำ โดยข้อคำถามมีความหมายทางบวกจำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลองค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันช่องท้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยการ

หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) ข้อมูลองค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันช่องท้อง วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยสถาบันบำราศนราดูร ในรหัสโครงการ N030q/67

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง มีจำนวน 36 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง

41-50 ปี ร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ยคือ 40.42 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 55.6 น้ำหนักเฉลี่ย 80.34 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.25 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30.44 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และระดับไขมันช่องท้องเฉลี่ย 14.86

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 17.28$, SD = 4.44) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 15.14$, SD = 3.83)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 36)

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	15.14	3.83	-2.638	.012
หลังทดลอง	17.28	4.44		

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดัชนีมวลกายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 29.91$, SD = 3.29) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

รวมโปรแกรม ($\bar{X} = 30.44$, SD = 3.35) 3) ระดับไขมันช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับไขมันช่องท้องหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.28$, SD = 4.83) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.86$, SD = 4.72)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้องของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 36)

ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในช่องท้อง	Mean	SD	t	p-value
ดัชนีมวลกายกลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	30.44	3.35	3.083	.004
หลังทดลอง	29.91	3.29		
ระดับไขมันในช่องท้องกลุ่มทดลอง				
ก่อนทดลอง	14.86	4.72	2.573	.014

หลังทดลอง	14.28	4.83		
-----------	-------	------	--	--

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 36.1 อายุเฉลี่ยคือ 40.42 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 55.6 น้ำหนักเฉลี่ย 80.34 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 162.25 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30.44 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และระดับไขมันช่องท้องเฉลี่ย 14.86 อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสถาบันบาราศนราดูรพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 17.28, SD = 4.44) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X}$ = 15.14, SD = 3.83) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ในการทดลองนั้น ส่งผลให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น ทำให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยมีกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 อบรมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม, การให้ความรู้โดยการบรรยายเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) และเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งอธิบายและมอบคู่มือ 7 สัปดาห์ สุขภาพดี หนูนิดที่บ้านของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อให้เป็นความรู้และ

นำไปปฏิบัติที่บ้าน กิจกรรมที่ 2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ Healthy Hero BIDI โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน ซึ่งทุกคนต้องเปลี่ยนรูปโปรไฟล์ และชื่อตามที่ผู้วิจัยกำหนด กิจกรรมประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างสื่อสารรูปการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และกิจกรรมผ่อนคลายในห้องแชทของแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ ผู้วิจัยกระตุ้นแต่ละกลุ่มโดยการส่งรูปภาพ หรือคลิปวิดีโอเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) จำนวน 3 ครั้ง/ สัปดาห์ เพื่อให้เกิดอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ กิจกรรมที่ 3 สนทนากลุ่ม เพื่อวิเคราะห์วิธีแก้ไขจัดการความซับซ้อนและความต้องการที่เข้ามาอย่างกะทันหัน ลงนามร่วมกันเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรมในการอบรมเชิงปฏิบัติการในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ 12 พบว่า มีทัศนคติ ความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรมดีขึ้น เช่น ในสัปดาห์ที่ 1 “รู้สึกตนเองไม่ค่อยแข็งแรง” “เหนื่อยง่าย” “สุขภาพไม่ค่อยดี ไขมันสูง อ้วน” เป็นต้น ผ่านโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ 12 สัปดาห์ พบว่า “รู้สึกแข็งแรงกว่าที่ผ่านมา” “มีความคล่องตัวเพิ่มขึ้น” “สุขภาพแข็งแรงเพราะออกกำลังกาย ทำกิจกรรมได้ไม่เหนื่อย” “สุขภาพดีขึ้น ตัวเบาลงนิดนึง” เป็นต้น และจากผลของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม มีความสอดคล้องกับการศึกษาของนพพร ทัพอยู่ (2565) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

และสอดคล้องกับการศึกษาของวรารณ เลิศศิลป์ (2567) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 24 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ มีเครือรอด (2563) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของชุตินา แก้วลือ (2567) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมตามหลัก 3อ.2ส. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร มีความสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวิช่วงศ์ (2563) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของทองมี ผลาผลและคณะ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมสุขภาพด้านออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนาถวิช่วงศ์ (2563) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ทองมี ผลาผลและคณะ (2560) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การออกกำลังกาย ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบดัชนีมวลกาย และระดับไขมันช่องท้องบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดัชนีมวลกายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 29.91$, $SD = 3.29$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 30.44$, $SD = 3.35$) 3) ระดับไขมันช่องท้องก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยระดับไขมันช่องท้องหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.28$, $SD = 4.83$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($\bar{X} = 14.86$, $SD = 4.72$) สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมากขึ้น จากการทำกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างความคิดและอารมณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้ความรู้สึกต่อพฤติกรรม และเสริมสร้างทักษะเกี่ยวกับอาหาร ออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ (3อ.) และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้เกิดทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร เลือกการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง และรู้เท่าทันอารมณ์ และจัดการกับอารมณ์ของตนเองได้ และยังได้รับคู่มือ 7 สัปดาห์ สุขภาพดี หน้าที่บ้าน ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อเป็นความรู้ และนำไปปฏิบัติที่บ้าน การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพพร ทัพอยู่ (2565) พบว่า ระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับไขมันในช่องท้อง รวมทั้งดัชนีมวลกายลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของอุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด (2564) พบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนารถวัชวงศ์ (2563) พบว่า ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองในระยะติดตามผลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ผลของดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขัดแย้งกับการศึกษาของวิชาญ มีเครือรอด (2563) พบว่า ดัชนีมวลกายก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์ไม่แตกต่างกันที่ระดับ .18

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่อเนื่อง 6 เดือน, 1 ปี เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และเพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมนำไปสู่การพัฒนาให้เหมาะสมกับบุคลากรต่อไป
2. ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ต่อเนื่องในระดับองค์กร และขยายผลสู่บุคลากรกลุ่มอื่นๆ เพื่อขยายผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพในองค์กรรวมขององค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำงานวิจัยนี้อย่างเต็มความสามารถจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กุลพินน เจริญดี และคณะ. (2566). รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์.
- 2.นันทกร ทองแดง. (2562). โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคNCDs). https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1371_1.pdf
- 3.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. (2564). พยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพคนวัยทำงาน ยุค 4.0. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 13(2), 1-14.
- 4.วรารณ เลิศศิลป์. (2567). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วนลงพุง ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในการควบคุมเรื่อง อาหาร ออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์. www.srth.go.th/home/research (Vol.1 NO.1 February-December, 2024)
- 5.วิชาญ มีเครือรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 1(1), 70-85.
- 6.นพพร ทัพอยู่. (2565). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้อง และดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 2(2), 1-12.
- 7.ชุตินา แก้วลือ. (2567). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าช้างเครือ ตำบลปงไฮ อำเภอเขกา จังหวัดบึงกาฬ. <https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/index.php?fn=detail&sid=307>
- 8.เกรียงศักดิ์ สมบัติ สุรนารถวัชวงศ์ และคณะ. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสนับสนุน การจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. บุรพาเวชสาร, 7(2), 23-38.
- 9.ทองมี ผลาผล. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(1), 81-91.

- 10.อุดมศักดิ์ แก้วบังเกิด และสุภาพร แนวนบุตร. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยศิลปะมวยไทยต่อ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และสมรรถภาพทางกายของบุคคลวัยทำงานที่มีภาวะน้ำหนักเกิน [วิทยานิพนธ์การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- 11.สถาบันบำราศนราดูร. (2567). รายงานการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรสถาบันบำราศนราดูร ปี 2567.
- 12.ชุดิกาญจน์ หลุทัย และคณะ. (2557). มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัย. ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิชย์.
- 13.เบญจมาศ สุขศรีเพ็ญ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model). สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/115422>
- 14.ฐานพร สิงห์โกวินท์, สมศักดิ์ ปิ่นนาค, แรกขวัญ สระวาสี, มณฑล หวานวาจา, และนิริญา ธนธราธิคุณ. (2563). 7 สัปดาห์ สุขภาพดี หุ่นดี ที่บ้าน. ไซ-แอ้ม มีเดีย เพรส โปรดักส์ จำกัด.
- 15.Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). Health promotion in nursing practice. (4rd ed). USA: Appleton & Lange.