

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของการใช้โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายของข้าราชการที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

กมล บุญรอด

โรงพยาบาลบางละมุง ชลบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มต่อความรู้และพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายของข้าราชการที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างคือ ข้าราชการที่ปฏิบัติงานในหน่วยราชการเขตพื้นที่ หมู่ 3, 4 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-34.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 40 คน ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 17 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2550 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกาย ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (paired t-test)

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มมีความรู้และพฤติกรรมการกินและการออกกำลังกายแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001 ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.001

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มสามารถนำไปเป็นต้นแบบหรือพัฒนาในการดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ, พี่เลี้ยงประจำกลุ่ม, ภาวะน้ำหนักเกิน

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นภาวะที่มีไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น อาจเป็นทั้งร่างกายหรือเกิดเฉพาะที่ก็ได้ และเมื่อมีการสะสมไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ คือเกินร้อยละ 25-30 ของน้ำหนักร่างกาย เรียกว่าเป็นภาวะ

ของโรคอ้วน⁽¹⁾ ปัจจุบันโรคอ้วนกำลังคุกคามสุขภาพของคนทั่วโลกและเป็นโรคเรื้อรังที่มีความชุกสูง ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนา ความชุกกำลังเพิ่มขึ้นเช่นกัน สำหรับความชุกของโรคอ้วนในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก มีอัตรา

การเพิ่มสูงสุดที่ประเทศไทย⁽²⁾ จากการสำรวจภาวะโภชนาการแห่งชาติในประเทศไทย ครั้งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2529 และครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ.2538 พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนในประชากรไทยที่มีอายุ 20-29 ปี ภายในระยะเวลา 10 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.70 เป็นร้อยละ 33.90 และจากรายงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปี 2538 พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนสูงมากในวัยทำงาน 30-59 ปี คือมีอัตราความชุกของโรคอ้วนร้อยละ 14.20 ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 13.95 และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 10.07 โดยเฉพาะในผู้หญิงจะสูงกว่าผู้ชาย แต่ผู้ชายเมื่ออายุเกิน 60 ปี อัตราความชุกจะลดลงเมื่อเทียบกับผู้หญิง ซึ่งยังคงมีโรคอ้วนเพิ่มขึ้น แต่ไม่มากเมื่อเทียบกับวัยทำงาน^(2,3)

สาเหตุของโรคอ้วนมาจากปัจจัยหลายประการ แต่ส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง คือการกินอาหารที่มีพลังงานสูง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งเกิดมากในกลุ่มคนวัยทำงานหากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้มีผู้ใหญและผู้สูงอายุ ที่เป็นภาระกับสังคมและคุณภาพชีวิต แต่แก้ไขปัญหาก็ได้โดยลดน้ำหนัก ซึ่งมีด้วยกันหลายวิธี แต่วิธีที่ดีที่สุด คือ การควบคุมอาหาร ควบคู่กับการออกกำลังกาย⁽⁴⁾ การจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการที่มีภาวะน้ำหนักเกินในครั้ง นี้ ได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบการเรียนรู้เงื่อนไขของการกระทำ (Operant Conditioning) ของสกินเนอร์⁽⁵⁾ ซึ่งกล่าวว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นการประยุกต์หลักการเรียนรู้เพื่อแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากที่ไม่พึงประสงค์ให้เป็นพึงประสงค์ โดยใช้เทคนิคการเพิ่มพฤติกรรมเสริมแรงให้คงอยู่เพิ่มขึ้น หรือมีความถี่สูงขึ้นจะได้ผลดี เมื่อมีการกระทำดังกล่าว หรือเป็นผลจากความสำเร็จในการหลีกเลี่ยงหรือหนีจากสิ่งเร้าที่เป็นที่ไม่น่าพอใจ⁽⁶⁾ ทั้งยังได้แนวความคิดและวิธีการจากการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยวัณโรคภายใต้โปรแกรม (Directly Observed Treatment: DOT) ที่มีอาสาสมัครเป็นที่เล็งจ่ายยา⁽⁷⁾ จนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคประสบความสำเร็จ

สำเร็จอย่างน่าพอใจ ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหารและการออกกำลังกาย โดยนำความรู้เรื่องโรคอ้วนมาเป็นตัวเสริมแรงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพร้อมกับการให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการกินอาหารที่เหมาะสม โดยใช้ที่เล็งประจํากลุ่มที่ได้รับการอบรมความรู้ด้านอาหาร ออกกำลังกาย ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารและการออกกำลังกายให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบความรู้ พฤติกรรมสุขภาพด้านการกินอาหารและการออกกำลังกาย และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของข้าราชการ ที่มีภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีที่เล็งประจํากลุ่ม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ข้าราชการชายและหญิง ที่ปฏิบัติงานในหน่วยราชการเขตพื้นที่ หมู่ 3 และหมู่ 4 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน 214 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ 139 คน และทำการสุ่มแบบง่ายโดยวิธีจับฉลาก ให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. ปฏิบัติงานตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และยังปฏิบัติงานอยู่ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2550
2. อายุระหว่าง 20 - 59 ปี
3. มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ระหว่าง 25.0-34.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
4. ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมจนครบตามระยะเวลาที่กำหนดด้วยความสมัครใจ

ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย การให้ความรู้

การสาธิตและการฝึกปฏิบัติตามเงื่อนไขแบบแผนกิจกรรมที่กำหนดเกี่ยวกับเรื่องการเลือกกินให้เหมาะสม การกินอาหารตามหลักโภชนาการ การจัดเมนู และ สัดส่วนอาหาร อาหารแลกเปลี่ยน รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับเรื่องการประเมินภาวะอ้วน การคำนวณความต้องการพลังงานและโรคอ้วน และความรู้เกี่ยวกับหลักและวิธีการเลือกการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเอง โดยที่เลี้ยงประจำกลุ่ม 5 คน (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของหน่วยงาน ที่ได้รับการอบรมความรู้ด้านโภชนาการระยะสั้นหรือระยะยาว) ให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่เข้าโปรแกรม และ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว น้ำหนักและส่วนสูงก่อนและหลังเข้าโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ 17 สัปดาห์ โดยคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) แล้วแบ่งระดับตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก⁽⁸⁾ ได้ 4 ระดับ ดังนี้

ดัชนีมวลกาย	ระดับ
<18.5 กก./ม. ²	ต่ำกว่าปกติ
18.5 - 24.9 กก./ม. ²	ปกติ
25.0 - 29.9 กก./ม. ²	ภาวะน้ำหนักเกิน
> 30.0 กก./ม. ²	ภาวะอ้วน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งเป็นข้อความแสดงความรู้ด้านบวก 11 ข้อ เป็นข้อความแสดงความรู้ด้านลบ 4 ข้อ โดยตอบถูกให้คะแนน 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้การกินอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้วิธีอิงเกณฑ์ของกระทรวงศึกษาธิการ ดังนี้

เฉลี่ย	ระดับของคะแนน
0.80-1.00	ดีมาก
0.70-0.79	ดี
0.60-0.69	ค่อนข้างดี
0.40-0.59	พอใช้
ต่ำกว่า 0.40	ควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จำนวน 14 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความแสดงพฤติกรรมด้านบวก 10 ข้อ และข้อความแสดงพฤติกรรมด้านลบ 4 ข้อ เกณฑ์การประเมินผลระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย โดยใช้วิธีอิงเกณฑ์ (criterion reference)⁽⁹⁾ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-1.00	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนนเฉลี่ย 1.01-2.00	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00	หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี

ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกายเท่ากับ 0.82 และแบบ สอบถามพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประเมินความรู้และพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย และบันทึกค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำนวน 8 ครั้ง โดยการเริ่มต้นให้ความรู้แบบในชั้นเรียน 1 ครั้ง และการติดตามทำกลุ่มอีก 4 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ จากนั้นเป็นการติดตามผลต่อเนื่องระยะยาวอีก 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยประเมิน ความรู้และพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายและบันทึกค่าดัชนีมวลกายอีกครั้งหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 17 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีดังนี้ ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย และผลต่างของค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยการทดสอบค่าทีแบบจับคู่ (paired t-test)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีจำนวน 40 คน พบว่าเป็นเพศหญิงร้อยละ 67.50 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 35-44 ปี ร้อยละ 37.50 มีสถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.50 ส่วนระดับการศึกษา มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุดร้อยละ 75.00 มีรายได้ต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป มากที่สุดร้อยละ 85.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 77.50 (ตารางที่ 1)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกาย และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกายโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรม อยู่ในระดับดีมาก โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกายโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 0.56 (SD = 0.17) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 0.91 (SD = 0.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการกินอาหาร และการออกกำลังกายสูง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=40)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	27	67.50
ชาย	13	32.50
อายุ		
25-34 ปี	6	15.00
35-44 ปี	15	37.50
45-54 ปี	10	25.00
55-59 ปี	9	22.50
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	4	10.00
ปริญญาตรี	30	75.00
สูงกว่าปริญญาตรี	6	15.00
สถานภาพสมรส		
โสด	17	42.50
คู่	23	57.50
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	6	15.00
10,000 บาท ขึ้นไป	34	85.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	31	77.50
มี	9	22.50

ขึ้นทุกข้อ (ตารางที่ 2)

และพบว่าพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับดี โดยค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 1.85 (SD = 0.45) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.37 (SD = 0.77) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นทุกข้อ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย จำแนกตามรายชื่อ และโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
		\bar{x}	SD.	แปลผล	\bar{x}	SD.	แปลผล
1.	การกินอาหารจุบจิบ/บ่อยครั้ง และขนมที่มีไขมันและน้ำตาลมาก จะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน	0.98	0.16	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
2.	การกินอาหารหลาย ๆ ชนิด ไม่ซ้ำซากจำเจ หรือกินอาหารหลากหลาย จะทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร	0.28	0.45	ควรปรับปรุง	0.90	0.30	ดีมาก
3.	การงดกินอาหารที่มีไขมัน เป็นการกินอาหารตามหลักธงโภชนาการ	0.53	0.51	พอใช้	0.93	0.27	ดีมาก
4.	การประเมินสัดส่วนอาหารด้วยสายตา สามารถใช้उँมือผู้หญิงเป็นเกณฑ์	0.43	0.50	พอใช้	0.93	0.27	ดีมาก
5.	การจัดเมนูอาหารมื้อเช้าควรเป็นอาหารประเภทโจ๊กหรือข้าวต้ม	0.68	0.47	ค่อนข้างดี	0.98	0.16	ดีมาก
6.	อาหารหมวดคาร์โบไฮเดรต สามารถแลกเปลี่ยนกับอาหารประเภทเนื้อสัตว์และไขมันได้	0.33	0.47	ควรปรับปรุง	0.85	0.36	ดีมาก
7.	ค่าดัชนีมวลกายของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ระหว่าง 18.5-24.9	0.40	0.50	พอใช้	0.80	0.41	ดีมาก
8.	ร่างกายของคนเราต้องการพลังงาน วันละ 1,600-2,800 แคลอรี	0.78	0.42	ดี	0.90	0.30	ดีมาก
9.	โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นผลกระทบหนึ่งที่เกิดจากการมีภาวะน้ำหนักเกิน	0.75	0.44	ดี	0.95	0.22	ดีมาก
10.	หลักของการออกกำลังกาย คือ การฝึกปฏิบัติร่างกายเพื่อกระตุ้นให้หัวใจและปอดทำงานมากขึ้นเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย	0.95	0.22	ดีมาก	1.00	0.00	ดีมาก
11.	การออกกำลังกายที่ถูกต้อง ไม่ควรทำมากกว่า 6 วันต่อสัปดาห์ เพื่อให้ร่างกายได้มีการพักผ่อน	0.55	0.50	พอใช้	0.95	0.22	ดีมาก
12.	การออกกำลังกายเพื่อความทนทานของปอดและหัวใจ ควรใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาที	0.20	0.41	ควรปรับปรุง	0.70	0.50	ดี
13.	อาการที่แสดงว่าควรหยุดออกกำลังกาย คือ หายใจไม่ทัน หายใจไม่เต็มอิ่ม ง่วงนอน เวียนศีรษะ ตามัว แขนขาอ่อนแรง	0.78	0.42	ดี	1.00	0.00	ดีมาก
14.	ผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายไม่ควรเริ่มต้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก	0.28	0.45	ควรปรับปรุง	0.83	0.39	ดีมาก
15.	ผู้ที่มีรูปร่างอ้วน ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก	0.55	0.50	พอใช้	1.00	0.00	ดีมาก
	รวม	0.56	0.17	พอใช้	0.91	0.12	ดีมาก

ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้ำหนักเกิน มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 - 29.9 กก./ม.² จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 82.50 รองลงมาอยู่ในระดับภาวะอ้วน มีค่าดัชนีมวลกาย > 30.0 กก./ม.² จำนวน 7 คน คิดเป็น

ร้อยละ 17.50 ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 กก./ม.² จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0 - 29.0 กก./ม.² จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย รายชื่อและโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับการรับกินอาหารและการออกกำลังกาย	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม			หลังเข้าร่วมโปรแกรม		
		\bar{x}	SD.	แปลผล	\bar{x}	SD.	แปลผล
1.	กินอาหารจุบจิบ/บ่อยครั้ง โดยเฉพาะประเภทขนมที่มีไขมันและน้ำตาลมาก	1.43	0.87	ปานกลาง	2.13	0.79	ดี
2.	กินอาหารจานด่วนแบบตะวันตก/อาหารสำเร็จรูป	1.70	0.79	ปานกลาง	2.13	0.76	ดี
3.	กินอาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงโดยไม่ใช้ไขมัน เช่น ปลาเผา ไก่ต้ม เป็นต้น	1.60	0.59	ปานกลาง	1.98	0.73	ปานกลาง
4.	กินผักและผลไม้	1.48	0.75	ปานกลาง	2.15	0.89	ดี
5.	บริโภคน้ำมันที่สกัดจากถั่วเหลืองหรือข้าวโพด	1.25	1.21	ปานกลาง	2.45	1.04	ดี
6.	ดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร	2.18	0.90	ดี	2.30	0.88	ดี
7.	ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น เบียร์ เหล้า และไวน์หวาน หรือน้ำอัดลม	1.83	0.75	ปานกลาง	2.23	0.89	ดี
8.	มีการคำนวณความต้องการพลังงานสำหรับตัวท่านก่อนจัดอาหารกิน	1.90	1.30	ปานกลาง	2.28	0.75	ดี
9.	กินอาหารตามหลักธงโภชนาการ	1.90	1.24	ปานกลาง	2.18	0.87	ดี
10.	ออกกำลังกาย 3-5 วัน/สัปดาห์	1.73	0.93	ปานกลาง	2.05	0.84	ดี
11.	ออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้ระยะเวลา 20-60 นาที	1.90	0.84	ปานกลาง	2.20	0.91	ดี
12.	อบอุ่นร่างกายก่อนการออกกำลังกาย	1.98	0.83	ปานกลาง	2.20	0.94	ดี
13.	ผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย	2.20	1.04	ดี	2.23	0.89	ดี
14.	ทำงานบ้านแทนการออกกำลังกาย	1.70	0.72	ปานกลาง	2.35	0.92	ดี
	รวม	1.85	0.45	ปานกลาง	2.37	0.77	ดี

42.50 (ตารางที่ 4)

จากผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการกินอาหารและการ ออกกำลังกาย และ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกินอาหาร และการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 8.43 (SD = 2.51) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 13.70 ส่วน (SD = 1.88) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารและการออกกำลังกายก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรม ด้วย ค่า ทีแบบจับคู่ (paired t-test) พบว่าแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 13.18$, $p < 0.001$)

โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าโปรแกรมเท่ากับ 25.90 (SD = 6.37) และหลังเข้าโปรแกรมเท่ากับ 33.28 (SD = 10.82) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนค่าดัชนีมวลกาย พบว่าค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 28.00 (SD = 2.74) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 26.44 (SD

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม

ดัชนีมวลกาย	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ต่ำกว่าปกติ (< 18.5 กก./ม. ²)	-	-	-	-
2. ปกติ (18.5 - 24.9 กก./ม. ²)	-	-	18	45.00
3. ภาวะน้ำหนักเกิน (25.0 - 29.9 กก./ม. ²)	33	82.50	17	42.50
4. ภาวะอ้วน (> 30.0 กก./ม. ²)	7	17.50	5	12.50
รวม	40	100.00	40	100.00

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกาย ดัชนีมวลกาย (BMI) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 40)

	ก่อนทดลอง (\bar{x} , SD.)	หลังทดลอง (\bar{x} , SD.)	t	p	95% CI
ความรู้	8.43, 2.51	13.70, 1.88	13.18	< 0.001	4.456, 6.085
พฤติกรรม	25.90, 6.37	33.28, 10.82	3.59	< 0.001	3.218, 11.531
BMI	28.00, 2.74	26.44, 2.75	-14.28	< 0.001	1.344, 1.789

= 2.75) เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -14.28$, $p < 0.001$) โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (ตารางที่ 5)

วิจารณ์

จากการศึกษาผลของโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม ต่อความรู้และพฤติกรรมการกินอาหารและการออกกำลังกายของข้าราชการ ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผลการศึกษา พบว่าความรู้ พฤติกรรมด้านการกินอาหารและการออกกำลังกาย และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีพี่เลี้ยงประจำ

กลุ่มแตกต่างกัน โดยภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมข้าราชการที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีความรู้และพฤติกรรมด้านการกินอาหารและการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม รวมทั้งค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงภักดี พร้อมเพ็ญบุญ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลลำพูน พบว่าหลังจัดโปรแกรมผู้สูงอายุมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนจัดโปรแกรม และจากการศึกษาของ บุษบา อนุศักดิ์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานหญิงตั้งครรภ์ ในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติตามการบริหาร

ร่างกายได้ถูกต้องและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น และจากการศึกษาของ ลีรินธร ศะคินิล⁽¹²⁾ เกี่ยวกับโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการ อย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของพนักงานหญิงในธนาคารออมสิน ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอายุระหว่าง 20 - 60 ปี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองพนักงานธนาคารมีคะแนนเฉลี่ยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ และจากการศึกษาผลของโครงการหุ่นสวยสุขภาพดีต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก กรณีนักศึกษาหญิงสถาบันราชภัฏอุดรดิตถ์ของภิญญา เปลียนบางช้าง และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการอาสาสมัคร มีพฤติกรรมการลดน้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ถูกต้อง มีการควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดัชนีมวลกายมีแนวโน้มลดลง ปริมาณไขมันสะสมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการนำระบบพี่เลี้ยงมาใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการรักษาโรค ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมการระบาดของโรค ภายใต้ชื่อว่า DOT (Directly Observed Treatment) โดยให้มีบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมทำหน้าที่สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกินยาหรือเรียกว่าการบริหารยาโดยมีพี่เลี้ยง⁽⁷⁾ ในทางการแพทย์จากอดีตจนถึงปัจจุบัน จะเน้นการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว ทำให้ต้องใช้ทรัพยากรด้านต่างๆ ในการดูแลรักษาอย่างมากมาย ทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก็ไม่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ประเทศไทยได้พยายามวางยุทธศาสตร์จากการ “ซ่อมสร้าง” มาสู่การ “สร้างซ่อม” นั่นคือบริบทการพัฒนาสุขภาพทั่วไปไม่ให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ และลดโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตนทั้งระยะสั้น และระยะยาว บุคลากรที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ ทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ มีความจำเป็น ต้องเพิ่มบทบาทหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การลงมาร่วม

กิจกรรมสร้างสุขภาพ แทนการรักษาพยาบาลภายหลังเกิดการเจ็บป่วยให้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือกลุ่มที่เข้าข่ายเป็นโรคอ้วนแล้ว อนาคตย่อมเสี่ยงต่อโรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อ หรือโรคอื่น ๆ เมื่อถึงเวลานั้นย่อมเป็นภาระหนักของแพทย์เช่นเดียวกัน ดังนั้นแพทย์ พยาบาลและบุคลากรอื่น ๆ จึงควรให้ความสำคัญในการดูแลและพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มประชากรเหล่านี้ เช่นเดียวกับความพยายามค้นหาผู้ป่วยและรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่นตั้งแต่นั้น ๆ

กระทรวงสาธารณสุขและหลายหน่วยงานได้ผลักดันโครงการต่างๆหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ประชาชนลดความเสี่ยงจากภาวะโรคอ้วนอย่างต่อเนื่อง เช่น การรณรงค์โครงการคนไทยไร้พุง โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มข้าราชการและประกันสังคม ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น และได้พยายามแสวงหารูปแบบเพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิผลในภาพกว้างต่อกลุ่มประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหาร การออกกำลังกาย จากการทบทวนผลงานวิชาการที่มีอยู่ในประเทศพบว่าส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยที่วัดความรู้ การรับรู้ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้วิจัยได้สร้างรูปแบบโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขึ้น โดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่มซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมมาเป็นผู้ให้ความรู้ สาธิต ให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด และมีการถ่ายทอดองค์ความรู้จากโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การปฏิบัติตัวอย่างง่ายในลักษณะสอดแทรกในวิถีชีวิตปกติ เนื่องจากกลุ่มผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน ต้องการการดูแล ใส่ใจและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มประชาชนปกติทั่วไป จากผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม มีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีพฤติกรรมด้านการกินอาหารและการออกกำลังกาย เป็นไปในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ทำให้ค่าดัชนีมวลกาย

ลดลง อันจะส่งผลให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดี จะเป็นบุคคลที่มีศักยภาพลดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มาจาก ภาวะน้ำหนักเกิน เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคกระดูกและข้อ เป็นต้น ลด ภาระพึ่งพิงผู้อื่น ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของ ครอบครัวและรัฐบาลเมื่อเจ็บป่วยได้ ซึ่งน่าจะนำไป เป็นต้นแบบหรือพัฒนาในการดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. การดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มประชากร ถ้าจะให้เกิดผลอย่างยั่งยืนและต่อเนื่อง ควรใช้โปรแกรมผสมผสาน และระยะเวลาเข้าโปรแกรม ประมาณ 12-20 สัปดาห์ (ในการวิจัยใช้ 17 สัปดาห์) และมีพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม 1 คนเป็นผู้ให้คำปรึกษา และ สมาชิกกลุ่มละประมาณ 4-12 คน ในช่วงเข้าโปรแกรม จะช่วยให้กลุ่มประชากรที่ใช้โปรแกรมมีความรู้และนำสู่ การปรับพฤติกรรมของตนเองและผู้ใกล้ชิดได้อย่าง เหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพ

2. ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ พฤติกรรมการรับกิน อาหารและการออกกำลังกายสู่การปฏิบัติและเป็นผลให้ ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตีต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญ จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลสู่ หน่วยงานและประชากรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

3. ส่งเสริมการอบรมพี่เลี้ยงประจำกลุ่ม ซึ่งอาจ มาจาก แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรอื่นๆ ในเรื่อง หลักโภชนาการ การออกกำลังกายเพื่อเป็นพี่เลี้ยงใน การขยายผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มต่างๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาลักษณะเดียวกันในประชากร กลุ่มอื่น เช่น เด็กนักเรียน พนักงานโรงงาน อาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ที่มีปัญหาด้านการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น โดยเพิ่ม

ระยะเวลาในการศึกษาให้มากขึ้น เพื่อติดตามผลและ ความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยมีพี่เลี้ยงประจำ กลุ่มกับกลุ่มปกติที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม หรือกับ โปรแกรมปรับพฤติกรรมสุขภาพแบบอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี คณะอาจารย์จากมหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาลัยจาก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรีทุกท่าน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็น ข้าราชการที่มีภาวะน้ำหนักเกินทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลการทำวิจัยใน ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bray GA. Definition, measurement and classification of the syndromes of obesity. J Obesity 1978; 4 (9): 12.
2. อภิชาติ วิษณุรัตน์. สารจากประธานชมรมโรคอ้วน. วารสาร ชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย 2543; 1(1): 1.
3. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์; 2543.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกาย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2541.
5. Skinner BF. Behavioral theories. New York : Knopf; 2004.
6. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2536.
7. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548
8. Report of WHO Consultation on Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva : World Health Organization; 1998.

9. วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช; 2538.
10. จงกัคดี พร้อมเพ็ญบุญ. โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.
11. บุญมา อนุศักดิ์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ต่อพฤติกรรมสุขภาพของแรงงานหญิง ตั้งครรภ์ในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน (วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
12. สิริวัชร สะตินิล. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย. นครปฐม : มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
13. ภิญญาภา เปลี่ยนบางช้าง,ทองจันทร์ นาคพริก, นกมล สุริยาภาส,สนิท พร้อมสกุล, สมชาย ทองกระสัน, สุจิตรา ปานรูป. ผลของโครงการ”หุ่นสวย สุขภาพดี”ต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก:กรณีนักศึกษาหญิงสถาบันราชภัฏอุดรดิตต์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14:525-33.

Abstract The Effect of Behavior Modification Program with Advisors to Overweight Government Officers’ Knowledge and Practice on Nutrition and Exercise
Kamol Boonrod

Banglamung Hospital, Chon Buri

Journal of Health Science 2008; 17:SIII842-51.

This quasi experimental study was to evaluate the behavior modification program with advisors to overweight government officers’ knowledge and practice on nutrition and exercise. The samples were 40 government officers who worked in Mu 3,4 Tambon Ban Suan, Amphoe Mueang, Chon Buri who had Body Mass Index (BMI) 25.0-34.9 kg/m.². The duration of this study was 17 weeks (February-May 2007). In a set of questionnaire, information to be collected were general knowledge, specific knowledge and practice on nutrition and exercise. Data presented in frequency, percentage, mean, standard deviation and paired t-test was employed in the analysis.

As a result, overweight government officers who participated in a behavior modification program with advisors differed on both nutrition and exercise in the post-test relative to the pre-test with statistical significance at p<0.001. Accordingly, their differences on pre-post BMI were also significant statistically (p<0.001).

This research suggests that the behavior modification program with advisors may be an effective model and can be modified or replicated in other target groups.

Key words: behavior modification program, advisors, overweight