

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและประสิทธิผลการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของอาจารย์
บุคลากร คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัย ราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
The Study of Health Care Behavior and Effectiveness of Promoting
the Health Behaviors of Staffs of Faculty of Education
in Bansomdejchaopraya Rajabhat University

กาญจนา สุทธิเนียม¹
Kanchana Suttineam
ทำวิจัยเมื่อ พ.ศ.2558-2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง One group pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 2) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ (3-Self) ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย (น้ำหนัก, เส้นรอบวงเอว, ดัชนีมวลกาย) และตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมี (FBS, Chol, TG, HDL, LDL) 3) ศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประชากรเป็นอาจารย์และบุคลากรคณะ ครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ระยะที่ 1 กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของเครซี และมอร์แกน จำนวน 130 คน และระยะที่ 2 ที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 22 คน ศึกษา ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2558-เดือนมิถุนายน 2559 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวาน 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป 4) แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self 5) แบบวัดความพึงพอใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 6) โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดสุขภาพทางด้านร่างกาย ก่อนและหลังการทดลองและหลังการติดตามผล ตัวชี้วัดทางชีวเคมีก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ 5 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ติดตามผลหลังเข้าโปรแกรมสัปดาห์ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measure one-way ANOVA)

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.70) พิจารณารายด้าน พบว่าด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.15$, S.D.=0.62) ระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับสูงและสูงมากเท่ากัน ร้อยละ 23.8 และพบว่าช่วงอายุ 21-40 ปีและ 41-68 ปี มีระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับสูงและสูงมากในสัดส่วนใกล้เคียงกัน พบปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมร้อยละ 13.8 สัดส่วนการมีปัญาสุขภาพจิตเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

2. พฤติกรรมสุขภาพ (3 Self) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและหลังติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) ค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการติดตามผลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

3. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.46$, SD=0.141)

¹ RN, M.Ed., PhD, สาขากลุ่มวิชาชีพครู มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

คำสำคัญ 1. พฤติกรรมสุขภาพ 2. การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
3. พฤติกรรมสุขภาพ 4. 3-Self (การรับรู้ความสามารถในตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง)

Abstract

The purposes of this quasi-experimental (One group pretest-posttest design) study were 1) to study health care behaviors, 2) to study the health care behaviors (3 self) and health indicators consisting of the body weight, body mass index, waist circumference, fasting blood sugar after the promoting the health behaviors program and health indicator consisting of the lipid profiles after the promoting the health behaviors program, and 3) to study the satisfaction with promoting the health behaviors. The subjects were divided into 2 groups: the first group of health care behaviors study consisted of 130 staffs and the second group consisted of 22 staffs and received the promoting the health behaviors. This study were carried out during July 2015-June 2016. The research instruments were 1) the scale measuring health care behaviors, 2) Diabetes Risk score, 3) General Health Questionnaire: GHQ-28, 4) the scale measuring health care behaviors (3-Self), and 5) the scale measuring the satisfaction of promoting the health behaviors and the promoting the health behaviors program. Data were analyzed by using descriptive statistics, dependent t-test and one-way ANOVA.

The results of this research were as follows:

1. The total mean score of health care behaviors were at the high level ($\bar{X}=3.68$, $SD=0.70$). When analyzing each mean score dimensions, interpersonal relation was at the high level ($\bar{X}=4.15$, $SD=0.62$) that was higher than other aspects. Diabetes risk score were classified at the high level as well. Again, personnel aged 21-40 years and 41-68 years had nearly diabetes risk scores at the high level. There was mental health problem 13.8% by males having mental health problem than females.

2. Health care behaviors (3 self) of the sample before, after and after the follow-up of the implementation were statistically significant difference ($p<.001$). Health indicators of body weight, body mass index, waist circumference after the implementation were lower with the statistically significant difference ($p<.05$). Chemical health indicators including the FBS, Chol, TG after the implementation were also lower with the statistically significant differences ($p <.001$).

3. The samples' satisfaction with promoting the health behaviors were at the high ($\bar{X}= 3.46$, $SD=0.141$).

Keywords: 1.Health Care Behavior 2.Promoting the health behaviors 3. Health indicators

4. 3 Self (Self –efficacy, Self- regulation, Self –care)

1. ความสำคัญและที่มาของการวิจัย

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน มีความสำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม องค์การอนามัยโลกเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี มิใช่เพียงปราศจากโรค แต่ต้องมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชากรทุกประเทศทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีการมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับทุนมนุษย์ครอบคลุมทั้งด้านสภาพสังคมและความเข้มแข็งทางจิตใจเชิงบวก โดยเฉพาะการสะสมต้นทุนทางสุขภาพด้วยการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในมิติของการเป็นคนดี คน

เก่งและมีความสุขหรือมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ประเทศไทยมีนโยบายและการจัดการด้านสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนเป็นการส่งเสริมป้องกันโรคด้วยการมีสุขภาพดีเพิ่มมากขึ้น (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552, หน้า 1) การสร้างสุขภาพเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องซึ่งต้องได้รับการดูแลในแต่ละช่วงวัยอย่างถูกต้อง เมื่อถึงวัยเรียนครูหรืออาจารย์ ในสถานศึกษาจะต้องรับช่วงการดูแลสุขภาพและปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีให้กับเด็ก (ธนวรรณ อัมสมบูรณ์, 2546, หน้า 130-131) การปลูกฝังให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพที่ดีได้ องค์ประกอบที่สำคัญ คือ ครู (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 5) พบ. การศึกษาแห่งชาติฉบับปัจจุบันกำหนดบทบาทหน้าที่ครูในการสอนและยังรวมถึงการดูแลที่ครอบคลุมด้านสุขภาพด้วย (พบ. การศึกษาแห่งชาติ, 2542) เมื่อทบทวนถึงสุขภาพของครูกลับพบว่า ครูส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยระบบไหลเวียนโลหิตมากเป็น 2 เท่าของประชากรทั่วไปและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (รายงานการเสียชีวิตของข้าราชการครู, 2542-2550, หน้า 11) จากรายงานการวิจัยการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี พบว่า อยู่ในระดับต่ำและมีภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ น้ำหนักเกิน มีภาวะโรคอ้วน มีไขมันสะสม มีโรคประจำตัวที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นภาวะเสี่ยง คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 6.0 เบาหวาน ร้อยละ 2.3 และมีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ร้อยละ 28.5 (เอกบุญ ผักไผ่พวงและรักใจ บุญระดม, 2545, หน้า 7) สอดคล้องกับการศึกษาในครูระดับมัธยม จังหวัดนนทบุรี ของนนทรี สัจจาธรรม และ ณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน (2556) พบว่า ภาวะสุขภาพทั้ง 4 มิติของครูเกิดภาวะความอ้วน ร้อยละ 25.8 ความดันโลหิตสูงกว่า 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 19.7 โรคประจำตัวร้อยละ 34.8

ปัจจัยในความสำเร็จของสถาบันอุดมศึกษาโดยทั่วไป โดยเฉพาะมหาวิทยาลัย คือ การที่บุคลากรมีคุณภาพชีวิตดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจมีความสุขและพอเพียง มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดี และมีโอกาสในการพัฒนาตนเอง ทำให้มีกำลังกาย กำลังใจ และกำลังสมองในการพัฒนางานด้านต่างๆ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาเป็นสถาบันอุดมศึกษาของชาติ มุ่งผลิตบัณฑิตเพื่อเป็นแม่พิมพ์ของชาติ พัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการควบคู่กับการพัฒนาคุณธรรม จริยธรรมของบัณฑิตให้มีความรับผิดชอบต่อสังคมไทย โดยเริ่มต้นที่ครูที่ต้องดูแลสุขภาพตนเองก่อนเพื่อเป็นต้นแบบสอดคล้องกับ Kasl & Cobb (1966) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล โดยการค้นหาและป้องกันมิให้เกิดโรคหรือเมื่อเกิดโรคแล้วก็พยายามกระทำการต่างๆ เพื่อให้กลับมามีสุขภาพที่ดีต่อไป ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้จะช่วยสะท้อนภาพของสภาวะสุขภาพของคณาจารย์และบุคลากรในปัจจุบัน รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการบริหารบุคลากรและแนวทางการสร้างเสริมขวัญกำลังใจต่อไป

2. โจทย์วิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาเป็นอย่างไร
2. ภายหลังอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ ที่ได้รับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (3 S) ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย และตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมี ได้มากน้อยเพียงใด
3. ภายหลังอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ ที่ได้รับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมมากน้อยเพียงใด

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ บ้านสมเด็จเจ้าพระยา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดย
 - 2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ (3S) และตัวชี้วัดสุขภาพด้านร่างกายของคณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ที่เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างสุขภาพก่อนและ หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล

2.2 เปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาพทางเคมีของคณาจารย์และบุคลากรคณะครุศาสตร์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของคณาจารย์และบุคลากรคณะครุศาสตร์ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

4. สมมติฐานการวิจัย

1. อาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ (3S) และตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย หลังเข้าร่วมกิจกรรมและหลังการติดตามผลดีขึ้น

2. ตัวชี้วัดสุขภาพทางเคมีของอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น

3. ความพึงพอใจของอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

5.ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ผู้บริหารได้ข้อมูลและแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของคณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

2. คณาจารย์และบุคลากรได้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการดูแลส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและเป็นต้นแบบให้นักศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง

3. นักวิชาการและนักวิจัยที่สนใจสามารถนำข้อมูลไปเป็นฐานความรู้ในการศึกษาเรื่องการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในสถานศึกษาได้

6. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง One group pretest-posttest design ประชากรในการวิจัย ได้แก่ คณาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 180 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดตามสูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อธิรุฒิเอกะกุล, 2543) ได้กลุ่มตัวอย่าง 123 คน เก็บจริง 130 คน ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรม โดยคัดกรองอาจารย์ บุคลากร ที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมและมีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 22 คน (Nemet & et. al., 2005, วณิช กิจวรพัฒน์ และคณะ, 2547 และ Anderson & et al, 2008) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2558 ถึงเดือนมิถุนายน 2559 และตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของคณาจารย์และบุคลากร คือ พฤติกรรมสุขภาพและตัวแปรที่ใช้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรต้น คือ กิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสุขภาพ (3 S) ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI เส้นรอบวงเอว และตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมี ประกอบด้วย FBS, Total cholesterol, HDL, LDL, Triglyceride เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต สายวัดรอบเอว และแบบสอบถาม ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 1)แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2)แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟา (α coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 ซึ่งพัฒนาโดย มงคล การุณงามพรรณ สุภารัตน์ สุวารี และ นันทนา น้ำฝน (2555, หน้า 3). แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานซึ่งพัฒนาโดย นพ. วิชัย เอกพลากร (2554) ซึ่งมีค่าความไว (Sensitivity) ในการทำนายผล ร้อยละ 76.50 และมีความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 60.20 4). แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire: GHQ-28) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข (2554) มีค่าสัมประสิทธิ์ ความสอดคล้องภายใน (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.91 (นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และคณะ, 2541)

ระยะที่ 2 การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 1) แบบบันทึกผลตัวชี้วัดสุขภาพ 2) แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ของ อังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ซึ่งเป็นการประเมินตนเองในพฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นอัลฟา (α coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 3) โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self 4) แบบประเมินความพึงพอใจและงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการพิทักษ์สิทธิด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมและการอยู่ระหว่างงานวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมในการศึกษาจะลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผลการศึกษาวิจัยนั้นจะรักษาเป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษารูปแบบกิจกรรม และการจัดลำดับเนื้อหาแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้ การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยเตรียม 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2) เสนอโครงร่างวิจัย เพื่อให้คณะกรรมการของสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะและปรับแก้ไขจนมีมติให้ดำเนินการวิจัยได้ 3) เตรียมผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ การใช้เครื่องมือในการวิจัย 4) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 22 คน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นที่ 2 ขั้นการทดลอง จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การประเมินปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติ จำนวน 5 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ 2) วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดสุขภาพทางเคมี ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Pair t-test 4) วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self และ ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ก่อนและหลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยใช้สถิติ Repeated measure one-way ANOVA

7.ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.68$, S.D.= 0.70) พิจารณารายด้าน พบว่าด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}=4.15$, S.D.= 0.62) ระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับสูงและสูงมากเท่ากัน ร้อยละ 23.8 และพบว่าช่วงอายุ 21-40 ปีและ 41-68 ปี มีระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับสูงและสูงมากในสัดส่วนใกล้เคียงกัน พบปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมร้อยละ 13.8 สัดส่วนการมีปัญหาสุขภาพจิตเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

2. พฤติกรรมสุขภาพ (3 Self) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และหลังติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และค่าเฉลี่ยตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมีก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

3. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.46$, S.D.= 0.141)

8. อภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.71$) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการสอบถามคณาจารย์ที่ให้คำตอบซ้ำๆ ว่าไม่สามารถออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาเพราะงานที่ทำอยู่ต้องใช้เวลามากในการเตรียมการสอน การทำเอกสาร การค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งเห็นความสำคัญแต่ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอและผลการศึกษาพบว่า อาจารย์ และบุคลากรนึ่งเป็นส่วนใหญ่มีการเคลื่อนไหวเพียงเล็กน้อยถึงร้อยละ 55 สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนไทย ปี 2557 พบว่า คนไทยโดยเฉลี่ยใช้เวลากับกิจกรรมเคลื่อนไหวน้อย ถึงวันละ 13 ชั่วโมงครึ่ง ในขณะที่มีกิจกรรมทางกายรวมทุกประเภทเพียง 2 ชั่วโมงต่อวัน นอกจากนี้การออกกำลังกายและเล่นกีฬาของทุกกลุ่มยังอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของมงคล การุณงามพรณ และคณะ (2555) พบว่า คนวัยทำงานนั้น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อแยกรายด้าน พบว่าการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดในระดับพอใช้และยังพบว่าร้อยละ 65.80 ไม่สามารถออกกำลังกายตามแผนได้อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 69.20 ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาทีต่อเนื่องสม่ำเสมอร้อยละ 43.70 ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังเป็นประจำได้อย่างสม่ำเสมอ

1.1 ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับสูงและสูงมากเท่ากัน ร้อยละ 23.8 และพบว่าช่วงอายุ 21-40 ปีและ 41-68 ปี มีระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับสูงและสูงมากในสัดส่วนใกล้เคียงกัน และค่าเส้นรอบวงเอวเกินขนาดร้อยละ 23.8 และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติ ≥ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 64.6 สอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทยในปี 2557 พบความชุกของเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ และข้อเข่าเสื่อมในคนไทย และคนไทยที่อ้วน ($BMI \geq 30$ กก./เมตร²) มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคและมีอาการดังกล่าวมากกว่าคนที่น้ำหนักเหมาะสมถึง 2-3 เท่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานทั้งหมด 1 ใน 4 ของผู้ป่วยชาย และกว่าครึ่งของผู้ป่วยหญิง มีสาเหตุหลักมาจากโรคอ้วน ซึ่งนับว่าสูงมากสอดคล้องกับการตรวจร่างกายในงานมหานครปลอดเบาหวาน พบว่า ผู้ที่มาร่วมกิจกรรม 8,862 คน ร้อยละ 1.70 ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นเบาหวาน แต่เมื่อได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือด พบว่า ร้อยละ 12.30 ระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มสูงกว่าปกติ (มงคล การุณงามพรณ และคณะ, 2555, Carebear Samitivej, 2559)

1.2 ภาวะสุขภาพจิต พบว่า พบปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมร้อยละ 13.8 สัดส่วนการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเพศชายสูงกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เป็นเพราะว่าอาจารย์มหาวิทยาลัยทำงานในตำแหน่งที่ต้องเกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย ได้แก่ นักศึกษา กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้บังคับบัญชาและหน่วยงานอื่นๆทั้งในและนอกมหาวิทยาลัยและการทำงานในปัจจุบันนั้นต้องทำงานภายใต้เป้าหมายที่เป็นภาระงานและตัวชี้วัด ซึ่งมีปัจจัยภายนอกที่เข้ามาคุกคาม โดยเฉพาะเพศชายที่ต้องเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงมีภาระในด้านต่างๆที่มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียด สอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2556 พบว่า แม้สุขภาพกายจะดีขึ้นในหลายด้าน สุขภาพจิตกลับเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความผิดปกติทางจิต และอารมณ์รวมทั้งอาการเครียดหรือความแปรปรวนทางจิตใจของคนไทยมีเพิ่มสูงขึ้นในรอบ 10 ปี ด้วยปัญหาดังกล่าวจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจาก 138 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2546 เป็น 218 คน และในปี 2554 อัตราผู้ป่วยทางจิตเพิ่มขึ้น โดยมีสาเหตุ 2 ประการ คือ 1) จำนวนผู้มีปัญหาทางจิตใจในประเทศเพิ่มสูงขึ้น และ 2) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้มากขึ้น

2. พฤติกรรมสุขภาพ (3-Self) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและหลังติดตามผลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2.1 โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าโปรแกรมมีสุขภาพที่ดีขึ้นเนื่องจาก การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการกระทำที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตอยู่ มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี บุคคลเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลที่ดีต่อตน โดยจะต้องทราบว่าเมื่อทำกิจกรรมนั้นแล้วจะเกิดประโยชน์ต่อตน ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพเน้นการให้ข้อเท็จจริงในการดูแลสุขภาพ มีการสื่อสารทาง face book และ line “คนรักสุขภาพ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการให้ตัวแบบเป็นวิดีโอสาธิต เพื่อให้เข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปศึกษาได้

ตลอดเวลา และมีการกำกับตนเองโดยให้มีการบันทึกกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพในสมุดสุขภาพ มีการเสริมแรงใจใจ โดยมีการให้ของรางวัลกับผู้ที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และรับการปรึกษาเรื่องสุขภาพทั้งใน line, face book “คนรักสุขภาพ” กับผู้วิจัยโดยตรง สามารถนัดหมายล่วงหน้า สอดคล้องกับอังคินันท์ อินทรกำแหง (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พฤติกรรมสุขภาพ 3-Self กลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้ความสามารถตนเอง เชื่อมั่นว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้นเป็นตัวกำหนดให้เขาตั้งใจความพยายามในการเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ และการที่บุคคลกระทำอย่างเต็มที่ตลอดเวลาที่มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จสูง (Bandura; & Cervone. 1983)

การกำกับตนเอง (self-regulation) พบว่า เปลี่ยนแปลงไปตามโปรแกรมและระยะเวลาในการทดลองซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของซัคและซิมเมอร์แมน Schunk & Zimmerman (1997) ที่กล่าวว่าการกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย (Goal setting) ที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุดด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลง การเตือนตนเอง (Self-monitoring) โดยใช้กลวิธีการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผลทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ความเข้าใจและด้านแรงจูงใจของตนเองจะส่งผลให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ด้วยตนเอง (ชินพัทธ์ ชื่นเดชุม, 2542, หน้า 15) และแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถที่จะกำกับตนเองโดยควบคุมความคิด ความรู้สึก การจูงใจและการกระทำของตนเองจากการประเมินผลของการกระทำนั้นๆด้วยตนเอง ซึ่งต้องอาศัยการฝึกฝนตนเองอันประกอบไปด้วยกระบวนการสังเกตตนเอง การตัดสินใจตนเองและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง

การดูแลตนเอง (self-care) การศึกษานี้มีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตเหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน เช่น การคำนวณแคลลอรี่ การวัดรอบวงเอว จนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ได้ปฏิบัติจริงและปฏิบัติจนค้นพบวิธีการปฏิบัติด้วยตนเองหรือจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายที่แสวงหาเองจนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่อง (ณัฐวุฒิ กิจรุ่งเรือง และคณะ, 2545, หน้า 10) ส่งผลต่อพฤติกรรม 3 - Self มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและหลังการติดตามผล

2.2 ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่าตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ได้แก่ BW, BMI แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเส้นรอบวงเอวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้นำแนวคิด 3-Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในตนเอง การกำกับตนเอง การดูแลตนเอง เป็นกรอบในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การสื่อสารทาง face book และ line “คนรักสุขภาพ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการให้ตัวแบบเป็นวิดีโอสาธิต เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปศึกษาได้ตลอดเวลา มีการกำกับตนเองโดยให้บันทึกกิจกรรมสุขภาพในสมุดสุขภาพ รวมทั้งมีการเสริมแรงโดยมีการให้ของรางวัลกับผู้ที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการควบคุมตนเองได้สอดคล้องกับสุรินทร์ สิริสูงเนิน ดำรงค์ สิริสูงเนิน และชีวี เชื้อมาก (2554) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นค่าเฉลี่ย BMI และ รอบเอว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ และการศึกษาของปาริฉัตร พงษ์หารและคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร พบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และรอบเอวของกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4, 8 และ 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .001$ และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

2.3 ตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมีประกอบด้วยระดับ FBS, CHOL, HDL, LDL และTG ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงและเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับ FBS, CHOL, LDL และTG ก่อนและ

หลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ เนื่องจากในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีการให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทักษะในการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารตามแนวทางโภชนาการ การคำนวณแคลอรี การลดเลือกและการออกกำลังกาย ทั้งนี้พบว่า การออกกำลังกายในระดับปานกลางจนถึงหนักวันละ 30 นาที ด้วยความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์จะช่วยเพิ่มระดับ HDL ลด LDL และ TG (Hoffman, Sheldahl, Kraemer, 1998) และการออกกำลังกายยังเป็นการกระจายความเครียดทุกอวัยวะส่วนอื่นจะส่งผลช่วยป้องกันไม่ให้อวัยวะใดอวัยวะหนึ่งชำรุดสึกหรอเร็วเกินไป (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548) และยังช่วยลดความเครียดจากการเพิ่มระดับสารเอ็นดอร์ฟิน (endorphin) จากสมอง ซึ่งมีผลต่อการผ่อนคลายอารมณ์อีกด้วยส่งผลให้ตัวชี้วัดทางเคมีของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นยกเว้นในส่วน HDL ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการควบคุมอาหารและมีการออกกำลังกายมากขึ้นแต่ ระดับ HDL นั้นจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาที่นานพอที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมาย มีผลให้พฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกายและตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมีดีขึ้น

3. ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.46$) เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งกันและกันพร้อมทั้งยังช่วยให้ได้ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยตลอดจนเหมาะสมกับตนเองที่จะนำไปใช้และในโปรแกรมครั้งนี้ใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่เข้าถึงง่ายทั้งทาง face book และ Line ตลอดจนเสนอตัวแบบที่เหมาะสมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และมีการ feed back ข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในส่วนของตัวชี้วัดทางร่างกายและตัวชี้วัดทางชีวเคมี รวมทั้งมีการเสริมแรงจึงส่งผลให้ผู้เข้าร่วมมีความพึงพอใจ

9. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากผลการวิจัยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ (3-Self) ทำให้คณาจารย์และบุคลากร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกายและตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมีดีขึ้น ดังนั้น สามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกายและตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมีในคณาจารย์และบุคลากรในคณะอื่นๆรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงอื่นๆในมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

1.2 การนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ ควรมีศึกษาเทคนิคที่ใช้ในการจัดกิจกรรมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึกและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้เข้าโปรแกรมได้ตระหนักและมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.2 ควรมีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะยาวเพื่อติดตามดูความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพ 3-Self และค่าตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกายและทางเคมี

10. บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย.

ค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2557 จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/ghq/asheet.asp?qid=3>.

ณัฐวุฒิ กิจรุ่งเรืองและคณะ. (2545). ผู้เรียนเป็นสำคัญและการเขียนแผนการจัดการเรียนรู้ของครูมืออาชีพ.

กรุงเทพฯ: สถาพรบุ๊คส์.

- ธนวรรธน์ อัมสมบุรณ์. 2546. **พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. เอกสารการ สอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข. หน่วยที่ 1-8. มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัทประชุมช่างจากัด, กรุงเทพฯ.
- นนทรี สัจจาธรรม และ ณัฐินี พงศ์ไพฑูรย์สิน (มปป.).(2556). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพและการใช้บริการสาธารณสุขของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนนทบุรี**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ปาริฉัตร พงษ์หาร และคณะ (2554). **ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกัน กลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข**. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2554.
- มงคล การุณงามพรรณ สุดารัตน์ สุวารี และนันทนา น้ำฝน. (2555). **พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของ คนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่: กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทรกรุงเทพฯ วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์ 51ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2555**.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต**. ปทุมธานี:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิชัย เอกพลากร. (2548). **การศึกษาพัฒนาดัชนีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน**. (diabetesriskscore). สืบค้นวันที่ 13 มกราคม 2558 เข้าถึงจาก จาก http://www.hiso.or.th/hiso/teachnology_1_1.php.
- สุรินทร์ สีระสูงเนิน ดำรงค์ สีระสูงเนิน และชีวี เชื้อมาก. (2554). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก. 3 อ แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษา: ตำบลหนองชัยศรีอำเภอหนองหงส์จังหวัด บุรีรัมย์**. สืบค้นวันที่ 11 พ.ค.2559 เข้าถึงได้จาก http://203.157.162.13/~nonghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R_2555/2555_Surin.pdf.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2552). **การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ด้วยหลัก PROMISE Model**. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- เอกบุญ ผักไผ่พวง และรักใจ บุญระดม. (2545). **ประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ บุคลากรที่ดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสังกัด สำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดจันทบุรี**. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 25(1), 11-18
- Anderson. & et al. (2008). **A Two Years Clinical Lifestyle intervention Program of Weight Lossin Obesity**. Retrieved August 5, 2013 from http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC_2596731.
- Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action : A social cognitive Theory** Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall
- Bandura, Albert; Cervone, Daniel. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. **Journal of Personality and Social Psychology**, Vol 45(5), Nov 1983, 1017-1028.
- Carebear Samitivej .(2559). **ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดเบาหวาน**. Retrieved 11 พ.ค. 2559 form https://www.facebook.com/notes/drcarebear-/1820_22605164145/
- Hoffman, M.D., Sheldahl, L.M. & Kraemer, W.J. (1998). **Therapeutic exercise**.In Delisa. JA, Gans BM.Editors. Rehabilitation Medicine: principle and practice. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Roam.
- Kasl, S. and Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role **Behavior.Arch Environ Health**. 12. February.

Nemet., Barkn, Epstein et al. (2005). Short-and Long-Term Beneficial Effects of Combined Dietary-Behavioral-Physical Activity Intervention for the treatment of Childhood obesity *Pediatrics*. 115:e443-e449.

Schunk, D. H., & Zimmerman, B. J. (1997). Social origins of self-regulatory competence. *Educational Psychologist*, 32(4), 195-208.

11. คำขอบคุณ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหงที่เป็นแรงบันดาลใจให้มีการศึกษาในพฤติกรรมสุขภาพวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นางเตือนใจ ห่วงสายทอง นางอุบล สุทธิเนียม และ ดร.จิตติวิสุทธิ์ วิมุตติปัญญา ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในการวิจัยและขอบคุณ คณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยาทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัย ทำนี้ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ที่สนับสนุนให้ทุนอุดหนุนการวิจัยครั้งนี้ จนการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี