

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและผลการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

##### 1. วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.1 ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

1.2 เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดย

1.2.1 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ (3S) ของคณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ที่เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างสุขภาพก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล

1.2.2 เปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาพทางด้านร่างกายของคณาจารย์และบุคลากรคณะครุศาสตร์ที่เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างสุขภาพก่อนการทดลองหลังการทดลองและหลังการติดตามผล

1.2.3 เปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาพทางเคมีของคณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ที่เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างสุขภาพก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

1.3 เพื่อศึกษาความพึงพอใจของคณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ที่เข้าร่วมโครงการเสริมสร้างสุขภาพ

##### 2. สมมติฐานในการวิจัย

2.1 อาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ ที่เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ (3S) สูงขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.2 ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกายของอาจารย์ บุคลากร คณะครุศาสตร์ ที่เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมและหลังการติดตามผลดีขึ้น

2.3 ตัวชี้วัดสุขภาพทางเคมีของอาจารย์ บุคลากร คณะครู ศาสตราจารย์ที่เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้น

2.4 ความพึงพอใจของอาจารย์ บุคลากร คณะครู ศาสตราจารย์ที่เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก

### 3.ขอบเขตของการวิจัย

3.1 ประชากรในการวิจัย ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ คณาจารย์และบุคลากร คณะครู ศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 180 คน

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม

3.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ คณาจารย์และบุคลากร คณะครู ศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา กำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของเครซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน วีรวิทย์เอกะกุล, 2543) ยอมรับให้โอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 123 คน เก็บจริง 130 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างตามที่ Nemet & et. al.(2005) แนะนำว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย 11 คน ต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักและ 18 คนต่อกลุ่มเพื่อพบการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และที่ระดับอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 95%และเพื่อให้ครอบคลุมต่อการค้นพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความเฉลี่ยของการสูญหายร้อยละ 20 (วนิชา กิจวรพัฒน์ และคณะ ,2547 และ Anderson & et al,2008) และเพื่อป้องกันการสูญหาย(drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (drop out) ระหว่างดำเนินการทดลอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ในการศึกษาทั้งหมดจำนวน 22 คน โดยคัดกรองอาจารย์ บุคลากร คณะครู ศาสตราจารย์ที่มีคุณสมบัติเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1.เป็นอาจารย์หรือบุคลากรของคณะครุศาสตร์ มรภ.บ้าน  
สมเด็จพระเจ้าพระยา

2.ร่วมตอบแบบสอบถามในโครงวิจัยในระยะที่ 1

3.สามารถร่วมกิจกรรมตามโครงการได้ครบ 5 ครั้ง

4.ให้ความร่วมมือในการตรวจเคมีในเลือด

5.ทำแบบประเมิน 3S และแบบวัดความพึงพอใจก่อนและ  
หลังเข้าร่วมกิจกรรมสร้าง

เสริมพฤติกรรมสุขภาพ และมีการติดตามประเมินผลหลังร่วมกิจกรรม

#### 4.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

4.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้พฤติกรรมการ  
ปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ  
6 ด้านของ เพนเดอร์ (Pender et al., 2006) และศึกษาจากแบบวัด  
วิถีการดำเนินชีวิต เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ-II ฉบับภาษาไทย (Health-  
Promoting Lifestyle Profile II) ซึ่งพัฒนาโดย มงคล การุณ งาม  
พรรณ สดาร์ตน์ สุวารี และนันทนา น้ำฝน (2555)

4.3 แบบประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานซึ่งพัฒนาโดย นพ.  
วิชัย เอกพลากร (2548)

4.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health  
Questionnaire: GHQ-28) (2554)

4.5 แบบบันทึกผลตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก  
ส่วนสูง ค่า BMI เส้นรอบวงเอว แบบบันทึกผลตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมี  
ได้แก่ FBS, Total cholesterol, High density lipoprotein (HDL)  
cholesterol, Low density lipoprotein (LDL) cholesterol,  
Triglyceride

4.6 แบบประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3S ของ  
อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552)

4.7 โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ3S

4.8 เครื่องมือกำกับการทดลองได้แก่ แบบบันทึกการติดตาม  
ตนเอง (สมุดสุขภาพ) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

4.9เครื่องมือวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัด  
ความดันโลหิต สายวัด รอบวงเอว

#### 5.การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการทดลอง  
ขั้นการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง ดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
 2. เสนอโครงร่างวิจัย เพื่อให้คณะกรรมการของสถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจนกระทั่งที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาดำเนินวิจัยได้

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย 5 คน เพื่อทำหน้าที่ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพโดยสร้างสื่อวิดีโอเครือข่าย โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง การใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกผลตัวชี้วัดสุขภาพแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (3S) และแบบสอบถามความพึงพอใจ

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง 22 คน ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยมอบเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และเซ็นชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวรายละเอียดการเข้าร่วมกิจกรรม

## **ขั้นที่ 2 ขั้นการทดลอง**

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยที่มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว มีรายละเอียดดังนี้

### **ก่อนการทดลอง**

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยการประชาสัมพันธ์โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพและเก็บข้อมูลทั่วไปในกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม

### **การดำเนินการทดลอง**

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองเป็นรายกลุ่ม โดยการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การประเมินปัญหา ระยะที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติ และระยะที่ 3 การติดตามผล เพื่อให้อาจารย์ บุคลากรมีความรู้ในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมผ่านสื่อวิดีโอเครือข่ายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 5 ครั้งๆและเก็บข้อมูลหลังการทดลอง 1 ครั้ง

## **ขั้นที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง**

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง 1 ครั้ง ดังนี้  
 ภายหลังกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 12 สัปดาห์ (หลังจบกิจกรรมครั้งที่ 5 ระยะเวลา 2 สัปดาห์) โดยการ

ประเมินสุขภาพทางร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก คำนวณ BMI วัดเส้นรอบวงเอว ระดับความดันโลหิต สอบถามข้อมูลตามแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3S และแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Questionnaire: GHQ-28)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดสุขภาพทางเคมี ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Pairs t-test
4. วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพ 3S และ ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล โดยใช้สถิติ Repeated measure one-way ANOVA

### สรุปผลการวิจัย

#### ระยะที่ 1

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 มี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาโทร้อยละ 61.5 อายุระหว่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 68.46 รายได้พอเพียงร้อยละ 80.5 มีการเคลื่อนไหวไปมาเล็กน้อยร้อยละ 46.9 ไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 90.0 และ 90.8 ตามลำดับ ออกกำลังกายร้อยละ 64.6 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 28.5 มีค่าเส้นรอบวงเอวเกินขนาดร้อยละ 23.8 และค่าดัชนีมวลกายเกินปกติตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 64.6 โดยแยกเป็น 23-27.4 และ  $\geq 27.5$  เป็นร้อยละ 46.9% และ 17.7% ตามลำดับ เส้นรอบวงเอวเกินปกติ ร้อยละ 23.8%

2. พฤติกรรมสุขภาพของคณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.68$ ) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{x}=4.15$ ) รองลงมา ได้แก่ ด้านพัฒนาจิตวิญญาณ ( $\bar{x}=4.00$ ) ด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{x}=3.65$ ) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ( $\bar{x}=3.62$ ) ด้านโภชนาการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.54$ ) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{x}=2.71$ ) อยู่ในระดับปานกลาง

3. อาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ มีระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับสูง (21-30 %) ถึงสูงมาก (มากกว่า 30%) ร้อยละ 23.8 และ ระดับน้อยมาก (น้อยกว่า 5%) น้อย (5-10%) และปานกลาง

(11-20%) และ ระดับสูง ร้อยละ 19.2, 26.9 และ 16.9 ตามลำดับ และ ยังพบว่าช่วงอายุ 21-40 ปี และ 41-68 ปี จะมีระดับความเสี่ยงเบาหวานอยู่ใน ระดับสูง (21-30 %) ถึงสูงมาก (มากกว่า 30%) สัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 22.7 และ 23.8 ตามลำดับ

4. อาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.8 มีปัญหาสุขภาพจิต เพศชายมีสัดส่วนการมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 22.9 และ ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ)

## ระยะที่ 2

2. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังการติดตามผล เมื่อเปรียบเทียบเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้าน จำแนกตาม การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self efficacy), การกำกับตนเอง (Self regulation) และ การดูแลตนเอง (Self care) ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$

- ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$

- ตัวชี้วัดทางเคมีก่อนการทดลอง หลังการทดลองและหลังติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.001$

3. กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{x} = 3.46$ )

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

## ระยะที่ 1

### พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของอาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์โดยรวมอยู่ในระดับมาก แต่ถ้าพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{x} = 2.71$ ) อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการสอบถามคณาจารย์ที่ให้คำตอบซ้ำๆกันในเรื่องเวลาว่าไม่สามารถออกกำลังกายเนื่องจากไม่มีเวลาในการออกกำลังกายเพราะงานที่ทำอยู่ค่อนข้างที่จะต้องใช้เวลามากในการเตรียมการสอน การทำเอกสาร ซึ่งต้องใช้เวลาในการค้นคว้าจาก ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาถ่ายทอดให้นักศึกษา และอาจารย์ส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่าตนเองเห็นความสำคัญของออกกำลังกายแต่ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอเช่นกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ส่วนใหญ่อาจารย์และบุคลากรนั้นเป็นส่วนใหญ่วางแผนกับการเคลื่อนไหวไปมาบ้างเล็กน้อย

ถึงร้อยละ 55 สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลสุขภาพคนไทย ปี 2557 พบว่า คนไทยโดยเฉลี่ยใช้เวลากับกิจกรรมเคลื่อนไหวน้อยเช่น การนั่งๆ นอนๆ ถึงวันละ 13 ชั่วโมงครึ่ง ในขณะที่มีกิจกรรมทางกายรวมทุกประเภทเพียง 2 ชั่วโมงต่อวัน กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายน้อย คือ กลุ่มผู้หญิงที่มีเพียงร้อยละ 62 ที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ นอกจากนี้การออกกำลังกายและเล่นกีฬาของทุกกลุ่มยังอยู่ในระดับต่ำโดยเฉพาะคนในวัยทำงานพบว่าน้อยกว่าร้อยละ 20 ได้เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาและจากการสำรวจในปี 2555 พบว่า ชายไทย และหญิงไทยที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 71.7 และ 62.4 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล การุณงามพรรณ สุดารัตน์ สุวารี และนันทนา น้ำฝน ที่ศึกษาพบว่าคนวัยทำงานนั้นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี แต่เมื่อพิจารณาในรายด้านพบว่าด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดหรือจัดอยู่ในระดับพอใช้ และยังพบว่าร้อยละ 65.80 ไม่สามารถออกกำลังกายตามแผนได้อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 69.20 ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาทีต่อเนื่องได้อย่างสม่ำเสมอและร้อยละ 43.70 ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังเป็นประจำได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของคนไทยในปี 2550 พบว่า มีจำนวนผู้ออกกำลังกายทั้งสิ้น 16.30 ล้านคนและวัยทำงานมีอัตราการออกกำลังกายน้อยที่สุดคือ ร้อยละ 20.40 โดยเหตุผลหลักคือ ไม่มีเวลาและส่วนใหญ่นิยมใช้ชีวิตอยู่ในที่ทำงาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (2551-2552) พบว่า ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เกือบ 1 ใน 5 ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ (ชินนุทัย, ชาย, กฤตยา, เฉลิมพล, กุลวิทย์, ปาณฉัตรและคณะ, 2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีที่พักอาศัยอยู่นอกเขตสาทร ทำให้ต้องใช้เวลามากในการเดินทางมาทำงานและเดินทางกลับบ้านมาก มีเวลาเหลือเพียงสั้นๆ หลังจากเสร็จสิ้นการทำงานในแต่ละวันส่งผลให้มีเวลาในการออกกำลังกายน้อย หรือไม่มีเวลาในการออกกำลังกายให้ครบ 30 นาทีต่อเนื่องและไม่พอที่จะออกกำลังกายครบอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่อาจารย์และบุคลากรพักอยู่ใกล้มหาวิทยาลัย ส่งผลต่อเวลาในการออกกำลังกายเช่นกัน

ด้านโภชนาการอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่สูงนัก ( $\bar{x}=3.54$ ) โดยพบว่า มีการรับประทานอาหารดื่มนม นมถั่วเหลือง หรือรับประทานโยเกิร์ตเป็นประจำ ( $\bar{x}=2.79$ ) และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานจัด ( $\bar{x}=2.64$ ) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด โดยมี

ค่าเฉลี่ยของการรับประทานอาหารเช้า ( $\bar{x}=2.04$ ) กับการรับประทานผักและ/หรือผลไม้หรืออาหารที่ให้กากใยหรือไฟเบอร์สูง ( $\bar{x}=2.07$ ) ต่ำกว่าเรื่องอื่นๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าในช่วงเช้านั้นเป็นเวลารีบเร่งไม่ว่าจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการจราจร การเตรียมการสอน ฯ ส่งผลให้อาจารย์มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารเช้าสอดคล้องกับการศึกษาของปาณบดี เอกะจัมปะกะและนิริศ วัฒนมะโน (2552) พบว่า คนในกรุงเทพมหานครมีสุขนิสัยการรับประทานอาหารเช้าที่เปลี่ยนไป เช่น งดอาหารมื้อเช้ามากกว่าภาคอื่น แต่เป็นที่สังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ยังคงรักษาสุขภาพโดยมีการดื่มนม นมถั่วเหลืองและโยเกิร์ตแทนสอดคล้องกับวิถีชีวิตในสังคมในปัจจุบันที่ต้องเร่งรีบทำให้หลายคนต้องเลือกรับประทานอาหารเช้าที่หาซื้อได้ง่าย สะดวกรวดเร็วและการศึกษาของฐิติกานต์ ยาวิชัย, รัตน์ วิริยะการมงคล และ รำไพรัตน์ จันทร์หอม (2552) พบว่า คนวัยทำงานในกรุงเทพมหานครรับประทานอาหารเช้าจนด่วนเป็นประจำ รวมทั้งวิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาในการปรุงอาหาร ส่วนใหญ่นิยมซื้ออาหารปรุงสำเร็จมาบริโภคมากขึ้นส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมคุณภาพอาหารได้ นอกจากนี้ยังต้องพึ่งอาหารสำเร็จรูปซึ่งมีไขมันสูง สัดส่วนอาหารไม่เหมาะสมและยังไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของอาหารด้วยสอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทย ประจำปี 2557 พบว่า ในปัจจุบันการรับประทานอาหารนอกบ้านและการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานที่บ้านเป็นทางเลือกที่สะดวก หากพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านอาหารของครัวเรือนไทยเปรียบเทียบปี 2545 และ 2555 จะพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูปที่ซื้อมารับประทานที่บ้านมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับข้าว แป้ง และผักที่ใช้สำหรับการปรุงอาหารเองในครัวเรือนมีสัดส่วนลดลง

ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.62$ ) อาจเนื่องจากอาจารย์และบุคลากร มีการศึกษาระดับปริญญาโทและปริญญาเอก (ร้อยละ 87.00) ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้และบริการด้านสุขภาพ และนำมาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเองสอดคล้องกับจรุง วรบุตร (2550) พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ แต่เป็นที่สังเกตว่าในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจประโยชน์และโทษหรือผลข้างเคียงของผลิตภัณฑ์ที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ การอ่านฉลาก ( $\bar{x}=2.17$ ) ต่ำสุด ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าไม่ตระหนักถึงความสำคัญของข้อมูลจากฉลากเพราะตนเองนั้นมีความรู้อยู่แล้ว สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวว่า “ทราบนะว่าน้ำอัดลมไม่ดีแต่ช่วงนี้อากาศร้อนดื่มแล้วชื่นใจ แต่ไม่ได้ดื่มทุกวัน” “ไม่มีเวลาเลยไม่สามารถเตรียมอาหารมาทานเองได้



อาหารจานเดียวไม่มีคุณภาพ แต่ทานแคว้นละมือเดียวเอง คงไม่เป็นไร” “ไม่เคยอ่านส่วนผสมข้างกล่องเลยเพิ่งรู้ะว่านมเปรี้ยวและน้ำผลไม้กล่องนั้นมีน้ำตาลมากและไม่ดีต่อสุขภาพ “ สอดคล้องกับรายงานสุขภาพปี พ.ศ.2557 มีข้อมูลว่าพฤติกรรมในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารและเครื่องดื่มของคนไทย แม้ส่วนใหญ่จะบอกว่าเคยอ่านฉลากโภชนาการ แต่สัดส่วนของผู้ที่คิดว่าตนเองเข้าใจเนื้อหาทั้งหมด และมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องจริงๆเกี่ยวกับความสำคัญของฉลากโภชนาการ หน่วยบริโภค สารอาหารที่ได้รับและความรู้ด้านโภชนาการยังถือว่าต่ำ และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างหลักเลียงในการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้ยาก ( $\bar{x}=2.27$ ) และการปรึกษาแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้รู้เมื่อมีอาการผิดปกติ ( $\bar{x}=2.29$ ) ต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวิชาชีพครูมีข้อจำกัดในเรื่องเวลา เพราะเวลาส่วนใหญ่ใช้ไปจะเป็นเรื่องการจัดการเรียนการสอน และในปัจจุบันการไปพบบุคลากรทางการแพทย์นั้นจะต้องใช้เวลาค่อนข้างมาก ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถไปรับคำปรึกษาได้ และผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมองข้ามในประเด็นการสอบถามผู้อื่นและการหาความรู้ด้านสุขภาพทั้งนี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในด้านเวลาและการที่มีการศึกษาในระดับสูงจึงทำให้สามารถเข้าถึงความรู้และเชื้ตนเองมากกว่าข้อมูลจากผู้อื่น

ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.65$ ) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า จากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของบุคคลในช่วงวัยนี้จะรู้จักควบคุมตนเองได้ดีขึ้น มีอารมณ์มั่นคง มีศักยภาพในการเผชิญความเครียดได้มากขึ้น (จวิ, 2545 อ้างใน สกุนา บุญนรากร, 2551) แม้ว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการกับความเครียดในภาพรวมจะอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าในด้านของการมีอารมณ์ขันหรือมองโลกในแง่ดีมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ( $\bar{x} = 1.83$ ) รองลงมาด้านการหยุดพักทุกครั้งเมื่อรู้สึกเหนื่อยหรือล้าไม่ว่าจะทางกายหรือทางจิตใจ ( $\bar{x} = 2.18$ ) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมสันทนาการหรือชมรมต่างๆ ( $\bar{x} = 2.33$ ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าอาชีพครูอาจารย์เป็นอาชีพที่สังคมคาดหวังว่าจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีเป็นที่เคารพและน่าเชื่อถือ สอดคล้องกับพิมพ์อร สดเอี่ยม (2540) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ผู้เรียนประสบความสำเร็จในการเรียน ประการหนึ่งทีนอกเหนือจากความสนใจและความตั้งใจของผู้เรียน คือ การมีคุณาจารย์ที่ทรงคุณวุฒิและมีคุณภาพอันถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาการอุดมศึกษา ดังนั้นอาจารย์ที่มีคุณภาพจึงเป็นส่วนสำคัญในการสร้างคุณภาพให้แก่ผู้เรียน ซึ่งส่งผลให้อาจารย์ต้องทำหน้าที่ของตนเองในเรื่องการจัดการเรียนการสอนส่งผลให้ไม่สามารถที่จะหาเวลาส่วนตัว

ในการทำกิจกรรมเพื่อผ่อนคลายหรือหยุดพักได้หากการจัดการเรียนการสอนยังไม่เสร็จหรือไม่เป็นไปตามที่ตั้งใจ

ด้านพัฒนาจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.00$ ) ทั้งนี้เนื่องจาก อาชีพครู/อาจารย์เป็นอาชีพที่มีเกียรติและเป็นอาชีพที่คอยให้การดูแล และช่วยเหลือศิษย์อยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นจรรยาบรรณวิชาชีพที่ครูทุกคน ยึดไว้เป็นแนวปฏิบัติและสิ่งนี้เองเป็นสิ่งสนับสนุนให้ครูทุกคนมีความ ภาคภูมิใจในวิชาชีพและตนเอง (ราชกิจจานุเบกษา ข้อบังคับคุรุสภาว่า ด้วยจรรยาบรรณของวิชาชีพ พ.ศ. 2556) นอกจากนี้อาชีพครู/อาจารย์ เป็นอาชีพหนึ่งที่มีความมั่นคงในปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต จึง แสวงหาความต้องการจำเป็นในขั้นที่สูงขึ้นเพื่อให้เกิดความงอกงามใน จิตใจตน โดยความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้อื่นในการปฏิบัติสิ่งที่ดีงาม มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อคนอื่นและทำความดีโดยไม่หวังผลตอบแทน ใดๆ เพียงแต่คำนึงถึงความสบายใจ (สภานา บณุนรกร., 2551)

ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.15$ ) ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นครู อาจารย์และบุคลากรทางการศึกษาที่ต้อง ทำงานพบปะลูกศิษย์อยู่ตลอดเวลา และตามจรรยาบรรณผู้ประกอบ วิชาชีพทางการศึกษา ต้องรัก เมตตา เอาใจใส่ ช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้ กำลังใจแก่ศิษย์ และผู้รับบริการ ตามบทบาทหน้าที่โดยเสมอหน้า (ราช กิจจานุเบกษาข้อบังคับคุรุสภา ว่าด้วยจรรยาบรรณของวิชาชีพ พ.ศ. 2556) ครูจึงจำเป็นต้องมีทักษะด้านการรักษาสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เพื่อที่จะให้การช่วยเหลือลูกศิษย์ได้อย่างเต็มที่ส่งผลให้ครูรับรู้ถึง ประโยชน์ของตนเองที่มีต่อสังคมมีความสุขกับกิจกรรมใน ชีวิตประจำวันซึ่งเป็นลักษณะที่เอื้อต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

### ความเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวาน

พบว่า อาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ มีระดับความเสี่ยง เบาหวานอยู่ในระดับสูง (21-30 %) ถึงสูงมาก (มากกว่า30%) ร้อย 23.8 และยังพบว่าช่วงอายุ 21-40 ปีและ41-68 ปี จะมีระดับความเสี่ยง เบาหวานอยู่ในระดับสูง (21-30 %) ถึงสูงมาก (มากกว่า30%) สัดส่วน ไกล่เคียงกันร้อยละ22.7และ 23.8 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเส้นรอบวงเอวเกินขนาดร้อยละ 23.8 และค่าดัชนีมวล กายเกินปกติตั้งแต่ 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 64.6 มีความ สอดคล้องกับ รายงานสุขภาพคนไทยในปี 2558 ที่วิเคราะห์ข้อมูลความ ชุกของโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง หัวใจ และข้อเข่าเสื่อมในคนไทย เมื่อปี 2552 เห็นได้ชัดเจนว่า คนไทยที่อ้วน ( $BMI \geq 30$  กก./เมตร<sup>2</sup>) มี แนวโน้มที่จะเป็นโรคและมีอาการดังที่กล่าวมามากกว่าคนที่มิอ้วนนัก เหมาะสมถึง 2-3 เท่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานทั้งหมด 1 ใน 4 ของ

ผู้ป่วยชาย และกว่าครึ่งของผู้ป่วยหญิง มีสาเหตุหลักมาจากโรคอ้วน ซึ่งนับว่าสูงมากและยังสอดคล้องกับสถิติการตรวจร่างกายในงาน มหา นครปลอดเบาหวาน พบว่า ในจำนวนผู้ที่มาร่วมกิจกรรม 8,862 คน มีเพียง ร้อยละ 1.70 ทราบมาก่อนว่าตนเองเป็นเบาหวาน แต่เมื่อได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือด พบว่า ร้อยละ 12.30 พบระดับน้ำตาลในเลือด เริ่มสูงกว่าปกติแล้ว (เทพ หิมะทองคำ, 2552 อ้างอิงจาก มงคล การุณ งามพวรรณ และคณะ, 2555) Carebear Samitivej (2559) กล่าวว่า ตลอดชีวิตของบุคคลจะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ โดยในผู้ชายมีความเสี่ยงประมาณ 33% ในผู้หญิงมีความเสี่ยงน้อยกว่าเล็กน้อย ประมาณ 29% และจากการวิจัย Framingham study พบว่า ใน 30 ปีที่ผ่านมาจำนวนคนที่ป่วยเป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า บางวิจัยบอกว่าถึง 4 เท่า

### ภาวะสุขภาพจิต

พบว่า อาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์ มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 13.8 มีปัญหาสุขภาพจิต เพศชายมีสัดส่วนการมีสุขภาพจิตสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 22.9 และ ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ) ในส่วนของอาจารย์ ในมหาวิทยาลัย เป็นงานในตำแหน่งที่ต้องเกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลที่หลากหลาย ได้แก่ นักศึกษา กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้บังคับบัญชาและหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย และการทำงานในปัจจุบันนั้นต้องทำงานภายใต้เป้าหมายที่กำหนดเป็นภาระงาน เป็นตัวชี้วัด และยังมีปัจจัยภายนอกที่เข้ามาคุกคาม เช่น นโยบายระดับประเทศ นโยบายของการเมือง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อบุคคลให้เกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเพศชายที่ต้องเป็นหัวหน้าครอบครัว จึงมีภาระในด้านต่างๆ ที่มากขึ้น เช่น ค่าใช้จ่าย ความคาดหวัง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ล้วนแต่ส่งผลให้เกิดความเครียด และสอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทย ปี 2556 กล่าวว่า แม้สุขภาพกายจะดีขึ้นในหลายด้านสุขภาพจิตกลับเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้น ซึ่งความผิดปกติทางจิต และอารมณ์ รวมทั้งอาการเครียดหรือความแปรปรวนทางจิตใจของคนไทยมีเพิ่มสูงขึ้นในรอบ 10 ปี ด้วยปัญหาดังกล่าว จำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นจาก 138 คนต่อประชากรแสนคน ในปี 2546 เป็น 218 คน และในปี 2554 อัตราผู้ป่วยทางจิตเพิ่มขึ้น ซึ่งมีสาเหตุ 2 ประการ คือ 1) จำนวนผู้มีปัญหาทางจิตใจในประเทศเพิ่มสูงขึ้น และ 2) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพจิตได้มากขึ้น

### ระยะที่ 2

2. พฤติกรรมสุขภาพ (3S) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างสุขภาพแล้วมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1 พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของคณาจารย์ และบุคลากร ที่เข้โปรแกรมให้มสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งนี้เป้นเพราะว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการกระทำที่ส่งเสริมให้บุคคลมีชีวิตอยู่มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีเช่นกัน โดยบุคคลเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดผลที่ดีต่อตน โดยจะต้องทราบว่เมื่อทำกิจกรรมนั้นแล้วจะเกิดประโยชน์ต่อตนอย่างไร ซึ่งโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพนี้จะเน้นให้การขอเท็จจริงในการดูแลสุขภาพ มีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยมีการสื่อสารทาง face book “คนรักสุขภาพ” และ line “คนรักสุขภาพ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการให้ตัวแบบเป็นวิดีโอสาริตเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปศึกษาได้ตลอดเวลา และมีการกำกับตนเองโดยให้มีการบันทึกกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพในสมุดสุขภาพ มีการเสริมแรงจูงใจด้วยแรงจูงใจภายนอกโดยมีการให้ของรางวัลกับผู้ที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการแลกเปลี่ยนและหรือเป็นที่ปรึกษาเรื่องสุขภาพโดยกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้ามาปรึกษาทั้งใน line , face book “คนรักสุขภาพ” และกับผู้วิจัยโดยตรงโดยสามารถนัดหมายล่วงหน้าได้สอดคล้องกับ ผจกสุข เนียมประดิษฐ์ และ จันทรชลิ มาพุทธ (2555) ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับนิสิตมหาวิทยาลัยในภาคตะวันออก พบว่า รูปแบบของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมประกอบด้วย 11 กิจกรรมดังนี้ 1) การฝึกอบรม 2) การกำกับพฤติกรรมโดยใช้แบบบันทึก 3) การสาริตโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ 4) การฝึกปฏิบัติ 5) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่งเสริมสุขภาพ 6) การประกวดแข่งขัน 7) การ ตรวจสมรรถภาพทางกายสม่ำเสมอ 8) การให้ความรู้ต่อยอด 9) การสร้างต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพ 10) การ สร้างความสนใจและการมีส่วนร่วม 11) การสร้างเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพและการประเมินผลการใช้รูปแบบพบว่าสุขภาพกายและจิตหลังการทดลองใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการทดลองอ้างตนา อินทรกำแหง (2552) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self ไดแก่ การรับรู้ความสามารถของตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การกำกับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้เข้ารวมโครงการ ผลการศึกษา พบว่ ภายหลังกการเข้ารวมโครงการผู้เข้ารวมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพ 3-Self สูงกว่าก่อนเข้ารวมโครงการอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ด้วยตนเองซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้นเป็นตัวกำหนดให้เขาตั้งใจความพยายามมากเท่าไรและตั้งใจความพยายามในการเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ และการที่บุคคลกระทำอย่างเต็มที่ตลอดเวลาเขาก็มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จสูง (Bandura; & Cervone. 1983) โดยเฉพาะในด้านพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้เมื่อบุคคลมีการกำกับพฤติกรรมตนเองโดยการตั้งเป้าหมาย สุขภาพของตนเองพร้อมกับการลงนามพร้อมๆ ไปด้วยเพื่อรับรอง และการบันทึกลงในสมุดสุขภาพ ประกอบกับนำความรู้ที่ได้จากกิจกรรมไปปรับใช้ให้เข้ากับตนเอง คือ ควบคุมอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียด ย่อมจะส่งผลมาที่พฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งนี้ เป็นเพราะว่าอาจารย์ที่สอนในระดับอุดมศึกษาเป็นผู้ให้การศึกษาริเริ่มทั้งในด้านวิชาการและประสบการณ์ การที่อาจารย์จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดีได้นั้น อาจารย์ต้องมีชีวิตที่มีความสุข ทั้งในด้านปัจจัยของการดำรงชีวิต สภาวะสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและทำงานอย่างมีความสุข สอดคล้องกับ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2552) ที่กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ ต้องมีการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน

ส่วนตัวแปรการกำกับตนเอง (self-regulation) พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงไปตามโปรแกรมและระยะเวลาการในทดลองซึ่งเปลี่ยนไปตามแนวคิดของ Schunk; & Zimmerman (1997 อ้างอิงจาก กนิษฐา จันทรฉาย, 2549) ที่กล่าวว่า การกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่กระตุ้นและสนับสนุนต่อความรู้ ความเข้าใจ พฤติกรรมและความพอใจเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ในที่สุดที่มีการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) ด้วยการกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายหรือกำหนดเกณฑ์ในการแสดงพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง การเตือนตนเอง (Selfmonitoring) และการใช้กลวิธีในการตั้งเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการติดตามผลทั้งในด้านพฤติกรรม ด้านความรู้ ความเข้าใจและด้านแรงจูงใจของตนเองจะส่งผลให้บรรลุถึงสิ่งที่มุ่งหวังได้ ด้วยตนเอง (ชินะพัฒน์ ชื่นเดช, 2542: 15)

สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา มะโนน้อม (2552) ที่ใช้เทคนิคการกำกับตนเองโดยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยมีการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติออกกำลังกายด้วยยางยืด การควบคุมอาหารด้วยธงโภชนาการ และให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตนเองในเรื่อง การบริหารร่างกายด้วยยางยืด การควบคุมปริมาณอาหาร เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ภายหลังการทดลองพบว่าผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานของกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยยางยืด และพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ Bandura (1986) ได้กล่าวว่า บุคคลมีความสามารถที่จะควบคุมความคิด ความรู้สึก การตั้งใจและการกระทำของตนเอง จากการประเมินผลของการกระทำนั้น ๆ ด้วยตนเอง ซึ่งความสามารถนี้เรียกว่า การกำกับตนเองโดยกระบวนการนี้ ต้องอาศัยการฝึกฝนตนเอง อันประกอบไปด้วยกระบวนการ การสังเกตตนเอง การตัดสินตนเองและการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (สุปรียา ตันสกุล, 2546) เพราะมนุษย์ทุกคนล้วนต้องการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ดังนั้นแนวทางการกำกับตนเองก็คือ การนำเอาหลักความเป็นจริงในเรื่องจิตวิทยาของมนุษย์หรือการเข้าใจในตัวบุคคลมาประยุกต์ ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมมาเป็นส่วนที่สนับสนุนและผลักดันให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (รจิรา ดวงสงค์, 2548)

และตัวแปรการดูแลตนเอง (self care) ในงานวิจัยครั้งนี้ได้มีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตเหมาะสมกับความสามารถและความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยให้มีส่วนร่วมและลงมือปฏิบัติจริงทุกขั้นตอน เช่น การคำนวณแคลอรี การวัดรอบเอว ฯ จนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองได้ปฏิบัติจริง (วัฒนาพร ระเบียบทุกข. 2542: 11) และการปฏิบัติจนคนพบข้อควรรู้และวิธีการปฏิบัติด้วยตนเอง หรือจากแหล่งเรียนรู้ที่หลากหลายที่แสวงหาเองจนสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ต่อเนื่อง (ณัฐวิภา กิจรุ่งเรือง และคณะ, 2545: 10) ส่งผลต่อพฤติกรรม

3 - Self มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นทั้งระยะสิ้นสุดการทดลองทันทีและหลังการติดตามผล

2.2 ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย พบว่าเมื่อเปรียบเทียบเวลาที่เปลี่ยนแปลงไปพบว่าตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก ดัชนีมวลกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $F=4.637$ ,  $5.436$ ) และเส้นรอบวงเอวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .

001 ( $F=5.355$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้นำแนวคิด 3-Self ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในตนเอง (self efficacy) การกำกับตนเอง (self regulation) การดูแลตนเอง (self care) มาเป็นกรอบในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของคณาจารย์และบุคลากร โดยใช้การสื่อสารทาง face book “คนรักสุขภาพ” และ line “คนรักสุขภาพ” มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการให้ตัวแบบเป็นวิดีโอสาริตเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงได้ง่ายและสามารถนำไปศึกษาได้ตลอดเวลา และมีการกำกับตนเองโดยให้มีการบันทึกกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับสุขภาพในสมุดสุขภาพ และมีการเสริมแรงใจด้วยแรงใจภายนอกโดยมีการให้ของรางวัลกับผู้ที่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้คณาจารย์สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในการควบคุมตนเองได้ สอดคล้องกับ สุรินทร์ สิริสูงเนิน ดำรงค์ สิริสูงเนิน และชีวี เชื้อมาก (2554) ที่ศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. แบบพอเพียงด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น ค่าเฉลี่ย BMI และ รอบเอว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p .05$ ) สอดคล้องกับกองการแพทย์ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข (2551) ที่กล่าวว่า ผู้ที่ต้องการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งแม้อาหารจะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ แต่อาหารก็เป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการของโภชนาการเพื่อสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญ ความเข้าใจอย่างถูกต้องในหลักการของอาหารส่งเสริมสุขภาพ ทำให้ผู้บริโภคเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารทำให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นจนส่งผลให้น้ำหนัก เส้นรอบวงเอว และค่าดัชนีมวลกายลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของสุทธิวรรณ ปรีชา และจิราภรณ์ ชันโททอง (2551) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยการให้ความรู้ด้านสุขภาพและการฝึกปฏิบัติการทำกิจกรรมเพื่อลดการสะสมของพลังงานการกำหนดกิจกรรมรูปแบบการออกกำลังกายและกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสุขภาพหลังการออกกำลังกายเป็นเวลา 3 เดือนพบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีน้ำหนักดัชนีมวลกายและรอบเอวลดลงการศึกษาของปาริฉัตร พงษ์หารและคณะ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชรแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คนโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามปกติกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ประกอบด้วย 5 กิจกรรมได้แก่ 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่ม

อาการอ้วนลงพุง 2)การบันทึกรายการอาหารวิธีการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวและรอบเอว 3)การส่งเสริมสมรรถนะด้านการออกกำลังกาย 4) ครอบครัวยุติและเพื่อนซึ่งชวนลดพุงและ5)วิทยุชุมชนสื่อสารสร้างสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย และรอบเอวของกลุ่มทดลองก่อนการทดลองหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ 8 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p < .001$ )

2.3 ตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมี ประกอบด้วย ระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) โคเลสเตอรอล(Chol) HDL,LDL และไตรกลีเซอไรด์ (Tri) ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด โคเลสเตอรอล(Chol) ,LDL และไตรกลีเซอไรด์ (Tri) ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากในโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีการให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทักษะในการจัดการตนเองด้านการควบคุมอาหารตามแนวทางธงโภชนาการ การคำนวณแคลลอรี่ การฉลาดเลือก และการออกกำลังกายที่ประกอบไปด้วยไม้พลองป่าบุญมี ยางยืด การผ่อนคลาย และการจัดการความเครียดที่ใช้กิจกรรมหัวเราะบำบัด กำหนดลมหายใจ และการคิดบวก โดยด้านการควบคุมอาหารเน้นการบริโภคอาหารให้ได้สารอาหารอย่างสมดุลและเพียงพอ ควบคุมปริมาณพลังงานและสัดส่วนอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ลดการบริโภคอาหารที่เพิ่มระดับโคเลสเตอรอล ได้แก่ อาหารที่มีโคเลสเตอรอล และกรดไขมันชนิดอิ่มตัว (Saturated fatty acid) เช่น ไขมันจากเนื้อสัตว์ น้ำมันปาล์ม อีกทั้งเพิ่มการบริโภคอาหารที่ช่วยลด LDL และบริโภคกากเส้นใยอาหารเพิ่มขึ้น ซึ่งมีมากในอาหารประเภทธัญพืชที่ไม่ขัดสี ผักผลไม้และเมล็ดถั่ว ตลอดจนหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน และเค็มจัด ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทั้งนี้พบว่าการออกกำลังกาย ในระดับปานกลางจนถึงหนักวันละ 30 นาที ด้วยความถี่ 3 -5 ครั้งต่อสัปดาห์ จะช่วยเพิ่มระดับ HDL ลด LDLและไตรกลีเซอไรด์ (Hoffman, Sheldahl, Kraemer,1998) และการออกกำลังกายช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ซึ่งจะทำให้กล้ามเนื้อมีความสามารถในการจับน้ำตาล ไปใช้ได้ดี ลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ขยายหลอดเลือดและช่วยให้ระบบการไหลเวียนเลือดดีขึ้น (American Diabetes Association,2007)และการออกกำลังกายยังเป็นการกระจายความเครียดทุกอวัยวะทุกส่วน อันจะส่งผลช่วยป้องกันไม่ให้อวัยวะใดอวัยวะหนึ่งชำรุดสึกหรอเร็วเกินไป (มรรยาท รุจิวิทย์,2548) และยังช่วย



ลดความเครียดจากการเพิ่มระดับสารเอ็นดอร์ฟิน(endorphin)จากสมอง ซึ่งมีผลต่อการผ่อนคลายอารมณ์อีกด้วย ส่วนด้านการจัดการความเครียดมีการใช้กิจกรรมหัวเราะบำบัด ที่ผสมผสานการควบคุมการหายใจ การเปล่งเสียง และการบริหารร่างกายไปพร้อมกัน ซึ่งการหัวเราะจะช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์ประสาทสมองส่วนพรีฟรอนทอลคอร์เทกซ์ (prefrontal cortex) บริเวณสมองส่วนหน้าซึ่งทำให้เกิดการหลั่งของสารเอ็นดอร์ฟิน(endorphin) ส่งผลทำให้อารมณ์ดี มีอารมณ์ขันสมองก็จะมีการถูกกระตุ้นให้เพิ่มพื้นที่การประมวลผลความคิดในเชิงบวกและสร้างสรรค์มีผลทำให้ร่างกายและจิตใจได้รับการบำบัดและฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว และการหัวเราะบำบัดช่วยให้อวัยวะส่วนท้องมีการเคลื่อนไหว ทำให้ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานดีขึ้น ป้องกันโรคอ้วนได้ (DMH staffs, 2007) สอดคล้องกับ พรฤทธิ์ทิพย์ธราดล (2552), สมชาย ลีทองอิน, นวลศรีวิจารณ์, และอำนาจ ภูภักทรพงศ์ (2548) ที่พบว่า การกำหนดลมหายใจ โดยฝึกการหายใจช้าๆ ลึกๆ ใช้กล้ามเนื้อกะบังลมบริเวณท้อง จะช่วยให้ร่างกายได้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ลำไส้ด้วย การหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส และการเผาผลาญอาหารสมบูรณ์ขึ้น ส่งผลให้ตัวชี้วัดทางเคมีของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นยกเว้นในส่วนของ HDL ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีการควบคุมอาหาร และมีการออกกำลังกายมากขึ้นแต่ระดับ HDL นั้นจำเป็นใช้ระยะเวลาที่นานพอที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย และตัวชี้วัดสุขภาพทางชีวเคมีดีขึ้น

3.ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คณาจารย์มีความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.46$ ) ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มจะช่วยให้สมาชิกทุกคนได้แลกเปลี่ยนข้อมูลในด้านสุขภาพซึ่งกันและพร้อมทั้งยังช่วยให้ได้ข้อมูลการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยตลอดจนเหมาะสมกันตนเองที่จะไปใช้ และในกิจกรรมครั้งนี้ใช้รูปแบบการติดต่อสื่อสารที่เข้าถึงง่ายทั้งทาง face book และ Line ตลอดจนเสนอตัวแบบที่เหมาะสมให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถนำไปใช้ได้ง่าย และมีการ feed back ข้อมูลด้านสุขภาพรายบุคคลอย่างเป็นรูปธรรมทั้งทั้งในส่วนของตัวชี้วัดทางร่างกายและตัวชี้วัดทางชีวเคมี รวมทั้งมีการเสริมแรง ส่งผลให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมพึงพอใจ

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ (3S) ทำให้คณาจารย์และบุคลากร คณะครุศาสตร์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกาย และตัวชี้วัดสุขภาพทางจิตสังคมดีขึ้น ดังนั้น สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกายและตัวชี้วัดสุขภาพทางจิตสังคมในคณาจารย์และบุคลากรในคณะอื่นๆ รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ในการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ ☐ ผู้ ☐ ที่จะนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 - Self ควรศึกษาเทคนิคที่ใช้ในการจัดกิจกรรมและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้ ☐ ในการบันทึกและติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะเป ☐ นหลักสำคัญที่จะส ☐ งเสริมให้ ☐ ผู้ ☐ ที่เข ☐ าโปรแกรมได้ ☐ ตระหนักและมีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ☐ อย ☐ างถูกต ☐ ่อง รวมทั้งเครื่องมือในการบันทึกจะทำให้ ☐ ผู้ ☐ เข ☐ ารับโปรแกรมมีการประเมินและติดตามผลที่เกิดขึ้นและแก ☐ ป ☐ ัญหาได้ ☐ อย ☐ างถูกต ☐ ่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยมีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ควรมีการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในระยะยาวเพื่อติดตามดูความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพสุขภาพ 3 - Self และค่าตัวชี้วัดสุขภาพทางร่างกายและทางจิต