

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อน และหลังการทดลอง เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ สร้าง โปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ และศึกษาผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ โดยศึกษาเอกสารสรุปผลการตรวจสอบสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ประจำปี 2548 และ เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่มีภาวะ โภชนาการเกินหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 จำนวน 32 คนผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ดังนี้คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัญหาสุขภาพและข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ส่วนที่ 2 ผลการสร้าง โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 ผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสภาพปัญหาสุขภาพ และข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละของสภาพปัญหาสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

		n = 287	
ปัญหาสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
1. ไขมันในเลือด			
คอเลสเตอรอล	ปกติ (50-200 mg%)	162	56.5
	สูงมากกว่าปกติ (> 200 mg%)	125	43.5
ไตรกลีเซอไรด์	ปกติ (<200 mg%)	267	93.0
	สูงมากกว่าปกติ (>200 mg%)	20	7.0
ไขมันดี (HDL)	ปกติ	58	20.2
	ต่ำกว่าปกติ	229	79.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพ	n = 287	
	จำนวน	ร้อยละ
2. ภาวะโภชนาการ		
ค่า BMI < 18.5 (ผอม)	2	0.8
ค่า BMI 18.5-24.9 (ปกติ)	185	72.8
ค่า BMI 25-29.9 (น้ำหนักเกิน)	51	20.1
ค่า BMI >30 (โรคอ้วน)	16	6.3
3. น้ำตาลในเลือด		
ปกติ	271	93.7
สูงกว่าปกติ	16	6.3
4. พฤติกรรมการบริโภค		
เหมาะสม	108	37.5
ไม่เหมาะสม	179	62.5
5. พฤติกรรมการออกกำลังกาย		
เหมาะสม	78	24.2
ไม่เหมาะสม	209	75.8
- ไม่ออกกำลังกาย	65	23.6
- ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์	144	52.2

จากตาราง 4.1 พบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีปัญหาสุขภาพในเรื่องไขมันในเลือดผิดปกติ ชนิดไขมันดี (HDL) ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 79.8 คลอเลสเตอรอล สูงกว่าปกติ ร้อยละ 43.5 ไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่าปกติ ร้อยละ 7.0 ภาวะโภชนาการเกิน หรือค่า BMI 25 - 29 ร้อยละ 20.1 เป็นโรคอ้วนหรือค่า BMI >30 ร้อยละ 6.3 น้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ 6.3 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 62.5 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ร้อยละ 75.8 (ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 52.2 และ ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 23.6)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 ที่สมัครใจใช้โปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยการมีส่วนร่วมจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะงานที่ทำ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n=32)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	30	93.8
ชาย	2	6.2
รวม	32	100.0
อายุ		
20-29 ปี	4	12.5
30-39 ปี	11	34.4
40-49 ปี	15	46.9
50 ปีขึ้นไป	2	6.2
รวม	32	100.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าระดับ ปริญญาตรี	19	59.4
ระดับ ปริญญาตรี	11	34.4
สูงกว่าปริญญาตรี	2	6.2
รวม	32	100.0
ลักษณะการทำงาน		
ไม่ใช้แรงงาน(งานเบา)	24	75.0
ใช้แรงงาน(งานหนัก)	8	25.0
รวม	32	100.0

จากตารางที่ 4.2 พบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่สมัครใจใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 93.8 อายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 46.9 ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 59.4 ลักษณะการทำงานส่วนใหญ่ไม่ใช้แรงงาน(งานเบา) คิดเป็นร้อยละ 75.0

จากตารางที่ 4.3 พบว่าโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ใช้เวลา 1 สัปดาห์เพื่อจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดของการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม แจกคู่มือการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และวิธีการจดบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลองใช้เวลา 8 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติตามคู่มือโดย

2.1 เลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำ เช่น ไขมันต่ำ และอาหารที่ไม่หวาน ตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก กลุ่มอาหารในธงโภชนาการ เคี้ยวเคี้ยวการกิน และการปรุงอาหาร

2.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยเลือกการถีบจักรยานเพื่อลดน้ำหนัก จะต้องคำนึงถึงหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความบ่อย ความหนัก และความนาน ในหนึ่งสัปดาห์จะต้องออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

2.3 การควบคุมติดตามการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์จะนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามการดำเนินกิจกรรม การบริโภคอาหารตามแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายโดยดูจากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหา หรืออุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้แรงสนับสนุนให้เกิดกำลังใจปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนักจนสิ้นสุดโปรแกรม

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนนาที่และความหนักในการถีบจักรยานเพื่อลดน้ำหนัก

สัปดาห์ที่/ เวลา	จันทร์ (นาที่)	พุธ (นาที่)	ศุกร์ (นาที่)	ความหนัก	หมายเหตุ
1	15	20	15	55%	ในแต่ละสัปดาห์คุณ สามารถออกกำลังกาย ได้มากกว่า 3 วัน
2	15	20	30	55%	
3	20	20	30	55%	
4	30	30	30	55-65%	
5	40	30	40	55-65%	
6	40	50	40	55-65%	
7	50	60	50	55-65%	
8	60	60	60	55-65%	

ส่วนที่ 3 ผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ตารางที่ 4.5 แสดงน้ำหนักตัวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

คนที่	น้ำหนักก่อนการใช้โปรแกรม	น้ำหนักหลังการใช้โปรแกรม	ผลต่างของน้ำหนักตัว
1	81.0	79.5	1.5
2	65.4	63.0	2.4
3	61.0	60.0	1.0
4	70.0	68.5	1.5
5	65.0	63.3	1.7
6	82.3	80.5	1.8
7	71.0	69.8	1.2
8	60.0	57.3	2.7
9	58.0	54.3	3.7
10	68.7	65	3.7
11	66.0	65.2	0.8
12	87.0	85.0	2.0
13	72.0	70.0	2.0
14	105.0	103.0	2.0
15	65.0	64.0	1.0
16	68.7	66.5	2.2
17	71.9	67.3	4.6
18	83.3	80.5	2.8
19	70.0	69.5	0.5
20	73.5	72.3	1.2
21	76.0	74.5	1.5
22	63.9	62.3	1.6

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

คนที่	น้ำหนักก่อนการใช้โปรแกรม	น้ำหนักหลังการใช้โปรแกรม	ผลต่างของน้ำหนักตัว
23	80.9	79.5	1.4
24	77.4	76.5	0.9
25	63.0	60.5	2.5
26	68.0	65.3	2.7
27	65.0	60.5	4.5
28	65.0	61.9	3.1
29	67.0	62.0	5.0
30	66.5	62.5	4.0
31	65.0	62.0	3.0
32	61.5	59.0	2.5
รวม	2264.0	2191.0	73.0
เฉลี่ย	70.8	68.5	2.3

จากตารางที่ 4.5 พบว่าน้ำหนักตัวของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีน้ำหนักสูงสุด 105 กิโลกรัม มีน้ำหนักต่ำสุด 58 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.8 กิโลกรัม และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมแล้ว มีน้ำหนักสูงสุด 103 กิโลกรัม มีน้ำหนักต่ำสุด 54.3 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.5 กิโลกรัม ผลต่างของน้ำหนักหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ลดลงจากเดิมสูงสุด 5.0 กิโลกรัม ลดลงต่ำสุด 0.5 กิโลกรัม ลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 2.3 กิโลกรัม

ตารางที่ 4.6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

น้ำหนัก	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	70.5	9.9	5.7	31	0.00
หลังการใช้โปรแกรม	68.5	9.9			

จากตารางที่ 4.6 พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 70.5 และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 68.5 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของน้ำหนักก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติด้วย dependent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ของน้ำหนักก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

คนที่	BMIก่อนการใช้โปรแกรม	BMIหลังการใช้โปรแกรม	ผลต่างของ BMI
1	32.4	31.8	0.6
2	27.9	26.9	1.0
3	25.8	25.8	0.0
4	26.7	26.1	0.6
5	26.7	26.0	0.7
6	34.7	33.9	0.8
7	30.7	29.8	0.9
8	29.4	28.1	1.3
9	26.9	25.2	1.7
10	27.0	25.5	1.5
11	29.8	29.4	0.5
12	27.6	27.0	0.6
13	28.1	27.3	0.8
14	38.3	37.6	0.7
15	27.8	27.3	0.5
16	26.4	25.5	0.9
17	27.7	25.9	1.8
18	34.2	33.1	1.1
19	26.1	25.8	0.3
20	30.6	30.0	0.6
21	31.2	30.6	0.6
22	28.4	27.7	0.7
23	31.5	31.0	0.5
24	31.0	30.6	0.4

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

คนที่	BMIก่อนใช้โปรแกรม	BMIหลังใช้โปรแกรม	ผลต่างของ BMI
25	28.0	26.9	1.1
26	27.2	26.1	1.1
27	26.0	24.2	1.8
28	25.8	24.2	1.6
29	25.8	23.9	1.9
30	27.3	25.7	1.6
31	25.4	24.6	0.8
32	25.6	24.6	1.0
รวม	918.2	888.3	29.9
เฉลี่ย	28.7	27.8	0.9

จากตารางที่ 4.7 พบว่าค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าดัชนีมวลกาย สูงสุด 34.2 มีค่าดัชนีมวลกายต่ำสุด 25.4 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.7 และหลังจากการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าดัชนีมวลกาย สูงสุด 33.9 มีค่าดัชนีมวลกาย ต่ำสุด 23.9 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.8 ผลต่างของค่าดัชนีมวลกาย หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ลดลงจากเดิมสูงสุด 1.9 ลดลง ต่ำสุด 0.3 ลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 0.9

ตารางที่ 4.8 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ค่าดัชนีมวลกาย	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
ก่อนการใช้โปรแกรม	28.7	3.1	10.7	31	0.00
หลังการใช้โปรแกรม	27.8	3.2			

จากตารางที่ 4.8 พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีค่าเท่ากับ 28.7 และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีค่าเท่ากับ 27.8 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ ด้วย dependent t-test พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยการมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($p < .05$)

ตารางที่ 4.9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่ใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมจำแนกตามระยะเวลาก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ระยะเวลา	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย
ก่อนการใช้โปรแกรม	10	4.8
หลังการใช้โปรแกรม		
สัปดาห์ ที่ 1	10	6.5
สัปดาห์ ที่ 2	10	6.8
สัปดาห์ ที่ 3	10	7.2
สัปดาห์ ที่ 4	10	7.5
สัปดาห์ ที่ 5	10	8.0
สัปดาห์ ที่ 6	10	8.4
สัปดาห์ ที่ 7	10	8.8
สัปดาห์ ที่ 8	10	9.5

จากตารางที่ 4.9 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าเท่ากับ 4.8 และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเทียบระยะเวลาดังแต่สัปดาห์ที่ 1 - 8 มีค่าเท่ากับ 6.5 , 6.8 , 7.2 , 7.5 , 8.0 , 8.4 , 8.8 และ 9.5 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อแปลผลค่าคะแนน พบว่าก่อนใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม แต่หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม สัปดาห์ที่ 1 - 4 เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ เริ่มมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และหลังการใช้นานขึ้นสัปดาห์ที่ 5 - 8 เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์มีความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารเป็นอย่างดี มีวิธีการอย่างฉลาดในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมมากขึ้น

ตารางที่ 4.10 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งของพฤติกรรมการออกกำลังกาย
ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่ใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมี
ส่วนร่วมจำแนกตามระยะเวลาก่อนและหลังการใช้โปรแกรม

ระยะเวลา	จำนวนวัน	เฉลี่ยจำนวนครั้งที่ออกกำลังกาย
ก่อนการใช้โปรแกรม	7	2.2
หลังการใช้โปรแกรม		
สัปดาห์ ที่ 1	7	2.3
สัปดาห์ ที่ 2	7	2.6
สัปดาห์ ที่ 3	7	2.9
สัปดาห์ ที่ 4	7	3.3
สัปดาห์ ที่ 5	7	3.6
สัปดาห์ ที่ 6	7	3.7
สัปดาห์ ที่ 7	7	3.8
สัปดาห์ ที่ 8	7	4.1

จากตารางที่ 4.10 พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของพฤติกรรมการออกกำลังกาย (ใน 1 สัปดาห์) ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.2 ครั้ง หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ค่าเฉลี่ยมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 - 8 มีค่าเท่ากับ 2.3 , 2.6 , 2.9 , 3.34 , 3.6 , 3.7 , 3.8 และ 4.1 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่า หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีพฤติกรรมการออกกำลังกายดีขึ้นกว่าเดิม

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกลุ่มทดลองกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ สร้างโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ และศึกษาผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์
2. เพื่อสร้าง โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์
3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 จำนวน 67 คนซึ่งได้มาจากการศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ และจากการสรุปผลการตรวจสุขภาพประจำปี 2548 และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่มีภาวะโภชนาการเกินหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมจำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาและลักษณะการทำงาน
 - 2.2 แบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.3 แบบบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย

2.4 แบบบันทึกการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ถึงผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ เพื่อขออนุญาต เก็บข้อมูลและผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตัวเองและมีผู้ช่วยวิจัยร่วมเก็บข้อมูลด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science)

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้สรุปผลได้ดังนี้

1. พบว่า เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ส่วนใหญ่ มีปัญหาสุขภาพในเรื่องไขมันในเลือดผิดปกติ ไขมันชนิดดีต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 79.8 คลอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 43.5 ภาวะโภชนาการเกิน หรือค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ร้อยละ 26.4 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ร้อยละ 75.8 พฤติกรรมการกินไม่เหมาะสม ร้อยละ 62.5

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมการลดน้ำหนัก โดยการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.75 มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี คิดเป็น ร้อยละ 46.88 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็น ร้อยละ 59.38 ลักษณะการทำงานส่วนใหญ่ไม่ใช่แรงงาน (งานเบา) คิดเป็น ร้อยละ 75.00

3. โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ ใช้เวลา 1 สัปดาห์เพื่อจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดของการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม แจกคู่มือโปรแกรมการลดน้ำหนัก และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และวิธีการจดบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตอบแบบสอบถามก่อนการทดลองใช้โปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลองใช้เวลา 8 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมปฏิบัติตามคู่มือโดย

2.1 เลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงาน ตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนัก กลุ่มอาหารในธงโภชนาการ เคี้ยวช้าในการกินและการปรุงอาหาร

2.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายโดยเลือกการถีบจักรยานเพื่อลดน้ำหนัก จะต้องคำนึงถึงหลัก 3 ประการได้แก่ ความบ่อย ความหนัก และความนาน ในหนึ่งสัปดาห์จะต้อง ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

2.3 มีการควบคุมติดตามการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง มีการติดตาม ผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์จะนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามการดำเนิน กิจกรรม การบริโภคอาหารตามแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายโดยดู จากแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติ กิจกรรม ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้แรงสนับสนุน ให้เกิดกำลังใจไปปฏิบัติตัว เพื่อลดน้ำหนัก จนสิ้นสุด

4. พบว่าน้ำหนักตัวของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการ ลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีน้ำหนักสูงสุด 105 กิโลกรัม มีน้ำหนักต่ำสุด 58 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 70.8 กิโลกรัม และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ครบ 8 สัปดาห์ มี น้ำหนักสูงสุด 103 กิโลกรัม มีน้ำหนักต่ำสุด 54.3 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.5 ผลต่างของน้ำหนัก หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม น้ำหนักลดลงจากเดิมสูงสุด 5.0 กิโลกรัม น้ำหนักลดลงต่ำสุด 0.5 กิโลกรัม น้ำหนักลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 2.3 กิโลกรัม

5. พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้ โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 70.4 กิโลกรัม และหลังการใช้โปรแกรม การลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 68.5 กิโลกรัม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ น้ำหนักของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดย การมีส่วนร่วม พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ หลังการใช้ โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. พบว่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ดัชนีมวลกายก่อนการ ใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าดัชนีมวลกาย สูงสุด 34.2 มีค่าดัชนีมวลกาย ต่ำสุด 25.4 ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ยเท่ากับ 28.7 หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วน ร่วมมีค่าดัชนีมวลกาย สูงสุด 33.9 มีค่าดัชนีมวลกาย ต่ำสุด 23.9 ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ยเท่ากับ 27.8 ผลต่างของค่าดัชนีมวลกาย หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ลดลงจากเดิม สูงสุด 1.9 ลดลงต่ำสุด 0.3 ลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 0.9

7. พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการ ใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 28.7 และหลังการใช้โปรแกรมการลด น้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 27.8 และเมื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่

ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

8. พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 4.8 และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบระยะเวลาดังแต่สัปดาห์ที่ 1 - 8 มีค่าเท่ากับ 6.5 , 6.8 , 7.2 , 7.5 , 8.0 , 8.4 , 8.8 และ 9.5 ตามลำดับซึ่งเมื่อแปลผลค่าคะแนน พบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม สัปดาห์ที่ 1 - 4 เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ เริ่มมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และเมื่อใช้โปรแกรมนานขึ้นสัปดาห์ที่ 5 - 8 เจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ มีความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารเป็นอย่างดี มีวิธีการอย่างฉลาดในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมมากขึ้น

9. พบว่าค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย (ใน 1 สัปดาห์) ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.2 ครั้ง หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบระยะเวลาดังแต่สัปดาห์ที่ 1 - 8 มีค่าเท่ากับ 2.3 , 2.6 , 2.9 , 3.3 , 3.6 , 3.7 , 3.8 และ 4.1 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่า หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายดีขึ้นกว่าเดิม

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลการ ใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1.จากการศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพพบว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ที่ตรวจสุขภาพประจำปี 2548 ส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดผิดปกติ ไขมันชนิดดีต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 79.8 คลอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 43.5 ภาวะโภชนาการเกิน หรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ร้อยละ 26.4 และมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ร้อยละ 75.8 มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคไม่เหมาะสมร้อยละ 62.5 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง อายุระหว่าง 40-49 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ลักษณะงานที่ทำไม่ใช้แรงงาน (งานเบา) มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกายหรือออกน้อยกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นสาเหตุให้มีภาวะ โภชนาการเกินหรือมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ซึ่งจะเห็นว่าสาเหตุ

ของปัญหาเกิด จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาเอกสาร วิชาการของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โรคอ้วนเกิดจากปัจจัย หลายอย่าง ได้แก่ แบบแผนในการบริโภคที่ไม่เหมาะสมชอบบริโภคอาหารที่มีไขมันมาก ขนมน้ำมันรสหวาน กิจกรรมเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายน้อย อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย เริ่มลดลงเมื่อมีอายุเกิน 25 ปี คนส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนจะอ้วนขึ้น และในเพศหญิงที่อยู่ในช่วงใกล้วัยทอง จะส่งผลให้มีไขมันส่วนเกินสะสมไว้ใต้ผิวหนัง บริเวณ หน้าท้อง สะโพก ต้นขา และต้นแขน มากขึ้น ถ้าไขมันจับอยู่ที่ชั้นใต้ผิวหนังจนไม่เหลือที่ให้พอก พูนแล้ว ไขมันส่วนเกินจะไปจับอยู่ที่อวัยวะภายในเช่น รอบๆ หัวใจ ตับ ไต และลำไส้เป็นอันตราย ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กลิตตา แจ่มจรัส (2545) ที่ได้วิจัยเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคของ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะ โภชนาการเกินในจังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะ โภชนาการเกินมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องได้แก่ รับประทานอาหาร เร็ว บริโภคขนมกรุบกรอบ อาหารทอด น้ำอัดลม น้ำหวาน

2. โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือขั้นเตรียมการและขั้นทดลอง

ขั้นเตรียมการ ใช้เวลา 1 สัปดาห์เพื่อจัดประชุมชี้แจงรายละเอียดของการใช้โปรแกรมการ ลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม แจกคู่มือโปรแกรมการลดน้ำหนัก และแบบบันทึกการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และ วิธีการจดบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตอบ แบบสอบถามก่อนการทดลองใช้โปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลองใช้เวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคู่มือ โดย

2.1 เลือกรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำ ตามหลักการบริโภคอาหารเพื่อลด น้ำหนัก กลุ่มอาหารในธงโภชนาการ เคล็ดลับในการกิน และการปรุงอาหาร

2.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยเลือกการถีบจักรยานเพื่อลดน้ำหนัก จะต้องคำนึงถึงหลัก 3 ประการ ได้แก่ ความบ่อย ความหนัก และความนาน ในหนึ่งสัปดาห์จะต้อง ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.4

2.3 มีการควบคุมติดตามการดำเนินงานกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง มีการติดตามผลการ ดำเนินงานเป็นระยะๆ สัปดาห์ ละ 1 ครั้ง ทุกวันศุกร์ จะนัดพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามการดำเนิน กิจกรรม การบริโภคอาหารตามแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายโดยดู จากแบบบันทึกพฤติกรรมการออกกำลังกาย หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติ กิจกรรม ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมและให้แรงสนับสนุนให้เกิดกำลังใจปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก

จนสิ้นสุด ผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่าง ชั่งน้ำหนัก และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

จะเห็นว่าการสร้างโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์นั้นสำเร็จได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ที่มีภาวะโภชนาการเกิน หรือมีค่าดัชนีมวลกายเกิน 25 ตั้งแต่การสร้างคู่มือโปรแกรมการลดน้ำหนัก การนำคู่มือโปรแกรมการลดน้ำหนักไปใช้ ร่วมทำกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้มีรูปแบบการบริโภคที่เหมาะสม และมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับ โอคเลย์ (Oakley, 1989 อ้างถึงใน ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2541 : 12) ได้แสดงความเห็นว่าการเข้าร่วมของชุมชนนั้นมีความคาดหวังว่าบุคคลและครอบครัวจะมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน สอดคล้องกับสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2542 : 37) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลเป้าหมายเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความปรารถนา ร่วมคิดร่วมทำกับผู้อื่น รับผิดชอบต่อการพัฒนาของชุมชนตน หรือที่เรียกว่าการระเบิดมาจากข้างใน โดยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการที่จะร่วมแสดงความคิดเห็น และร่วมดำเนินการ และสอดคล้องกับ เดล (Dale; อ้างถึงใน ชาญชัย ศิลปะอวยชัย และคณะ, 2542 : 12) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมหมายถึง การให้ความร่วมมือด้วยความตั้งใจ และสมัครใจโดยไม่ถูกบังคับขู่เข็ญประกอบด้วยการเข้าร่วมในการตัดสินใจ และตกลงใจ การเข้าร่วมในการดำเนินงานของแผนและโครงการ เข้าร่วมในการติดตามและประเมินผล และการเข้าร่วมรับผลประโยชน์จากการมีส่วนร่วม และจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลเป้าหมายเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและต้องการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ร่วมวางแผน เพื่อแก้ไขปัญหา ร่วมปฏิบัติตามแผน และร่วมทำกับผู้อื่นเพื่อการแก้ไขพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการด้วยตัวของเขาเองด้วยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร เพื่อให้บรรลุการเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์ต่อตนเอง สอดคล้องกับ สุชาดา มะโนทัย (2539 : 15) กล่าวว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่พึงประสงค์เกิดขึ้นได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง เช่นจากการขาดความรู้เป็นมีความรู้ เปลี่ยนจากความเชื่อที่ผิดๆ ให้ถูก เฟลค (Flake; อ้างถึงใน ยุพิน ตรีรส, 2528 : 44) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคนิสัยของมนุษย์คือชนบทรรมนิยมประเพณีครอบครัว การศึกษา ศาสนา ความต้องการอาหารของแต่ละบุคคล แตกต่างกันตามอายุ เพศ อาชีพ และภาวะต่างๆ ของร่างกายความสามารถในการรับรสสัมผัส ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธราภรณ์ เชื้อสกุล (2545) ที่ได้วิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อลดน้ำหนักของนักศึกษาวัยรุ่นในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาที่มีความตั้งใจควบคุม หรือลดน้ำหนักมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนักโดยรับประทานอาหารโปรตีนจากหมู มากกว่าเนื้อสัตว์อื่นๆ และชอบอาหารที่ปรุงสำเร็จใหม่ อิทธิพลของเพื่อน และการรับประทานจุบจิบ มีผลต่อการควบคุม หรือลดน้ำหนัก นักศึกษากลุ่มนี้ควบคุม

น้ำหนักด้วยการ คั้นน้ำก่อนรับประทานอาหารให้ละเอียด และออกกำลังกาย

3. จากการศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีน้ำหนักสูงสุด 105 กิโลกรัม มีน้ำหนักต่ำสุด 58.0 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 70.8 กิโลกรัม และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมครบ 8 สัปดาห์ มีน้ำหนักสูงสุด 103 กิโลกรัม มีน้ำหนักต่ำสุด 54.3 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.5 ผลต่างของน้ำหนักหลังเข้าการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม จะเห็นว่าน้ำหนักตัวลดลงจากเดิมสูงสุด 5.0 กิโลกรัม น้ำหนักลดลงต่ำสุด 0.5 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยน้ำหนักลดลงเท่ากับ 2.3 กิโลกรัม และยังพบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนัก ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 70.4 กิโลกรัม และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 68.5 กิโลกรัม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม พบว่าค่าเฉลี่ยของน้ำหนักของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้อง กับงานวิจัยของ ครุณี คลรตนภัทร (2545) ที่ได้วิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน ในเขตเทศบาลอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคนมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับสูงทั้งด้านบริโภคนิสัย และด้านการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ (2545-2546) ได้วิจัยเรื่องโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกินของแผนกธุรการและการเงิน ในกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการกินดีขึ้น ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4. จากการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ดัชนีมวลกายก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าดัชนีมวลกาย สูงสุด 34.2 มีค่าดัชนีมวลกาย ต่ำสุด 25.4 ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ยเท่ากับ 28.7 หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าดัชนีมวลกาย สูงสุด 33.9 มีค่าดัชนีมวลกาย ต่ำสุด 23.9 ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ยเท่ากับ 27.8 ผลต่างของค่าดัชนีมวลกาย หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม ลดลงจากเดิมสูงสุด 1.9 ลดลงต่ำสุด 0.3 ลดลงเฉลี่ยเท่ากับ 0.9 และ พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 28.7 และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 27.8 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนกับหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม พบว่าค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกาย ของ

เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ (2545-2546) ได้วิจัยเรื่องโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงาน ที่มีภาวะโภชนาการเกินของแผนกธุรการและการเงินในกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีค่าเท่ากับ 4.8 และหลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วม มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเทียบระยะเวลาดังแต่ สัปดาห์ที่ 1 - 8 มีค่าเท่ากับ 6.5 , 6.8 , 7.2 , 7.5 , 8.0, 8.4, 8.8 และ 9.5 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อแปลผลค่าคะแนน พบว่าก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์มีพฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม และ หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักอย่างมีส่วนร่วมสัปดาห์ที่ 1 - 4 เจ้าหน้าที่ศูนย์เริ่มมีรูปแบบการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมและเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมนานขึ้นสัปดาห์ที่ 5 - 8 เจ้าหน้าที่ศูนย์มีความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารเป็นอย่างดี มีวิธีการอย่างฉลาดในการเลือกอาหารที่มีคุณค่า และเหมาะสมมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ (2545-2546) ได้วิจัยเรื่องโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกินของแผนกธุรการและการเงินในกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการกินดีขึ้น มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6. จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ย จำนวนครั้งของพฤติกรรมออกกำลังกาย (ใน 1 สัปดาห์) ของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ ก่อนการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.2 ครั้ง หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมมีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบระยะเวลาดังแต่สัปดาห์ที่ 1 - 8 มีค่าเท่ากับ 2.3 , 2.6 , 2.9 , 3.3 , 3.6 , 3.7 , 3.8 และ 4.1 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่า หลังการใช้โปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีพฤติกรรมออกกำลังกายดีขึ้นกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงโสม สีนะวัฒน์ และคณะ (2545-2546) ที่ได้วิจัยเรื่องโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน ของแผนกธุรการและการเงิน ในกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การเดินเพื่อออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ เคอร์มัน และคณะ (Kiernan and others.2004) ที่ได้วิจัยเรื่องการเสริมกิจกรรมการออกกำลังกายในโปรแกรมลดน้ำหนักโดยการศึกษาในกลุ่มคนไข้โรคหลอดเลือดหัวใจ ในคนอ้วนจำนวน 264 คน เป็นเวลา 1 ปี ผลการวิจัยพบว่าผู้ชายและผู้หญิงที่เข้าโปรแกรมลดน้ำหนักมีการ

ยับยั้งความอยากกินอาหารได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม ผู้ชายที่เข้าร่วมโปรแกรมมีประสบการณ์ในการยับยั้งการกินอาหารมากขึ้น และความอยากอาหารลดลงมากกว่าในผู้ชายที่ใช้โปรแกรมควบคุมอาหารอย่างเดียว ในผู้หญิงที่ใช้โปรแกรมควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย และในกลุ่มที่ใช้การควบคุมอาหารอย่างเดียวมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องการลดน้ำหนักไม่มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสม มีรูปแบบการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เหมาะสมมากขึ้น และออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมีผลทำให้น้ำหนักตัวลดลงเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุ แนวทางในการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคิดของ เคลแมน ฮิลการ์ด และเบาว์ (อ้างถึงใน เรณู กาวีละ. 2537 : 46) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดจาก ความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน เนื่องจากเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ และสิ่งนั้นตรงกับความต้องการ ตรงกับค่านิยมของบุคคลนั้น ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมภายใน และภายนอกของบุคคล นั่นคือ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งความคิด ความรู้สึก และการกระทำ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างถาวร เพราะบุคคลนั้นยอมรับด้วยตนเอง และสมัครใจที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ เป็นผลจากการฝึกฝน และประสบการณ์มีผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เช่น การให้สุขศึกษา หรือการจัดกิจกรรมทางการศึกษา เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ เกิดแนวคิด ความเชื่อ และทัศนคติ ทั้งสมัครใจ และลงมือปฏิบัติด้วยตนเองเป็นประการสำคัญ และยังสอดคล้องกับ เพนเดอร์ เสนอว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม (perceived benefits of action) บุคคลจะกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำพฤติกรรมนั้น การคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะได้รับจึงเป็นผลทางบวกต่อจิตใจ และเป็นแรงเสริมที่จะก่อให้เกิดการกระทำพฤติกรรม ตามแนวคิดจากทฤษฎี expectancy value แรงจูงใจที่สำคัญจากการคาดหวังต่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล การประสบความสำเร็จจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตของผู้อื่น หรือเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นความเชื่อในประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ทางบวก จากการทดลองรูปแบบ health promoting behaviors model ส่วนใหญ่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นั่นคือ ถ้าบุคคลรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากจะมีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมมากด้วย เพนเดอร์ เสนอว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลโดยอ้อม โดยผ่านทางความมุ่งมั่นที่จะ

กระทำพฤติกรรม

ผู้วิจัยมีความเห็นว่าการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ เป็นเรื่องที่สามารถทำได้ ถ้าบุคคลนั้น ยอมรับสภาพปัญหาของตัวเอง พร้อมทั้งจะเปลี่ยนแปลงตัวเองเพื่อแก้ไขปัญหานั้นและลงมือปฏิบัติโดยมีกลุ่มเพื่อนๆ ที่มีปัญหาเหมือนกัน เลือกรูปแบบแนวทางเดียวกัน มีการพบปะสังสรรค์เป็นระยะๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น และเสริมกำลังใจให้กันและกัน ดังที่กำหนดไว้ในโปรแกรมการลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

ข้อเสนอแนะ

1. รูปแบบโปรแกรมการลดน้ำหนัก ควรจะมีหลายรูปแบบเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกเพื่อนำไปปฏิบัติ เช่น การให้กลุ่มตัวอย่างนำคู่มือโปรแกรมการลดน้ำหนักไปศึกษาและปฏิบัติเองโดยไม่ต้องมาพบผู้วิจัยทุกสัปดาห์ อาจมาซึ่งน้ำหนักหลังการใช้โปรแกรมเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 2
2. ควรมีวิธีการออกกำลังกายที่หลากหลาย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเลือกปฏิบัติตามนอกเหนือจากการถีบจักรยานเพียงอย่างเดียว เช่น แอโรบิก การเดิน - วิ่ง การว่ายน้ำ เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องโรคต่างๆ ที่พบในเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ หลังการใช้โปรแกรมลดน้ำหนักโดยการมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์ มีสุขภาพเปลี่ยนแปลงอย่างไร หรือมีการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเป็นระยะๆ

บรรณานุกรม

- การศึกษาแห่งประเทศไทย.(2526). วิทยาศาสตร์การกีฬาสำหรับผู้สอนและนักกีฬา. กรุงเทพมหานคร.
ศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬา.
- ขวัญจิตร อินเหี้ยม.(2541). การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
ของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอก ธนะศิริ.(2530). การเพิ่มประสิทธิภาพของชีวิต. กรุงเทพมหานคร : แปลน.
- ชาญชัย ศิลปอวยชัย และคณะ.(2542). ความต้องการมีส่วนร่วมจัดการศึกษาในท้องถิ่นของสมาชิก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดแพร่. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ปริญญา
มหาบัณฑิต. พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย.(2519). สรีรวิทยาของการออกกำลังกาย. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสรีรวิทยา
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ครุณี คลรตันภักทร. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน
จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทพินทร์ คุณโลก.(2539). บริโณคณิสัยกับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัด
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- น้ำฝน ทองตันไทรย์.(2540). การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะ
อ้วนในวัยรุ่นหญิงจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บัญญัติ ทองสวัสดิ์.(2541). การมีส่วนร่วมในกระบวนการนำแผนปฏิบัติการประจำปีไป ปฏิบัติ
ตามการรับรู้ของครูและผู้บริหารโรงเรียนสังกัดสำนักงานประถมศึกษาจังหวัดนครปฐม.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุษบา อนุศักดิ์.(2545). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของแรงงานหญิงตั้งครรภ์ในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัชรภรณ์ เชียสกุล.(2545). การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดน้ำหนักของนักศึกษา
วัยรุ่นหญิงในมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิทยา สุวคนธ์.(2540). การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการทำแผนปฏิบัติการเพื่อจัดการ
สิ่งแวดล้อมระดับจังหวัด : กรณีศึกษาจังหวัดลำพูน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร
เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ยุพิน ตรีส.(2528). ความสัมพันธ์ระหว่างโภชนาการกับความรู้ความเชื่อและบริโภคนิสัยของ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่6ในโรงเรียนประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหาร. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รุจิเรศ พิชิตานนท์.(2546). ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมลดเลือกกินของนักเรียน
วัยรุ่นตอนปลายในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ลลิตา แจ่มจำรัส.(2545). พฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะ
โภชนาการเกินในจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร. เชียงใหม่ :
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วรศักดิ์ เพียรชอบ.(2523). หลักและวิธีการสอนพลศึกษา. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

วิธี แจ่มกระตึก.(2541). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหาร. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศิริพร สิทธิกุล.(2538). การออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของพนักงานขายในห้างสรรพสินค้าใน
เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศูนย์อนามัยที่8นครสวรรค์.(2546). การประเมินสถานการณ์ออกกำลังกายของประชาชนภายหลัง
มหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพของเขต8.นครสวรรค์ : ศูนย์อนามัยที่ 8นครสวรรค์.(อค์ดำเนินา)

สมฤดี เพียรการค้า.2541.ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในกระบวนการนิเทศภายในโรงเรียน
กับประสิทธิภาพการสอนของครูในโรงเรียนประถมศึกษาจังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทบริหาร : มหาสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สมหวัง สมใจ.(2520,มกราคม).“การออกกำลังกายและการพักผ่อน.”วารสารสุขภาพสำหรับ
ประชาชน. 2 : 68.

สิทธิโชค รัตนสันติกุล.(2529). จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์. นครปฐม : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุชาติ โสมประยูร.(2528). โครงการสุขภาพในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

สุชาติ มะโนทัย.(2539). การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหาร. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุชาดา สุธรรมรักษ์.(2531). เอกสารประกอบการสอน **จิตวิทยาเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร.

ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาศรีนครินทร์วิโรฒ.

สุชาติ ทวีพรปฐมกุล.(2547). เอกสารประกอบการสอนวิชาการจัดการและออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. นครสวรรค์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

สุทธิลักษณ์ สมิตะศิริและคณะ.(2537). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมการกินของผู้หญิงทำงานในกรุงเทพฯ : กรณีศึกษาย่านถนนสีลมและรัฐวิสาหกิจ. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ.

สุวิมล สันติเวช.(2545). ผลของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการสนับสนุนต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

แสงโสม สีนะวัฒน์และคณะ.(2545-2546). โปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกินของแผนกธุรการและการเงินในกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

อนามัย,กรม. (2543). คู่มือ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

———. (2545). คู่มือการฝึกอบรม การสร้างพลัง ในกลุ่มวัยรุ่นเพื่อดูแลและป้องกันการแพร่เชื้อ เอช ไอ วี. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.

———. (2547). โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก. นนทบุรี : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

อักรฤทธิ หอมประเสริฐ.(2543). การศึกษาพฤติกรรมและความคิดเห็นต่อการบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร์วิโรฒ.

อนุสรณ์ กันธา.(2545). ความพึงพอใจในภาพลักษณ์และการใช้ผลิตภัณฑ์อาหารและยาเพื่อควบคุมน้ำหนักในสตรีวัยรุ่นจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อัมพวัลย์ วิศวธีรานนท์.(2540). วิถีชีวิตของคนไทยรุ่นใหม่กรณีศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Bandura.(1982). **A.Self-Efficacy mechanism in human agency**. American Psychologist.

———. (1986). **Social foundation of thought and action .A social cognitive theory**. New Jersey : Prentice - Hall.

Burris, M.S.(1979, January). “The effects of a size—week aerobic dance and folk dance program vs the effects of a size—week aerobic jogging program on the cardiovascular efficiency and percent of body fat in post pubescent girls”, **Dissertation Abstract International**. 40 : 1344 - A.

Dictionary of psychology and psychiatry.(1984). NewYork : Longman.

Kiernan,M. and others.(2004) . **Men gain additional psychological benefits by adding exercise to a weight — loss program**. (Online)Available :E-mail : mkiernan@stanford. edu.

Pender.(1987). **Health promotion in nursing practice (2nded)**. Norwalk Connecticut :
Appleton & lan.

———. (1996). **Health promotion in nursing practice (3rded)**. Norwalk Connecticut :
Appleton&lan.

Pender and others.(1990). “Predicting health promoting lifestyles in the workplace.” **Nursing Research**.