ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการลดน้ำหนักในบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นโรคอ้วน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

พณิตาภรณ์ ศรีพารัตน์[1] ขนิษฐา นาคเกลี้ยง[2*] เฌอลินญ์ สิริเศรษฐ์ภพ[3]

บทคัดย่อ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเป็นผลัดและมีความเครียดสูง ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และมวลไขมันในร่างกายของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นโรคอ้วน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีดัชนีมวลกาย 25.0–29.9 กก./ม.² จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ 14 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์; IOC = 0.67–1.00; Cronbach's alpha = 0.772) และเครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย InBody 270 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา paired t-test และ independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 97.20 และ 73.34 คะแนน ตามลำดับ; Mean difference = 23.86, $p < .001$) และสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ ($p < .001$) แต่ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมัน และร้อยละไขมันในร่างกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .246, .229, .294$ และ $.269$ ตามลำดับ) โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้แต่ยังไม่พบหลักฐานเพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบร่างกาย โปรแกรมนี้อาจประยุกต์ใช้เป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและสนับสนุนการป้องกันภาวะอ้วนในบุคลากรทางการแพทย์

คำสำคัญ: โรคอ้วน, พฤติกรรมสุขภาพ, องค์ประกอบร่างกาย, บุคลากรทางการแพทย์, โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

[2]อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

[3]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ Email : kanittha.nak@vru.ac.th

Received: 30 June 2026	Revised: 17 September 2026	Accepted: 18 September 2026

Effects of a Health Promotion Program on Weight Reduction Among Obese Healthcare Personnel at Banphaeo General Hospital, Samut Sakhon Province.

Panitaporn Sriparat[1] Kanittha Nakkliang[2*] Cherlyn Sirisetpop[3]

Abstract

Obesity is a growing public health problem and a risk factor for chronic noncommunicable diseases, particularly among healthcare personnel, whose shift work and high stress levels contribute to unhealthy behaviors. This quasi-experimental, two-group pretest–posttest study aimed to compare health behaviors, body mass index (BMI), waist circumference, and body fat mass of obese healthcare personnel before and after a health promotion program, and between the experimental and control groups. Participants were 70 healthcare personnel at Banphaeo Hospital (Public Organization), Samut Sakhon Province, with a BMI of 25.0–29.9 kg/m², divided equally into an experimental group and a control group (n = 35 each). The experimental group received a 14-week health promotion program. The instruments comprised a general information questionnaire, the 3E health behavior assessment (food, exercise, and emotion; IOC = 0.67–1.00; Cronbach's alpha = 0.772), and an InBody 270 body composition analyzer. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests, with statistical significance set at 0.05. After the intervention, the experimental group had a significantly higher overall health behavior score than the control group (mean = 97.20 vs 73.34; mean difference = 23.86, $p < .001$), as well as significantly higher scores in the food, exercise, and emotion domains (all $p < .001$). However, BMI, waist circumference, body fat mass, and percent body fat did not differ significantly between groups ($p = .246$, .229, .294, and .269, respectively). The program improved health behaviors, but there was insufficient evidence of an effect on body composition indicators. It may therefore be applied as a guideline to promote health behaviors and support obesity prevention among healthcare personnel.

Keywords: Obesity, Health Promotion, Health Behavior, Health Personnel, Body Composition

[1] Master of Public Health Student, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

[2] Lecturer, Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

[3] Asst.Prof., Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage, Pathum Thani Province

* Corresponding author E-mail: kanittha.nak@vru.ac.th

บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกและในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สมรรถภาพในการทำงาน และเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ[1,2] สำหรับประเทศไทย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบว่า ความชุกของโรคอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 39.9 และเมื่อใช้เกณฑ์ประชากรเอเชีย พบว่าประชากรไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนรวมกันมากกว่าครึ่งของประชากรทั้งหมด สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและความจำเป็นในการดำเนินมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอ้วนอย่างจริงจัง[3] ปัญหาดังกล่าวมิได้จำกัดอยู่เฉพาะประชากรทั่วไป แต่ยังครอบคลุมถึงบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงจากลักษณะการปฏิบัติงานที่เฉพาะเจาะจง

บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เนื่องจากลักษณะการทำงานที่เร่งรีบ การปฏิบัติงานเป็นผลัด ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และความเครียดจากการปฏิบัติงาน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และการพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง[4] การศึกษาหลายฉบับในประเทศไทยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนใกล้เคียงหรือสูงกว่าประชากรทั่วไป โดยพบความชุกประมาณร้อยละ 49–60 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของหน่วยงานและประชากรที่ศึกษา ภาวะดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากรเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน การขาดงาน และความน่าเชื่อถือในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ[5–7] สำหรับบริบทของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ข้อมูลการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบว่า จากบุคลากรทั้งหมด 1,765 คน มีผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25.0–29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 355 คน[8] คิดเป็นร้อยละ 20.11สะท้อนให้เห็นว่าภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของบุคลากร ประกอบกับลักษณะการทำงานเป็นผลัดและภาระงานต่อเนื่องอาจเป็นข้อจำกัดต่อการดูแลสุขภาพ จึงจำเป็นต้องพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทการทำงาน

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า โปรแกรมที่ผสมผสานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ร่วมกับการกำหนดเป้าหมาย การติดตามพฤติกรรม และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะอ้วนได้ โปรแกรมระยะเวลา 14 สัปดาห์ ในการศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ร่วมกับทฤษฎีการรู้คิดทางสังคมของ Bandura โดยใช้การให้ความรู้เพื่อสร้างความคาดหวังต่อผลลัพธ์ การกำหนดเป้าหมายและฝึกปฏิบัติเพื่อ

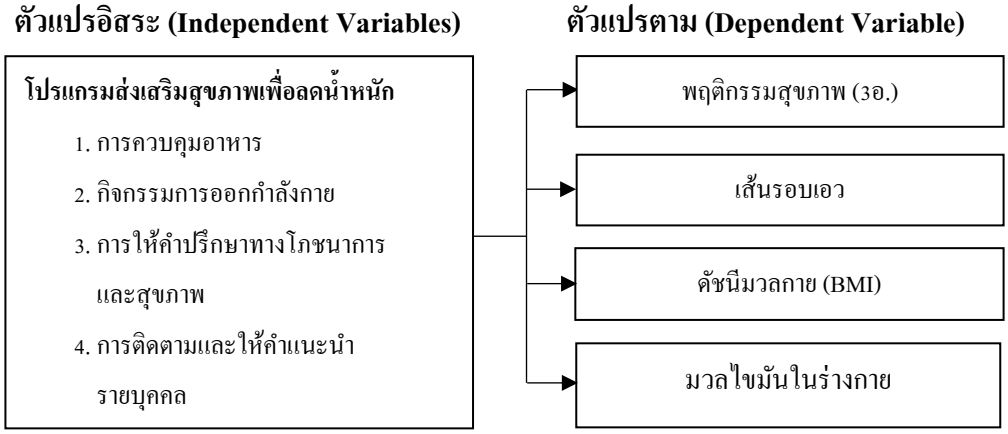
เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การบันทึกและติดตามพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการกำกับตนเอง ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ กำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง[9-15] การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดองค์ประกอบร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมัน และร้อยละไขมันในร่างกาย เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของบุคลากรในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และมวลไขมันในร่างกาย ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นโรคอ้วน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และมวลไขมันในร่างกาย ของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นโรคอ้วน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura (1986) เป็นกรอบในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นการรับรู้ความสามารถของตนเอง การเรียนรู้จากตัวแบบ ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการกำกับตนเอง ผ่านการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การกำหนดเป้าหมาย การให้คำปรึกษารายบุคคล และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดน้ำหนักของบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นโรคอ้วน ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการลด

น้ำหนักในบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นโรคอ้วน โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร โดยดำเนินโปรแกรมเป็นระยะเวลา 14 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25.0–29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 355 คน อ้างอิงจากรายงานผลการตรวจสุขภาพบุคลากรประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน)[8]

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.86 และค่าอัตราส่วนออดส์เท่ากับ 0.50 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 32 คน จากนั้นเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการสูญหายระหว่างการศึกษา จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน รวมจำนวน 70 คน

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) และปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) มีอายุระหว่าง 20–60 ปี 3) มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25.0–29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจัดอยู่ในภาวะอ้วนระดับที่ 1 ตามเกณฑ์ดัชนีมวลกายสำหรับประชากรเอเชีย 4) ไม่มีโรคหรือภาวะสุขภาพที่เป็นข้อจำกัดต่อการออกกำลังกาย และ 5) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด 2) มีภาวะเจ็บป่วยหรือเหตุสุดวิสัยระหว่างดำเนินการวิจัย และ 3) ถอนตัวจากการวิจัยระหว่างการศึกษา

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังการตรวจสอบเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก มีผู้ผ่านเกณฑ์จำนวน 151 คน ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยจับฉลากรายชื่อจนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน จากนั้นสุ่มจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการจับฉลากอีกครั้ง กลุ่มละ 35 คน เพื่อลดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยแยกช่องทางการสื่อสารของทั้งสองกลุ่มอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมและการติดตามผ่าน Line group เฉพาะกลุ่ม ส่วน Line group ของกลุ่มควบคุมใช้เพื่อแจ้งนัดหมายและประสานการเก็บข้อมูลเท่านั้น โดยไม่มีการให้ความรู้หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะอ้วน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. และทฤษฎีการรู้คิดทางสังคมของ Bandura[9] ดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2–15 รวม 14 สัปดาห์ ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ การกำหนดเป้าหมายสุขภาพรายบุคคล การบันทึกและกำกับพฤติกรรมตนเอง ตลอดจนการติดตาม ให้คำแนะนำ ข้อมูลย้อนกลับ และเสริมแรงจูงใจผ่านการสื่อสารรายบุคคลและช่องทางออนไลน์อย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[9]

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบตรวจสอบรายการและเติมข้อความ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน น้ำหนัก ส่วนสูง และเส้นรอบเอว

2.2 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข[16] ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็นด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ ด้านละ 8 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 2 คะแนน และไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน คะแนนรายด้านอยู่ระหว่าง 8–40 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 29–40 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพระดับดี 19–28 คะแนน หมายถึงระดับปานกลาง และ 8–18 คะแนน หมายถึงระดับควรปรับปรุง

2.3 แบบบันทึกการวัดองค์ประกอบร่างกาย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทางการวัดมาตรฐาน ประกอบด้วยน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และร้อยละไขมันในร่างกาย เส้นรอบเอววัดด้วยสายวัดชนิดไม่ยืด ณ จุดกึ่งกลางระหว่างขอบล่างของซี่โครงซี่สุดท้ายกับขอบบนของกระดูกเชิงกราน ขณะหายใจออกตามปกติ ส่วนมวลไขมันและร้อยละไขมันวัดด้วยเครื่อง InBody 270 ซึ่งใช้หลักการวิเคราะห์ความต้านทานไฟฟ้าชีวภาพ ก่อนวัดผู้เข้าร่วมงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหนัก การดื่มแอลกอฮอล์ การอบซาวน่า และการใช้ยาขับปัสสาวะ รวมทั้งถอดรองเท้า ถุงเท้า และเครื่องประดับโลหะ โดยวัดในท่ายืนเท้าเปล่าตามคำแนะนำของผู้ผลิต[17,18]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรทางการแพทย์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.772 โดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) เลขที่เอกสารรับรอง COA No. 011/69 และเลขที่โครงการวิจัย BGH REC No. 054/68 รับรองเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2569 และมีระยะเวลารับรองถึงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2570 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ โดยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

การเตรียมความพร้อมก่อนดำเนินการวิจัย

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย รวมทั้งคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย พร้อมให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest)

ในสัปดาห์ที่ 0 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. และข้อมูลสัดส่วนร่างกาย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย โดยใช้เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย InBody ที่ผ่านการสอบเทียบตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

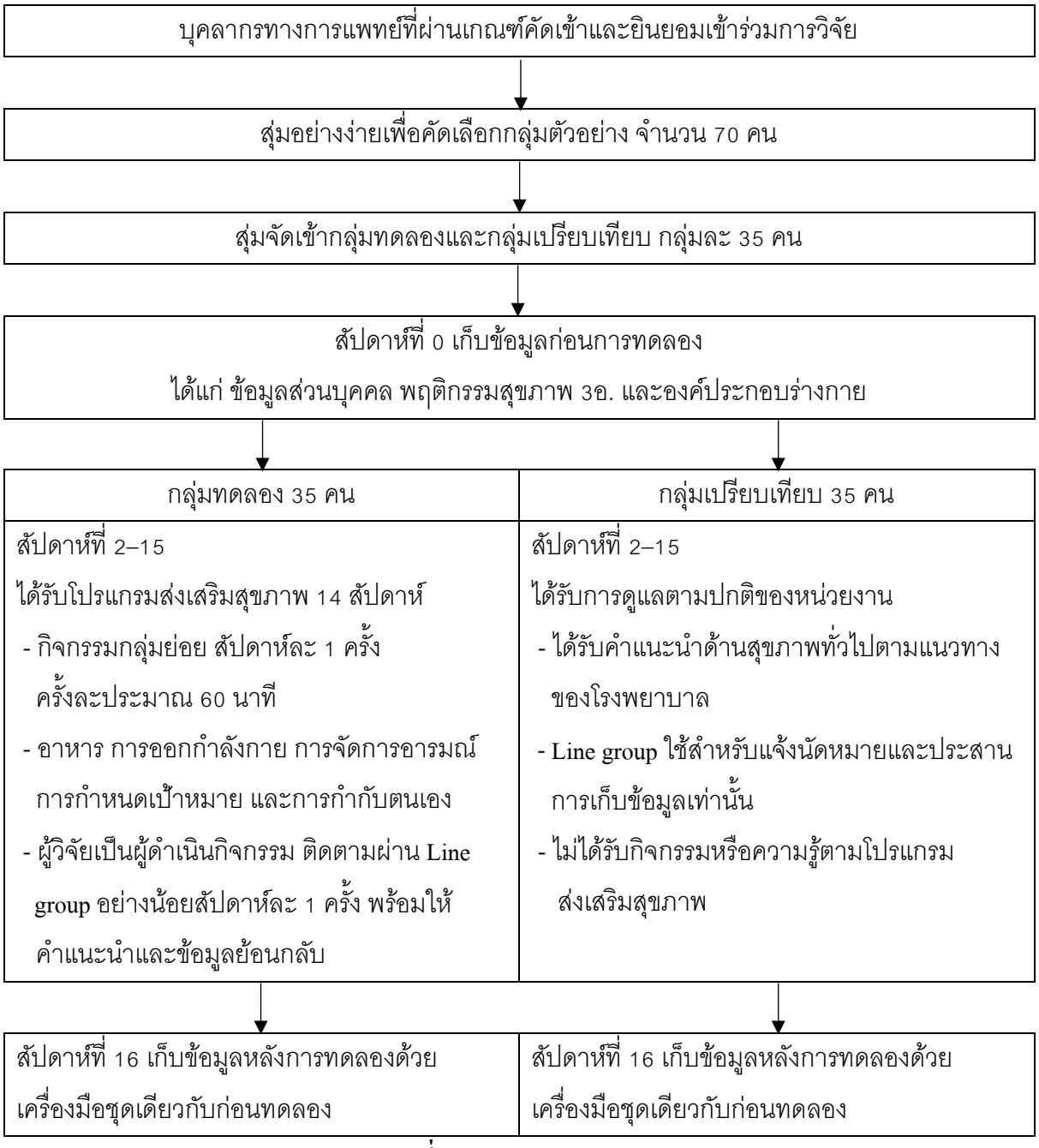
การดำเนินโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในสัปดาห์ที่ 2–15 รวม 14 สัปดาห์ กิจกรรมให้ความรู้และฝึกปฏิบัติจัดเป็นกลุ่มย่อย ณ ห้องประชุมหรือพื้นที่ของโรงพยาบาล ครั้งละประมาณ 60 นาที โดยผู้วิจัยประสานฝ่ายทรัพยากรบุคคลและกำหนดวันเวลาล่วงหน้าให้สอดคล้องกับตารางปฏิบัติงานของผู้เข้าร่วม

เพื่อไม่ให้กระทบต่อการให้บริการของหน่วยงาน กิจกรรมประกอบด้วยการปรับพฤติกรรมด้านอาหาร การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การจัดการอารมณ์ การกำหนดเป้าหมาย และการกำกับตนเอง ภายหลังการจัดกิจกรรม ผู้วิจัยติดตาม ให้คำแนะนำ และเสริมแรงจูงใจผ่าน Line group อย่างต่อเนื่อง โดยผู้เข้าร่วมสามารถเปิดอ่านและตอบกลับได้ตามเวลาที่สะดวก

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของหน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วยการให้คำแนะนำด้านสุขภาพทั่วไปตามแนวทางของโรงพยาบาล

แผนผังการดำเนินการวิจัย



แผนภาพที่ 2 แผนผังการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest)

ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 16 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้ง โดยใช้เครื่องมือชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. และการวัดสัดส่วนร่างกาย ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย จากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดไปวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายระดับพฤติกรรมสุขภาพและข้อมูลทางกายภาพของกลุ่มตัวอย่าง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้สถิติ Independent t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มอิสระ

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 65.71 มีอายุเฉลี่ย 39.59 ปี (SD = 7.15) โดยอยู่ในช่วงอายุ 40–49 ปีมากที่สุด จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 42.86 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพมากที่สุด จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 45.71 ปฏิบัติงานในตำแหน่งบุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์

จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 64.29 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 78.57 โดยมีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 9.57 ปี (SD = 5.45)

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ ช่วงอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน และระยะเวลาปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 39.89 ปี (SD = 6.69) และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 39.29 ปี (SD = 7.77) ซึ่งไม่แตกต่างกัน ($t = 0.346$, $p = .730$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะพื้นฐานใกล้เคียงกันก่อนการทดลอง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน		χ^2	p-value
	กลุ่มทดลอง n(%)	กลุ่มควบคุม n(%)		
เพศ			0.00	1.00
ชาย	12(34.29)	12(34.29)		
หญิง	23(65.71)	23(65.71)		
อายุ			3.347	.341
น้อยกว่า 30 ปี	2(5.71)	5(14.29)		
อายุ 30–39 ปี	16(45.71)	10(28.57)		
อายุ 40–49 ปี	13(37.14)	17(48.57)		
อายุมากกว่า 50 ปี	4(11.43)	3(8.57)		
สถานภาพสมรส			3.737	.291
โสด	12(34.29)	10(28.57)		
สมรส	20(57.14)	25(71.43)		
หม้าย	1(2.86)	0(0.00)		
หย่าร้าง	2(5.71)	0(0.00)		
ระดับการศึกษา			4.930	.085
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20(57.14)	12(34.29)		
อนุปริญญา/ปวส.	5(14.29)	12(34.29)		
ปริญญาตรี	10(28.57)	11(31.43)		
ตำแหน่งงาน			5.215	.266
พยาบาลวิชาชีพ	5(14.29)	3(8.57)		
นักเทคนิคการแพทย์	0(0.00)	2(5.71)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน		χ^2	p-value
	กลุ่มทดลอง n(%)	กลุ่มควบคุม n(%)		
นักรังสีการแพทย์	2(5.71)	0(0.00)		
บุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์	23(65.71)	22(62.86)		
อื่นๆ	5(14.29)	8(22.86)		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน			2.121	.145
ปฏิบัติงานระหว่าง 1–5 ปี	5(14.29)	10(28.57)		
ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี	30(85.71)	25(71.43)		
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย	9.57 ปี			

χ^2 = Pearson's Chi-square test; ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดองค์ประกอบร่างกายไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านและคะแนนโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ขณะที่ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และร้อยละไขมันในร่างกายไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและองค์ประกอบร่างกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	t (p-value)	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	Mean difference	t (p-value)
พฤติกรรมด้าอาหาร (คะแนน)	23.34 ± 2.47	23.51 ± 2.64	-0.28 (.780)	32.77 ± 2.54	25.77 ± 3.74	7.00	9.15 (< .001)**
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (คะแนน)	19.71 ± 2.05	20.11 ± 3.45	-0.59 (.550)	31.26 ± 2.67	21.17 ± 4.19	10.09	12.01 (< .001)**
พฤติกรรมด้านอารมณ์ (คะแนน)	24.20 ± 2.63	24.83 ± 3.12	-0.91 (.360)	33.17 ± 2.20	26.40 ± 3.64	6.77	9.42 (< .001)**
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม (คะแนน)	67.26 ± 4.00	68.46 ± 6.07	-0.97 (.330)	97.20 ± 4.11	73.34 ± 9.46	23.86	13.68 (< .001)**
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^2)	27.38 ± 1.30	27.46 ± 1.52	-0.25 (.800)	27.07 ± 1.51	27.51 ± 1.60	-0.44	-1.17 (.246)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			
	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	t (p-value)	กลุ่มทดลอง Mean ± SD	กลุ่มควบคุม Mean ± SD	Mean difference	t (p-value)
เส้นรอบเอว (ซม.)	88.26 ± 9.06	86.00 ± 6.88	1.18 (.240)	86.76 ± 8.68	84.39 ± 7.61	2.37	1.21 (.229)
มวลไขมันในร่างกาย (กก.)	26.85 ± 3.86	26.92 ± 3.48	-0.08 (.930)	19.92 ± 2.92	20.63 ± 2.73	-0.71	-1.05 (.294)
ร้อยละไขมันในร่างกาย	36.63 ± 2.16	36.59 ± 2.33	0.07 (.940)	27.50 ± 1.82	28.00 ± 1.94	-0.50	-1.11 (.269)

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.001

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และร้อยละไขมันในร่างกายไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ผลดังกล่าวจึงยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดองค์ประกอบร่างกายที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพอาจต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามผลที่ยาวนานขึ้น จึงควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกายในระยะยาว

อภิปรายผลการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 97.20 คะแนน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 73.34 คะแนน ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะอ้วนได้ โดยเฉพาะการเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ให้เหมาะสมกับบริบทการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติงาน

ผลที่เกิดขึ้นอาจอธิบายได้จากองค์ประกอบของโปรแกรม ซึ่งบูรณาการการให้ความรู้ตามหลัก 3อ. การกำหนดเป้าหมายรายบุคคล การฝึกปฏิบัติ การบันทึกและกำกับพฤติกรรม ตลอดจนการติดตาม ให้ข้อมูลย้อนกลับ และเสริมกำลังใจอย่างต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับทฤษฎีการรู้คิดทางสังคมของ Bandura ที่อธิบายว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม โดยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง ความคาดหวังต่อผลลัพธ์ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้บุคคลเริ่มต้นและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม[9] การ

ให้ผู้เข้าร่วมกำหนดเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้จริง พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าและได้รับการสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอ จึงอาจช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นและความสามารถในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลลักษณ์ ศรีสกุล และคณะ ซึ่งพบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบุคลากรทางการแพทย์[10] รวมทั้งการศึกษาของสุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิดา ผาติเสนะ ที่รายงานว่าโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมได้[11] เช่นเดียวกับการศึกษาของฉิชยา วงษ์แสงใส และคณะ และเกรียงศักดิ์ สมบัติสุรนาถวัชวงศ์ และคณะ ซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม การกำหนดเป้าหมาย และการติดตามสนับสนุนอย่างต่อเนื่องต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน[13] นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์อภิมานของ Prestwich และคณะ และการทบทวนวรรณกรรมของ Anderson และคณะ ยังสนับสนุนว่า การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการกำหนดเป้าหมาย การให้คำปรึกษา และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [14,15]

สำหรับตัวชี้วัดองค์ประกอบร่างกาย เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองพบว่า ดัชนีมวลกายลดลงจาก 27.38 เป็น 27.07 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เส้นรอบเอวลดลงจาก 88.26 เป็น 86.76 เซนติเมตร มวลไขมันในร่างกายลดลงจาก 26.85 เป็น 19.92 กิโลกรัม และร้อยละไขมันในร่างกายลดลงจาก 36.63 เป็น 27.50 อย่างไรก็ตาม กลุ่มควบคุมมีการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดบางรายการในลักษณะเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง ไม่พบความแตกต่างของดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และร้อยละไขมันในร่างกาย โดยมีค่า p เท่ากับ 0.246, 0.229, 0.294 และ 0.269 ตามลำดับ ผลการศึกษาจึงยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกายที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน [11,19-23]

การไม่พบความแตกต่างของตัวชี้วัดองค์ประกอบร่างกายระหว่างกลุ่มอาจเกี่ยวข้องกับระยะเวลาดำเนินโปรแกรม 14 สัปดาห์ ซึ่งอาจเพียงพอต่อการเริ่มต้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ยังไม่ยาวนานพอให้เกิดความแตกต่างทางกายภาพอย่างเด่นชัด ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์มีข้อจำกัดจากการปฏิบัติงานเป็นผลัด ภาระงาน และเวลาพักผ่อนที่ไม่แน่นอน ซึ่งอาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ แม้ผู้วิจัยจะแยกช่องทางการสื่อสารของแต่ละกลุ่ม แต่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลเดียวกัน จึงอาจมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างกัน รวมทั้งกลุ่มควบคุมอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองภายหลังได้รับการประเมินสุขภาพก่อนการทดลอง ปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มลดลง

ผลดังกล่าวแตกต่างจากงานวิจัยบางส่วนที่พบว่าโปรแกรมการจัดการตนเอง หรือโปรแกรมที่ผสมผสานการปรับโภชนาการกับการเพิ่มกิจกรรมทางกาย สามารถช่วยลดดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว หรือไขมันในร่างกายได้ ความแตกต่างนี้อาจเนื่องมาจากระยะเวลาของโปรแกรม ความเข้มข้นของกิจกรรม ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และบริบทในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกเสนอว่าการ

ป้องกันและควบคุมโรคอ้วนควรดำเนินการอย่างบูรณาการ ทั้งด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ยั่งยืน[24]

การประเมินมวลไขมันและร้อยละไขมันในร่างกายด้วยเครื่อง InBody 270 ซึ่งอาศัยหลักการวิเคราะห์ความต้านทานไฟฟ้าชีวภาพ อาจได้รับอิทธิพลจากปริมาณน้ำในร่างกาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขับถ่าย และช่วงเวลาที่ตรวจ แม้ผู้วิจัยจะกำหนดขั้นตอนการวัดให้เป็นมาตรฐานและใช้เครื่องมือเดียวกันตลอดการศึกษา แต่ยังควรพิจารณาปัจจัยดังกล่าวประกอบการตีความผล[17,18] ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงของมวลไขมันและร้อยละไขมันที่พบภายในกลุ่มจึงไม่ควรนำไปสรุปว่าเป็นผลจากโปรแกรมโดยตรง โดยเฉพาะเมื่อผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้แสดงผลชัดเจนต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และอารมณ์ของบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และร้อยละไขมันในร่างกายเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มระยะเวลาดำเนินโปรแกรมและการติดตามผลภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม ตลอดจนกำหนดมาตรการลดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม เพื่อให้สามารถประเมินผลต่อองค์ประกอบร่างกายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ผู้วิจัยจะกำหนดช่องทางการสื่อสารและดำเนินกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแยกจากกันอย่างชัดเจน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลเดียวกัน จึงอาจเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระหว่างกัน ซึ่งอาจก่อให้เกิดการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม และส่งผลให้ความแตกต่างของผลลัพธ์ที่ตรวจพบระหว่างกลุ่มลดลง

สรุปผลการวิจัย

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะอ้วนได้

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง พบว่า ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลไขมันในร่างกาย และร้อยละไขมันในร่างกายไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) จึงยังไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรมต่อตัวชี้วัดองค์ประกอบร่างกาย โปรแกรมนี้จึงเหมาะสำหรับนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในสถานพยาบาล โดยควรเพิ่มระยะเวลาดำเนินกิจกรรมและติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกายให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพหรือหน่วยอาชีวอนามัยของโรงพยาบาลควรนำกิจกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร โดยปรับรูปแบบและช่วงเวลาให้สอดคล้องกับลักษณะการปฏิบัติงานเป็นผลัด

1.2 ผู้รับผิดชอบโครงการควรจัดให้มีการกำหนดเป้าหมายรายบุคคล การบันทึกพฤติกรรม การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 นักวิจัยควรเพิ่มระยะเวลาดำเนินโปรแกรมและติดตามผลภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบร่างกายในระยะยาว

2.2 นักวิจัยควรคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากหน่วยงานหรือสถานพยาบาลที่แยกจากกัน หรือกำหนดมาตรการป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่ม เพื่อลดโอกาสเกิดการปนเปื้อนของการทดลอง

2.3 นักวิจัยควรควบคุมมาตรฐานการประเมินองค์ประกอบร่างกายให้รัดกุม โดยกำหนดช่วงเวลาตรวจ ภาวะการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และปริมาณน้ำในร่างกายให้ใกล้เคียงกัน เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวัด

2.4 นักวิจัยควรศึกษาปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์เพิ่มเติม เช่น รูปแบบการปฏิบัติงาน คุณภาพการนอนหลับ ความเครียด ปริมาณพลังงานที่ได้รับ และระดับกิจกรรมทางกาย เพื่ออธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและองค์ประกอบร่างกายได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) ที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยและให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงและบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

บทความนี้มีการประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) เป็นเครื่องมือสนับสนุนในการจัดทำต้นฉบับ ได้แก่ การตรวจสอบและปรับปรุงบทคัดย่อภาษาอังกฤษ การช่วยเรียบเรียงภาษาในบทนำ อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย การตรวจสอบความถูกต้องของการอ้างอิง ตลอดจนการปรับปรุงรูปแบบ

การเขียนให้มีความชัดเจนและเป็นไปตามหลักวิชาการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ตรวจสอบ ปรับแก้ เรียบเรียงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูล ตีความผลการวิจัย และรับผิดชอบต่อเนื้อหาทั้งหมดของบทความด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World obesity day 2023 – accelerating action to stop obesity. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
4. วิชัย เอกพลากร. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะอ้วนในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี. 2563;43(3):201-15.
5. พรรณีสมเนตร์ วงศ์ปิยะนันท์. ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในบุคลากรโรงพยาบาล. วารสารโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. 2562;46(3):87-95.
6. สุนิสา ธนาวุฒิพงศ์. ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในบุคลากรโรงพยาบาล: การศึกษาภาคตัดขวาง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2564;51(4):456-67.
7. Frank E, Segura C, Shen H, Oberg E. Predictors of Canadian physicians' prevention counseling practices. Can J Public Health. 2018;109(3):390-9.
8. โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). รายงานผลการตรวจสุขภาพบุคลากร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. สมุทรสาคร: โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน); 2568.
9. Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective on human behavior. Annu Rev Psychol. 2021;72:25-52.
10. วิไลลักษณ์ ศรีสกุล, อรนุช ตันติประเสริฐ, สุนีย์ อิ่มใจดี. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานในบุคลากรทางการแพทย์ที่มีภาวะอ้วนในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคกลาง. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563;38(4):67-81.
11. สุภาพร ทิพย์กระโทก, ธนิดา ผาติเสนะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ชุมชน. 2563;28(3):78-92.
12. ณิชยา วงษ์แสงใส, สุวิทย์ มุกดาดวง, ปราณี รอดประจง. ผลของโปรแกรมการบริหารจัดการน้ำหนักตัวในบุคลากรพยาบาลที่มีภาวะน้ำหนักเกินในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2563;34(2):78-92.

13. เกรียงศักดิ์ สมบัติสุรนาถวัชวงศ์, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, กาญนา พิบูลย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อภาวะอ้วนของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21(2):45-58.
14. Prestwich A, Webb TL, Conner M. Self-efficacy and behavior change: A meta-analysis of health promotion interventions. Health Psychol. 2022;41(3):189-203.
15. Anderson P, Taylor M, White S. Counseling and health education provided to overweight patients by primary care physicians and nurses: A scoping review. Patient Educ Couns. 2021;104(8):1965-74.
16. กรมอนามัย. แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
17. InBody. Result sheet guide: How to understand your InBody result sheet (InBody270S). InBody Co., Ltd.
18. World Health Organization. Health promotion strategies for obesity prevention. Geneva: World Health Organization; 2024.
19. Rotunda W, Rains C, Jacobs SR, Ng V, Lee R, Rutledge S, et al. Weight loss in short-term physical activity and nutrition interventions among overweight and obese adults: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev. 2024;25(4):e13-e28.
20. Huang SJ, Hung WC, Shyu ML, Chou TR, Chang KC. Field test of an m-health worksite health promotion program to increase physical activity in Taiwanese employees: A cluster-randomized controlled trial. Workplace Health Saf. 2023;71(9):412-20.
21. Mason AE, Epel ES, Kristeller J, Moran PJ, Dallman M, Lustig RH, et al. Effects of a mindful eating intervention on emotional eating, stress eating, and weight loss in obese adults: A randomized controlled trial. J Behav Med. 2016;39(2):201-13.
22. Trepanowski JF, Bloomer RJ. Intermittent fasting and human metabolic health. J Acad Nutr Diet. 2015;115(8):1203-12.
23. Kumar R, Patel S, Sharma N. Obesity from nursing perspective: Best management with multidisciplinary approach. Int J Nurs Educ. 2020;12(2):89-95.
24. World Health Organization. Physical measurement guidelines. Geneva: World Health Organization; 2024.