



ใบรับรองวิทยานิพนธ์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

ปริญญา

สุขศึกษา

พลศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง
ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

Factors Relating to Metabolic Syndrome Preventive Behavior of Health Personnel
in Nakhon Nayok Province

นามผู้วิจัย นางสาวพรอินทร์ ว่างายฉิม

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีระเวชเจริญชัย, วท.ม.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์, Dr.P.H.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พีระ มาลีหอม, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง
ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

Factors Relating to Metabolic Syndrome Preventive Behavior of
Health Personnel in Nakhon Nayok Province

โดย

นางสาวพรอินทร์ ว่างายนิม

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พรอินทร์ วัลยาฉิม 2553: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะ
อ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ปรินญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
รองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย, วท.ม. 134 หน้า

การวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากร สาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก กลุ่มประชากร
ศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำนวน 317 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าความถี่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแคว์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากร สาธารณสุข ในจังหวัด
นครนายก อยู่ในระดับปานกลาง
2. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน
ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัด
นครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้
ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของ
บุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05
4. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนของหน่วยงาน
มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัด
นครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01
5. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
ตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

Porn-in Wangyaichim 2010: Factors Relating to Metabolic Syndrome Preventive Behavior of Health Personnel in Nakhon Nayok Province. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Associate Professor Supat Teravecharoenchai, M.Sc. 134 pages.

The purpose of this descriptive research was to study factors relating to metabolic syndrome preventive behavior of health personnel in Nakhon Nayok Province. The sample of this study were 317 health personnel of Nakhon Nayok Province. Data were collected by the questionnaire constructed by the researcher. Data analysis was made by statistical computer package for percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research result were as follows.

1. Metabolic syndrome preventive behavior of health personnel in Nakhon Nayok Province were at a moderate level.
2. The biosocial factors namely gender, age, education, marital status, field position, work character, income, health condition and family history of illness had relationship with metabolic syndrome preventive behavior of health personnel in Nakhon Nayok Province at a statistical significance level of .05
3. The predisposing factors namely knowledge, attitude and perception had relationship with metabolic syndrome preventive behavior of health personnel in Nakhon Nayok Province at a statistical significance level of .05
4. The enabling factors namely the policies of the Ministry of Health and support agencies had relationship with metabolic syndrome preventive behavior of health personnel in Nakhon Nayok Province at a statistical significance level of .01
5. The reinforcing factors namely the receiving of information concerning metabolic syndrome preventive behavior and social support had relationship with metabolic syndrome preventive behavior of health personnel in Nakhon Nayok Province at a statistical significance level of .05

Student's signature

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ตามวัตถุประสงค์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่ง จากรองศาสตราจารย์สุพัฒน์ ชีรเวชเจริญชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก อาจารย์ ดร.ชนววรรณ อิมสมบุญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาตลอดเวลา ให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จโดยสมบูรณ์ รวมทั้งความกรุณาของผู้เชี่ยวชาญทั้งห้าท่าน ที่กรุณาเวลาตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ในการปรับปรุงเครื่องมือ ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ บุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายกทุกๆ ท่านในความร่วมมือนี้อบรมแบบสอบถาม บุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดปราจีนบุรีในการทดลองใช้แบบสอบถาม ทำให้การทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ดำเนินไปด้วยความสำเร็จอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคุณสำเนียง รัตนวิไลวรรณ และคุณศศิพร โลจายะ สำหรับการให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การอ่านและแปลผลสถิติงานวิจัย ให้คำปรึกษาด้านวิชาการและได้ให้กำลังใจ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จโดยสมบูรณ์

ด้วยความดีหรือประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแต่บุพการี ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ผู้ซึ่งมีส่วนในการให้กำลังใจ ความรักและความห่วงใย ช่วยเหลือเกื้อกูลเสมอมา รวมทั้งเพื่อนนิสิตปริญญาโทสาขาวิชาสุขศึกษาทุกท่าน คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา สถาบันการศึกษาทุกแห่งตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ที่ให้ความช่วยเหลือตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

พรอินทร์ วัลยาขนิม

เมษายน 2553

สารบัญ

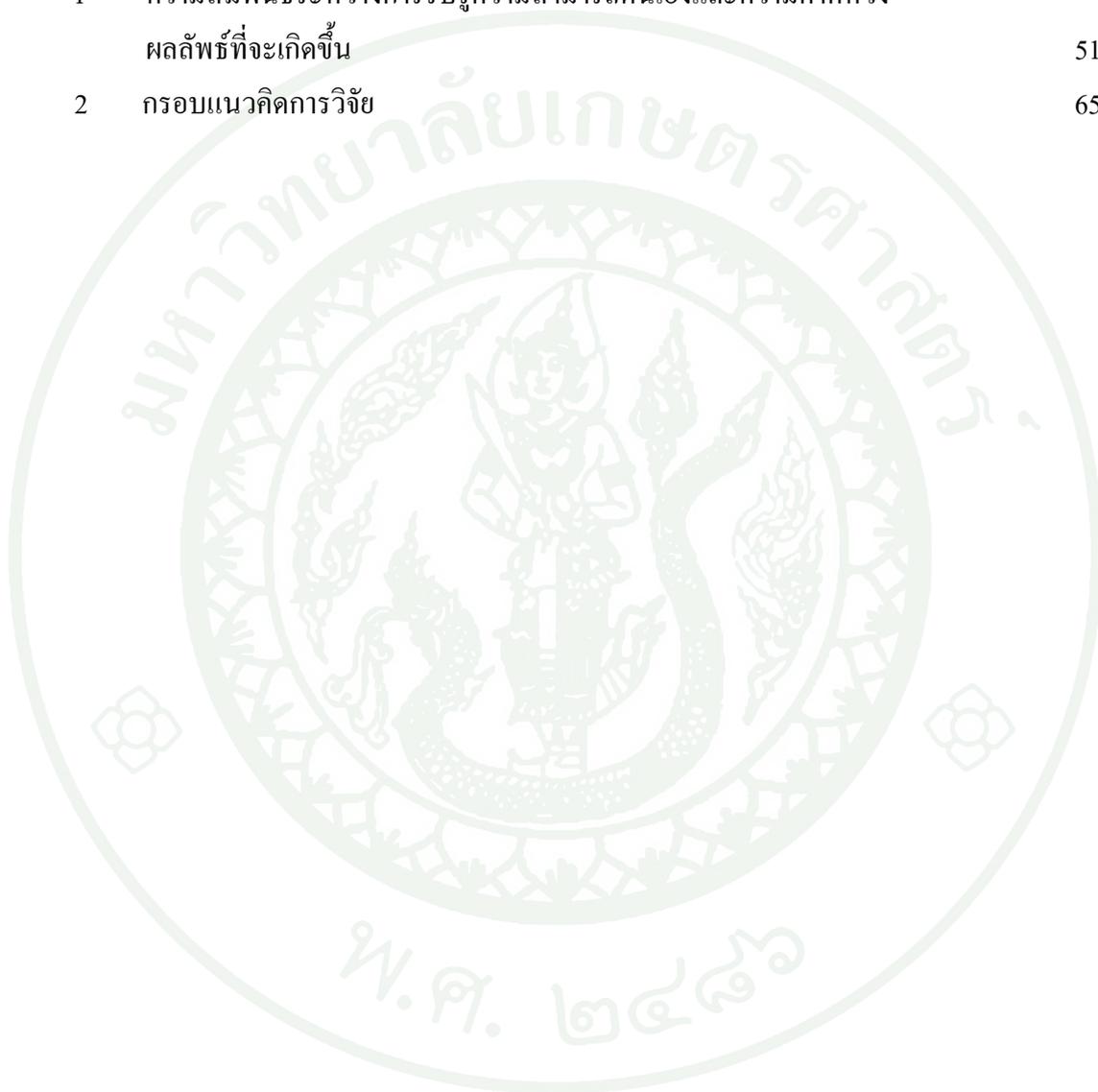
	หน้า
สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	5
การตรวจเอกสาร	12
อุปกรณ์และวิธีการ	67
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	76
ผลการวิจัย	76
ข้อวิจารณ์	90
สรุปและข้อเสนอแนะ	101
สรุป	101
ข้อเสนอแนะ	105
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	108
ภาคผนวก	115
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	116
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย	118
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	134

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การใช้พลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐาน จำแนกตามอายุ	45
2	ปริมาณพลังงาน (กิโลแคลอรี) ที่ใช้ในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ภายใน 10 นาที	46
3	จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม	77
4	จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง	82
5	จำนวน และร้อยละของของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง	82
6	จำนวน และร้อยละของของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง	83
7	จำนวน และร้อยละของของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับของการได้รับปัจจัยเอื้อ	83
8	จำนวน และร้อยละของของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับของการได้รับปัจจัยเสริม	84
9	จำนวน และร้อยละของของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง	84
10	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก	85
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก	88
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก	88
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก	89

สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวัง ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น	51
2	กรอบแนวคิดการวิจัย	65



**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง
ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก**

**Factors Relating to Metabolic Syndrome Preventive Behavior of Health
Personnel in Nakhon Nayok Province**

คำนำ

ภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย จากข้อมูลทางวิชาการพบว่า ภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญหลายโรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลุ่มโรคเหล่านี้อาจเรียกได้ว่าเป็น “กลุ่มโรควิถีชีวิต” เนื่องจากมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย เช่น พฤติกรรม วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกิน การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน บริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน ได้แก่ อาหารหวาน มัน เค็ม การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง การมีประวัติบุคคลในครอบครัว พ่อ แม่ หรือญาติสายตรงเป็นโรคดังกล่าว ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มีอิทธิพลจากกระแสโลกาภิวัตน์ ที่สังคมให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านวัตถุ ก่อให้เกิดความเสื่อมถอย และล่มสลายของสถาบันครอบครัว สถาบันทางสังคม รวมทั้งการดำเนินธุรกิจที่ขาดความรับผิดชอบทำให้ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ในปี พ.ศ. 2548 พบว่าช่วงอายุ 15-74 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนคิดเป็นร้อยละ 19.1 ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวในประชากรเพศชายอายุ 15-74 ปี เท่ากับ 31.75 นิ้ว ค่าเฉลี่ยของรอบเอวในเพศหญิง เท่ากับ 30.22 นิ้ว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2549) และในปี พ.ศ. 2550 พบว่า ช่วงอายุ 15-74 ปี มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนคิดเป็นร้อยละ 22.8 ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวในประชากรเพศชายอายุ 15-74 ปี เท่ากับ 31.9 นิ้ว ค่าเฉลี่ยของรอบเอวในเพศหญิง เท่ากับ 30.6 นิ้ว (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี พ.ศ. 2548 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ 35 ล้านคน หรือร้อยละ 60 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด 58 ล้านคน และหากไม่เร่งดำเนินการแก้ไขคาดว่าในปี 2558 จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 หรือประมาณ 41 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 พบว่า อัตราตายต่อแสนประชากรจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 55.2 , 20.8 , 20.6 , 12.2 และ 3.6 เรียงตามลำดับ ส่วนอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง เรียงลำดับ ดังนี้ 782.4 , 654.4 , 262.3 และ 206.3 และพบว่าอัตราผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ถึง พ.ศ. 2550 นอกจากนี้จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2547 พบว่าจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALY loss) จากโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นจาก 5.6 ล้านปี สุขภาวะเป็น 4.5 ล้านปีใน ปี พ.ศ. 2547(สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสนใจ และใช้ความพยายามในการลดภาวะความรุนแรงของโรคติดเชื้อ โดยมุ่งไปที่การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเนื่องจากมีผลการศึกษามากมายการศึกษาพบว่า การปรับลดและควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคได้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ได้ผล โดยการแก้ไขปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายปัจจัยเสี่ยงไปพร้อม ๆ กัน และเน้นหนักในการป้องกันระดับปฐมภูมิ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมในชุมชน เพิ่มความสามารถการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติลดเสี่ยง สนับสนุนให้มีการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดโอกาสเสี่ยงตลอดจนการเข้าถึงการส่งเสริมเทคนิควิธีการปฏิบัติ

ในแผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ได้ระบุวิฤตสุขภาพไว้อย่างชัดเจนว่า การพัฒนาสุขภาพภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีที่ผ่านมา ได้ก่อให้เกิดการทำลายสุขภาพของสังคม การบริหารประเทศที่มุ่งพัฒนาแต่ด้านวัตถุและสนับสนุนบริโภคนิยม ส่งผลให้ประชาชนดำเนินชีวิตแบบแก่งแย่งแข่งขัน มุ่งเอาตัวเอียงเปรียบกัน ขาดความเอื้ออาทร และความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน สถาบันทางสังคมอ่อนแอ ครอบครัวแตกแยก เกิดความขัดแย้งและมีความรุนแรงรูปแบบต่างๆ เกิดขึ้น สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติถูกใช้อย่างสิ้นเปลือง ไม่คุ้มค่า และก่อให้เกิดปัญหาภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพของสังคม และสุขอนามัยของประชาชน ขณะที่กระแสการตื่นตัวและความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวมก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน มีการส่งเสริมการแพทย์แผนไทย ภูมิปัญญาท้องถิ่น การปฏิรูประบบสุขภาพ

งานด้านประชาสังคม ตลอดจนมีการรวมตัวเป็นกลุ่มหรือชมรมผู้บริโภครักสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การทวงถามถึง สิทธิผู้บริโภคและสิทธิผู้ป่วยขยายตัวอย่างเห็นได้ชัด การพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 นี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับเปลี่ยน มาให้ความสำคัญ กับการพัฒนาสุขภาพเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวม โดยได้น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นแนวทางหลัก แนวทางที่ว่านี้หมายถึง การพัฒนาสุขภาพทุกด้านทุกมิติ ให้มุ่งสู่ทิศทางเดียวกันเพื่อสร้าง "ระบบสุขภาพพอเพียง" ให้เกิดขึ้นในสังคมไทย (พิพัฒน์, 2550)

ในปี พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีนโยบายเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีไทย) ขึ้น จัดทำโครงการชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามวิถีชีวิตไทย ด้วยการผลักดันให้ชุมชนดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในชุมชน ในด้านการบริหารจัดการ การระดมทรัพยากร การประสานงาน ในเครือข่ายพื้นที่ผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำอย่างเป็นระบบ เหมาะสมกับสภาพปัญหา และวิถีชีวิตชุมชน มุ่งหวังให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกิดความตระหนัก สามารถดูแลสุขภาพและจัดการกับตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา วิถีชีวิต และบริบทของชุมชน เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และส่งผลให้ลดอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีสุขภาพดีตามวิถีไทยได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำนโยบายการกำกับดูแลองค์กรที่ดี มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการยอมรับ ความน่าเชื่อถือ ความมั่นใจ และศรัทธาให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ ประชาชนทั่วไป และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยส่งเสริมให้บุคลากรของหน่วยงาน ในสังกัดปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างสุขภาพดี ให้กับประชาชน รวมทั้งมีจิตอาสาในการขับเคลื่อนกิจกรรมสร้างสรรค์ สังคมและชุมชน

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีบทบาทในการเป็นผู้นำทางสุขภาพ ด้วยการสร้างเสริมให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม เป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี โดยมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ในลักษณะที่ส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาข้อมูลการสำรวจภาวะอ้วนลงพุงในชมรมสร้างสุขภาพ จังหวัดนครนายก พบว่า มีภาวะรอบเอวเกิน ร้อยละ 16.29 โดยเพศชายมีรอบเอวเกินร้อยละ 12.50 เพศหญิงมีรอบเอวเกิน ร้อยละ 19.22 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2552) เพื่อลดการเกิดภาวะอ้วนลงพุงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด หรือโรควิถีชีวิตตามมา

ซึ่งการเกิดภาวะอ้วนลงพุงนั้นมีหลายปัจจัยด้วยกัน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก เพื่อให้เป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนต่อไป



วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข
ในจังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อทราบระดับของความรู้ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับทราบ นโยบาย การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน การมีและการเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ การได้รับ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากร สาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากร สาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก
3. เพื่อทราบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกของบุคคล กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

ประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะ อ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก มีดังนี้

1. เพื่อนำไปกำหนดแนวทางและรูปแบบการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกัน ตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อนำไปปรับปรุงการพัฒนางานป้องกันและแก้ไขปัญหากลภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานป้องกันและแก้ไขปัญหากลภาวะอ้วนลงพุงของประชากรกลุ่มอื่นในสังคมต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองอุดตันต่างๆ เป็นต้น
5. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในด้านการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการโรครวมถึงการเสริมสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ต่างๆต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก
2. การวิจัยมุ่งศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยมุ่งศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเอง จากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก โดยกำหนดเป็นตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม และตัวแปรอธิบาย ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ประกอบด้วย

1. ปัจจัยนำ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

1.2 เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง

2. ปัจจัยเอื้อ

2.1 นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

2.2 การมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ

3. ปัจจัยเสริม

3.1 การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ

3.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปรอธิบาย (Explanatory variables)

ประกอบด้วย

1. เพศ

2. อายุ
3. ระดับการศึกษา
4. สถานภาพสมรส
5. ตำแหน่งสายงาน
6. ลักษณะงานประจำที่ทำ
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
8. ดัชนีมวลกาย
9. รอบเอว
10. ภาวะสุขภาพ
11. ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา

ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

นิยามศัพท์

เพื่อให้เข้าใจความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้ตรงกัน ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของคำต่างๆ ไว้ดังนี้

ปัจจัย หมายถึง สิ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ข้อมูลส่วนตัวบุคลากร ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา

ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง กลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ซึ่งพบเกิดร่วมกันได้บ่อย ความผิดปกติดังกล่าวได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความดันโลหิต และความผิดปกติของน้ำตาลในเลือด หรือการที่บุคคลมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. ในเพศชาย หรือ มากกว่า 80 ซม. ในเพศหญิง

รอบเอว หมายถึง ขนาดของเส้นรอบเอวซึ่งวัดที่ระดับสะดือของบุคคลนั้นๆ หรือขนาดรอบเอวของบุคคลใดๆ โดยการวัดผ่านแนวสะดือ

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง ข้าราชการ พนักงานเจ้าหน้าที่ ลูกจ้างประจำที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดทั้งที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการโดยตรงและโดยอ้อม

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนปฏิบัติยึดถือเป็นแบบแผนปฏิบัติ ในการป้องกันตนเอง เพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยมีพฤติกรรม 4 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการพักผ่อนนอนหลับ

ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาวะสุขภาพ ได้แก่ ลักษณะความสมบูรณ์แข็งแรงหรือความไม่ปกติที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย ความเจ็บป่วย การป่วยด้วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รวมถึงอาการหรือโรคประจำตัวที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา หมายถึง ภาวะสุขภาพของบิดาหรือมารดา ทั้งในปัจจุบันและอดีต ได้แก่ ลักษณะความสมบูรณ์แข็งแรง หรือความไม่ปกติที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย ความเจ็บป่วย การป่วยด้วยโรคที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ รวมถึงอาการหรือโรคประจำตัว ที่เกิดขึ้นเป็นประจำ

ความรู้ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของความทรงจำของมวลประสบการณ์ ต่างๆที่บุคคลากรสาธารณสุขได้รับจากการเรียนรู้ สังเกต ศึกษา ค้นหา รู้ เข้าใจ และนำไปใช้ในเรื่อง ที่เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

เจตคติ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของท่าที หรือสภาวะความพร้อม ทางด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็นที่มีต่อภาวะอ้วนลงพุง

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ความเชื่อว่า ตนมีความสามารถในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงและแสดงความสามารถออกมาทางใดทางหนึ่ง หรือหลายทางร่วมกันเพื่อลดน้ำหนักหรือลดขนาดรอบเอว

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง นโยบายคนไทยไร้พุงของกรมอนามัย นโยบายแผนแม่บทด้านเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย) ในชุมชน ของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งไว้เพื่อให้ประชาชนปฏิบัติ

การสนับสนุนของหน่วยงาน หมายถึง การสนับสนุนด้านงบประมาณ สื่อ เอกสารวิชาการ สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ รวมถึงกิจกรรมหรือบริการต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติตาม นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ของบุคลากรในหน่วยงาน

การมีและการเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ หมายถึง สถานที่หรือสิ่งต่างๆ ที่เอื้ออำนวย ต่อการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง เช่น สถานที่ออกกำลังกาย สนามกีฬา สถานบริการลดน้ำหนัก เป็นต้น

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ หมายถึง การได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ่อนลงพวงรวมถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนลงพวงที่ถูกต้องและเหมาะสมจากสื่อ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ หมายถึง การได้ยิน ได้ฟัง ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ่อนลงพวงรวมถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนลงพวงที่ถูกต้องและเหมาะสมจากบุคคลต่างๆ เช่น ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว ญาติ พี่น้องหรือกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา การเห็นพ้องและให้การยอมรับพฤติกรรมผู้อื่น การให้คำปรึกษาที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และการช่วยเหลือในรูปวัตถุหรือสิ่งของเวลาเงิน หรือแรงงาน เพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะอ่อนลงพวง

การตรวจเอกสาร

ในการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

1. ความหมายของภาวะอ้วนลงพุง
2. เกณฑ์การประเมินภาวะอ้วนลงพุง
3. ระบาดวิทยาของภาวะอ้วนลงพุง
4. สาเหตุของภาวะอ้วนลงพุง
5. การรักษาภาวะอ้วนลงพุง

ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

1. การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย
2. การบริโภคอาหารตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ
3. ปริมาณและลักษณะของการบริโภคอาหารแต่ละมื้อ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

6. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
7. พฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม
8. ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – efficacy Theory)
9. ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
10. กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง

ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

ความหมายของภาวะอ้วนลงพุง

ภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome หมายถึง กลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งพบเกิดร่วมกันได้บ่อย ความผิดปกติดังกล่าว ได้แก่ ความผิดปกติของไขมันในเลือด ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนปัจจัยที่เป็น Prothrombotic และ Proinflammatory ผู้ที่อ้วนลงพุงจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด สาเหตุของภาวะอ้วนลงพุงในปัจจุบันเชื่อว่าเป็นผลมาจากโรคอ้วนและภาวะดื้อต่ออินซูลิน การรักษา Metabolic Syndrome มุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตเป็นอันดับแรก การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน การศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนลงพุงขึ้นอยู่กับว่าความผิดปกติดังกล่าวถึงระดับที่ต้องใช้ยาหรือไม่ตามแนวทางเวชปฏิบัติต่างที่มีอยู่ เช่น ยาลดระดับไขมันในเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาลดระดับน้ำตาล ตลอดจนการใช้ Aspirin แม้ว่าในปัจจุบันจะมีข้อมูลว่าการใช้ยาลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เช่น Metformin และ Thiazolidione ว่าสามารถป้องกัน

การเกิดโรคเบาหวานได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนลงพุง แต่ผลในระยะยาวต่อการลดโรคหัวใจ และหลอดเลือดนั้นยังไม่ทราบ (ชัยชาญ, 2549)

เกณฑ์การประเมินภาวะอ้วนลงพุง

ปัจจุบันมีเกณฑ์วินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome อยู่หลายเกณฑ์ด้วยกัน แต่เกณฑ์ที่ได้รับความนิยมที่สุด คือ เกณฑ์ของ NCEP ATPIII 2001 และเกณฑ์ของ WHO

เกณฑ์ของ NCEP ATPIII 2001

ในการวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome จะต้องมีความผิดปกติอย่างน้อย 3 ข้อใน 5 ข้อต่อไปนี้ ได้แก่

1. อ้วนลงพุง เส้นรอบเอวมากกว่า 102 เซนติเมตร หรือ 40 นิ้ว ในเพศชาย หรือ มากกว่า 88 เซนติเมตร หรือ มากกว่า 35 นิ้ว ในเพศหญิง
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด มากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. ระดับ HDL cholesterol น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง
4. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท หรือกินยาลดความดันอยู่
5. ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

เกณฑ์ของ WHO 1999

ในการวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ต้องประกอบด้วย ภาวะคือต่อ อินซูลิน (วินิจฉัยได้โดยมีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร่วมกับความผิดปกติอย่างน้อย 2 ข้อต่อไปนี้

1. อ้วน (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรืออัตราส่วนระหว่างเส้นรอบเอวต่อสะโพก W/H ratio 0.9 ในเพศชาย หรือ มากกว่า 0.85 ในเพศหญิง)
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือระดับ HDL cholesterol น้อยกว่า 35 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย หรือ น้อยกว่า 39 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง
3. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือกินยาลดความดันโลหิตอยู่
4. ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ มากกว่าหรือเท่ากับ 20 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตรหรืออัตราส่วนของอัลบูมินต่อครีตินินมากกว่า 30 มิลลิกรัมต่อกรัม

คำจำกัดความของโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน ในคนเอเชียใช้ค่าดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI) ที่มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่าเป็นโรคอ้วน และมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรถือว่าเป็นน้ำหนักเกิน และเส้นรอบเอวที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะถือเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตรในเพศชาย และ มากกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง ดังนั้นค่า BMI และเส้นรอบเอวในการวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุงในคนเอเชีย จึงควรใช้ค่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 90 เซนติเมตรในเพศชายหรือ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง

สหพันธ์เบาหวานโลก (International Diabetes Federation) ได้กำหนดเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ดังนี้ คือ ต้องมีภาวะอ้วนลงพุงทุกรายร่วมกับความผิดปกติทาง Metabolism อีกอย่างน้อย 2 ใน 4 ข้อต่อไปนี้

1. Triglyceride มากกว่าหรือเท่ากับ 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
2. HDL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศชาย หรือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในเพศหญิง

3. ความดันโลหิต มากกว่าหรือเท่ากับ 130/85 มิลลิเมตรปรอท หรือกินยาลดความดันอยู่
4. ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

อย่างไรก็ตาม American Diabetes Association และ European Association of Study of Diabetes ได้ให้ความเห็นว่า การวินิจฉัยภาวะ Metabolic Syndrome อาจจะไม่เหมาะสมนัก เนื่องจากสาเหตุของกลุ่มโรคนี้ยังไม่ทราบชัดเจน และการรักษาในขณะนี้แนะนำให้มุ่งเน้นไปที่ การแก้ไขในแต่ละปัจจัยเสี่ยงมากกว่า

ระบาดวิทยาของภาวะอ้วนลงพุง

ความชุกของ ภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ขึ้นอยู่กับ อายุ (เมื่ออายุมากขึ้น ความชุกก็จะมากขึ้น) เชื้อชาติ และ เพศ

ในสหรัฐอเมริกา พบภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ร้อยละ 25 ของประชากร ทั้งประเทศ พบว่า เชื้อชาติเม็กซิกัน-อเมริกัน จะมีความชุกมากกว่า แอฟริกัน-อเมริกัน คนสิงคโปร์ เชื้อสายอินเดียจะมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome สูงกว่า คนสิงคโปร์ เชื้อสายมาเลย์จีน

ในประเทศไทยมีการศึกษาในผู้มีความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป จำนวน 1,623 คนทั่วประเทศ อายุเฉลี่ย 43 ปี พบภาวะ ภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ร้อยละ 24.1(เพศชาย 22.2 และ เพศหญิง 24.7) ทั้งนี้โดยใช้เกณฑ์ของ NCEP ATPIII แต่ถ้าใช้เกณฑ์ เส้นรอบเอวของคนเอเชีย พบภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ถึง ร้อยละ 33.3 (เพศชาย ร้อยละ36.0 และ เพศหญิง ร้อยละ 32.6) การศึกษาดังกล่าวยังพบความชุกของภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ในโรค และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังนี้

1. โรคอ้วน (BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 30) ร้อยละ 38.2
2. โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.2

3. ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอไรด์มากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือ HDL น้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) ร้อยละ 29.4

4. ผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิด 4 กิโลกรัมขึ้นไป ร้อยละ 17.9

5. ผู้ที่มีประวัติครอบครัวสายตรงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 14.1

การศึกษาในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตในกรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2538 อายุระหว่าง 35-54 ปี จำนวน 3,449 ราย พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome ร้อยละ 16.4 (เพศชาย 18.2 และ เพศหญิง 9.4 โดยใช้เกณฑ์ของ NCEP ATPIII) ถ้าใช้เกณฑ์ของเส้นรอบเอวของคนเอเชียจะเป็นร้อยละ 21.5 (เพศชาย ร้อยละ 23.6 และ เพศหญิง ร้อยละ 13.7)

การศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ของประเทศไทย จำนวน 2,252 ราย พบภาวะอ้วนลงพุง หรือ Metabolic Syndrome โดยเกณฑ์การวินิจฉัยของ NCEP ATPIII ร้อยละ 59

สาเหตุของภาวะอ้วนลงพุง

ในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุหลักของภาวะอ้วนลงพุง มีอยู่ 2 ประการใหญ่ๆ คือ โรคอ้วน และ ภาวะดื้อต่ออินซูลิน

1. โรคอ้วน โดยเฉพาะการอ้วนบริเวณพุงเป็นเหตุให้เกิดความดันโลหิตสูง ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง เอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง และก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การที่มีเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น จะทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ จากเซลล์ไขมันออกมาสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น เช่น Nonesterified fatty acids (NEFA), Cytokines และ PAI-1 เป็นผลให้เกิดความผิดปกติดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ ในคนอ้วนจะพบว่ามียกระดับฮอร์โมน Adiponectin ในกระแสเลือดลดลง ฮอร์โมน Adiponectin เป็นฮอร์โมนที่พบในเซลล์ไขมันเท่านั้น ระดับ Adiponectin ในเลือดที่ต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะดื้อต่ออินซูลิน และเป็นตัวทำนายการเกิดโรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2. ภาวะดื้อต่ออินซูลิน เกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรมและสาเหตุภายนอก เช่น โรคอ้วน อายุที่มากขึ้น และยาบางชนิด คนที่อ้วนลงพุงจะมีภาวะดื้อต่ออินซูลินมากกว่าคนที่อ้วนบริเวณสะโพก เนื่องจากไขมันบริเวณพุงจะสลายตัวเป็น NEFA ได้มากกว่าไขมันบริเวณสะโพก NEFA ที่เพิ่มขึ้นในกระแสเลือดจะยับยั้งเมตาโบลิซึมของกลูโคสที่กล้ามเนื้อได้ และ NEFA ที่ออกมาจากไขมันบริเวณพุงจะเข้าสู่ตับโดยตรงได้มากกว่าไขมันบริเวณสะโพก

การรักษาภาวะอ้วนลงพุง

การรักษาภาวะอ้วนลงพุง ประกอบด้วย การแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ โรคอ้วน และภาวะดื้อต่ออินซูลิน นอกจากนี้การรักษาแต่ละปัจจัยเสี่ยงเพื่อให้ได้ตามเป้าหมายก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากเช่นกัน ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (Lifestyle Modification) จึงเป็นการรักษาหลักอันดับแรกที่ต้องปฏิบัติ

หลักการรักษาโรคอ้วนหรือน้ำหนักเกิน ทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย โดยให้ลดพลังงานจากอาหารที่รับประทานและเพิ่มการออกกำลังกาย การลดอาหารเพื่อลดน้ำหนักที่ได้ผลดีที่สุดในระยะยาว คือ การลดพลังงานจากอาหารที่ควรได้รับประมาณวันละ 500-1,000 แคลอรี เป้าหมายที่เหมาะสมในการลดน้ำหนัก คือ การลดน้ำหนักให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 5-10 ในช่วง 6-12 เดือน การลดน้ำหนักในระยะยาวที่ได้ผลดีนั้น จำเป็นต้องมีการออกกำลังกายร่วมด้วย การลดน้ำหนักโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ได้น้ำหนักลดลงอย่างน้อยร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัวเริ่มต้น พบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ระดับไตรกลีเซอไรด์ลดลง และระดับ เอช-ดี-แอล โคลเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น การศึกษาในผู้ป่วยภาวะอ้วนลงพุง ที่มีเบาหวานแฝง พบว่า การลดน้ำหนักโดยการเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว เป็นเวลาประมาณ 3 ปี สามารถป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้

การออกกำลังกาย นอกจากมีผลดีต่อการลดน้ำหนักตัวแล้ว ยังพบว่าทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นด้วย การออกกำลังกายควรจะทำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที และควรออกกำลังกายด้วยความแรงที่เหมาะสม นอกจากนี้การออกกำลังกายในระยะเวลาสั้นๆ ครั้งละ 10-15 นาที เช่น การเดินเร็วๆ การทำงานบ้าน แต่ทำบ่อยๆ วันละหลายๆ ครั้งก็พบว่า มีประโยชน์เช่นกัน

การรักษาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ การรักษาความดันโลหิตสูง และการรักษาน้ำตาลในเลือดสูง

การรักษาภาวะไขมันในเลือด

การรักษาภาวะไขมันในเลือดผิดปกติในผู้ป่วย Metabolic Syndrome ตามแนวทางปฏิบัติของ NCEP ATP III แนะนำให้ยึดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์โดยแบ่งผู้ป่วย ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก ได้แก่ กลุ่มที่มีโรคหลอดเลือดและหัวใจอยู่แล้ว และมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 2 ข้อ คือ

- 1) ผู้ป่วยชายที่มีอายุ 45 ปี หรือ ผู้ป่วยหญิงที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป
- 2) มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายก่อนอายุ 55 ปี ในชาย หรือ ก่อนอายุ 65 ปี ในหญิง
- 3) สูบบุหรี่
- 4) มีโรคความดันโลหิตสูง
- 5) ระดับ HDL โคเลสเตอรอลต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงน้อยกว่า 2 ข้อ ไขมันที่ต้องพิจารณาตัวแรก คือ LDL โคเลสเตอรอล เกณฑ์เหมาะสมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมากคือ น้อยกว่า 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome เกณฑ์ที่เหมาะสมอาจจะต้องน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เป้าหมายของ LDL โคเลสเตอรอลควรมีระดับน้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อย เป้าหมายของ LDL ควรมีระดับน้อยกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

การรักษาไขมันในเลือดประกอบด้วย

1. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวและอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง
2. ยาที่ควรใช้เป็นอันดับแรกในการลด LDL โคเลสเตอรอลคือ ยาในกลุ่ม Statin
3. ในกรณีคุมอาหารและออกกำลังกายแล้ว ระดับไตรกลีเซอไรด์ยังสูงเกิน 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรพิจารณาให้ยาในกลุ่ม Fibrate เพื่อป้องกันการเกิดตับอ่อนอักเสบ

ในกรณีที่ระดับไตรกลีเซอไรด์ อยู่ระหว่าง 200 - 400 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ให้พิจารณาค่า non-HDL โคเลสเตอรอลเป็นเกณฑ์ (ค่า non-HDL โคเลสเตอรอล คำนวณได้จากระดับโคเลสเตอรอลรวม ลบด้วย HDL โคเลสเตอรอล)

1. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุด ควรมีค่า non-HDL โคเลสเตอรอลน้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
2. กลุ่มเสี่ยงสูง ควรมีค่า non-HDL โคเลสเตอรอล น้อยกว่า 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
3. กลุ่มเสี่ยงน้อย ควรมีค่า non-HDL โคเลสเตอรอล น้อยกว่า 190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร
ยาที่ช่วยลด non-HDL โคเลสเตอรอลได้ตามเป้า อาจจะให้ยาในกลุ่ม Statin หรือ Fibrate ก็ได้ หรือบางราย อาจให้ยาในกลุ่ม Statin และ Fibrate ร่วมกันก็ได้ เพื่อลด LDL โคเลสเตอรอล และ non-HDL โคเลสเตอรอล สำหรับ HDL โคเลสเตอรอล ที่ต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มุ่งเน้นไปที่การออกกำลังกายเป็นหลัก ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด อาจพิจารณาให้ยาในกลุ่ม Fibrate เพื่อเพิ่มระดับ HDL โคเลสเตอรอลได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วย Metabolic Syndrome เป็นการลดความดันโลหิต เป้าหมาย คือ ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และต่ำกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ในผู้ป่วยเบาหวาน

การลดน้ำหนักโดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นการรักษาระดับแรกที่ต้องทำในการลดความดันโลหิต ในผู้ป่วยที่เป็น Metabolic Syndrome การลดน้ำหนักลงร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิมหรือลดน้ำหนักลงประมาณ 10 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิต ซิสโต- ลิกได้ประมาณ 7 มิลลิเมตรปรอท และลดความดันโลหิตไดแอสโตลิกได้ประมาณ 3 มิลลิเมตรปรอท

ในกรณีที่ความดันโลหิตยังลดลงมาไม่ได้ถึงเกณฑ์ที่ต้องการ หลังจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแล้ว ควรพิจารณาใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมด้วย ยาที่ใช้ในการรักษาความดันโลหิตสูงใน Metabolic Syndrome ที่ไม่ควรใช้เป็นยาตัวแรก คือ Alpha-1-Blocker และ Beta Blocker ทั้งนี้เพราะ Alpha-1-Blocker แม้จะมีฤทธิ์ช่วยลดภาวะคือต่ออินสุลินมากกว่ายาลดความดันโลหิตตัวอื่น แต่ก็ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวมากกว่าตัวอื่น

ยารักษาความดันที่ควรใช้ คือ ACE3Inhibitor และ Angiotensin Receptor Blocker เนื่องจากยาดังกล่าวมีผลลดการกระตุ้นของระบบ Renin Angiotensin ทำให้ลด Proteinuria และยาดังกล่าวยังมีความสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดเบาหวานได้ สำหรับ Beta Blocker จะทำให้เกิดเบาหวานมากกว่ายารักษาความดันตัวอื่น และยังทำให้เกิดไขมันไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้นและยังทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นเล็กน้อย

การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในผู้ป่วย Metabolic Syndrome ขึ้นอยู่กับว่า ระดับน้ำตาลที่สูงถึงระดับที่เป็นโรคเบาหวานได้หรือไม่

ในกรณีที่ระดับน้ำตาลยังไม่ถึงขั้นที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (น้ำตาลน้อยกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) การรักษาหลัก ได้แก่ ลดน้ำหนัก โดยการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย แม้ว่าจะมีการศึกษาว่า การใช้ยา Metformin และ Acarbose สามารถป้องกันการเกิดเบาหวานได้ก็ตาม แต่ผลที่ได้้น้อยกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการกินอาหารและออกกำลังกาย

ในผู้ป่วย Metabolic Syndrome ที่เป็นโรคเบาหวาน หลังจากที่มีการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย เป็นเวลา 1-3 เดือน แล้ว แต่น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารยังมากกว่า 120 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ควรพิจารณาใช้ยา Metformin เป็นยาอันดับแรก

ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ยา Metformin เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาที่มีผลต่อผู้ป่วยทางระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หรือมีภาวะไตเสื่อมร่วมด้วย อาจพิจารณาใช้ยาในกลุ่ม Thiazolidinedione แทนได้

ในกรณีที่เพิ่มขนาดยา Metformin ถึงระดับสูงสุดแล้ว (2,550-3,000 มิลลิกรัมต่อวัน) ระดับน้ำตาลในเลือดยังคงเกินเป้าหมาย ควรพิจารณาเสริมยาในกลุ่ม Thiazolidinedione หรือ Sulfonylurea ร่วมกับยา Metformin

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางด้านอาหาร และโภชนาการร่วมกันจัดทำข้อปฏิบัติ การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการขึ้น (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2532) ภายใต้กรอบวัฒนธรรมการกินของคนไทย และอยู่บนพื้นฐานของความเป็นวิทยาศาสตร์ โดยมีเนื้อหาสาระที่มีแนวปฏิบัติในการรับประทานอาหารที่จะนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนพิษภัยจากอาหาร เพื่อเผยแพร่ให้คนไทย ใช้อุดเป็นแนวทางในการรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการดังต่อไปนี้

1. รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

การรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ การรับประทานอาหารเช้าหลายๆ ชนิดเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการ ถ้ารับประทานอาหารเช้าไม่ครบทั้ง 5 หมู่ หรือรับประทานอาหารเช้าๆ เพียงบางชนิดทุกวัน อาจทำให้ได้รับสารอาหารบางประเภทไม่เพียงพอหรือมากเกินไป อาหารแต่ละชนิดประกอบด้วย สารอาหารหลายประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน แร่ธาตุ วิตามิน น้ำ และยังมี สารอื่นๆ เช่นใยอาหารซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกายทำให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติในอาหารแต่ละชนิดจะประกอบด้วยสารอาหารต่างๆ ในปริมาณที่มากน้อยต่างกัน โดยไม่มีอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งที่จะมีสารอาหารต่าง ๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดังนั้นในวันหนึ่ง ๆ เราจะต้องเลือกรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ และในแต่ละหมู่ควรเลือกรับประทานให้หลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารต่างๆ ครบตามความต้องการของร่างกาย อันจะนำไปสู่การรับประทานดีมีผลให้เกิด “ภาวะโภชนาการดี”

“น้ำหนักตัว” ใช้เป็นเครื่องบ่งชี้สำคัญที่บอกถึงภาวะสุขภาพของคนเราน่าดีหรือไม่ เพราะแต่ละคนจะต้องมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย จึงควรหมั่นดูแล โดยดูจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ซึ่งเท่ากับน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ค่าปกติจะอยู่ที่ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดังนั้นการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการรับประทานอาหารให้เหมาะสม จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งถ้าหากน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จะทำให้ร่างกายอ่อนแอ เจ็บป่วยง่าย ประสิทธิภาพการเรียนและการทำงานด้อยลงกว่าปกติ หากมีน้ำหนักมากกว่าปกติจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง การรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการรับประทานอาหารเช้าให้ถูกหลักโภชนาการจะช่วยให้สุขภาพดีมีชีวิตรื่นยาวทุกคนควรหมั่นดูแลน้ำหนักของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยเดือนละครั้ง หากน้ำหนักตัวน้อยควรรับประทานอาหารเช้าที่เป็นประโยชน์ให้มากขึ้น แต่หากน้ำหนักตัวมากควรลดการรับประทานอาหารลง โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน น้ำตาล และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานสารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และ โปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือซึ่งเป็นข้าวที่ขัดสีแต่น้อย และมีประโยชน์มากกว่าที่ขัดสีจนขาว เนื่องจากมีสารอาหารโปรตีน ไขมัน โยอาหาร แร่ธาตุ และ วิตามินในปริมาณที่สูงกว่า

ควรคำนึงถึงปริมาณอาหารประเภท ข้าวและแป้งที่รับประทานในแต่ละวัน เพราะถ้าร่างกายได้รับเกินความต้องการแล้ว จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมัน เก็บไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ดังนั้นการรับประทานข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ พร้อมด้วยอาหารอื่นที่หลากหลายครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนเหมาะสม และ ปริมาณที่เพียงพอจึงเป็นสิ่งพึงปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดีและสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์

3. รับประทานพืชผักให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ

พืชผักผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุรวมทั้งสารอื่นๆ ซึ่งมีความจำเป็นต่อร่างกายที่นำไปสู่สุขภาพที่ดี เช่น โยอาหารช่วยในการขับถ่าย และนำโคเลสเตอรอลและสารพิษที่ก่อโรคมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย ทำให้ลดการสะสมสารพิษ นอกจากนี้ พืชผัก ผลไม้หลายชนิดให้พลังงานต่ำ ดังนั้นหากรับประทานให้หลากหลายเป็นประจำจะไม่ก่อให้เกิดโรคอ้วน และไขมันอุดตันในเส้นเลือด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง และ โรคหัวใจ เพื่อการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ และแข็งแรงจึงควรรับประทานพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ควรรับประทานเป็นประจำสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ ควรรับประทานเป็นอาหารว่างและควรรับประทานพืช ผัก ผลไม้ ตามฤดูกาล

4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

ปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่ง โปรตีนที่ดี โปรตีนเป็นสารอาหารที่ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอย่างเพียงพอทั้งคุณภาพและปริมาณ เพื่อนำไปเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติเป็นส่วนประกอบ

ของสารสร้างภูมิคุ้มกัน โรคติดเชื้อ และให้พลังงานแก่ร่างกาย แหล่งอาหารที่ให้โปรตีนที่สำคัญ ได้แก่

ปลา เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย มีไขมันต่ำ หากรับประทานปลาแทนเนื้อสัตว์เป็นประจำจะช่วยลดไขมันในเลือด ในเนื้อปลามีฟอสฟอรัสสูง และถ้ารับประทานปลาเล็กปลาน้อย รวมทั้งปลากระป๋องจะได้แคลเซียมซึ่งทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ในปลาทะเลทุกชนิด มีสารไอโอดีนป้องกันไม่ให้เป็นโรคขาดสารไอโอดีน

เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อสัตว์ทุกชนิดให้โปรตีนแก่ร่างกาย แต่การรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำ ไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอเท่านั้น แต่จะช่วยให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายและเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ไขมันในเนื้อสัตว์มีทั้งที่สังเกตเห็นได้ เช่น หมูสามชั้น เนื้อสัตว์ที่มีมันเปลว ซึ่งควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะในเนื้อหมูจะมีไขมันแทรกอยู่มากกว่าเนื้อสัตว์ทุกชนิด

ไข่ เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง มีแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็นและเป็นประโยชน์ต่อร่างกายมากมายหลายชนิด ไข่เป็นอาหารโปรตีนราคาถูกหาซื้อได้ง่าย ปรุงและรับประทานง่าย ที่สำคัญคือควรรับประทานไข่ที่ปรุงให้สุก ทั้งไข่เป็ดและไข่ไก่ ซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการไม่แตกต่างกัน

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูก และมีหลากหลายชนิด ควรรับประทานถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้สารอาหารครบถ้วนยิ่งขึ้น

งา เป็นอาหารที่มีคุณค่าประโยชน์ทางโภชนาการที่ให้ทั้งโปรตีน ไขมัน วิตามิน โดยเฉพาะวิตามินอี แคลเซียม จึงควรรับประทานเป็นประจำ

5. คีมนมให้เหมาะสมตามวัย

นม เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับบุคคลทุกเพศทุกวัย แร่ธาตุแคลเซียม และฟอสฟอรัส ในนมช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นมมีโปรตีน น้ำตาลแลคโตส และวิตามินต่างๆ โดยเฉพาะ

วิตามินเอ ซึ่งช่วยในการมองเห็นและบำรุงเนื้อเยื่อ และวิตามินบีสอง ซึ่งช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และเนื้อเยื่อต่างๆ ทำหน้าที่เป็นปกติ

นมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้ เป็นผลิตภัณฑ์ที่ทำจากถั่วเหลือง ให้โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงดื่มได้เป็นประจำเช่นกัน

6. รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

ไขมัน เป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพให้พลังงาน ความอบอุ่น และช่วยการดูดซึม ปัจจุบันคนไทยรับประทานไขมันมากกว่าในอดีตและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต จึงควรจำกัดให้พลังงานที่ได้จากไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด ไขมันในอาหารมีทั้งชนิดไขมันอิ่มตัวและไขมันไม่อิ่มตัว การได้รับกรดไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ควรประกอบอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง ปิ้ง และย่าง แทนการทอดหรือผัด จะลดปริมาณไขมันในอาหาร

การรู้ชนิดอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะปริมาณไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอล รู้จักการประกอบอาหารไม่ให้มีไขมันมากจะควบคุมหรือจำกัดปริมาณไขมันในอาหารได้ และยังเลือกคุณภาพไขมันจากอาหารได้เหมาะสม และเป็นผลดีต่อสุขภาพ

7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

การรับประทานอาหารรสจัดจนเป็นนิสัยจะเกิดโทษแก่ร่างกาย โดยเฉพาะรสหวานจัด และเค็มจัด น้ำตาลเป็นส่วนประกอบในอาหารและขนมที่เรารับประทานเป็นประจำอยู่แล้ว จึงควรจำกัดพลังงานที่ได้จากน้ำตาลในแต่ละวันอย่างมากสุดไม่เกิน ร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด และไม่ควรรับประทานน้ำตาลเกินวันละ 40-55 กรัม หรือมากกว่า 4 ช้อนโต๊ะ ต่อวัน เพราะพลังงานที่ได้รับจากน้ำตาลส่วนเกินจะสะสมทำให้อ้วนได้

รสเค็มในอาหารไทยได้จากน้ำปลาและเกลือแกงเป็นตัวหลัก และยังใช้ในการถนอมอาหารประเภทหมักดอง นอกจากนี้เกลือแกงยังแฝงมากับอาหารอื่นอีก เช่น ขนมอบกรอบ ขนมขบเคี้ยว ขนมอบฟู และผงชูรส การได้รับเกลือมากกว่า 6 กรัมต่อวัน หรือมากกว่า 1 ช้อนชา

ขึ้นไปจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะยิ่งสูงขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะคนที่ไม่ค่อยชอบรับประทานผัก ผลไม้ หรือรับประทานน้อย และการรับประทานอาหารรสเค็มจัด มีโอกาสเป็นมะเร็งในกระเพาะอาหารด้วย

ดังนั้นการรับประทานอาหารรสไม่จัดจึงเป็นผลดีต่อสุขภาพ ควรหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสที่ไม่จำเป็นและหันมารับประทานอาหารแบบไทย ๆ ที่มีรสกลมกล่อม ละมุนละไม มีผักสมุนไพรและกับข้าวที่เป็นเครื่องเคียงทั้งที่ปรุงจากเนื้อสัตว์และผักต่างๆ ทำให้ได้รับอาหารสมดุล ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

8. รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน

จากสภาพสังคมและการดำเนินชีวิตอย่างเร่งรีบในปัจจุบัน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการประกอบอาหารในครัวเรือน เช่น ซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารพร้อมบริโภค หรืออาหารพร้อมปรุง ซึ่งมักมีการปนเปื้อนและไม่สะอาด ทำให้มีแนวโน้มว่าคนไทยมีการเจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินอาหารเพิ่มขึ้น อาหารมีการปนเปื้อนจากขบวนการผลิต ปรุง ประกอบ และจำหน่าย โดยไม่ถูกสุขลักษณะหรือจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมทำให้มีการปนเปื้อนจากเชื้อโรคพยาธิต่างๆ สารเคมีที่เป็นพิษหรือโลหะหนักที่เป็นอันตราย

ควรรับประทานอาหารผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ พืชผัก ผลไม้ต้องล้างสะอาด เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากที่จำหน่ายที่ถูกสุขลักษณะ ปรุงสุกใหม่ๆ มีการปกปิดป้องกันแมลงวัน บรรจุในภาชนะที่สะอาดมี อุปกรณ์หยิบจับหรือตักแทนการใช้มือ มีสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร คือ ล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังใช้ส้วม ใช้ช้อนกลางเข้าร่วมรับประทานหลายคนและหยิบจับอุปกรณ์ให้ถูกต้อง

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้น เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี กระแช่ ตลอดจนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำจะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินมากมาย เช่น มีความเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง

โรคแผลในกระเพาะและลำไส้ และโรคมะเร็งของหลอดอาหาร ในรายที่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง ส่วนมากจะลงท้ายด้วยโรคตับแข็งและโรคติดเชื้อ เช่น ปอดบวม และวัณโรค มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ฤทธิ์แอลกอฮอล์จะไปกดสมอง ศูนย์ควบคุมสติสัมปชัญญะและศูนย์หัวใจ จึงทำให้ขาดสติ เสียการทรงตัว สมรรถภาพการทำงานลดน้อยลง ทำให้เกิดความประมาทเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ซึ่งเป็นสาเหตุแห่งการตายของคนไทยในลำดับต้นๆ ในปัจจุบันก่อให้เกิดการสูญเสียเงินทองและเกิดความไม่สงบสุขในครอบครัวได้ตลอดเวลา

การบริโภคอาหารตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ

ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารในกลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ ถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ซึ่งสอดคล้องตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ ในข้อ 4 ที่ว่ารับประทานอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีสันฉูดฉาด ซึ่งมีข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. เลือกซื้ออาหารที่สะอาดปลอดภัย
2. ปรุงและรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะ และสุกเสมอ
3. รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย ในสัดส่วนที่เหมาะสม
4. ดื่มนมให้เหมาะสมกับวัย
5. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้ว

วิธีปฏิบัติ

1. เลือกซื้ออาหารที่สะอาดปลอดภัย โดยคำนึงถึงหลัก 3 ป. คือ ประโยชน์ ปลอดภัย ประหยัด

ประโยชน์ คือ เลือกซื้อและรับประทานอาหารที่สดใหม่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วนเหมาะสมกับความต้องการของคนในแต่ละวัย

ปลอดภัย คือ เลือกซื้อและรับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคและสารอันตราย เช่น สารฟอกขาวในถั่วงอก และหน่อไม้ดอง โดยซื้อจากแหล่งผลิตที่เชื่อถือได้ มีป้ายตราสัญลักษณ์อาหารปลอดภัย ป้ายตลาดสดน่าซื้อ อาหารสำเร็จรูปมีเครื่องหมายอย. ว/ด/ป ที่ผลิตสินค้าและวันหมดอายุ

ประหยัด คือ เลือกซื้อและรับประทานอาหารที่มีในท้องถิ่น หาได้ง่ายตามฤดูกาล ราคาถูก

2. ประุงและรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะและสุกเสมอ โดยคำนึงถึงหลัก 3 ส. คือ สกวนคุณค่า สุกเสมอ และสะอาดปลอดภัย

สกวนคุณค่า คือ เลือกวิธีปรุงและประกอบอาหารที่สามารถคงคุณค่าของอาหารเดิมไว้มากที่สุด เช่น ล้างผักทั้งต้นหรือแกะออกเป็นใบๆ ล้างให้สะอาดแล้วจึงหั่น การปรุงต้องใช้ไฟแรงเวลาสั้นๆ เพื่อรักษาวิตามินและแร่ธาตุในผัก

สุกเสมอ คือ ต้องใช้ความร้อนในการปรุงอาหารให้สุกเพื่อทำลายเชื้อโรค โดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ควรปรุงให้สุกด้วยความร้อนก่อนรับประทานทุกครั้ง และไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ

สะอาดปลอดภัย คือ รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ถ้ารับประทานอาหารร่วมกันต้องใช้ช้อนกลางและใช้ภาชนะอุปกรณ์ที่สะอาด ผู้ปรุงอาหารต้องมีสุขนิสัยที่ดีในการปรุงอาหาร เช่น แต่งกายสะอาด ไม่สูบบุหรี่ในขณะที่ปรุงอาหาร ไม่พูดคุย และจี้เล็บ จี้มูก เวลาไอจามควรปิดปากและจมูก ใช้ช้อนตักชิมอาหาร ไม่ใช่ทัพพีหรือตะหลิว เป็นต้น

3. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสม

อาหาร คือ สิ่งที่เรารับประทานได้โดยปลอดภัยและให้สารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย จึงมีการแบ่งอาหารออกเป็น 5 หมู่ เรียกว่าอาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่

หมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง นม

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล หัวเผือก มัน

หมู่ที่ 3 ผักใบเขียวและพืชผักอื่นๆ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ

หมู่ที่ 5 ไขมันจากสัตว์และพืช

อาหารหมู่ที่ 1 เสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกาย ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น หมู วัว เป็ด ไก่ ปลา กุ้ง เครื่องใน เช่น ตับ ปอด หัวใจ ไข่ต่างๆ เช่น ไข่เป็ด ไข่ไก่ ไข่นก ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วลิสง และอาหารที่ทำจากถั่ว นม และผลิตภัณฑ์จากนม

ประโยชน์ ช่วยเสริมสร้างและซ่อมแซมร่างกาย อาหารทะเลช่วยป้องกันโรคคอพอก เครื่องใน เช่น ตับ สร้างและบำรุงโลหิต นมช่วยสร้างกระดูกและฟัน เด็กอยู่ในวัยเจริญเติบโต ต้องการอาหารหมู่นี้มาก

อาหารหมู่ที่ 2 ให้พลังงาน ได้แก่ ข้าวต่างๆ เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว แป้งต่างๆ เช่น แป้งข้าวเจ้า แป้งมันสำปะหลังและอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมจีน ขนมปัง หัวเผือก มันต่างๆ

ประโยชน์ ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทำให้มีแรงเคลื่อนไหวทำงานได้

อาหารหมู่ที่ 3 ควบคุมการทำงานของร่างกายให้ปกติ ได้แก่ ผักใบเขียวและผักเป็นหัวต่างๆ เช่น ผักบุ้ง คะน้า ตำลึง ฟักทอง กะหล่ำปลี และมะเขือต่างๆ

ประโยชน์ บำรุงสุขภาพทั่วไปให้แข็งแรง บำรุงสุขภาพของผิวหนัง นัยน์ตา เหงือก และ ฟัน สร้างและบำรุงโลหิต ช่วยให้ร่างกายใช้ประโยชน์จากอาหารอื่นได้เต็มที่ และมีเส้นใยเป็นกาก ช่วยให้การขับถ่ายสะดวก

อาหารหมู่ที่ 4 ควบคุมการทำงานของร่างกายให้ปกติ ได้แก่ ผลไม้สดต่างๆ เช่น มะม่วง มะละกอ ถั่วฝักยาว ส้ม ฝรั่ง และสับปะรด

ประโยชน์ ช่วยบำรุงสุขภาพและป้องกันโรคต่างๆ ช่วยให้ร่างกายสดชื่น บำรุงสุขภาพของผิวหนัง นัยน์ตา เหงือกและฟัน

อาหารหมู่ที่ 5 ให้พลังงาน ได้แก่ ไขมันจากสัตว์ เช่น มันหมู มันไก่ ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่ว น้ำมันงา และกะทิ

ประโยชน์ อาหารหมู่นี้ให้พลังงานสูงและให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทำให้มีกำลัง เคลื่อนไหวทำงานได้

เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงเราต้องรับประทานอาหารต่างๆให้ครบ 5 หมู่ ให้ได้สัดส่วนเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย อาหารหมู่ต่างๆ นี้จะรับประทานทดแทนกันไม่ได้ นอกจากจะรับประทานอาหารหมู่เดียวกันทดแทนกันเท่านั้น การรับประทานอาหารเพียงอย่างสองอย่างหรือรับประทานอาหารเฉพาะที่ตนเองชอบเป็นเวลานานๆ จะทำให้ร่างกายขาดสารอาหารอื่นๆ ไปด้วย ดังนั้นการรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ถูกส่วน ครบ 5 หมู่ ดังกล่าวนี้ จึงเรียกว่า รับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ

4. คีมันนให้เหมาะสมตามวัย

นมและผลิตภัณฑ์นม นับเป็นแหล่งโปรตีนที่สำคัญ แหล่งไขมัน พลังงาน แคลเซียม และฟอสฟอรัส ซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง คีมันนอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว ส่วนผู้ที่มีอายุเกิน 35 ปี หรือผู้ที่ต้องการระวังน้ำหนักและปริมาณไขมันในเลือด ควรเลือกคีมันนที่มีไขมันต่ำ สำหรับเด็กและวัยรุ่น ควรคีมันนวันละ 2-3 แก้ว สำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 35 ปี หรือผู้ที่ต้องการระวังน้ำหนักและปริมาณไขมันในเลือดควรเลือกคีมันนที่มีไขมันต่ำอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว ส่วนนมข้นหวาน

หรือนมข้นคั้นรูปไม่หวานไม่เหมาะที่จะนำมาเลี้ยงทารกหรือเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี เพราะมีคุณค่าทางโภชนาการต่ำมาก

5. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกาย ปกติร่างกายต้องการน้ำประมาณวันละ 2 ลิตร โดยจะได้รับจากน้ำดื่มและน้ำในอาหาร น้ำดื่มที่ดีจะต้องใสสะอาด ไม่มีตะกอน ไม่มีสิ่งเจือปน ไม่มีสี กลิ่น รส จะต้องได้มาตรฐานน้ำดื่มที่เป็นที่ยอมรับ

ปริมาณและลักษณะของการบริโภคอาหารแต่ละมื้อ

วัยผู้ใหญ่ หรือวัยทำงาน เป็นวัยที่มีความเจริญเติบโตถึงขีดสูงสุด ความต้องการสารอาหารโปรตีนน้อยลงทั้งหญิงและชาย ความต้องการธาตุเหล็กมีมากขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิงความต้องการแคลอรีลดลงจากเดิมแต่ปริมาณอาหารใน 1 วัน ควรครบ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่ (สมจิตร, 2539) หรือถ้ารับประทานครบ 3 มื้อ (สิริวัฒน์, 2539) พบว่าได้ปริมาณของสารอาหารต่างๆ ไม่ครบ โดยเฉพาะมื้อเช้า ซึ่งพบว่าจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ในปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ต้องเร่งรีบออกจากบ้านแต่เช้าเพื่อไปทำงาน อาหารเช้าที่เคยรับประทานกันอย่างจริงจังเป็นเรื่องเป็นราว เพื่อเป็นพลังงานให้กับร่างกายกลับถูกลดความสำคัญลงเหลือเพียง โอวัลตินกับขนมประเภทแป้ง เช่น ขนมเค้ก ขนมครก โรตีสี ปาท่องโก๋ หรือบางรายพิถีพิถันมากขึ้นก็รับประทานไข่ลวกที่ลวกสุกๆดิบๆ ทำให้ได้ไข่ขาวดิบที่ย่อยและดูดซึมยาก การบริโภคอาหารเช้างดกล่าวถึงว่าเป็นนิสัยการบริโภคอาหารที่ไม่ดีอย่างหนึ่ง เพราะร่างกายได้รับสารอาหารและพลังงานที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้ยังพบว่า คนส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าเย็นมากกว่ามื้ออื่น เนื่องจากมีเวลามากกว่ามื้ออื่นและหิวมากกว่ามื้ออื่น ซึ่งนักโภชนาการหลายท่านได้ชี้แจงว่าการบริโภคอาหารเช้าเย็นในปริมาณมากมีโอกาสนอนง่าย เนื่องจากการใช้พลังงานน้อยหลังจากรับประทานอาหารเช้า พลังงานส่วนเกินจะถูกสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

นอกจากอาหารหลัก 3 มื้อ ที่มีความจำเป็นต่อร่างกายแล้วการรับประทานอาหารเช้าว่างก็มีความจำเป็นต่อร่างกายด้วยเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากการรับประทานอาหารเช้าเพียงวันละ 3 มื้อ อาจทำให้ขาดสารอาหารบางอย่างที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย สารอาหารในอาหารว่างจะช่วยเสริม

ส่วนที่พร้อมในอาหารมื้อหลัก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องเลือกรับประทานอาหารว่างที่มีประโยชน์ เช่น นม ขนม ถั่วต่างๆ เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่มนุษย์ปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ (Harris and Glute, 1979) ได้มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behaviors) และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค (Health Protecting Behaviors) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมุ่งระงับไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น (Murray and Zentner, 1993; Pender, 1987) ด้วยเป้าหมายสำคัญของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งยกระดับภาวะสุขภาพดังกล่าวทำให้มีผู้สนใจ และได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ และ สวิง (2539) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มนุษย์แสดงออก ทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสังเกตหรือวัดได้ ทั้งโดยทางตรงหรือทางอ้อม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกต มองเห็นได้นั้น อาจแยกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ การปฏิบัติตามวิถีในชีวิตประจำวัน เป็นการปฏิบัติที่เป็นส่งเสริมสุขภาพชีวิตโดยทั่วไป และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติโดยทั่วไป การไปรับบริการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข สมทรง และสรงศ์กัญ (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งพฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก

ธนวรรณ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการงดเว้น ไม่กระทำและการแสดงออกของบุคคลที่จะกระทำ หรืองดการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว หรือบุคคลอื่นๆ

ธิดิมา (2547) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล ในการกระทำ หรือคว้งนการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และ การปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เหมาะสม สัมพันธ์กัน ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพจำแนกตามลักษณะ การแสดงออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ของบุคคลที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า พุทธิพิสัย (Cognitive Domain) 2) พฤติกรรมที่แสดงออกในลักษณะของความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ความคิดเห็น ทำที่ที่บุคคลมีต่อ บุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์ ซึ่งเรียกว่า เจตพิสัย (Affective Domain) 3) พฤติกรรมที่แสดงออก ในลักษณะของการกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ทักษะพิสัย (Psychomotor Domain)

Pender (1987) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่าเป็นกิจกรรม ที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวมและการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ ของครอบครัว ชุมชน และสังคม

Palank (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่ม โดยบุคคลในทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของการบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีโภชนาการที่เพียงพอ การลดภาวะเครียด การพักผ่อน และการพัฒนาระบบสนับสนุน ทางสังคม

Murray and Zentner (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรม ซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุกเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุด ของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

สำหรับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในอีกทศนะหนึ่ง ซึ่งพัฒนามาจากความหมาย ของคำว่าสุขภาพ ซึ่งมีใ้หมายถึงเพียงความปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น ตามความหมาย ขององค์การอนามัยโลก สุขภาพหมายถึงการที่จะดำรงชีวิตที่มีความสุขจะมุ่งเน้นไปที่การปรับปรุง มาตรฐานการดำเนินชีวิต ในแนวทางนี้จะให้ความสำคัญของการยกระดับมาตรฐานชีวิตของบุคคล มิได้มุ่งเฉพาะการที่ทำให้บุคคลปราศจากโรค การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางนี้ มุ่งที่จะพัฒนา และส่งเสริมให้บุคคลมีความเป็นอยู่ที่สันติสุข มีที่อยู่อาศัย มีการศึกษา มีอาหารเพียงพอ มีรายได้

มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และมีแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอ มีความยุติธรรมในสังคม และมีความเสมอภาค ซึ่งกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งไปที่การดำเนินชีวิตดังกล่าว จึงเป็นกลวิธีที่ต้องมีการบูรณาการจากทรัพยากรต่างๆ ที่ประกอบกันเป็น โครงสร้างทางสังคมทั้งระบบ

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกิจกรรมหลัก 1 ใน 5 ของการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) อันเป็นเสมือนคำประกาศปรัชญาและยุทธศาสตร์ที่ได้ประกาศไว้ ณ การประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 ซึ่งกฎบัตรออตตาวา ได้กำหนดให้มีกิจกรรมหลัก 5 กลุ่ม ที่มีผลสำคัญ ต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ได้แก่

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการดูแลสุขภาพ รวมถึงหมายถึงการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาความรู้ และทักษะส่วนบุคคล ด้วยการให้ความรู้เพื่อสุขภาพ ข้อมูลข่าวสาร และการเสริมทักษะชีวิตเพื่อเพิ่มสมรรถนะแก่บุคคลให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้น และเพิ่ม โอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้เรียนรู้ตลอดชีวิต พร้อมในการดำเนินชีวิตในรูปแบบต่างๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเอง

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ การส่งเสริมสุขภาพยังมีบทบาทที่จะมุ่งยกระดับมาตรฐานการดำเนินชีวิตของบุคคลและสังคมโดยรวม ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาวเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะสามารถก้าวไปถึงสภาวะที่เรียกกันว่าคุณภาพชีวิตที่แท้จริงต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาใช้เพื่อศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในจังหวัดนครนายกต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

มัลลิกา (2530) กล่าวว่า การดูแลตนเองของประชาชนเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่ผสมผสานกับการอบรมขัดเกลา และถ่ายทอดความรู้ทางสังคม ตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และการประเมินการรักษาด้วยตนเอง รูปแบบของการดูแล จะแตกต่างกันตามวัฒนธรรมความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละสังคม

สมจิต (2539) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่า หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ของตน

Pender (1987) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่มีบุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อการดำรงชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน และมีความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น

Hill and Smith (1990) มีแนวคิดว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในบุคคลนั้นเองหรือบุคคลภายนอกก็ได้

Orem (1995) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มหรือกระทำอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายเพื่อการดูแลตนเองหรือการดูแลที่พึ่งพา เช่น ทารก เด็ก คนเจ็บป่วย เป็นต้น เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ภายใต้อบรมธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

บทบาทของประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยของตนเอง มีมาตั้งแต่อดีต โดยจะเป็นรูปแบบของครอบครัวและชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ตามแบบแผนวัฒนธรรม ความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝังและการถ่ายทอดสืบต่อกันมา เช่น การเช้นไหว้ บวงสรวง และประกอบพิธีกรรมต่างๆ แนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาเรื่อยมา การจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยได้ปรับเปลี่ยนเป็นวิธีการทางการแพทย์แผนวิทยาศาสตร์

มากขึ้น แต่ต้องพบกับปัญหาที่ต้องพึ่งพาแพทย์มากเกินไปทำให้ประชาชนเริ่มมีความต้องการที่จะเรียนรู้เรื่องของสุขภาพอนามัยเพื่อที่จะสามารถส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ทำให้แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นประเด็นที่สนใจของนักสังคมวิทยา และนักมนุษยวิทยาการแพทย์ ได้พยายามส่งเสริมให้แนวความคิดดังกล่าวกว้างขวางขึ้น และเป็นที่ยอมรับต่อไป โดยมีที่มาจากแนวความคิดพื้นฐานต่างๆ ดังนี้ (มัลลิกา, 2530)

1. สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อมๆ กับสังคม ดังนั้น การดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นสิทธิหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วยจัดอยู่ในขอบข่ายทางวัฒนธรรม ซึ่งแต่ละบุคคลย่อมมีวิธีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกันออกไป แม้ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บอย่างเดียวกัน ทั้งนี้ เพราะบุคคลแต่ละคนมีประสบการณ์ ค่านิยม แนวความคิดความเชื่อเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยต่างกัน เช่น ความเชื่อในอดีตที่ถือว่าคนอ้วนคือคนแข็งแรง แต่ปัจจุบันคนอ้วนหมายถึงคนที่เป็นโรค
3. ในชุมชนทุกชุมชนการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ และความเจ็บป่วยถูกกำหนดไว้แล้ว โดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไรและควรจะรักษาอย่างไร ดังนั้นการรักษาเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชนและบุคคลในชุมชนมากกว่า
4. บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขยังกระจายไปไม่ถึงประชาชนในชนบท เป็นบริการที่มีราคาแพง และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเองดังกล่าว
5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเองและรับผิดชอบตนเองตลอดจนอยู่ภายใต้อำนาจนิติของแพทย์ให้น้อยลงจากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวนี้ ทำให้มีผู้สนใจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างกว้างขวาง และได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่างๆ ดังนี้

การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่สามัญชนป้องกันโรค วินิจฉัยความผิดปกติ และรักษาโรคเบื้องต้น การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และการดูแลตนเอง เป็นการกระทำของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจะมีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (ครุณี, 2545)

จากแนวความคิดของการดูแลตนเองดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า การดูแลตนเอง คือ กิจกรรมที่บุคคลควรปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เป็นการกระทำที่มีแบบแผนและมีความต่อเนื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ทุกคนสามารถที่จะพัฒนาทักษะให้เพิ่มขึ้นได้

ลักษณะกิจกรรมการดูแลตนเอง มีดังนี้ (Orem, 1980)

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์อยู่ในสภาพปกติและอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งในด้านโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่างๆ
3. ภารกิจที่เอื้ออำนวยให้พัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ของบุคคล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เต็มกำลังความสามารถ
4. เป็นกิจกรรมที่ป้องกันอันตรายและการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย จิตใจของบุคคล
5. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการควบคุม จำกัดข้อบกพร่องหรือผลอันเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย
6. เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการหายหรือกำจัดโรค และพยาธิสภาพต่างๆ ของร่างกาย

จุดมุ่งหมายในการดูแลตนเอง มีดังนี้ (Orem, 1991)

1. วัตถุประสงค์ของกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันและควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนการรักษาหรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นอยู่หรือการมีสุขภาพที่ดี

การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายในขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม และเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต, 2537) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยบุคคลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ต้องเข้าใจในสิ่งแวดล้อมของตนทั้งภายในและภายนอก มีความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ระยะที่ 2 เป็นระยะการกระทำและการประเมินผลของการกระทำการดูแลตนเองนั้น มีหลายระดับ ตั้งแต่การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลตนเองในระดับป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลทุกคนที่ควรปฏิบัติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งโอเร็ม (Orem) เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) และการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดว่าเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) (Orem, 1995) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปประกอบด้วย การดูแลเพื่อให้ได้รับ

อากาศ น้ำ อาหาร อย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายที่เป็นปกติ และจัดการกับสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายได้อย่างเหมาะสม การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมกับการพักผ่อน และการใช้เวลาส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ สวัสดิภาพและการดำรงชีวิตอยู่ อย่างปกติสุข การดูแลตนเองระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย การคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการในแต่ละช่วงชีวิตและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบต่อพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บหรือเกิดความเจ็บป่วย ประกอบด้วย การปรับตัวยอมรับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การเรียนรู้ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โรคหรือการรักษา การรับรู้ และสนใจในสภาพที่กำลังเป็นและเรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือสภาวะที่เป็นอยู่

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพ ที่บุคคลได้คิด ตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง ในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทสุดท้ายที่เกิดขึ้นในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, 1996) เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งการที่บุคคลมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้องจะช่วยให้ลดภาวะการเกิดโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งแนวทางการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วย

1. การบริโภคอาหาร (Nutrition) เป็นการรอบรู้ถึงการเลือกอาหารที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มีความสำคัญในการช่วยเสริมสร้างพลังงานให้แก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มความทนทาน ป้องกันการเกิดโรค และส่งผลให้มีชีวิตที่ยืนยาว (Pender, 1996) ดังนั้นจึงควรมีการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวหรือน้ำตาล ที่มีักเป็นต้นเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ และความพิการขึ้น ควรบริโภคอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน หมุนเวียนในแต่ละวัน มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอต่อร่างกาย

ในการสร้างเซลล์เนื้อเยื่อเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เสริมสร้างสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆ เนื่องจากในวัยทำงานการทำงานของเซลล์มีการเสื่อมลงอย่างช้าๆ หากมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมอาจมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายได้ (Cataldo *et al.*, 1999)

2. กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity) เป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อมัดต่างๆ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในระดับเบา ปานกลาง หรือหนัก ที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน หรืออาจเป็นกิจกรรมที่มีการวางแผนไว้อย่าง เช่น การออกกำลังกายประเภทต่างที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายแบบซ้ำๆ ส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพหากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น เพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก สมรรถภาพการทำงานดีขึ้น ส่งเสริมการขับถ่ายให้เป็นปกติ (Pender, 1996)

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมกรดน้ำหนักรับประทานเป็นสิ่งที่ยาก เนื่องจากต้องใช้เวลานาน และความอดทนสูง บางคนอาจเกิดความท้อแท้และเลิกไปในที่สุด บางวิธีอาจได้ผล บางวิธีอาจไม่ได้ผล และบางวิธีอาจเกิดอันตราย ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ (ปิยธิดา, 2541) ดังนั้นการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน จึงเป็นสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่สุด อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆ ที่จะเกิดตามมาจากภาวะโภชนาการเกิน การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดก็จะต้องมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม (Walcott-McQuigg, 1995)

บริโภคนิสัย

การมีบริโภคนิสัยที่ชอบรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปจนเกิดความสมดุลกับการใช้พลังงานของร่างกาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ดังนั้น การมีบริโภคนิสัยถูกต้อง เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของกิจกรรมหรือพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน และเผื่อสำรองไขมันไว้ใช้ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นวิธีการควบคุมน้ำหนักได้ดี มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของบริโภคนิสัย ดังนี้

วีณะ และสง่า (2541) กล่าวว่า บริโภคนิสัย คือ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร อันเป็น ความเชื่อถือหรือเป็นข้อห้ามและข้อบังคับแนะนำที่ถือปฏิบัติในสังคม จนกลายเป็นนิสัย และมีผล ต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

ครุณี (2545) กล่าวว่า บริโภคนิสัย คือ การมีพฤติกรรมที่กระทำจนเกิดเป็นนิสัยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในด้านการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเตรียมชนิดของอาหาร และ สุขนิสัยในการบริโภคอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยได้รับ อิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม สภาพร่างกาย และจิตใจ

บริโภคนิสัยเพื่อควบคุมน้ำหนัก

เป้าหมายหลักของการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว คือ การมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้ (วิชัย และคณะ, 2544ก; Cataldo *et al.*, 1999)

1. รับประทานอาหารแต่พอควร การที่ได้รับอาหารมากเกินไปทำให้ร่างกายได้รับพลังงาน จากสารอาหารมากกว่าพลังงานที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เกิดการสะสมของไขมันในร่างกาย มากขึ้นจนเกิดโรคอ้วนในที่สุด จึงควรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ที่ได้ะอาหารและรับประทาน ให้ตรงเวลา เคี้ยวอาหารช้าๆ ให้ละเอียดก่อนการกลืนทุกครั้ง การรับประทานอาหารแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจากการรับประทานอาหารด้วยความรีบเร่ง จะทำให้ศูนย์ควบคุม ความหิวและความอิ่มเสียหายที่ อาหารแต่ละมื้อควรมีปริมาณใกล้เคียงกัน เพื่อขจัดความเครียดของ ร่างกายจากความหิวหากได้รับอาหารที่ไม่สม่ำเสมอไม่ควรงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และไม่ควรร ับประทานอาหารร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือพูดคุยสังสรรค์ เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้ผลิตเพลินจนรับประทานอาหารในปริมาณมาก หลีกเลียงการระบาย ความเครียด ความวิตกกังวล ความเหงา ความเบื่อหน่าย ด้วยการรับประทานอาหาร เมื่อมีภาวะ เครียดดังกล่าวเกิดขึ้นควรหาวิธีการระบายอย่างอื่น เช่น การเดินเล่น หรือฟังเพลง เป็นต้น

2. รับประทานไขมัน ไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ หรือควรมีการจำกัดปริมาณ คอเลสเตอรอลในอาหารให้ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน เพราะไขมันมีความหนาแน่นของพลังงานสูง ร่างกายมีความสามารถในการสะสมไขมันสูง แต่มีความสามารถในการเผาผลาญไขมันต่ำ ไขมัน

ที่ร่างกายได้รับมากเกินไปจะถูกระงับไว้ในเนื้อเยื่อไขมันอย่างมีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 96 ดังนั้นการรับประทานไขมันจึงเป็นสิ่งที่ทำลายการควบคุมน้ำหนัก ในทางปฏิบัติสามารถทำได้ โดยหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ เช่น แองกะทิ เนย ครีม ของทอดต่างๆ ไขมันที่ได้รับควรเป็นไขมันจากพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างกรดไขมันตัวดี (High Density Lipoprotein / HDL) และควรปรุงอาหารด้วยวิธีต้ม นึ่ง หรือย่าง

3. รับประทานโปรตีนร้อยละ 15- 20 ของพลังงานที่ควรได้รับทั้งหมด โปรตีน มีความหนาแน่นของพลังงานต่ำ ร่างกายมีขีดความสามารถในการเผาผลาญกรดอะมิโน เมื่อมีการรับประทานโปรตีนมากขึ้น และร่างกายมีความสามารถในการสะสมโปรตีนต่ำ โปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ นม เป็นต้น โดยเฉพาะโปรตีนที่ได้จากเนื้อปลาทะเลเนื่องจากเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย และมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง คือ EPA (Eicosapentanoic / EPA) และ DHA (Docosaheranoic / DHA) เพื่อช่วยสร้างกรดไขมันตัวดี และโปรตีนจะช่วยให้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกาย ที่สูญเสียไป

4. รับประทานคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ควรได้รับทั้งหมด คาร์โบไฮเดรต มีความหนาแน่นของพลังงานต่ำ แต่เป็นสารอาหารที่มีส่วนให้พลังงานประจำวันสูง และร่างกายมีขีดความสามารถในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตมาก เมื่อรับประทานคาร์โบไฮเดรต ในปริมาณมาก และความสามารถในการสะสมคาร์โบไฮเดรตในรูปไกลโคเจนต่ำ จึงสามารถบริโภคได้ในปริมาณที่มากกว่าไขมัน

5. รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ ผักและผลไม้ นอกจากให้วิตามินและเกลือแร่แล้ว ยังให้เส้นใยอาหารที่มีส่วนในการลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อลง เนื่องจากกากใยอาหารผ่าน กระเพาะอาหารได้ช้าจึงทำให้รู้สึกอิ่มเร็ว ช่วยดูดซับไขมันและน้ำดีในลำไส้ทำให้การสะสมของไขมันในลำไส้ลดลง และยังอาจดึงน้ำและสารพิษต่างๆ ไปได้มากที่สุด อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการถ่ายอุจจาระอีกด้วย แต่อย่างไรก็ตามควรบริโภคผลไม้ที่มีรสหวานแต่พอควร เนื่องจากมีปริมาณน้ำตาลสูง

6. งดหรือลดการดื่มเหล้าหรือแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ไม่ใช่สารอาหาร แต่เป็นสารเคมีที่มีอยู่ในเครื่องดื่มสุราต่างๆ ที่เป็นที่นิยมดื่มกัน ร่างกายมีการเผาผลาญแอลกอฮอล์ก่อนสารอาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ปริมาณแอลกอฮอล์ 1 กรัม ให้พลังงาน 7 แคลอรี ดังนั้นการดื่มแอลกอฮอล์จึงให้พลังงานแก่ร่างกายบางส่วน และเปิดโอกาสให้พลังงานจากสารอาหารถูกสะสมเป็นไขมันในร่างกายมากขึ้น

การควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นนั้น นอกจากจะมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องแล้ว ควรจะมีพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันที่เหมาะสมร่วมด้วย จึงจะมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

พฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม

การกำหนดความต้องการพลังงานของร่างกายนั้น พิจารณาจากพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายต้องใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งการใช้พลังงาน (Energy Expenditure) ในชีวิตประจำวันเป็นการเผาผลาญพลังงานที่ได้จากสารอาหาร และยังช่วยเผาผลาญไขมันที่สะสมอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย การใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย (วิชัย และคณะ, 2544ก; Ravussin and Swinburn, 1996)

1. พลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐาน (Basal Metabolic rate) เพื่อการทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกาย หรือการใช้พลังงานของร่างกายในการดำรงชีวิต ได้แก่ การหายใจ การเต้นของหัวใจ การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ การนอนพักเฉยๆ บนเตียง ภาวะอดอาหาร ซึ่งพลังงานที่ใช้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ กรรมพันธุ์ ขนาดของรูปร่าง น้ำหนัก ปริมาณไขมันในร่างกาย ปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไป อายุ และเพศ ซึ่งพบว่าเพศหญิงจะใช้พลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐานน้อยกว่าเพศชาย ประมาณ 100 แคลอรีต่อวัน อาจเป็นผลมาจากระดับฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกัน และอัตราส่วนของกล้ามเนื้อต่อไขมันในเพศชายจะมากกว่าเพศหญิง โดยปกติในวัยผู้ใหญ่จะมีค่าพลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐานประมาณ ร้อยละ 60 – 70 (Kays cited in Ravussin and Swinburn, 1996) พลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐานนี้หลังอายุ 20 ปี จะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และเพศหญิงจะมีการใช้พลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐานน้อยกว่าเพศชาย

ตารางที่ 1 การใช้พลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐาน จำแนกตามอายุ

เพศ	อายุ	น้ำหนัก (กิโลกรัม)	พลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐาน (กิโลแคลอรี/กิโลกรัม)
ชาย	20 - 29	58	27.00
	30 - 59	58	26.80
	60 ⁺	58	21.90
หญิง	20 - 29	58	23.25
	30 - 59	58	22.99
	60 ⁺	58	20.77

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2532)

2. พลังงานที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงอาหารภายในร่างกาย (Specific Metabolic Action of Food or Thermic Effect of Food) เป็นพลังงานที่ใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหารภายหลังการรับประทานอาหาร รวมถึงการรับสารอาหารทางหลอดเลือด โดยจะมีความร้อนเพิ่มขึ้นมากภายหลังการรับอาหารเข้าไป และเพิ่มสูงสุดภายหลังการได้รับอาหารเข้าไปประมาณ 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปริมาณอาหาร สารอาหารที่เป็นองค์ประกอบของอาหารที่ได้รับ และการเผาผลาญภายในร่างกายของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการสัมผัสกับสภาพภูมิอากาศที่ร้อนหรือหนาว ภาวะกลัว เครียด หรือแม้แต่การได้รับยาหรือฮอร์โมน ที่มีผลกระตุ้นการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย โดยปกติในวัยผู้ใหญ่จะมีค่าพลังงานที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงอาหารในร่างกายประมาณร้อยละ 10

3. พลังงานในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (Energy of Physical Activity) หมายถึง การที่มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมัดต่างๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้พลังงานในร่างกายรวมไปถึงกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นจากการใช้แรงเพียงเล็กน้อย เช่น การนั่ง ยืน รวมไปถึงการออกกำลังกายชนิดต่างๆ โดยที่การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมใดๆ ที่เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายแบบซ้ำๆ กันหลายๆ ครั้ง เพื่อส่งเสริมความแข็งแรงและกระชับกระเฉง (Casperson *et al.*, 1985; ดร.ณิ, 2545) การใช้พลังงานจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และประเภทของงานหรือการออกกำลังกายของบุคคลนั้นๆ ในบุคคลที่ทำงานในลักษณะนั่งโต๊ะจะใช้พลังงานในส่วนนี้ประมาณร้อยละ 20 - 30 การใช้พลังงานในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการควบคุมสมดุลของพลังงานของร่างกายเพื่อป้องกัน ภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากเป็นส่วนที่สามารถควบคุมและเลือกปฏิบัติ

ตามความชอบ หรือตามความสนใจของแต่ละบุคคลได้มากกว่าการใช้พลังงานที่ต้องการขั้นต่ำพื้นฐาน หรือการใช้พลังงานในการเปลี่ยนแปลงสารอาหารภายในร่างกาย (Ravussin and Swinburn, 1996) ภายหลังการใช้พลังงานในการประกอบกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกายจะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากระดับพื้นฐานทันที พลังงานที่ใช้ประจำวันในการเคลื่อนไหวจะแสดงสัดส่วนเป็นเท่าตัวของอัตราพลังงานที่ต้องการขั้นต่ำพื้นฐาน(วิชัย และคณะ, 2544ข) ดังนั้นการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน ในการวิจัยครั้งนี้ จะขอล่าเฉพาะการใช้พลังงานในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ใหญ่วัยกลางคน เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อได้รับการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอและติดต่อกัน เพิ่มสมรรถภาพของการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ ให้มีความคล่องแคล่ว ในการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายนั้นต้องยึดหลัก 5 ประการ (วารสารณ์, 2544; ACSM, 1995; Burke et al., 1999) ได้แก่

ตารางที่ 2 ปริมาณพลังงาน (กิโลแคลอรี) ที่ใช้ในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ภายใน 10 นาที

กิจกรรม	ปริมาณพลังงาน (แคลอรี)		
	น้ำหนักตัว 58.6 กิโลกรัม	น้ำหนักตัว 68 กิโลกรัม	น้ำหนักตัว 80 กิโลกรัม
นั่ง	10	12	14
ทำงานบ้าน	34	41	47
เดินลงบันได	56	67	78
เดินขึ้นบันได	146	175	202
ตัดหญ้าโดยใช้เครื่องตัดหญ้า	34	41	47
ตัดไม้	60	73	84
เดินรำ	35	42	48
โยนโบว์ลิ่ง	56	67	78
ปั่นจักรยาน 20 กิโลเมตร/ชั่วโมง	82	107	124
ว่ายน้ำ	40	48	56
วิ่งเหยาะๆ 9 กิโลเมตร/ชั่วโมง	90	108	125
วิ่ง 11 กิโลเมตร/ชั่วโมง	118	141	164
เล่นกอล์ฟ (เดิน)	33	40	48

ที่มา: Atkinson (1999)

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย หมายถึง จำนวนครั้งในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่มีผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย และเพิ่มความทนทานของหัวใจ และปอด ควรมีความถี่อย่างน้อยประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรจะต้องมีความสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง หากเป็นไปได้ควรมีการออกกำลังกายทุกวันจะดีที่สุด

2. ความแรงในการออกกำลังกาย หมายถึง ความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมี ความแรงของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ ขึ้นกับความต้องการและสภาวะสุขภาพของแต่ละ บุคคล เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการสลายพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันจำนวน มากขึ้น ภายหลังจากการออกกำลังกายไม่ควรทำให้อุณหภูมิของร่างกายสูงเกินไป ควรออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจเต้นเร็ว ขึ้นจนถึงระดับเป้าหมายและคงการเต้นของหัวใจไว้ในระดับนั้น เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจ แต่ละคนจะไม่เท่ากัน ระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจประมาณร้อยละ 60 ของอัตราการ เต้นสูงสุดในเพศหญิง และประมาณร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นสูงสุดในเพศชาย อัตราการเต้น สูงสุดโดยทั่วไปเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุ เช่น ถ้าเป็นเพศชายอายุ 45 ปี อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ จะเท่ากับ $220 - 45 = 175$ ดังนั้นระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจคือ $0.8 \times 175 = 140$ ครั้งต่อนาที แต่ถ้าเป็นเพศหญิงอายุ 45 ปี ระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจ คือ $220 - 45 = 175$ ดังนั้นระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจคือ $0.6 \times 175 = 105$ ครั้งต่อนาที และสามารถ ประเมินได้จากความรู้สึกเหนื่อย จนไม่สามารถออกกำลังกายได้ต่อไป หรืออาจทดสอบด้วยการพูด โดยให้พูดคุยขณะออกกำลังกายหากไม่สามารถพูดได้แสดงว่าเหนื่อยมากควรหยุดพัก เมื่อถึงระดับ นี้แสดงว่าถึงระดับอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมายของบุคคลนั้นแล้ว

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย หมายถึง ช่วงเวลาของการออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาประมาณ 20-60 นาที เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายและความทนทานของปอดและ หัวใจ หรือไม่ควรน้อยกว่าครั้งละ 30 นาที ในแต่ละครั้งของการออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ระยะ

3.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย เป็นการเตรียม กล้ามเนื้อ ข้อ และระบบการไหลเวียนโลหิต สำหรับเข้าสู่ระยะของการออกกำลังกาย จะช่วยให้ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายจริงๆ สูงขึ้น เพิ่มการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อให้มีการหดตัวได้ดีขึ้น มีการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว และเพื่อเป็นการเพิ่มอุณหภูมิภายในกล้ามเนื้อ การอุ่นเครื่องควรใช้เวลา ประมาณ 5-10 นาที ลักษณะของการอุ่นเครื่อง เช่น การเดินช้าๆ หรือการออกกำลังกายแบบ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

3.2 ระยะการออกกำลังกาย เป็นช่วงของการออกกำลังกายจริงๆ อย่างเต็มที่ภายหลังการอบอุ่นร่างกายแล้ว เป็นระยะที่เซลล์ต่างๆ ของร่างกายมีการใช้ออกซิเจนจำนวนมากเพื่อให้เกิดพลังงาน เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ ทำให้ระบบหัวใจหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะการออกกำลังกายนี้ จะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แต่ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายชนิดใดก็ตาม ควรเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และความสามารถที่จะออกกำลังกายแต่ละครั้งจะนานเพียงใดขึ้นอยู่กับการศึกษาที่ผ่านมา

3.3 ระยะผ่อนคลาย เป็นระยะหลังการออกกำลังกาย หรือเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระยะการออกกำลังกายเข้าสู่ระยะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยให้มีการออกกำลังกายอย่างเบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตให้ผ่านกล้ามเนื้อต่างๆ ให้ดีขึ้น และปรับอุณหภูมิของร่างกาย รวมทั้งการหายใจเข้าสู่ภาวะปกติ เพื่อช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำภายหลังการออกกำลังกาย

4. ประเภทของการออกกำลังกาย ควรเป็นประเภทที่เหมาะสมกับสภาพของร่างกายและความชอบของแต่ละบุคคล มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวก และได้รับความสนุกสนานมากกว่าเพื่อการแข่งขัน สามารถควบคุมความหนักเบาได้ด้วยตนเองเพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับกระดูก ไม่ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการปะทะหรือมีการเคลื่อนไหวที่ย่างยากซับซ้อน ไม่มีการออกแรงสูงสุดในช่วงระยะเวลาสั้นๆ และควรออกกำลังกายร่วมกับบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกัน ประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสม เช่น เดิน แอโรบิค เคน วิ่งเหยาะ รำมวยจีน เป็นต้น

5. อัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย สำหรับบุคคลที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรคำนึงถึงอัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย เพื่อการปรับสมดุลของร่างกายที่ยังไม่คุ้นเคยต่อการออกแรง ดังนี้

5.1 ระยะเริ่มแรก เป็นระยะที่ 1-5 สัปดาห์แรก ของการออกกำลังกาย ควรจะมีความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจระดับเป้าหมายใช้ระยะเวลา 10-20 นาที

5.2 ระยะเวลา หรือระยะปรับตัว เป็นระยะเวลาสัปดาห์ที่ 6-27 ของการออกกำลังกาย ควรจะมีความถี่ 3-5 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 60-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 20-30 นาที

5.3 ระยะต่อเนื่อง เป็นการออกกำลังกายใช้ระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 28 เป็นต้นไป และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควรจะมีความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 70-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self – efficacy Theory)

แนวคิด การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self – efficacy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ชื่อ Albert Bandura ซึ่งมองว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่เพียงแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในแง่ของการแสดงออกเท่านั้น แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ (Acquired) ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว แม้ว่าจะยังไม่มี การแสดงออกก็ตาม ดังนั้น การเรียนรู้ของเบนดูราจึงหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมภายนอก และพฤติกรรมภายใน โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก การกำหนด หรือปฏิสัมพันธ์ ของปัจจัย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ตนเอง ความเชื่อ เจตคติ ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ บทบาทอิทธิพลทางสังคม ทั้ง 3 ปัจจัยจะมีอิทธิพลแก่กันแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความแตกต่าง ของแต่ละบุคคล ความแตกต่างของแต่ละกิจกรรม ความแตกต่างของสภาพแวดล้อม และไม่ได้ เกิดขึ้นพร้อมๆ กัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และต้องอาศัยเวลา ในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น และการที่บุคคล จะกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้น ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถแห่งตน และความคาดหวังผลลัพธ์ ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น (Bandura, 1986)

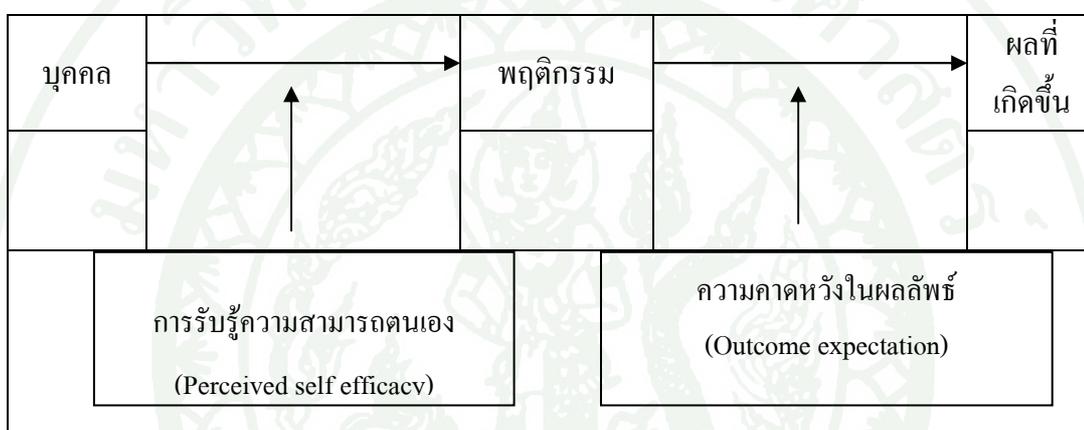
เบนดูรา กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self - efficacy) เป็นการที่บุคคล ตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986) การรับรู้ความสามารถตนเองจะนำไปสู่การประเมินความสามารถของตนเอง ในการตัดสินใจเลือกกระทำกิจกรรมต่าง ๆ และความพยายามที่จะกระทำกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง เพราะการรับรู้ความสามารถตนเองจะเป็นตัวกำหนดในการตัดสินใจว่าตนมีความสามารถในการ

ที่จะกระทำกิจกรรมนั้นแล้วก็จะกระทำกิจกรรมนั้น แต่ถ้าตัดสินใจว่าตนเองไม่มีความสามารถ ก็จะหลีกเลี่ยงการกระทำกิจกรรมนั้น (Bandura, 1977)

Bandura เชื่อว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนนั้น มีผลต่อการกระทำกิจกรรมของบุคคล โดยถ้าคน 2 คน มีการรับรู้ความสามารถของตนที่แตกต่างกัน ทั้งๆ ที่มีความสามารถไม่แตกต่างกันแต่จะแสดงพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ และแม้แต่ในบุคคลคนเดียวก็เช่นเดียวกัน โดยเห็นว่าการรับรู้ความสามารถนั้นไม่ตายตัวหากแต่ยืดหยุ่นตามสถานการณ์นั้นๆ นั่นคือ ถ้าคนมีความเชื่อว่ามีความสามารถก็แสดงความสามารถออกมา คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย จะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภชน์, 2541) อย่างไรก็ตามการรับรู้ความสามารถแห่งตนอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ คือ มิติตามขนาด (Magnitude) ได้แก่ระดับความยากง่ายของงานที่กระทำเป็นความเชื่อของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมจะแปรผันตรงตามความยากง่ายของกิจกรรมที่ปฏิบัติ โดยถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองต่ำหรือมีขีดความสามารถอย่างจำกัดในการควบคุมน้ำหนัก และลดขนาดรอบเอวบุคคลก็หลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมน้ำหนักและลดขนาดรอบเอวที่ยาก มิติความเป็นสากล (Generality of Dimension) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันสามารถที่จะนำไปปฏิบัติในสถานที่ที่เกิดขึ้นจริงได้เป็นการใช้ได้ทั่วไปในสถานการณ์ต่างๆ และมิติแห่งความแข็งแกร่ง (Strength of Dimension) เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินการกระทำของตนเอง เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถตนเองในการที่จะปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักและลดขนาดรอบเอว บุคคลต้องมีความเข้มแข็งของความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมน้ำหนักและลดขนาดรอบเอวได้ (Bandura, 1977) เครื่องมือการวัดการรับรู้ความสามารถตนเองมีหลายรูปแบบ มีทั้งแบบวัดทีละมิติ (Bandura, 1977) หรือวัดรวม 2 หรือ 3 มิติในแบบวัดเดียวกันซึ่งมีทั้งแบบวัดที่ใช้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเฉพาะพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งและการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยทั่วไป ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ใช้และพฤติกรรมที่ต้องการวัด (พวงเพชร, 2545) ซึ่งการศึกษานี้ใช้แบบวัดที่ใช้วัดการรับรู้ความสามารถ แห่งตนในสถานการณ์โดยทั่วไป และด้านสังคม ทั้ง 3 มิติ ซึ่งคัดแปลงมาจากแบบวัด Self – efficacy scale ของชีเรอร์ และคณะ (Sherer *et al.*, 1982)

ส่วนความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ เป็นการคาดคะเนของบุคคลหรือความเชื่อเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม ซึ่งจะเป็ความเชื่อถึงผลที่ตามมา ภายหลังกการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำมีบทบาทสำคัญ

ในการจูงใจและตัดสินใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะเมื่อพฤติกรรมนั้นไม่ยากที่จะปฏิบัติตาม บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นว่ามีหรือไม่ และความคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมแล้วจะได้ผลตามที่ต้องการ ถ้าบุคคลมีความคาดหวังว่าการกระทำนั้น จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถไม่พอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นก็มีความโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1977) ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการกระทำที่จะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมและนำไปสู่ผลลัพธ์ดังที่กล่าวมา ดังแผนภูมิที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura (1977)

การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถของตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจและพฤติกรรม ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นนั้น เป็นความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่จะได้กระทำ เช่น ที่นักกีฬาที่มีความเชื่อว่า เขากระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต ความเชื่อดังกล่าวเป็นการตัดสินใจความสามารถตนเอง การได้รับการยอมรับจากสังคม การได้รับรางวัล การพึงพอใจในตนเองที่กระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต เป็นความคาดหวังที่จะเกิดขึ้น

แต่จะต้องระวังความเข้าใจผิดเกี่ยวกับความหมายของคำว่าผลที่เกิดขึ้น ผลที่เกิดขึ้นในที่นี้จะหมายถึง ผลกรรมของการกระทำพฤติกรรมนั้น จะพิจารณาว่าพฤติกรรมนั้นสามารถทำได้ตามการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองหรือไม่ นั่นคือจะกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต หรือไม่ ซึ่งการกระโดดได้สูงถึง 6 ฟุต หรือ ไม่นั้นมิใช่เป็นความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งมุ่งที่ผลกรรมที่จะได้จากการกระทำ พฤติกรรมดังกล่าว

จากการที่แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคม Bandura เสนอว่า การรับรู้ประสิทธิผลของบุคคลจะเกิดขึ้นโดยอาศัยแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (สมโภชน์, 2541)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็น วิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถแห่งตน เนื่องจากว่าเป็น ประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะ ทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้นจำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามี ทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถ จะกระทำเช่นนั้นจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ ว่าตนเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายที่ต้องการ

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สำรวจตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่ว่าสังเกตเกิดความรู้สึกว่า เขาก็สามารถที่จะประสบ ความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขามี ความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆ โดยที่ให้ผู้ตัว แบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเองก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆ เหล่านั้นได้

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะ ประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป ซึ่งเบนคูราได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของ ความสำเร็จ ซึ่งอาจจะค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิด

ความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นทางอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้ก็จะทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลด หรือถูกระงับการกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

สรุปได้ว่า การที่บุคคลจะทำพฤติกรรมใดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือความเชื่อในความสามารถของตน โดยที่ทราบว่าจะทำอะไรบ้าง และเมื่อมีการกระทำพฤติกรรมนั้นแล้ว คาดเดาไว้ว่าจะได้ผลรับตามที่คาดหวังไว้บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตาม ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีความสามารถตนเองมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่าความคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถตนเอง จะมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ได้หรือไม่ และมากน้อยเพียงใด

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจะสัมพันธ์กับเครือข่ายสังคม ซึ่งได้มีนักวิชาการทางสังคมศาสตร์ได้ให้ความสนใจและทำการศึกษาวิเคราะห์อย่างจริงจัง ตั้งแต่ Fritz Heider นักมนุษยวิทยา ได้เผยแพร่บทความเรื่อง “Attitudes and Cognitive Organization” เมื่อปี ค.ศ. 1946 อธิบายว่า ปกตินุษย์จะมีความสัมพันธ์ต่อกัน ทำให้มนุษย์โยงโยงเข้าด้วยกันเป็นเครือข่ายทางสังคม ต่อมาเมื่อนักจิตวิทยา นักมนุษยวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ หันมาศึกษาอย่างจริงจังเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของบุคคลที่โยงโยงกันเป็นเครือข่าย (บุญเยี่ยม, 2528)

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม (2528) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ การสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และยังมีผลทำให้ผู้รับต้องการ

Caplan (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง วัตถุประสงค์ที่ผู้ให้อาจจะเป็นบุคคล หรือกลุ่มคนมอบให้กับผู้รับ โดยตรง วัตถุประสงค์อาจจะเป็นวัตถุประสงค์หรือไม่ใช่วัตถุประสงค์ ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการของผู้รับ ซึ่งให้ผู้รับเกิดความสุขกายและใจ

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ข่าวสารหรือข้อมูลที่ทำให้คนเรา เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย ระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยัน รับรอง หรือเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของผู้อื่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกันทางด้านเงินทองหรือสิ่งของ

Pilisuk (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่รวมไปถึงการแสดงออก ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

Pilisuk (1982) กล่าวถึงหลักของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ว่า ประกอบด้วย

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง “ผู้ให้” และ “ผู้รับ” การสนับสนุน โดยลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ ต้องประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่า มีคนเอาใจใส่ มีความรัก ความหวังดี ในตนอย่างจริงจัง

1.2 ข้อมูลข่าวสารนั้น เป็นข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

1.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะผู้รับเชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

2. ปัจจัยนำมาของการสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือทางด้านจิตใจ

3. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยทั่วไปแรงสนับสนุนทางสังคม จัดแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิ และกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนม และมีสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง ซึ่งกลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎหมายที่วางไว้ ซึ่งมีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่ามีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งจะเห็นได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งปฐมภูมิ อันได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือกลุ่มอื่นๆ เช่น พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสำคัญ ในการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

ประเภทของการให้การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นการสื่อสารสองทาง ประกอบด้วย ผู้ให้และผู้รับจึงมีลักษณะการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งแบ่งออกได้หลายรูปแบบ แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับ นับถือความหวังใจ การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การเห็นพ้อง การให้คำรับรองหรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา

3. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เช่น การให้คำแนะนำ การดักเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร

4. การให้การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

PRECEDE Framework

ในการวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคล ว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causal Assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งจากการศึกษา ของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ

- ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
- โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
- ความรู้
- องค์ประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประสาทศาสตร์ และสาขาอื่นๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรม และพยายามหาทางแก้ปัญหา โดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน (บุญเยี่ยม, 2528)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework) ซึ่งเป็นรูปแบบการวิเคราะห์ปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอกบุคคลของ Green et al. (Green et al., 1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

PRECEDE Framework เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation. เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพศึกษามีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูล ในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขภาพศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับโดยเริ่มจาก Outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์แล้วพิจารณา ถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การวิเคราะห์ประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆ 7 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1 : Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น

ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภค สิ่งที่เหมาะสมได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2 : Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3 : Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรม หรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4 : Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึง

สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผน โครงการทางสุขภาพด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่างๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ หมายถึง ความมั่นใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้นๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) พฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะทาง เวลา ฯลฯ

นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อ จึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริม จะแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่น การดำเนินงานสุขศึกษาใน โรงเรียนหรือสถานศึกษา ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียน ปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคล ในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริมอาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎ ระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษาจะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่างๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริมนั้น มีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัย จัดกลุ่มปัจจัย และความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ก็จะทำการวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว Green *et al.* (1980) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นต่อไปจะเป็นการเลือก กลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสม และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วย เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6 : Administrative Diagnosis) ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่า ในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7: Evaluation)

ขั้นตอนนี้ไม่มีแสดงอยู่ในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยขั้นตอนนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัด ให้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE Framework ประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการหรือโปรแกรมสุขศึกษา การประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พิเชฐ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก โดยนำ PRECEDE Model มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ สถานภาพสมรส ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่า การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสำหรับปัจจัยเสริม การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้ง 3 กลุ่ม สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 31 ปัจจัยนำที่เป็น

ตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกรมมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก ได้ดีที่สุด คือ คำนิยามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ และสถานภาพสมรส รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับรู้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ ตามลำดับ

ไพโรจน์ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณาจารย์ วิทยาลัยการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดอนเมือง พบว่า ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ เพศ คำนิยามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเอื้อ พบว่า รายได้ ระยะทางในการไปสนามกีฬา ระยะทางในการไปโรงพยาบาล สถานบริการสุขภาพ การไปตลาด การไปศูนย์การค้า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเสริม คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจากสื่อต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยทำนาย พบว่า ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยนำเข้าสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 19.7 รองลงมา ได้แก่ ปัจจัยเอื้อสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 11.0 สำหรับปัจจัยเสริมสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุดคือ คำนิยามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรในปัจจัยเอื้อที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ได้แก่ รายได้ และตัวแปรในปัจจัยเสริมที่มีความสามารถในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

พิรพงษ์ และภมร (2541) พบว่า พลังงานส่วนเกินจากสารอาหารจะถูกเก็บไว้ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น กลูโคสถูกสะสมไว้ในรูปของไกลโคเจนหรือไขมันทำให้เกิดการพอกพูนของไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้นการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันจึงมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้เข้ามา มีความสำคัญต่อการใช้พลังงานของมนุษย์เนื่องจากการผลิตเครื่องทุ่นแรงที่ทันสมัย เช่น เครื่องซักผ้า เครื่องล้างจาน เครื่องดูดฝุ่น เป็นต้น เพื่อช่วยในการดำรงชีวิตให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น แต่ในทางกลับกันกลับทำให้มนุษย์มีการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันลดลง ซึ่งการทำงานของกล้ามเนื้อจะมีการใช้แรงมากกว่าการทำงานด้วยสมอง เช่น อาชีพที่ทำงานในลักษณะการนั่งโต๊ะประจำหรือใช้สมองเป็นส่วนใหญ่จะมีการใช้พลังงานน้อยกว่าอาชีพกรรมกรหลายเท่า

วาทินา (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล นพรัตนราชธานี พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีมีการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลางปัจจัยทางชีวสังคม ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ปัจจัยนำ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร คือ ความรู้และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของบุคลากร คือ ความสะดวกเพื่อการเข้ารับการรักษาและจำนวนสถานที่ ที่สามารถเข้ารับ การรักษา ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร คือ การได้รับความรู้จากการจัดประชุม วิชาการ การมีเพื่อนชวน ไปออกกำลังกายในที่แพทย์และพยาบาลให้คำอธิบายในการดูแลสุขภาพ ของบุคลากร

ดวงพร (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภค อาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับค่อนข้างดี ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์ คือความรู้ ทัศนคติ และค่านิยม เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์คือ ความสะดวกที่จะ สามารถซื้ออาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพมาบริโภคและความสะดวกที่สามารถประกอบอาหาร รับประทานเอง และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภค อาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อ และจากบุคคลต่างๆ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ และตัวแปรที่มีอำนาจ ในการทำนายสูงสุดคือ ความสะดวกที่สามารถประกอบอาหารรับประทานเอง และตัวแปร ทำนายร่วมคือ ความสะดวกที่สามารถซื้ออาหารที่ส่งเสริมสุขภาพมาบริโภค ค่านิยมต่อ การบริโภค และความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ส่วนลักษณะทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์คือ เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

พจนา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การเข้าใจตนเอง การสนับสนุนจากบุคคล การจัดการความเครียดอยู่ในระดับดี ส่วนการรับรู้ ภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ และพบว่า อายุ เพศ รายได้ ตำแหน่ง การรับรู้ ความสามารถตนเอง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล เจ้าพระยาบรมราช

ปฎิมา (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายธนะรัชต์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง คือ ค่านิยมเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง คือ ความสะดวกที่จะสามารถประกอบอาหารรับประทานเอง ส่วนปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

จารุทัศน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และ การรับรู้ต่อการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความสะดวกในการซื้ออาหารจากแหล่งอาหาร และการซื้ออาหารมารับประทาน ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ และระดับชั้นของตำแหน่ง ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ทักษะต่อการบริโภคอาหาร และความสะดวกในการซื้ออาหาร

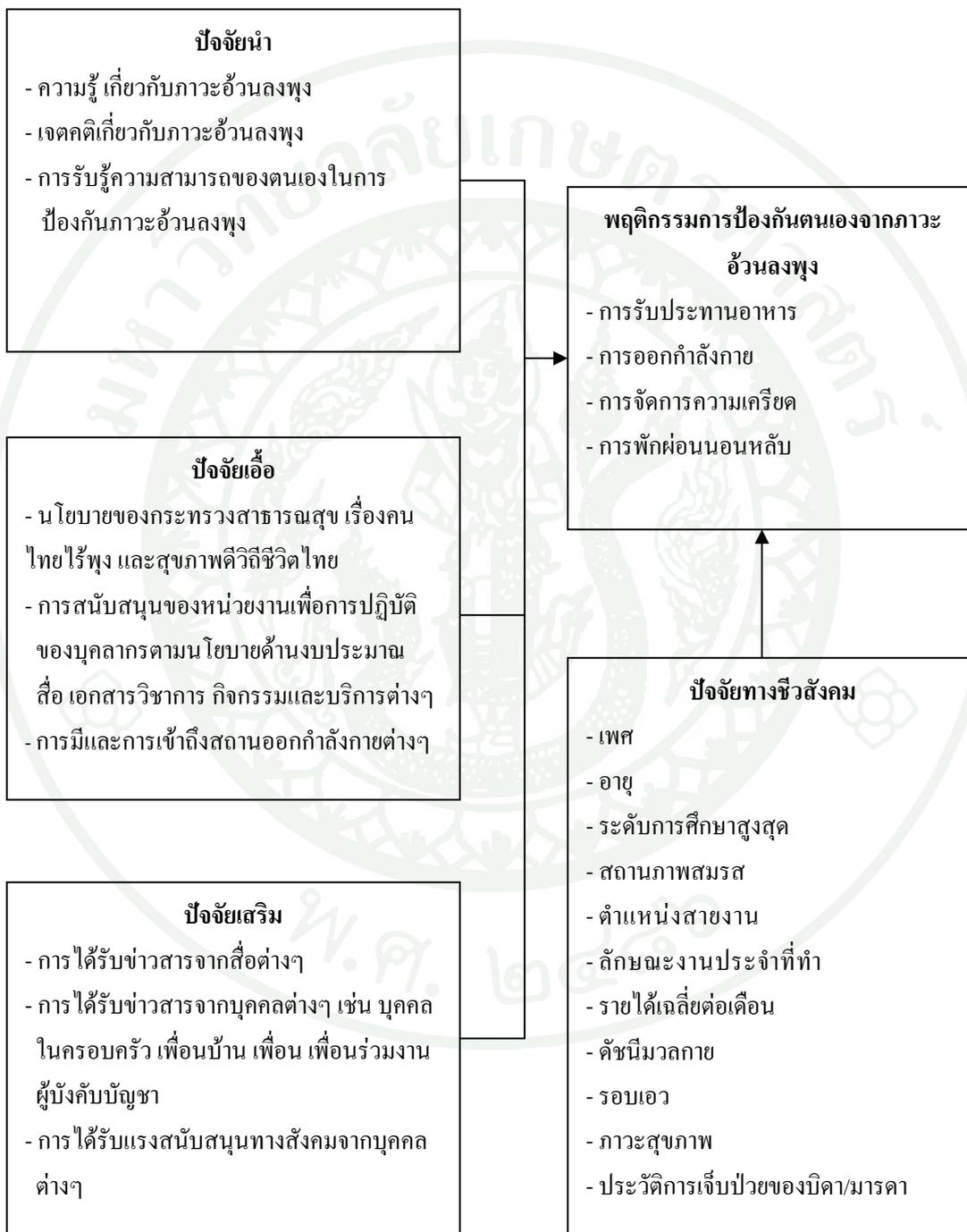
Musaiger (1982) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหาร ในประเทศบาเรน ทำการศึกษาในระดับครัวเรือนพบว่า การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ รายได้ การเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ราคาอาหาร อาชีพ ขนาดของครัวเรือน การศึกษา การอพยพย้ายถิ่น อายุของหัวหน้าครอบครัว ความเชื่อและเจตคติ สื่อสารมวลชน ปัจจัยดังกล่าวนี้ ล้วนแล้วแต่มีผลต่อแบบแผนการบริโภคอาหารของสมาชิกในครัวเรือน

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ประมวลมานั้น สรุปได้ว่าการที่จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงที่คืบคลานขึ้นอยู่กับ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อาศัยเค้าโครงการวิจัยจากการตรวจสอบเอกสารและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีแบบจำลอง PRECEDE และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม มาใช้เป็นตัวอธิบายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมดังกล่าว และได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ดังนี้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและประมวลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายคนไทยไร้พุง นโยบายสุขภาพวิถีชีวิตไทย การสนับสนุนของหน่วยงาน และการมีและการเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อทราบพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง และทราบความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก จำนวน 1,522 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2552)

กลุ่มตัวอย่าง

จากการคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane (Yamane, 1973) ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

$$N = \text{ขนาดของประชากร}$$

$$n = \text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$e = \text{ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง}$$

ในที่นี้ให้ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n = \frac{1,522}{1 + 1,522(0.05)^2}$$

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{1,522}{1 + 1,522(0.05)^2} \\
 &= \frac{1,522}{1 + 1,522(0.0025)} \\
 &= \frac{1,522}{1 + 3.805} \\
 &= \frac{1,522}{4.805} \\
 &= \frac{1,522}{1 + 3.805} \\
 &= 316.75
 \end{aligned}$$

ดังนั้นจากการแทนค่าในสูตร เมื่อประชากรทั้งหมดเท่ากับ 1,522 คน จะได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 316.75 คน จึงได้ปรับเป็นจำนวนเต็มให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 317 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคมประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ประวัติการเจ็บป่วย และประวัติครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อมูลตามความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง ประกอบด้วย ข้อคำถามที่เป็น ประโยคบอกเล่า โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด ไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกจะได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบจะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ

เกณฑ์การประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณา เกณฑ์เฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง ใช้ลักษณะข้อคำถามประกอบด้วย ประโยคบอกเล่าเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ข้อความมีทั้งด้านบวกและด้านลบ จำนวน 20 ข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยค โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (นิภา, 2527)

	ข้อความที่เป็นบวก		ข้อความที่เป็นลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน

เกณฑ์การประเมินระดับเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณา เกณฑ์เฉลี่ยของระดับเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นข้อความแบบให้เลือกตอบ และเป็นข้อคำถามประกอบด้วยประโยคบอกเล่าเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) ข้อความมีทั้งด้านบวก และด้านลบ จำนวน 14 ข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละ ประโยค โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (นิภา, 2527)

ข้อความที่เป็นบวก		ข้อความที่เป็นลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	เห็นด้วย	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2 คะแนน	ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1 คะแนน	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4 คะแนน

เกณฑ์การประเมินระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับทราบนโยบายคนไทยไร้พุง และนโยบายเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย) ในชุมชน หรือ การได้รับประโยชน์หรือการมีส่วนร่วมในนโยบาย การมีและการเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่าที่แต่ละประโยค จำนวน 14 ข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ ได้รับมาก ได้รับค่อนข้างมาก ได้รับค่อนข้างน้อย และได้รับน้อยหรือไม่ได้รับ

ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยค โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (นิภา, 2527)

ข้อความที่เป็นบวก

ได้รับมาก	ให้คะแนน 4
ได้รับค่อนข้างมาก	ให้คะแนน 3
ได้รับค่อนข้างน้อย	ให้คะแนน 2
ได้รับน้อย/ไม่ได้รับ	ให้คะแนน 1

เกณฑ์การประเมินระดับการได้รับปัจจัยเอื้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการได้รับปัจจัยเอื้อ จากค่ามัธยเทศของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงจากสื่อต่างๆ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจาก คนในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อน/เพื่อนร่วมงาน ผู้บังคับบัญชา ประกอบด้วย ข้อคำถามเป็นประโยคบอกเล่าที่แต่ละประโยค จำนวน 15 ข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ ได้รับมาก ได้รับค่อนข้างมาก ได้รับค่อนข้างน้อย และได้รับน้อย/ไม่ได้รับ ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวในแต่ละประโยค โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ (นิภา, 2527)

ข้อความที่เป็นบวก

ได้รับมาก	ให้คะแนน 4
ได้รับค่อนข้างมาก	ให้คะแนน 3
ได้รับค่อนข้างน้อย	ให้คะแนน 2
ได้รับน้อย/ไม่ได้รับ	ให้คะแนน 1

เกณฑ์การประเมินระดับการได้รับปัจจัยเสริม แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับการได้รับปัจจัยเสริม จากค่ามัธยิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ข้อคำถามครอบคลุมพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการพักผ่อนนอนหลับ เป็นประโยชน์บอกเล่าทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยแต่ละประโยชน์ จำนวน 20 ข้อ มีมาตรวัด 4 หน่วย ได้แก่ ปฏิบัติมาก ปฏิบัติค่อนข้างมาก ปฏิบัติค่อนข้างน้อย และปฏิบัติน้อย/ไม่ได้ปฏิบัติ ผู้ตอบต้องเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (นิภา, 2527)

ข้อความที่เป็นบวก		ข้อความที่เป็นลบ	
ปฏิบัติมาก	4	ปฏิบัติมาก	1
ปฏิบัติค่อนข้างมาก	3	ปฏิบัติค่อนข้างมาก	2
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	2	ปฏิบัติค่อนข้างน้อย	3
ปฏิบัติน้อย/ไม่ได้ปฏิบัติ	1	ปฏิบัติน้อย/ไม่ได้ปฏิบัติ	4

เกณฑ์การประเมินระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาเกณฑ์เฉลี่ยของระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง จากค่ามัธยิมเลขคณิตของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ (สุวิมล, 2546) ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับดี	คะแนนระหว่างคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนสูงสุด
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$
ระดับไม่ดี	คะแนนระหว่างคะแนนน้อยกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึงคะแนนต่ำสุด

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสารต่างๆ
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาแบบสอบถาม และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน
3. นำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการศึกษามาสร้างแบบสอบถาม โดยมีเนื้อหาสาระครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการที่ปรึกษาจำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม และภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
 - 5.1 ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องในด้านเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง
 - 5.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน และนำข้อมูลจากการทดลองใช้วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นตามวิธีของ Cronbach (Cronbach, 1970) ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบวัดความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุง	ค่าความเชื่อมั่น = .90
แบบวัดเจตคติต่อการป้องกันตนเอง	ค่าความเชื่อมั่น = .92
แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง	ค่าความเชื่อมั่น = .89
แบบวัดปัจจัยเอื้อ	ค่าความเชื่อมั่น = .87
แบบวัดปัจจัยเสริม	ค่าความเชื่อมั่น = .94
แบบวัดพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง	ค่าความเชื่อมั่น = .72

5.3 แบบวัดความรู้ นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก และค่าความยากง่าย รายข้อ โดยใช้วิธีของ Kuder Richardson Formula 20 หรือ KR-20 เลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ .2 ขึ้นไป เนื่องจากการให้คะแนนเป็นแบบ 0 กับ 1 และข้อคำถามมีความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกในสัดส่วนที่พอเหมาะ

5.4 แบบวัดเจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันตนเอง นำมาหาค่าอำนาจจำแนก โดยการทดสอบค่าที (Separated t-test) เลือกข้อที่มีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ถือว่ามีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

6. นำผลการวิเคราะห์มาปรับปรุงแบบสอบถามขั้นสุดท้าย และเสนอประธานกรรมการ ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยเก็บข้อมูล จำนวน 3 คน ในบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยประสานและขอความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครนายก เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือน มีนาคม 2553
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากร โดยการแนะนำตัวเองและนำแบบสอบถามไปชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยละเอียดพร้อมทั้งแจกแบบสอบถามให้ตอบแบบสอบถามอย่างมีอิสระ และเก็บแบบสอบถาม

คืนในวันเดียวกัน เพื่อป้องกันตัวแปรสอดแทรกจากความคิดเห็นของคนอื่นในการตอบแบบสอบถาม

4. เมื่อบุคลากรตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนทันที และมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ความถูกต้องและครบถ้วนของคำตอบ และซักถามเพิ่มเติมเมื่อไม่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป (ข้อมูลทางชีวสังคม) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะของข้อมูล
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ในด้านการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยทดสอบสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าไคสแควร์ (Chi-square)
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา
2. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความสามารถของตนเอง
3. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย นโยบายกระทรวงสาธารณสุข เรื่องคนไทยไร้พุง และนโยบายสุขภาพวิถีชีวิตไทย การสนับสนุนของหน่วยงาน และการเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ
4. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการทดสอบค่าไคสแควร์ (Chi-square) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) นอกจากนี้ยังมีสถิติขั้นรองในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบการอธิบาย โดยแบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะฮ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

ตอนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคม

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม

(n=317)

ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	82	25.9
หญิง	235	74.1
2. อายุ		
21-30 ปี	67	21.1
31-40 ปี	100	31.6
41-50 ปี	105	33.1
51-60 ปี	45	14.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n=317)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	1.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	2.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	12	3.8
อนุปริญญา / ปวส.	26	8.2
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	194	61.2
สูงกว่าปริญญาตรี	72	22.7
4. สถานภาพสมรส		
โสด	100	31.6
คู่	202	63.7
หม้าย / หย่า/แยก	15	4.7
5. ตำแหน่งสายงาน		
แพทย์,ทันตแพทย์,เภสัชกร	21	6.6
พยาบาล	151	47.6
ผู้ช่วยพยาบาล	3	0.9
นักวิชาการสาธารณสุข	57	18.0
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	30	9.5
บริหารงานทั่วไป	24	7.6
อื่นๆ	31	9.8
6. ลักษณะงานประจำที่ทำ		
บริหาร / วิชาการ / นั่งโต๊ะเป็นส่วนใหญ่	95	30.0
บริการ / ยืนหรือเดินเป็นส่วนใหญ่	204	64.3
งานใช้แรงงาน	18	5.7

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n=317)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 10,000 บาท	33	10.4
10,000 - 19,999 บาท	46	14.5
20,000 - 29,999 บาท	75	23.7
30,000 บาทขึ้นไป	163	51.4
8. ค่าดัชนีมวลกาย		
ผอม	7	2.2
ปกติ	233	73.5
น้ำหนักเกิน	63	19.9
อ้วน	14	4.4
9. รอบเอว		
ตามเกณฑ์มาตรฐาน	275	86.8
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	42	13.2
10. ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน		
แข็งแรง/ไม่ป่วย	245	77.3
เบาหวาน	7	2.2
ความดันโลหิตสูง	9	2.8
ไขมันในเลือดสูง	24	7.6
หัวใจและหลอดเลือด	1	0.3
อื่นๆ เช่น ภูมิแพ้/หอบหืด/โรคไต	24	7.6
และโรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น		
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง	4	1.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n=317)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไขมันในเลือดสูง+อื่นๆ	2	0.6
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ ไขมันในเลือดสูง	1	0.3
11. ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา		
แข็งแรง/ไม่ป่วย	128	40.4
เบาหวาน	38	12.0
ความดันโลหิตสูง	43	13.6
ไขมันในเลือดสูง	8	2.5
อัมพฤกษ์-อัมพาต	4	1.3
อื่นๆ (ภูมิแพ้ หอบหืด)	28	8.9
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง	27	8.6
เบาหวาน+อัมพฤกษ์-อัมพาต	1	0.3
เบาหวาน+อื่นๆ	1	0.3
ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง	9	2.9
ความดันโลหิตสูง+อัมพฤกษ์-อัมพาต	2	0.6
ความดันโลหิตสูง+อื่นๆ	2	0.6
ไขมันในเลือดสูง+อัมพฤกษ์-อัมพาต	1	0.3
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง	9	2.9
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+อัมพฤกษ์-อัมพาต	1	0.3
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+อื่นๆ	3	1.0
เบาหวาน+ไขมันในเลือดสูง+อื่นๆ	2	0.6
ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง+ อัมพฤกษ์-อัมพาต	1	0.3
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ ไขมันในเลือดสูง+อัมพฤกษ์-อัมพาต	4	1.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n=317)		
ลักษณะทางชีวสังคม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง+อื่นๆ	3	1.0
เบาหวาน+ความดันโลหิตสูง+ไขมันในเลือดสูง+อัมพฤกษ์-อัมพาต+อื่นๆ	2	0.6

จากตารางที่ 3 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 74.1 โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 33.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 61.2 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 63.7 ตำแหน่งสายงานเป็นพยาบาลร้อยละ 47.6 ลักษณะงานที่ทำส่วนใหญ่ทำงานบริการ/ยืนหรือเดิน เป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 64.3 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 51.4 ค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 73.5 รอบเอวปกติร้อยละ 86.8 ภาวะสุขภาพในปัจจุบันปกติ/แข็งแรงร้อยละ 77.3 และประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดาปกติ/แข็งแรงร้อยละ 40.4

ตอนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

แสดงในตารางที่ 4 - 9

2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่

2.1.1 ความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุงและการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

(n=317)

ระดับความรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ความรู้มาก (คะแนนระหว่าง 19.46 - 20 คะแนน)	115	36.3
ความรู้ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 16.39 - 19.45 คะแนน)	147	46.4
ความรู้น้อย (คะแนนระหว่าง 2 - 16.38 คะแนน)	55	17.3

$\bar{X} = 17.92$ S.D. = 3.06 Max = 20 Min = 2

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงในระดับปานกลางร้อยละ 46.4 รองลงมาในระดับดีร้อยละ 36.3

2.1.2 เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

(n=317)

ระดับเจตคติ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เจตคติดี (คะแนนระหว่าง 66.39 - 79 คะแนน)	98	30.9
เจตติปานกลาง (คะแนนระหว่าง 59.94 - 66.38 คะแนน)	149	47.0
เจตคติไม่ดี (คะแนนระหว่าง 38 - 59.93 คะแนน)	70	22.1

$\bar{X} = 63.16$ S.D. = 6.44 Max = 38 Min = 79

จากตารางที่ 5 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่มีระดับเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.0 รองลงมาในระดับดีร้อยละ 30.9

2.1.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง

(n=317)			
	ระดับการรับรู้	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การรับรู้ดี	(คะแนนระหว่าง 44.72 - 56 คะแนน)	101	31.9
การรับรู้ปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 39.93 - 44.71 คะแนน)	142	44.8
การรับรู้ไม่ดี	(คะแนนระหว่าง 26 - 39.92 คะแนน)	74	23.3

$$\bar{X} = 42.32 \quad S.D. = 4.79 \quad \text{Max} = 56 \quad \text{Min} = 26$$

จากตารางที่ 6 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.8 รองลงมาในระดับดีร้อยละ 31.9

2.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับทราบนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน และการมีและการเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับของการได้รับปัจจัยเอื้อ

(n=317)			
	ระดับปัจจัยเอื้อ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(คะแนนระหว่าง 37.71 - 52 คะแนน)	103	32.5
ระดับปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 30.47 - 37.70 คะแนน)	124	39.1
ระดับไม่ดี	(คะแนนระหว่าง 16 - 30.46 คะแนน)	90	28.4

$$\bar{X} = 34.09 \quad S.D. = 7.23 \quad \text{Max} = 52 \quad \text{Min} = 16$$

จากตารางที่ 7 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่มีระดับของการได้รับปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 39.1 รองลงมาในระดับดีร้อยละ 32.5

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับของการได้รับปัจจัยเสริม

			(n=317)
ระดับปัจจัยเสริม		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(คะแนนระหว่าง 41.26 - 60 คะแนน)	99	31.2
ระดับปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 32.45 - 41.25 คะแนน)	125	39.4
ระดับไม่ดี	(คะแนนระหว่าง 15 - 32.44 คะแนน)	93	29.3

$\bar{X} = 36.85$ S.D. = 8.81 Max = 60 Min = 15

จากตารางที่ 8 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ส่วนใหญ่มีระดับของการได้รับปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 39.4 รองลงมาระดับดีร้อยละ 31.2

2.4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

			(N=317)
ระดับพฤติกรรม		จำนวน(คน)	ร้อยละ
ระดับดี	(คะแนนระหว่าง 58.29-71 คะแนน)	84	26.5
ระดับปานกลาง	(คะแนนระหว่าง 52.60-58.28 คะแนน)	133	42.0
ระดับไม่ดี	(คะแนนระหว่าง 40 - 52.59 คะแนน)	100	31.5

$\bar{X} = 55.44$ S.D. = 5.69 Max = 71 Min = 40

จากตารางที่ 9 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.0 รองลงมาในระดับไม่ดีร้อยละ 31.5

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน

แสดงในตารางที่ 10 – 13

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

(N=317)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง				χ^2 p-value
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	รวม	
1. เพศ					15.059 .001
ชาย	21(25.0)	22(16.5)	39(39.0)	82(25.9)	
หญิง	63(75.0)	111(83.5)	61(61.0)	235(74.1)	
2. อายุ					24.678 .000
21-30 ปี	12(14.3)	21(15.8)	34(34.0)	67(21.1)	
31-40 ปี	30(35.7)	36(27.1)	34(34.0)	100(31.5)	
41-50 ปี	34(40.5)	49(36.8)	22(22.0)	105(33.1)	
51-60 ปี	8(9.5)	27(20.3)	10(10.0)	45(14.2)	
3. ระดับการศึกษา					26.824 .000
ประถม/มัธยม/ปวช.	2(2.4)	9(6.8)	14(14.0)	25(7.9)	
อนุปริญญา/ปวส.	8(9.5)	6(4.5)	12(12.0)	26(8.2)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	45(53.6)	98(73.7)	51(51.0)	194(61.2)	
สูงกว่าปริญญาตรี	29(34.5)	20(15.0)	23(23.0)	72(22.7)	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมกำบังตนเอง				χ^2 p-value
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	รวม	
4. สถานภาพการสมรส					19.196 .000
โสด	17(20.2)	35(26.3)	48(48.0)	100(31.6)	
สมรส	62(73.8)	88(66.2)	52(52.0)	202(63.7)	
หม้าย/หย่า/แยก	5(6.0)	10(7.5)	0(0.0)	15(4.7)	
5. ตำแหน่งสายงาน					27.477 .007
แพทย์/ทันตแพทย์/เภสัชกร	9(10.7)	3(2.2)	9(9.0)	21(6.6)	
พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล	42(50.0)	67(50.4)	45(45.0)	154(48.5)	
นักวิชาการสาธารณสุข	19(22.6)	27(20.3)	11(11.0)	57(18.0)	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	6(7.1)	15(11.3)	9(9.0)	30(9.5)	
บริหารงานทั่วไป	5(6.0)	12(9.0)	7(7.0)	24(7.6)	
อื่นๆ	3(3.6)	9(6.8)	19(19.0)	31(9.8)	
6. ลักษณะงานประจำที่ทำ					12.703 .013
งานบริหาร/วิชาการ หรือ นั่งโต๊ะเป็นส่วนใหญ่	27(32.1)	36(27.1)	32(32.0)	95(30.0)	
งานบริการขึ้นหรือเดิน เป็นส่วนใหญ่	55(65.5)	93(69.9)	56(56.0)	204(64.3)	
งานที่ต้องใช้แรงงาน เป็นส่วนใหญ่	2(2.4)	4(3.0)	12(12.0)	18(5.7)	
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน					17.570 .007
ต่ำกว่า 10,000 บาท	6(7.2)	8(6.0)	19(19.0)	33(10.4)	
10,000-19,999 บาท	9(10.7)	24(18.1)	13(13.0)	46(14.5)	
20,000-29,999 บาท	16(19.0)	33(24.8)	26(26.0)	75(23.7)	
30,000 บาทขึ้นไป	53(63.1)	68(51.1)	42(42.0)	163(51.4)	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	ระดับพฤติกรรมกำบังตนเอง				χ^2 p-value
	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี	รวม	
8. ค่าดัชนีมวลกาย					1.192 .551
ปกติ	66(78.6)	102(76.7)	72(72.0)	240(75.7)	
เกินเกณฑ์มาตรฐาน	18(21.4)	31(23.3)	28(28.0)	77(24.3)	
9. รอบเอว					.643 .725
ตามเกณฑ์มาตรฐาน	75(89.3)	114(85.7)	86(86.0)	275(86.8)	
สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	9(10.7)	19(14.3)	14(14.0)	42(13.2)	
10. ภาวะสุขภาพ					3.801 .150
ปกติ / แข็งแรง	63(75.0)	98(73.7)	84(84.0)	245(77.3)	
ป่วย / มีโรคประจำตัว	21(25.0)	35(26.3)	16(16.0)	72(22.7)	
11. ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา					24.131 .000
ปกติ / แข็งแรง	19(22.6)	51(38.3)	58(58.0)	128(40.4)	
ป่วย / มีโรคประจำตัว	65(77.4)	82(61.7)	42(42.0)	189(59.6)	
รวม	84(26.5)	133(42.0)	100(31.5)	317(100)	

จากตารางที่ 10 พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .000) สำหรับดัชนีมวลกาย และรอบเอวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานที่ 1 เพียงบางส่วน

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

(n=317)

ปัจจัยนำ	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value
ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง	.218	.000
เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง	.280	.000
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.234	.000

p-value < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .000)

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 ได้ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 2

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเอื้อ กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

(n=317)

ปัจจัยเอื้อ	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value
นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	.280	.000*
การสนับสนุนของหน่วยงาน	.155	.006*
การมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ	.043	.445

p-value < .01*

จากตารางที่ 12 พบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .001$) สำหรับการมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 ได้ว่าปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับการมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3 เพียงบางส่วน

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรในจังหวัดนครนายก

(n=317)		
ปัจจัยเสริม	พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p- value
การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ	.127	.024
การได้รับข่าวสารจากบุคคลต่างๆ	.020	.729
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	.010	.856

$p\text{-value} < .05$

จากตารางที่ 13 พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .024$) สำหรับการได้รับข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

สรุปผลการทดสอบสมมติฐานที่ 4 ได้ว่า ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับการได้รับข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ดังนั้น จึงยอมรับสมมติฐานที่ 4 เพียงบางส่วน

ข้อวิจารณ์

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ได้ข้อค้นพบและนำมาเป็นข้อวิจารณ์เชื่อมโยงไปยังงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงหรืองานวิจัยทางด้านสุขภาพอื่นๆที่ได้มีผู้ดำเนินการศึกษาวิจัยไว้ โดยมีสาระสำคัญดังนี้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวสังคม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยของบิดามารดา กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1985) ที่กล่าวว่าเพศเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับ จารุทัศน์ (2551) ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร สอดคล้องกับ ดวงพร (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร และสอดคล้องกับ พจนา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ขัดแย้งกับปฏิมา(2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร

โรงพยาบาลค่ายพระราชต์ อำเภอบราญบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าเพศไม่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร และขัดแย้งกับ วาทีนา(2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผล ต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า เพศไม่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของบุคลากร

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (1991) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและ ความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาวะ จิตใจ และการรับรู้ นอกจากนี้อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของ บุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับ จารุทัศน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อายุมีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร สอดคล้องกับ ดวงพร (2546) ได้ศึกษาปัจจัย ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน ด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ พงณา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัด สุพรรณบุรี พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล เจ้าพระยาอภัยมราช แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปฎิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายพระราชต์ อำเภอบราญบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของ บุคลากร โรงพยาบาลค่ายพระราชต์ฯ และขัดแย้งกับ วาทีนา (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการศึกษาพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ Pender (1987) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และทำให้มีโอกาสที่จะเลือกประกอบอาชีพที่มั่นคงและ

มีรายได้สูงอีกด้วย แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปฎิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายธนระริชต์ อำเภอ ปรานบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายธนระริชต์ฯ อย่างมีนัยสำคัญ และขัดแย้งกับ การศึกษาของ ดวงพร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน ด้าน การบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงพร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร ทางแพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพคู่/อยู่ด้วยกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภค อาหารอยู่ในระดับดีมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพโสด แต่ขัดแย้งกับ ปฎิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของ บุคลากรโรงพยาบาลค่ายธนระริชต์ อำเภอปรานบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายธนระริชต์ฯ อย่างมี นัยสำคัญ ขัดแย้งกับ วาทีนา (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ตำแหน่งสายงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พจนา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ตำแหน่ง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ จารุทัศน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของ บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ตำแหน่งไม่มีผลต่อพฤติกรรม

การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร และขัดแย้งกับ ปฎิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายพระราช อำเภอบราญบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ตำแหน่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายพระราชฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะงานประจำที่ทำ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พีรพงศ์ และภมร (2541) พบว่า พลังงานส่วนเกินจากสารอาหารจะถูกเก็บไว้ในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น กลูโคสถูกสะสมไว้ในรูปของไกลโคเจนหรือไขมันทำให้เกิดการพอกพูนของไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้นการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันจึงมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการทำงานของกล้ามเนื้อจะมีการใช้แรงมากกว่าการทำงานด้วยสมอง เช่น อาชีพที่ทำงานในลักษณะการนั่งโต๊ะประจำหรือใช้สมองเป็นส่วนใหญ่จะมีการใช้พลังงานน้อยกว่าอาชีพกรรมกรหลายเท่า

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูงซึ่งเอื้อประโยชน์ให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารเพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฎิมา(2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภค อาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายพระราช อำเภอบราญบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายพระราชฯ อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับ พงนา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ดวงพร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขัดแย้งกับ วาทีนา (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการศึกษาพบว่า รายได้ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะดัชนีมวลกาย มีผลจากพฤติกรรม สุขภาพหลายด้าน เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมกรออกกำลังกาย หรือการปฏิบัติ ตัวของบุคลากรในการดูแลสุขภาพ และการควบคุมหรือการลดน้ำหนักเพื่อให้ดัชนีมวลกายอยู่ใน เกณฑ์ปกติ เป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ต้องอาศัยความตั้งใจจริง และกำลังใจอย่างมาก อีกทั้งต้องใช้ เวลานานและต่อเนื่องจึงจะสามารถควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งพฤติกรรมที่ กลุ่มตัวอย่างตอบผู้ตอบอาจเพิ่งเริ่มปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่จริงจังและไม่ต่อเนื่องจึงทำให้ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

รอบเอว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรอบเอว มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย และการลดขนาดรอบเอวต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการควบคุม ดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติให้ได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานพอ อีกทั้งยังต้องเน้น การออกกำลังกายหรือการบริหารเฉพาะส่วนที่เน้นการกระชับกล้ามเนื้อหน้าท้องและเอวเพิ่มจาก การออกกำลังกายปกติ จึงทำให้รอบเอวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก ภาวะอ้วนลงพุง

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติการเจ็บป่วยของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก ภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย ของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ส่วนปัจจัยทางชีวสังคมในด้าน ดัชนีมวลกาย และรอบเอว ไม่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข
ในจังหวัดนครนายก

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติ
เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก
ภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะอ้วน
ลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ
กรณีที่บุคลากรมีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น ย่อมส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันตนเอง
จากภาวะอ้วนลงพุงดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของ Bloom (1975) ที่อธิบายไว้ว่า
องค์ประกอบหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้พฤติกรรมการปฏิบัติปรากฏขึ้น คือ องค์ประกอบด้านความรู้
เนื่องจากการที่บุคคลมีความรู้ในเรื่องสุขภาพอนามัยที่ดีและถูกต้อง ย่อมมีแนวโน้มว่าบุคคลนั้นจะ
มีพฤติกรรมหรือสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเช่นกัน
และสอดคล้องกับแนวคิดของ Green *et al.* (1980) ที่กล่าวว่า ความรู้เป็นองค์ประกอบของปัจจัย
นำ (Predisposing Factors) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ได้มาจากการประสบการณ์ในการเรียนรู้ และ
ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะอ้วน
ลงพุงจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญของพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้
กับการศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุทัศน์ (2551)
ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร แต่ขัดแย้งกับ ดวงพร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และขัดแย้งกับปฏิมา
(2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร
โรงพยาบาลค่ายชนนระวี อำเภอลำดวนบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายชนนระวี
อย่างมีนัยสำคัญ

เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ซึ่งสามารถเทียบเคียงกับการศึกษาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุทัศน์ (2551) ได้ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ทศนคติส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร ชัดแย้งกับดวงพร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าเจตคติต่อการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ ปฎิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายชนะรัชต์ อำเภอปราบบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ทศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายชนะรัชต์ฯ อย่างมีนัยสำคัญ

การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ถ้าบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก มีการรับรู้ที่ดีต่อการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ทำให้พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงดีขึ้น ซึ่งสามารถเทียบเคียงกับการศึกษาด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุทัศน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า การรับรู้ มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร และสอดคล้องกับการศึกษาของ และสอดคล้องกับ พจนา (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แสดงให้เห็นว่าปัจจัยนำดังกล่าว เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนล่งพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพในด้าน การป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนล่งพุงของบุคลากร ให้ดียิ่งขึ้นควรเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ่อนล่งพุง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ่อนล่งพุงให้แก่บุคลากรในจังหวัดนครนายกให้มากขึ้น จะส่งผลให้บุคลากร มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนล่งพุงที่พึงประสงค์ ประกอบกับบุคลากรในจังหวัดนครนายก มีบทบาทในการเป็นผู้นำทางด้านสุขภาพ ในการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมสุขภาพ จึงจำเป็นต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข การสนับสนุนจากหน่วยงาน และการมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนล่งพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนล่งพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ การที่บุคลากรได้รับทราบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงได้รับบริการที่สืบเนื่องมาจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นโยบายคนไทยไร้พุง และนโยบายสุขภาพวิถีชีวิตไทย เช่น การมีชมรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือชมรมลดอ้วน ลดพุง และโครงการหน่วยงานต้นแบบลดโรค ลดพุง ส่งผลให้บุคลากรมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนล่งพุงที่ดีขึ้น เนื่องมาจากนโยบายฯ ดังกล่าวทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่างๆ ได้สะดวกขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขเป็นบุคคลต้นแบบทางสุขภาพที่สังคมคาดหวัง ส่งผลให้ผู้บริหารของหน่วยงานกำหนดเป็นนโยบายให้บุคลากรต้องมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ่อนล่งพุงที่ดีด้วย สามารถเทียบเคียงได้กับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชฐ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา จังหวัดนครนายก โดยนำ PRECEDE Model มาใช้เป็นกรอบแนวคิด ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะ
อ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือการที่
บุคลากรได้รับความรู้ งบประมาณ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในการปฏิบัติเพื่อการป้องกัน
ภาวะอ้วนลงพุง เช่น มีอุปกรณ์ หรือสถานที่ออกกำลังกาย มีชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดอ้วน
ลดพุงต่างๆ ทำให้บุคลากรสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่างๆ ได้สะดวกขึ้น ส่งผลให้บุคลากร
มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงที่ดี

การมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน
ตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน เช่น พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร พฤติกรรม
การออกกำลังกาย หรือการปฏิบัติตัวของบุคลากรในการดูแลสุขภาพ จึงทำให้การมีและเข้าถึง
สถานออกกำลังกายต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง
เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมสุขภาพด้านการส่งเสริม
สุขภาพ พบว่าขัดแย้งกับการศึกษาของ วาทีนา (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าความสะดวกเพื่อการเข้ารับการรักษาและจำนวน
สถานที่ที่สามารถเข้ารับการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาล
นพรัตนราชธานี และขัดแย้งกับ ไพโรจน์ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระยะเวลาในการไปสนามกีฬา
ระยะเวลาในการไปโรงพยาบาลสถานบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม
สุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก
ภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ได้แก่ นโยบายของกระทรวง
สาธารณสุข และการสนับสนุนของหน่วยงาน ดังนั้นในการที่จะพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันตนเอง
จากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ให้ดีขึ้นควรให้การสนับสนุน
ด้านการให้ความรู้เรื่องนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นโยบายคนไทยไร้พุง และ
นโยบาย สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และหน่วยงานควรให้การสนับสนุน เช่น งบประมาณดำเนินการสื่อ
สิ่งพิมพ์ วัสดุ อุปกรณ์ แนวทาง คู่มือ การดำเนินงานที่ชัดเจน การอบรมให้ความรู้เรื่องพฤติกรรม
การป้องกันภาวะอ้วนลงพุงในหน่วยงาน การมีชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะ
อ้วนลงพุงในหน่วยงาน การรณรงค์ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน

หน่วยงาน การมีสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในหน่วยงาน และการมีสถานที่หรืออุปกรณ์ในการออกกำลังกายในหน่วยงาน รวมถึงกระตุ้นและการสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลทุกแห่งจัดให้มีสถานที่ และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายต่างๆ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ถ้าบุคลากรได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงจากสื่อต่างๆ เพิ่มมากขึ้น พฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ก็จะดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ ชนวรรณ (2544) อธิบายว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ง่ายขึ้นหรือรวดเร็วขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงพร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของจารุทัศน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัจจัยเสริม ไม่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ขัดแย้งกับการศึกษาของปฏิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายธนระริชต์ อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายธนระริชต์ฯ

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยรวมคืออยู่แล้ว บุคคลต่างๆ เช่นญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อน เพื่อนร่วมงานจึงไม่ได้ให้ข้อมูล

ข่าวสารหรือटकเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง หรืออาจเกิดจาก บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ทำงานด้านบริการที่มีลักษณะเป็นเวร เข้า บ่าย ดึก ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง เมื่อเทียบเคียงกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของจารุทัศน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริม สุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุขพบว่า ปัจจัยเสริมไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ ปฏิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของ บุคลากร โรงพยาบาลค่ายธนระรัทธ์ อำเภอปรางค์บุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริม ไม่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาล ค่ายธนระรัทธ์ฯ

แต่ขัดแย้งกับธนวรรณ (2544) อธิบายว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ จะทำให้ เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ง่ายขึ้นหรือรวดเร็วขึ้น ขัดแย้งกับการศึกษาของ ดวงพร (2546) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภค อาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกส่วนใหญ่ทำงานด้านบริการที่มี ลักษณะเป็นเวร เข้า บ่าย ดึก ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง และเมื่อ เทียบเคียงกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของจารุทัศน์ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของ บุคลากร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัจจัยเสริมไม่มีผลต่อพฤติกรรม กรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของปฏิมา (2549) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม กรรมการส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายธนระรัทธ์ อำเภอปรางค์บุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า ปัจจัยเสริม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากร โรงพยาบาลค่ายพระราชดำริฯ แต่ขัดแย้งกับธนวรรณ (2544) อธิบายว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ง่ายขึ้นหรือรวดเร็วขึ้น ถ้าได้มีแรงกระตุ้นจากบุคคลต่างๆ หรือจากสังคมสิ่งแวดล้อม ขัดแย้งกับบุญเยี่ยม (2528) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุน ทางด้านจิตใจมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติ ส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี และขัดแย้งกับการศึกษา ของ ดวงพร (2546) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับ ข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปการศึกษานี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ดังนั้นการให้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงจากสื่อต่างๆ และการเพิ่มช่องทางของการสื่อสาร เช่น การให้ความรู้ทางอินเทอร์เน็ต และการเพิ่มการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการป้องกัน ตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงให้มากยิ่งขึ้นก็จะยิ่งเป็นผลดีต่อเกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองจาก ภาวะอ้วนลงพุง มากยิ่งขึ้นเท่านั้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก โดยทำการศึกษา พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิด PRECEDE Framework ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหารและตั้งสมมติฐานการวิจัย สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดวิธีการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อปลูกฝังพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร อีกทั้งสามารถนำข้อมูลและผลการวิจัยไปใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก จำนวน 317 คน โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม 2553 สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ลักษณะทางชีวสังคมของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกใช้สถิติพรรณนาวิเคราะห์พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 74.1 โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.1 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า ร้อยละ 61.2 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.7 ตำแหน่งสายงานเป็นพยาบาล ร้อยละ 47.6 ลักษณะงานประจำที่ทำเป็นงานบริการ/ขึ้นหรือเดินเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 51.4 ดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 73.5 มีรอบเอวปกติร้อยละ 86.8 มีภาวะสุขภาพปกติ/แข็งแรงร้อยละ 77.3 มีประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดาปกติร้อยละ 40.4

2. ลักษณะของตัวแปรที่ทำการศึกษา

- 2.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 46.4 มีเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.0 และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 44.8

2.2 ปัจจัยเอื้อได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายคนไทยไร้พุง นโยบายสุขภาพวิถีชีวิตไทย พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ได้รับปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.1 รองลงมาระดับดีร้อยละ 32.5

2.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า บุคลากรได้ได้รับปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.4 รองลงมาดีร้อยละ 31.2

2.4 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.0 รองลงมาระดับไม่ดีร้อยละ 31.5

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ดัชนีมวลกาย รอบเอว ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งสายงาน ลักษณะงานประจำที่ทำ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ภาวะสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยของบิดา/มารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับดัชนีมวลกาย และรอบเอว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และการสนับสนุนของหน่วยงาน และการมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และการสนับสนุนของหน่วยงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการมีและเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการได้รับข่าวสารจากบุคคลต่างๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เช่น นโยบายคนไทยไร้พุง นโยบายสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย การสนับสนุนของหน่วยงาน ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ผู้วิจัยจึงขอให้ข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยดังกล่าว มาวางแผนและกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก โดยอาจกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก พร้อมการจัดทำแผนการดำเนินงานให้ครอบคลุมชัดเจน
2. ควรผลักดันให้การจัดให้มีสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายในหน่วยงาน และในชุมชน เข้าสู่แผนพัฒนาระดับจังหวัด หรือกำหนดเป็นนโยบายระดับจังหวัด โดยการประสานขอความร่วมมือจากผู้ว่าราชการจังหวัด และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งเจ็งถึงเหตุผลความจำเป็นและประโยชน์ ในการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐานของบุคลากรและประชาชน ซึ่งเป็นต้นทุนสำคัญในการพัฒนางานต่างๆ เพราะหากบุคลากรหรือประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงจะช่วยให้บุคลากรหรือประชาชนสามารถทำงานได้เต็มเวลา เต็มความสามารถ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และยังสามารถเพิ่มรายได้ให้มากขึ้นอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. กำหนดให้ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก จัดกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง อย่างน้อย 3 กิจกรรม ตามความเหมาะสมกับพื้นฐานและความต้องการของบุคลากร ได้แก่ 1) การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ ส่งเสริมเจตคติ และสร้างเสริมทักษะการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงให้แก่บุคลากรในหน่วยงาน 2) การให้ความรู้ และการสื่อสารทางอินเทอร์เน็ต เช่น การให้ความรู้เรื่องนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (นโยบายคนไทยไร้พุง และนโยบายสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย) การเปิด web page. สนทนาเรื่องภาวะอ้วนลงพุง 3) การสนับสนุนให้มีชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงในหน่วยงาน 4) การสนับสนุนให้มีชมรมลดอ้วน ลดพุงในหน่วยงาน 4) การสนับสนุนให้มีชมรมออกกำลังกายรูปแบบต่างๆ ในหน่วยงาน 5) การรณรงค์ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในหน่วยงาน 6) การจัดให้มีสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพในหน่วยงาน 7) การจัดสถานที่และอุปกรณ์ในการออกกำลังกายในหน่วยงาน เป็นต้น

2. การจัดงบประมาณหรือหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก โดยการจัดสรรงบประมาณ หรือการจัดทำโครงการพัฒนาองค์กรต้นแบบ(องค์กรไร้พุง) เสนอของบประมาณดำเนินการจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครนายก หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4 สระบุรี เพื่อสนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง อย่างทั่วถึงส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นต้นแบบด้านสุขภาพมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงที่ดียิ่งขึ้น

3. การจัดอบรมให้บุคลากรได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงที่ดี โดยมุ่งเน้นให้บุคลากรตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ตระหนักถึงความรับผิดชอบร่วมกันต่อสังคม และการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายทั้งในและนอกหน่วยงานเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงให้ดียิ่งขึ้น ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง เพื่อให้เกิดความยั่งยืน เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก ไม่เพียงให้บริการ

ด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังคงเป็นแบบอย่างที่ดีด้านพฤติกรรมการป้องกันตนเอง จากภาวะอ้วนลงพุงให้กับบุคคลในครอบครัว รวมถึงบุคคลอื่นๆ ที่มารับบริการในหน่วยงานด้วย

4. การประกวดหน่วยงานที่มีการจัดกิจกรรมดีเด่นด้านการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงระดับ จังหวัด เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานและบุคลากรมีความตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของการมี พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงที่ถูกต้องให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก” โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ และการสร้างตัวแปรที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหรือการจัดการด้านอารมณ์ การดูแล อนามัยช่องปาก และการขับถ่าย เป็นต้น เพื่อจะได้้นำผลมาพัฒนาและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

2. ควรทำการศึกษาในเชิงทดลอง เช่น “โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครนายก” โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีต่างๆ ที่ให้บุคคลในครอบครัวหรือกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีภาวะอ้วนลงพุงได้มีส่วน ร่วมในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งจะช่วยก่อให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เกิดแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากร สาธารณสุขในจังหวัดนครนายกที่มีภาวะอ้วนลงพุง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่ม เปรียบเทียบ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านการป้องกัน ตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคคลในครอบครัวของบุคลากรเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับ ครอบครัวต่อไป

3. ควรขยายการศึกษาออกไปในระดับครอบครัวของบุคลากร เช่น “ปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของครอบครัวบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัด นครนายก” โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ และการสร้างตัวแปรที่ครอบคลุมถึงพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหรือการจัดการด้านอารมณ์ เพื่อนำผลการศึกษา มาพัฒนาและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงได้อย่าง เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข. 2532. **ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย.**
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2543. **แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) สาขาการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุข.** โรงพิมพ์กองสุขศึกษา, นนทบุรี.

_____. 2545. **สุขบัญญัติแห่งชาติสำหรับประชาชน.** โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

_____. 2547. **การสร้างสุขภาพด้วยตนเอง.** โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, กรุงเทพฯ.

จารุทัศน์ ตั้งกิริติชัย. 2551. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. 2549. **Metabolic Syndrome.** น. 33-39. ใน **กลุ่มงานอายุรศาสตร์** โรงพยาบาลราชวิถี, บรรณาธิการ. **อายุรศาสตร์ 2006 Current Concepts and Update Treatment (1).** โรงพยาบาลราชวิถี, กรุงเทพฯ.

ครุณี คลรัตน์ภัทร. 2545. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดวงพร สุตสุนทร. 2546. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหาร ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ชิตมา วิริยา. 2547. **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ณ คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชนวรรธน์ อิ่มสมบูรณ์. 2544. **พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 3. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.
- นิภา มนูญปัจจุ. 2527. **การวิจัยทางสุขศึกษา.** ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. **จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข.** เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. หน่วยที่ 9-15. ชวนพิมพ์, นนทบุรี.
- ปิยธิดา จุลเป็ย. 2541. **การศึกษาการให้บริการของสถานบริการลดน้ำหนักในกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปฎิมา ขุขันธิน. 2549. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายระพีภักดิ์ อำเภอปรางค์บุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ. 2539. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชฐ เจริญเกษ. 2540. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานสามัญศึกษา จังหวัดนครนายก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิพัฒน์ ยอดพฤติการณ์. 2550. **พอเพียงไว้ด้วยดี.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิ. วันพุธที่ 19 ธันวาคม พ.ศ. 2550.

พีรพงศ์ บุญศิริ และภมร เสนาฤทธิ์. 2541. โภชนาการและการออกกำลังกาย. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, กรุงเทพฯ.

พจนาล ลาพียง. 2546. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

พวงเพชร เพ็ญฟูเกียรติคุณ. 2545. การรับรู้ความสามารถแห่งตนกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไพโรจน์ พรหมพันใจ. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคณงานโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

มัลลิกา มัติโก. 2530. การดูแลสุขภาพของตนเอง : ทัศนทางสังคมและวัฒนธรรมในกรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์แสงแดดจำกัด, กรุงเทพมหานคร.

วราภรณ์ แสงวัชร. 2544. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วาทีนา ทาตายุ. 2545. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิชัย ต้นไพจิตร, ปรียา ลิพหกุล และ รัตนา พากเพียรกิจวัฒนา. 2544ก. การตรวจคัดกรองโรคอ้วนและภาวะทุพโภชนาการในผู้ใหญ่. *คลินิกเวชนิทัศน์* 196: 292-304.

_____. 2544ข. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันและบำบัดโรคอ้วน. *คลินิกเวชนิทัศน์* 196: 305-317.

วีณะ วีระไวทยะ และ สง่า ดามาพงษ์. 2541. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

สิริวัฒน์ อายุวัฒน์. 2539. ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคของนักเรียนชั้นประถม
ศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวิมล ตรีภานันท์. 2546. การใช้สถิติในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. 2552. เอกสารประกอบการตรวจราชการกรณีปกติ
ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1/2552.

_____. 2552. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2/2552.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2549. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรค
ไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2548. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2551ก. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง
โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2550. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,
กรุงเทพฯ.

_____. 2551ข. รายงานประจำปี งบประมาณ 2550. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,
กรุงเทพฯ.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. วี.เจ.พรินติ้ง,
กรุงเทพฯ

สมจิตร เหง้าเกษม. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ
พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมทรง รักษ์เฝ้า และสรงศ์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์. 2540. **กระบวนการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. สถาบันพระบรมราชชนกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2541. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- American College of Sport Medicine. 1995. **Guideline for exercise testing and prescription**. Williams and Wikines, Baltimore.
- Bandura, A. 1986. **Social foundations of thought and action : A social cognitive theory**. Prentice-hall, New Jersey, New York.
- _____. 1977. Self-efficacy : Toward a Unifying of Behavioral Change. **Developmental Psychology**. 25(5): 729-735.
- Burke, V., H.M. Gillam, L.J. Beilin, S. Houghtom and R.A. Milligan. 1999. Health promotion in couples to a shared lifestyle. **Health Education Research** 14(2): 268-288.
- Caplen, R.D. 1976. **Adhering to Medical Regimen : pilot Experiment in Patient Education and Social Support**. In Ann Arbor University of Michigan 11. New York.
- Casperson, C.J., K.E. Powell and G.M. Christenson. 1985. Physical activity, exercise, and physical fitness. **Public Health Report** 100: 126-131.
- Cataldo, C.B., L.K. De Brugne and E.N. Whitney. 1999. **Nutrition and diet therapy**. Wadsworth, Boston, Massachusetts.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderator for life stress. **Psychosomatic Medicine** 38 (7): 300 – 312.

Gochman, D.S. 1982. Labels, System and Motives: Some Perspectives for Future Research.

Health Education Quarterly 19: 167-174.

Green, L.W. and M.W. Kreuter. 1980. **Health Education Planning : Diagnostics Approach.**

Toronto Mayfield Publishing Company, Toronto.

Harris, D.M. and S. Guten. 1979. Health Protective Behavior : An Exploratory Study.

Journal of Health and Social Behavior 10 (5): 1-6.

Hill, L. and N. Smith. 1990. **Self-care Nursing : Promotion of health.** 2 ed.

Appleton & Lange, Norwalk..

Kahn, R.L. 1979. **Aging and Social Support In Aging from Birth to Death:**

Interdisciplinary Perspectives. Corolado. Eastview Press.

Murray, R.B. and J.P. Zentner. 1993. **Nursing Assessment and health promotion strategies**

through the Life-span. 5th ed. Appleton & Lange, New York.

Musaiger, A.O . 1982. Factors influencing food consumption in Bahrain. **Ecol Food Nutr.**

12: 39-48.

Orem, D.E. 1995. **Nursing : Concept of practice. (4th).** Mosby : Yearbook Inc.

_____. 1991. **Nursing Concepts of Practice. (4th ed.).** St. Louis : Mosby Yearbook.

_____. 1980. **Nursing Concepts of Practice.** New York : Mc. Graw-Hill Boon Company.

Palank, C.L. 1991. Determinants of Health Promotion Behavior : A Review of Current

Research. **Nursing Clinics of North America** 26: 815-832.

Pender, N.J. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice**. 3rd ed. Appleton & Lange, Norwalk.

_____. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2nd ed. Appleton & Lange, Norwalk.

Pilisuk, M. 1982. Delivery of social support : immolation. **American Journal Opthopschiotry** 52 (1): 20-31.

Rasvussin, E. and B.A. Swinburn. 1996. **Energy metabolism**. In A.J. Stunkard (Ed.), Obesity theory and therapy. Lippincott-Raven, New York.

Sherer, M., J.E. Madduk, B. Mercandante, S.P. Bunn, B. Jacobs and R.W. Roger. 1982. The self-efficacy scale: Construction and validation. **Psychological report** 51: 663-671.

Walcott-McQuigg, J.A., J. Sullivan, A. Dan and B. Logan. 1995. Psychosocial factors enhancing weight control behavior of African American woman. **Western Journal of Research** 17: 502-520.

Yamane, T. 1973. **Statistics : Antroduetory Analysis**. Harper International Edition, Tokyo.





รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ สาธารณสุขนิเทศก์
ปฏิบัติราชการแทนผู้ตรวจราชการกระทรวง
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
2. คุณสำเนียง รัตนวิไลวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ
ปฏิบัติหน้าที่ผู้ช่วยผู้ตรวจราชการกระทรวง
สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
3. ดร.นายแพทย์ถนอมวัฒน์ ปานเกตุ นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. แพทย์หญิงจุรีพร คงประเสริฐ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มความเสี่ยงในวิถีชีวิตและสังคม
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
5. ดร.นวรรตน์ เพ็ชรเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ
สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง
ของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
การป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุข ในจังหวัดนครนายก ข้อมูลที่
รวบรวมได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้
ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วนทุกข้อ

1. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 7 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเอื้อ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยเสริม

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

2. โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้เข้าใจก่อนตอบ

3. โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน และทุกข้อ ตามความเป็นจริง

4. การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อการทำงานของ ท่าน เพราะ
คำตอบของท่านจะเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยที่ใด ๆ เป็นรายบุคคล นอกจากนำผลรวมต่าง ๆ
ไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น

การวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความสะดวกและความอนุเคราะห์จากท่าน ผู้วิจัยจึง
ขอขอบพระคุณในความกรุณา มา ณ โอกาสนี้

นางสาวพรอินทร์ วัลยาฉิม

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหน้าข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

- (1) ชาย (2) หญิง

2. อายุ

- (1) 21 – 30 ปี (2) 31 – 40 ปี (3) 41 – 50 ปี (4) 51 – 60 ปี

3. ระดับการศึกษา

- (1) ประถมศึกษา (2) มัธยมศึกษาตอนต้น
 (3) มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. (4) อนุปริญญา / ปวส.
 (5) ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า (6) สูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพการสมรส

- (1) โสด (2) สมรส (3) หม้าย / หย่า / แยก

5. ตำแหน่งสายงาน

- (1) แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร (2) พยาบาล (3) ผู้ช่วยพยาบาล
 (4) นักวิชาการสาธารณสุข (5) เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
 (6) บริหารงานทั่วไป (7) อื่นๆระบุ

6. ลักษณะงานประจำที่ทำ

- (1) บริหาร / วิชาการ / นั่งโต๊ะเป็นส่วนใหญ่
 (2) งานบริการ / ยืนหรือเดินเป็นส่วนใหญ่
 (3) งานใช้แรงงาน ระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- (1) ต่ำกว่า 10,000 บาท (2) 10,000 – 19,999 บาท
 (3) 20,000 – 29,999 บาท (4) 30,000 บาทขึ้นไป

8. น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI).....(สำหรับผู้วิจัยกรอก)

9. เส้นรอบเอว (โดยการวัดผ่านระดับสะดือ).....เซนติเมตร

10. ปัจจุบันภาวะสุขภาพของท่านได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรค.....

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) แข็งแรง / ไม่ป่วย (2) เบาหวาน (3) ความดันโลหิตสูง
- (4) ไขมันในเลือดสูง (5) หัวใจและหลอดเลือด
- (6) อื่นๆ ระบุ.....

11. ประวัติการเจ็บป่วยของบิดา / มารดา ของท่านได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรค..... (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- (1) แข็งแรง / ไม่ป่วย (2) เบาหวาน (3) ความดันโลหิตสูง
- (4) ไขมันในเลือดสูง (5) หัวใจและหลอดเลือด
- (6) อัมพฤกษ์-อัมพาต (7) อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

มากที่สุดเพียงข้อละ 1 คำตอบ

ลำดับ	ลำดับ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1	ภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) คือ กลุ่มความผิดปกติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด			
2	คนที่อ้วนลงพุงมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนที่มีรูปร่างปกติ			
3	ในเพศชาย เส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ถือว่า “อ้วนลงพุง”			
4	ในเพศหญิง เส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร ถือว่า “อ้วนลงพุง”			
5	ในคนเอเชียค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่มากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่าเป็น “โรคอ้วน”			
6	เพศหญิงมีโอกาสเกิด “ภาวะอ้วนลงพุง” มากกว่าเพศชาย			
7	คนที่มีรูปร่างผอมหรือน้ำหนักตัวปกติ ระดับไขมันชนิดเลวหรือ LDL cholesterol ในเลือดจะปกติด้วยเสมอ			
8	การรับประทาน กุ้ง หอย และปลาหมึก แทน เนื้อติดมันหมู หรือไก่ ช่วยป้องกันไม่ให้ระดับไขมันชนิดเลว หรือ LDL cholesterol ในเลือดสูงได้			
9	การปรับเปลี่ยนอาหารที่รับประทาน เช่น รับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง แทนของทอดหรือผัดด้วยน้ำมัน และรับประทานผักเพิ่มมากขึ้น เป็นการรักษาภาวะอ้วนลงพุง			
10	ใน 1 วัน เราสามารถรับประทานน้ำตาลได้ถึง 6 ช้อนโต๊ะ โดยไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ			
11	การรับประทานอาหารที่หลากหลาย มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เพียงพอ จะช่วยซ่อมแซมส่วนที่			

ลำดับ	ลำดับ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
	ลี้กหรือ และเสริมสร้างสมรรถภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ			
12	ผักและผลไม้ นอกจากมีวิตามินและเกลือแร่แล้วยังให้เส้นใยอาหาร ทำให้รู้สึกอิ่มเร็ว ช่วยดูดซับไขมันและน้ำดีในลำไส้ทำให้การสะสมของไขมันในลำไส้ลดลง จึงควรรับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอเป็นประจำ			
13	การดื่มเหล้า/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้อ่อนลงพุงง่าย เพราะร่างกายจะเผาผลาญแอลกอฮอล์ก่อน โปรตีนคาร์โบไฮเดรต และไขมัน (แอลกอฮอล์ 1 กรัม ให้พลังงาน 7 แคลอรี) ทำให้พลังงานจากสารอาหารมีโอกาสถูกสะสมเป็นไขมันในร่างกายมากขึ้น			
14	การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะและออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นการป้องกันภาวะอ่อนลงพุง			
15	การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ ออกกำลังกายหนักระดับปานกลางนานอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน			
16	การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายแบบซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย			
17	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้อัตราการไหลเวียนเลือดดีขึ้น เพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก สมรรถภาพการทำงานดีขึ้น			
18	การนอนหลับสนิทในเวลากลางคืนให้เพียงพอ มีส่วนช่วยให้การควบคุมน้ำหนักได้ผลดีขึ้น			
19	คนที่อารมณ์ดี คิดในแง่บวกเสมอ จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด			
20	การรู้จักวิธีจัดการกับความเครียดให้เหมาะสม จะช่วยป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ (โปรดตอบทุกข้อ) โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	คนที่มีภาวะอ้วนลงพุง หากเป็นเพศชายไม่จำเป็นต้องลดขนาดของพุงลง เพราะเป็นเรื่องปกติ ไม่มีอันตรายใดๆ				
2	คนที่อ้วนลงพุง ทำให้คูภูมิฐาน ฐานะมันคง				
3	เมื่ออายุมากขึ้น โอกาสของการเกิดภาวะอ้วนลงพุง จะเพิ่มขึ้นด้วย				
4	ภาวะอ้วนลงพุงสามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง				
5	หากบิดา มารดา มีภาวะอ้วนลงพุง ลูกทุกคนก็จะ "มีภาวะอ้วนลงพุง" ด้วย				
6	การรับประทานขนมหวานช่วยให้ควบคุมน้ำหนักและป้องกันภาวะอ้วนลงพุงได้ดีขึ้น				
7	การควบคุมอาหารทำให้ท่านรู้สึกหงุดหงิด				
8	การควบคุมหรือลดน้ำหนักไม่ให้อ้วนเป็นการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง				
9	วิธีป้องกันภาวะอ้วนลงพุงที่ได้ผลดี คือการรับประทานผักและผลไม้ทุกชนิด โดยไม่จำกัดปริมาณแทนอาหารมื้อหลัก				

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10	การรับประทานอาหารเช้าๆ เคี้ยวให้ละเอียด ก่อนกลืนเป็นการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง				
11	การรับประทานอาหารมื้อหลักอย่างน้อย วันละ 1 มื้อ จะช่วยลดน้ำหนักที่ได้ผลดี				
12	การรับประทานอาหารเช้าคุโรททัศน์ หรือ ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบจะทำให้เพลิดเพลิน และรับประทานอาหารเช้าได้น้อยลง				
13	การเลือกชนิดและควบคุมปริมาณอาหาร ร่วมกับการออกกำลังกายต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เป็นการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงที่ดี				
14	หากไม่มีเวลาออกกำลังกาย แต่เปลี่ยนวิถีชีวิตมาใช้บันไดแทนการใช้ลิฟท์ ก็สามารถช่วยป้องกันภาวะอ้วนลงพุงได้เช่นกัน				
15	ท่านไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายเพิ่มถ้ามีงานประจำที่ต้องออกแรงอย่างหนัก/ปานกลาง เช่น ทำความสะอาดบ้าน ทำนา ทำสวน ฯลฯ				
16	การชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จะช่วยให้การควบคุมน้ำหนักได้ผล				
17	ในวัยผู้ใหญ่ควรนอนหลับพักผ่อนในเวลา กลางคืนอย่างน้อยวันละ 7 ชั่วโมง				
18	คนที่อารมณ์ดี คิดในแง่บวกเสมอ จะช่วยลดโอกาสเกิดโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด				
19	วิธีจัดการความเครียดที่ได้ผลคืออีกวิธีหนึ่ง คือ การรับประทานช็อคโกแลต หรืออาหารที่ชอบ				

ลำดับ	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
20	การสวดมนต์ การทำสมาธิ การคิดแง่บวก การพูดคุย/ปรึกษาปัญหากับคนใกล้ชิดหรือ ไว้วางใจ การทำกิจกรรมที่ชอบ /บันเทิงใจ ต่างๆ ล้วนเป็นวิธีจัดการกับความเครียด				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ (โปรดตอบทุกข้อ) โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้
 เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
 เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

ลำดับ	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ท่านคิดว่าท่านสามารถควบคุมน้ำหนักและ ป้องกันภาวะอ้วนลงพุงได้ด้วยตนเอง				
2	หากท่านรับประทานผลไม้แทนขนมหวาน จะทำให้การควบคุมน้ำหนักและลดภาวะอ้วน ลงพุงเป็นไปได้ง่ายขึ้น				
3	หากท่านรับประทานอาหารที่มีเส้นใยมากขึ้น จะทำให้ลดน้ำหนักและลดภาวะอ้วนลงพุงได้				
4	หากท่านต้องการควบคุมน้ำหนักให้ได้ผล ควรหลีกเลี่ยงอาหารฟาส์ฟู้ด เช่น ไก่ทอด พิซซ่า / สิ่งยั่วเย้าที่จะทำให้การควบคุมอาหาร ไม่เป็นไปตามที่กำหนด				

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
5	หากท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเป็นประจำจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้				
6	หากท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก จะสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้				
7	หากท่านจดบันทึกรายการและปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละวันจะช่วยให้การลดน้ำหนักและภาวะอ้วนลงพุงง่ายขึ้น				
8	หากท่านมีไขมันในเลือดสูง และอยู่ระหว่างการรับประทานยาลดไขมันห้ามออกกำลังกายอย่างเด็ดขาด				
9	หากท่านลดปริมาณอาหารที่รับประทานในแต่ละมื้อลง จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีขึ้น				
10	หากท่านใช้บันไดแทนการใช้ลิฟท์ หรือ เดิน/ขี่จักรยานแทนการใช้รถมอเตอร์ไซด์/รถยนต์ในชีวิตประจำวัน ในระยะทางที่ไม่ไกลนัก (300 – 600 เมตร) จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น				
11	หากท่านออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เป็นเวลานานพอจะช่วยลดภาวะอ้วนลงพุงได้				
12	หากท่านต้องการควบคุมน้ำหนักหรือลดขนาดรอบเอวให้ได้ผลต้องใช้ความตั้งใจจริง กำลังใจ และความอดทนอย่างมาก				
13	หากท่านรู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม จะช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงได้				

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
14	เมื่อเกิดความเครียดหรือปัญหาที่ทำให้ท่านไม่สบายใจการเล่นกีฬาที่ชอบหรือต้องใช้แรงจนรู้สึกเหนื่อยเป็นวิธึคลายความเครียดที่ดี				

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยอื่น

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ (โปรดตอบทุกข้อ) โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

✓ ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับเป็นประจำ สม่าเสมอ

✓ ได้รับค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านได้รับเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่เป็นประจำและไม่สม่าเสมอ

✓ ได้รับค่อนข้างน้อย หมายถึง ท่านได้รับเป็นครั้งคราว หรือนานๆครั้ง

✓ ไม่ได้รับ หมายถึง ท่านไม่ได้รับเลย

ลำดับ	หัวข้อ	ได้รับมาก	ได้รับค่อนข้างมาก	ได้รับค่อนข้างน้อย	ไม่ได้รับ
	นโยบายคนไทยไร้พุง และนโยบายเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย)ในชุมชน				
1	การรับทราบนโยบายคนไทยไร้พุง				
2	ความเข้าใจในเนื้อหาสาระของนโยบาย				
3	การมีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ				
4	ความร่วมมือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง				
	การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน เพื่อการปฏิบัติของบุคลากร				
5	งบประมาณดำเนินการ				
6	สื่อ สิ่งพิมพ์ วัสดุ อุปกรณ์				
7	แนวทาง คู่มือ การดำเนินงานที่ชัดเจน				

ลำดับ	หัวข้อ	ได้รับ มาก	ได้รับ ค่อนข้าง มาก	ได้รับ ค่อนข้าง น้อย	ไม่ ได้ รับ
8	การอบรมให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมกรรมการป้องกัน ภาวะอ้วนลงพุงในหน่วยงาน				
9	การมีชมรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการ ป้องกันภาวะอ้วนลงพุงในหน่วยงาน				
10	การตรวจคัดกรองป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดในหน่วยงาน				
11	มีสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อสุขภาพใน หน่วยงาน				
12	มีสถานที่หรืออุปกรณ์ในการออกกำลังกาย ในหน่วยงาน				
	การเข้าถึงสถานออกกำลังกายต่างๆ				
13	มีสถานที่ออกกำลังกายของภาครัฐ				
14	มีสถานที่ออกกำลังกายของภาคเอกชน				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

เพียงข้อละ 1 คำ ตอบ โดยแต่ละคำ ตอบมีความหมายดังนี้

✓ ได้รับมาก หมายถึง ท่านได้รับเป็นประจำสม่ำเสมอ

✓ ได้รับค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านได้รับเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่เป็นประจำและไม่สม่ำเสมอ

✓ ได้รับค่อนข้างน้อย หมายถึง ท่านได้รับเป็นครั้งคราว หรือนานๆครั้ง

✓ ไม่ได้รับเลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับเลย

ลำดับ	หัวข้อ	✓ ได้รับ มาก	✓ ได้รับ ค่อนข้าง มาก	✓ ได้รับ ค่อนข้าง น้อย	✓ ไม่ได้ รับเลย
	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะอ้วน ลงพุงจากสื่อต่างๆ				
1	วิทยุกระจายเสียง				
2	วิทยุโทรทัศน์				
3	เสียงตามสาย				
4	สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น นิตยสาร วารสาร คู่มือ				
5	อินเทอร์เน็ต (Internet)				
	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน ภาวะอ้วนลงพุงจากบุคคลต่างๆ				
6	บุคคลในครอบครัว				
7	ญาติพี่น้อง				
8	เพื่อนบ้าน				
9	เพื่อน / เพื่อนร่วมงาน				
10	ผู้บังคับบัญชา / ผู้ใต้บังคับบัญชา				
	ท่านได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับ การป้องกันภาวะอ้วนลงพุงจากบุคคลต่างๆ (เช่น ให้กำลังใจ คอยกระตุ้นเตือน ชักชวน ให้ออกกำลังกายร่วมกัน หรือเป็นสมาชิก ชมรมออกกำลังกายต่างๆ)				

ลำดับ	หัวข้อ	ได้รับ มาก	ได้รับ ค่อนข้าง มาก	ได้รับ ค่อนข้าง น้อย	ไม่ได้ รับเลย
10	บุคคลในครอบครัว				
11	ญาติพี่น้อง				
14	เพื่อนบ้าน				
15	เพื่อน / เพื่อนร่วมงาน				
16	ผู้บังคับบัญชา / ผู้ใต้บังคับบัญชา				

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากภาวะอ้วนลงพุง

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่าน
มากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ (โปรดตอบทุกข้อ) โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้
ปฏิบัติมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 5 - 7 วัน
ปฏิบัติค่อนข้างมาก หมายถึง ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 - 4 วัน
ปฏิบัติค่อนข้างน้อย หมายถึง ท่านปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน
ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติเลย

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้าง น้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย
1	การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ในแต่ละวัน				
2	การรับประทานอาหารจุกจิกไม่เป็นมื้อ				
3	การรับประทานอาหารว่างประเภท มันฝรั่งทอด ลูกก็แอมเบอร์เกอร์ ขนมเค้ก				
4	การรับประทานผักและผลไม้หลากหลายใน ปริมาณที่เพียงพอ หรืออย่างน้อย 5 ทัพพี (ผลไม้ไม่ควรเกิน 2 ทัพพี) ในแต่ละวัน				
5	การรับประทานอาหารฟาสฟู๊ด เช่น ไก่ทอด พิซซ่า				

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้างมาก	ปฏิบัติ ค่อนข้างน้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย
6	การรับประทานอาหารประเภทปลา และ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน				
7	การรับประทานอาหารแต่ละมื้อในปริมาณที่พอรู้สึกอิ่ม โดยไม่เพิ่มจำนวน				
8	การรับประทานอาหารมือเย็น ก่อนเข้านอน อย่างน้อย 3 ชั่วโมง				
9	การดื่มน้ำผลไม้				
10	การดื่มน้ำอัลดม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน				
11	การรับประทานขนมหวานที่มีส่วนผสมของข้าว แป้ง น้ำตาล กะทิ เป็นต้น				
12	การเติมน้ำตาลลงในเครื่องดื่ม หรือ อาหารต่างๆ ที่ต้องปรุงรสเพิ่ม (รวม 6 ชช. ใน 1 วัน)				
13	การเดินขึ้น - ลงบันไดในชีวิตประจำวันแทนการใช้ลิฟท์ หรือ การเดิน/ขี่รถจักรยานแทนการใช้รถมอเตอร์ไซด์/รถยนต์ ในระยะทางที่ไม่ไกลนัก(300 – 600 เมตร)				
14	ออกกำลังกาย ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์ เช่น เดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก ฯลฯ				
15	ทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 30 นาที จนรู้สึกเหนื่อย/เหงื่อออก เช่น ทำงานบ้าน ล้างรถ ทำสวน เป็นต้น				
16	การนอนหลับอย่างน้อยวันละ 7 ชั่วโมง				
17	การเกิดความเครียดจนทำให้นอนไม่หลับ				
18	การรับประทานซ็อก โกลแลตหรืออาหารที่ชอบ เมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ				

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติ มาก	ปฏิบัติ ค่อนข้างมาก	ปฏิบัติ ค่อนข้างน้อย	ไม่ ปฏิบัติ เลย
19	การคิดบวกเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ท่านไม่ชอบ				
20	การพยายามลดความอ้วนหรือลดขนาดพุงตามแนวทางนโยบาย “คนไทยไร้พุง” ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข				

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อสกุล	นางสาวพรอินทร์ ว่างยงฉิม
เกิดวันที่	3 กรกฎาคม 2512
สถานที่เกิด	จังหวัดนครนายก
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรสุขภาพ (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยราช พ.ศ. 2538
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มตรวจราชการ สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี