

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา

Factors Influencing Body Weight Control Behavior of Phra Nakhon
Si Ayutthaya Hospital's Personnel

คำนำ

ภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในประเทศพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา อาทิ สถิติในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีจำนวนประชากรที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน โดยมีดัชนีมวลกาย 25–29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตรถึง 58 ล้านคนซึ่งเพิ่มขึ้นจากระยะ 10 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 30 (Moore & Koup, 1998) ในกลุ่มประชากรเพศหญิงที่มีอายุ 20–60 ปี พบว่าผู้ที่มีอายุ 50–59 ปี เป็นกลุ่มที่มีความชุกของภาวะอ้วน โดยมีดัชนีมวลกาย 30–39.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Flegal, 2000) มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคที่มีสาเหตุมาจากภาวะอ้วนถึงปีละ 300,000 คน (Moore & Koup, 1998) สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจภาวะโภชนาการของประชากรทั่วประเทศในพ.ศ. 2529 พบว่าอัตราความชุกของภาวะอ้วนในกลุ่มอายุ 30–39 ปี 40–49 ปี และ 50–59 ปี เท่ากับ ร้อยละ 19.4, 19.1 และ 23.6 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2538 พบว่าอัตราความชุกของภาวะอ้วนในกลุ่มอายุดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 29.8, 40.2 และ 35.0 ตามลำดับ เห็นได้ว่า กลุ่มอายุ 40–49 ปี มีอัตราความชุกของภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50–59 ปี (กองโภชนาการ, 2541) ผลกระทบที่ตามมาจากภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ได้แก่ การตายก่อนวัยอันสมควรด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของกระดูกและข้อต่อ และโรคมะเร็ง (WHO, 2000) อีกทั้งในปี 2541 สมาคมโรคหัวใจของสหรัฐอเมริกา (The American Heart Association) ได้ยกระดับภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานให้เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการเกิดภาวะผนังหลอดเลือดแข็งหนาตัวผิดปกติ (Atherosclerosis) (พรชิตา, 2545) จากการสำรวจจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จำแนกตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2541-2545 พบว่ามีแนวโน้มการตายจากความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมองสูงขึ้นคือ ปี 2541 คิดเป็นอัตรา 10.3 และปี 2544 คิดเป็นอัตรา 24.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544)

จากนโยบายและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้เน้นคนเป็นศูนย์กลางในการที่จะบูรณาการสุขภาพของตนเอง โดยมีการพัฒนาสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้มีผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพ ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่มาจากปัญหาสังคมสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น ได้แก่ ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารมากหรือน้อยเกินความต้องการของร่างกาย (สมพร, 2543) การสูบบุหรี่ ปัญหายาเสพติด โรคที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุและโรคที่เกี่ยวกับอาชีพ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540) ในสังคมปัจจุบันเป็นสังคมของการเรียนรู้ตลอดชีวิต การปรับทิศทางและการปรับการพัฒนาใหม่ของโครงการส่งเสริมสุขภาพเกิดขึ้นด้วยความรวดเร็วอย่างยิ่ง และแตกต่างกันในแต่ละประเทศ จากผลการประชุมสุขภาพโลกที่ออกาวาประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. 2529 ได้ทำให้สุขภาพประชากรในหลายประเทศเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นเช่นประเทศฟินแลนด์สามารถลดอัตราการตายจากโรคหัวใจได้ถึง 73% ในรอบ 25 ปี หลังจากได้มีมาตรการควบคุมด้านอาหารและการออกกำลังกายเมื่อเดือนพฤษภาคม 2547 ที่ผ่านมามีการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ที่ประชุมได้ให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันโรคเรื้อรัง ซึ่งกำลังเป็นปัญหาใหญ่ของทั่วโลกที่สำคัญเช่นโรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน โดยประชากรโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงปีละกว่า 7,000 คน หรือ 13 % ของการตายทั้งหมด การมีไขมันในเลือดสูงทำให้เกิดโรคเส้นเลือดสมองถึง 18 % และเป็นสาเหตุของโรคหัวใจขาดเลือด 56% (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) ซึ่งโรคดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ที่ประชุมองค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญทางด้านข้อมูลข่าวสาร พร้อมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ทุกประเทศทั่วโลก ให้ความสำคัญในการป้องกันโรคดังกล่าว ดังนั้นจึงเกิดการประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 6 โดยประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดการประชุมในวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 ณ ศูนย์การประชุมสหประชาชาติ กำหนดหลักการและแนวทางในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในทศวรรษที่ 21 ที่เห็นพ้องต้องกัน และประกาศเป็นกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) เพื่อประเทศต่างๆ จะได้ใช้เป็นแนวทางดำเนินงานต่อไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ประชาชนเป็นจำนวนมาก เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับผู้รับบริการของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างใกล้ชิด การที่บุคลากรดังกล่าวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีสุขภาพดีย่อมเป็นแบบอย่าง (Role Model) ต่อผู้รับบริการและมาติดต่อกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในปัจจุบัน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีอัตราประกอบด้วย ข้าราชการ

675 คน โดยเป็นแพทย์ 61 คน ทันตแพทย์ 10 คน เภสัชกร 23 คน พยาบาลวิชาชีพ 433 คน เจ้าหน้าที่อื่นๆ 148 คน ลูกจ้างประจำ 168 คน ลูกจ้างชั่วคราว 168 คน จากการศึกษาข้อมูล การตรวจสอบสุขภาพประจำปีของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ปี พ.ศ.2548 พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ดังนี้ มีน้ำหนักตัวเกินกว่ามาตรฐานร้อยละ 52.21 ภาวะไขมันสูงในเส้นเลือดร้อยละ 25.74 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.76 โรคเบาหวานร้อยละ 5.51 โรคหัวใจร้อยละ 4.78 (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, 2548) จากผลการตรวจสอบสุขภาพดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานนั้น เป็นปัญหาสุขภาพอันดับแรกของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งนับเป็นปัจจัยหลักต่อการเกิดภาวะไขมันสูงในเส้นเลือดซึ่งจากผลการตรวจสอบสุขภาพดังกล่าวก็พบว่าภาวะไขมันสูงในเลือดเป็นปัญหาสุขภาพที่พบเป็นอันดับ 2 ในกลุ่มบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยเฉพาะการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มผู้ใหญ่กลุ่มอายุ 40–60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินสูง (Cataldo, *et al.*, 1999; Gong & Heald, 1994) โดยการใช้กรอบแนวคิด ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และ ทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตนและแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย จะช่วยให้ทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว และสามารถวางแผนให้บุคคลกลุ่มนี้เริ่มมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักได้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพดี แข็งแรง สอดคล้องกับนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญของชาติและสอดคล้องกับเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ซึ่งมุ่งให้ประชาชนอยู่เย็นเป็นสุข (Well-being) และลดภาระของหน่วยงาน ในการดูแลรักษา ตลอดจนขยายผลในการกำหนดแนวทางในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในบุคลากรทางการแพทย์ในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4. ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักร่างกาย กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
7. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
8. ตัวแปรซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผลของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ตามกรอบแนวคิดของทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนและแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบาย เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. ผลการวิจัยสามารถนำมาใช้ในการกำหนดแผนดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสร้างโปรแกรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่นๆ ของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุ 40 – 60 ปี ตามบัญชีถือจ่ายปีงบประมาณ 2548

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยต่อไปนี้
 - 1.1 ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว
 - 1.2 เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว
 - 1.3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน
 - 1.4 การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน
 - 1.5 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว
 - 1.6 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว

1.7 ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว

1.8 แรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาโดยเป็นในพฤติกรรม 2 กลุ่มคือ

2.1 ปรีภอกนีสัย

2.2 การออกกำลังกาย

3. ตัวแปรอธิบาย (Descriptive Variables) ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคลเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย

นิยามศัพท์

บุคลากรในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา หมายถึง ชาย หญิง เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวทุกตำแหน่งอายุ 40–60 ปี ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ถนนคูทอง ตำบลประตูชัย อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตามบัญชีรายชื่อจ่ายของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาปี 2548

ค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI ปกติ) หมายถึง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เท่ากับ 18.51–24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (BMI เกินมาตรฐาน) หมายถึง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) มากกว่า 25.00 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การปฏิบัติหรือแสดงออกของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาในการควบคุมน้ำหนักตัว ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัว ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาการเพื่อประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนักตัว ความรู้ด้าน

การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย ความรู้ด้านการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความสำคัญ ความเชื่อในการปฏิบัติตัวในการควบคุมน้ำหนักตัว

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน หมายถึง การแสดงออกด้านความคิดเห็น ความรู้สึกนึกคิดว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน

การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีความเชื่อว่า หากไม่ควบคุมน้ำหนักตัวอาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และมีผลกระทบต่อครอบครัวสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกนึกคิดในการควบคุมน้ำหนักตัว

การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การแสดงออกด้านความคิดเห็นและความรู้สึกนึกคิดที่ดี จากการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เช่น ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การแสดงออกด้านความคิดเห็นและความรู้สึกนึกคิดที่มีสิ่งที่ไม่เอื้ออำนวยหรือขัดขวางต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เช่น ด้านเวลา ด้านสุขภาพ ความไม่สะดวก เศรษฐกิจ

ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มอายุ 40–60 ปี ที่มีการจัดการวางแผนการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ การใช้พลังงานที่เหมาะสม เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนด้านทรัพยากรความรู้ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือให้กำลังใจในการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจาก ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และผู้บังคับบัญชา

การตรวจเอกสาร

การตรวจเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์เป็นแนวทางในการวิจัย โดยเสนอสาระสำคัญตามลำดับหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
2. แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

- 2.1.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค้นน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน
- 2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน
- 2.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว
- 2.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว

2.2 ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว (Self - Efficacy)

2.3 ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

3. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
5. ภาวะน้ำหนักตัวที่ไม่เหมาะสม

5.1 ความหมายของน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

5.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

5.3 การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

5.4 ปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถของตนเองในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น เพื่อนำไปสู่ความผาสุกในการดำรงชีวิต (WHO, 1986) ส่วน Parse (1987) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำเพื่อกระตุ้นให้เกิดกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปอย่างมีคุณภาพ และต่อเนื่อง เกิดการพัฒนาตนเองให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

Gochman (1982) (อ้างใน จินตนา, 2532) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าการแสดงออกของบุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งที่สังเกตเห็นอย่างชัดเจนในเรื่องของการบริโภคอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา รวมไปถึงพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ต้องอาศัยการประเมินแบบอื่น เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง ภาวะอารมณ์ แรงจูงใจ ค่านิยม และการรับรู้

Palank (1991) ให้ความหมายไว้คือ เป็นพฤติกรรมต่างๆที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุเพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่างๆที่ทำให้ภาวะเครียดลดลง

Green and Krueger (1991) (อ้างใน ประภาเพ็ญ, 2538) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนทางการศึกษา และการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติและเกิดการดำรงชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

Murray and Zentner (1993) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบไปด้วยกิจกรรม ซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุกเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชนและสังคม

จากความหมายของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพของบุคคลหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลหนึ่งกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี โดยมีความ

สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายของตน เพื่อให้มีศักยภาพสุขภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิตของตนเอง ครอบครัว กลุ่มชุมชนและสังคม

แนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

Rosenstock (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า 1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2. อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร 3. การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขา โดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และบุคลากรต้องรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ มาประยุกต์ในพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักดังนี้

1. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน (Perceived Susceptibility) มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งเมื่อมีภาวะดีและภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อนี้มีความแตกต่างกันออกไปในแต่ละคน บางคนมีความเชื่อในระดับปานกลาง บางคนมีความเชื่อในระดับสูง ดังนั้นจึงมีการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคในบุคคลเหล่านี้ การปฏิบัติตัวด้านสุขภาพมีระดับแตกต่างกันออกไป (Suchman, 1970) เห็นว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับสูงจะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระดับต่ำ และอาจจะมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน (Perceived Severity) แม้ว่า จะมีความตระหนักในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเช่น โรคอ้วน หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดัน โลหิตสูง หรือภาวะต่างๆ ก็ตาม อาจแสดงพฤติกรรมป้องกันหรือการควบคุมต่อเมื่อเกิดความเชื่อว่าโรคนั้นเกิดก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพ อาจมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย และกระทบต่อครอบครัว สังคม ซึ่งช่วยให้บุคคลมีการตัดสินใจในการมีพฤติกรรม

ป้องกันโรคได้ดีขึ้น นั้นหมายถึงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค (Becker, 1974) การที่บุคคลรับรู้ในความรุนแรงของโรคเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัว ซึ่งจะมีประสิทธิภาพในการกระตุ้นพฤติกรรมใหม่ ถ้าบุคคลได้รู้การแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วย หรือมีการลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น แต่ถ้าบุคคลได้รู้ความรุนแรงของโรคแต่ไม่สามารถหรือไม่ทราบถึงวิธีการที่จะเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย จะทำให้เกิดกลไกการป้องกัน ที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของโรค จากรายงานการวิจัยที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ สรุปได้ว่าถ้าบุคคลไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ มักจะเป็นผู้ที่ไม่สนใจต่อความรุนแรงที่เกิดขึ้นที่เกิดความผิดปกติต่างๆภายในร่างกาย เช่นความพิการที่คุกคามต่อการดำรงชีวิตและการปฏิบัติตามคำแนะนำจะน้อยลงเมื่อโรคนั้นๆไม่แสดงอาการ ดังนั้นบุคคลที่มีอาการของโรคหรือมีอาการที่รุนแรงกว่ามักจะปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่า (สิรินธร, 2541)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว (Perceived Benefit) บุคคลเมื่อมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวก็จะมีกรปฏิบัติตัวในเรื่องการบริโภคที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมการใช้พลังงานที่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน มีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ที่มีสาเหตุมาจากการมีภาวะโภชนาการเกิน การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัว ถ้าหากบุคคลรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตน บุคคลนั้นก็จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดีขึ้น จึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคลนั้นให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์ การคาดหวังต่อประโยชน์ที่ได้รับจะเป็นผลบวกต่อจิตใจ และเป็นแรงเสริมที่จะทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรม บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด และสามารถกระทำอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติควบคุมน้ำหนักของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ทางร่างกาย การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ การรับรู้ประโยชน์ทางด้านสังคม การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจดังนี้

ก. การรับรู้ประโยชน์ทางด้านร่างกาย หมายถึง การได้รับผลดีหรือประโยชน์ทางด้านสุขภาพร่างกาย เมื่อมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ทั้งประโยชน์จากพฤติกรรม ด้านการบริโภคที่ดี และจากการมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสมเพื่อให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีสาเหตุมาจากการมีภาวะโภชนาการเกิน มีรูปร่างที่สวยงามได้สัดส่วน มีความคล่องแคล่ว มีประสิทธิภาพในการทำงาน

ข. การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ หมายถึง การได้รับความสุข คลายความวิตกกังวล ลดภาวะเครียด และทำให้มีความสุขในชีวิตจากการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว

ค. การรับรู้ประโยชน์ทางด้านสังคม หมายถึง การได้รับการยอมรับจากเพื่อนหรือบุคคลอื่นรอบข้าง การได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และได้พบเพื่อนใหม่ ส่งผลให้เกิดการยอมรับจากบุคคล สร้างเครือข่ายให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันในการควบคุมน้ำหนักตัวเพื่อให้อยู่เกณฑ์ มาตรฐาน มีความคล่องตัวในการทำงานและมีประสิทธิภาพก่อให้เกิดการยอมรับจากคนข้างเคียง

ง. การรับรู้ประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้ถึงการลดค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารที่มากเกินความจำเป็นของร่างกาย ค่าใช้จ่ายในการลดน้ำหนัก ค่ารักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคที่สัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีส่วนในการได้รับการสนับสนุนน้อย เมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวปกติสืบเนื่องจากการขาดความคล่องตัวในการทำงาน

4. การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว (Perceived Barrier) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติหมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลทางลบซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่ทำให้เกิดความไม่สะดวกสบาย หรือในการมารับการบริการหรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัดต่ออาชีพ ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว (Self-Efficacy Theory)

ผู้ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตน คือ Albert Bandura เป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมของมนุษย์ ตามแนวทฤษฎีของ (Skinner, 1991) ในระยะแรก (Bandura, 1977) มีความสนใจในตัวแบบเกี่ยวกับความเชื่อของบุคคล ในเรื่องความสามารถของตนเองที่จะกระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองทำให้มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในเรื่องหนึ่งเรื่องใด แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนั้น (Bandura, 1977) เชื่อว่าการศึกษเกี่ยวกับ พฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้และองค์ประกอบหลายอย่าง

โดยมีพันธุกรรมสภาพแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกันจนยากที่จะตัดสินว่าพฤติกรรมนั้นเกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะสาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น จึงมีลักษณะสัมพันธ์กันแบบกำหนดอาศัยซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ระหว่างตัวแปร 3 กลุ่มคือ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factor = P)
2. เงื่อนไขพฤติกรรม (Behavior Condition = B)
3. เงื่อนไขเชิงแวดล้อม (Environmental Condition = E)

จากแนวคิดข้างต้น (Bandura, 1977) ได้พัฒนาทดสอบทฤษฎี ความเชื่ออำนาจในตน (Self-Efficacy Theory) โดยสมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วมีผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติดังกล่าว ตามแนวคิดของ แบนดูราความเชื่ออำนาจในตนของบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ คือ

- 1) มิติตามขนาดหรือความยากง่ายของงาน (Level) เป็นการจัดอันดับความยากง่ายของงานที่จะกระทำ โดยความคาดหวังในความสามารถของบุคคลอาจถูกจำกัดอยู่เป็นภารกิจที่ง่ายกว่าก่อนแล้วค่อยๆ ขยับสู่ภารกิจที่ยากกว่า
- 2) มิติความเข้มข้นหรือความมั่นใจ (Strength) เป็นความเชื่อมั่นในความสำเร็จอย่างมั่นใจ บุคคลนั้นก็จะพยายามกระทำกิจกรรมนั้นๆต่อไปแม้จะประสบความล้มเหลวก็ตาม
- 3) มิติความเป็นสากล (Generality) เป็นการอ้างอิงความสามารถในการกระทำกิจกรรมหนึ่งได้สำเร็จ ไปสู่ความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นๆที่คล้ายคลึงกัน (ดรุณี, 2545)

การพัฒนาความเชื่ออำนาจในตนเองแบนดูรากล่าวว่าจะต้องได้รับข้อมูล หรือการสนับสนุน 4 ทาง ดังนี้ (Bandura, 1997)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Inactive mastery experience) การปฏิบัติพฤติกรรมที่ได้รับความสำเร็จในอดีตมีอิทธิพลต่อความเชื่ออำนาจในตนเองมากที่สุด โดยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะในตนเองเมื่อบุคคลได้รับประสบการณ์ที่ตนเองกระทำได้สำเร็จ และหากเมื่อบุคคล

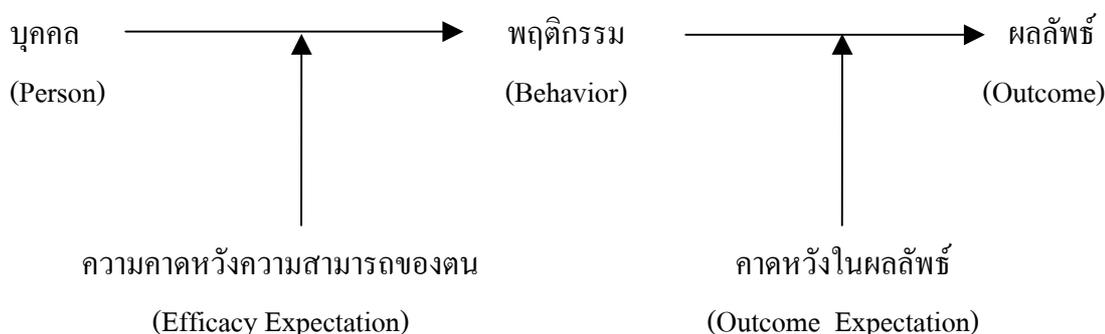
มีประสบการณ์ของความสำเร็จ จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ความสามารถในการเผชิญหน้ากับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แม้ว่าบางครั้งจะเกิดความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่ความล้มเหลวจะไม่มีผลมากนัก สมรรถนะในตนเอง ควรมีการส่งเสริมให้บุคคลได้มีการฝึกฝนวิธีการที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จในพฤติกรรมนั้นๆ พร้อมทั้งส่งเสริมให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้น

2. การเรียนรู้จากความสำเร็จของบุคคลอื่น (Vicarious experience) เป็นการสังเกตจากแบบอย่างพฤติกรรมของบุคคลอื่น เนื่องจากการได้เห็นบุคคลอื่นที่มีลักษณะคล้ายตนเองสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จมาก่อน จะเป็นแรงจูงใจบุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากบุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในทุกๆกิจกรรมได้อย่างเพียงพอ แต่บุคคลจะประเมินค่าความสามารถของตน จากการเปรียบเทียบกับความสำเร็จของบุคคลอื่น ซึ่งการเรียนรู้จากความสำเร็จของบุคคลอื่นสามารถกระทำได้จากการเรียนรู้จากตัวแบบที่มีชีวิต (living model) หรือจากตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) เช่น ดูจากภาพยนตร์ เป็นต้น

3. การโน้มน้าวหรือชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและใช้กันโดยทั่วไป เป็นการได้รับการชักจูงจากบุคคลอื่น ให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมให้ประสบความสำเร็จได้โดยจะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่น และเพิ่มกำลังใจในการตัดสินใจความสามารถของตนเอง เมื่อบุคคลได้รับการโน้มน้าวชักจูงจากบุคคลอื่น บุคคลก็อาจคล้อยตาม และตัดสินใจว่าตนเองก็สามารถกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ แต่หากให้ได้ผลดีควรส่งเสริมให้บุคคลมีประสบการณ์ตรงในการกระทำที่สำเร็จด้วย

4. สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Physical and affective status) ในสภาวะที่ร่างกายมีความแข็งแรง สุขภาพจิตดี หรือมีความสุข จะทำให้บุคคลมีความเชื่ออำนาจในตนเองเพิ่มมากขึ้นแต่เมื่อร่างกายหรือสภาวะทางอารมณ์มีภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือถูกกระตุ้นจากความเจ็บปวด ไม่สบาย เกรียด หรือกลัว จะส่งผลให้มีความเชื่ออำนาจในตนเองต่ำ และมักจะมีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมนั้นๆ (ครุณี, 2545)

โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้คือ



จากโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy Expectation) (Bandura, 1977) ให้ความหมายในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำพฤติกรรมต่างๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำ
2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึงความเชื่อที่บุคคลประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำ การรับรู้ความสามารถของตน มีบทบาทต่อการกระทำพฤติกรรมใหม่ หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนสูงจะมีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Gecas, 1989) (อ้างใน วันดี, 2538)

Meauley and Jacobson (1991) (อ้างใน สุกัญญา, 2540) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย แรงจูงใจของตนเอง (Self-Motivation) และน้ำหนักของร่างกายว่าปัจจัยใดเป็นปัจจัยร่วมทำนายการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย แบบแอโรบิกเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ในผู้หญิงที่มีอาชีพต้องนั่งทำงานอยู่กับโต๊ะ จำนวน 55 คน จากการศึกษาพบว่า มีเพียงการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่านั้น ที่สามารถทำนายการเข้าร่วม โปรแกรม การออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น การความเชื่ออำนาจในตนเองกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคคล ความเชื่ออำนาจในตนเองเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพให้สำเร็จ เพื่อลดพฤติกรรม ความเสี่ยงที่อาจทำลายสุขภาพได้แก่ การออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การเลิกสูบบุหรี่ โดย

บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะพยายามค้นหาวิธีการต่างๆ ในการป้องกันการเกิดอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง (Strectcher *et al.*, 1986)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

1. แรงสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือการสนับสนุนทางด้านกำลังใจอาจมาจากบุคคลในครอบครัวเช่น พ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นแรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพเป็นการส่วนตัวสูง ส่วนแหล่งทุติยภูมิเป็นสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

2. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk, 1982) ประกอบด้วย

- ก. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
- ข. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีความรักและหวังดีในตนอย่างจริงใจ

2) ข้อมูลข่าวสารนั้นมีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่ามีค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารนั้นมีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม

4) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือด้านจิตใจ

5) จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

3. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม รูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม มี 4 รูปแบบคือ

ก. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความห่วงใย การกระตุ้นเตือน ความเห็นอกเห็นใจ

ข. การสนับสนุนโดยการให้การประเมิน (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องการให้คำปรึกษาหรือการยอมรับในสิ่งที่ผู้อื่นแสดงออกมา (Affirmation) เปรียบเทียบพฤติกรรมเดิมตามแรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นการช่วยเหลือทั้งทางตรงและทางอ้อม

ค. การให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำการตัดสินใจ การให้คำปรึกษาและให้ข่าวสาร

ง. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น เงิน เวลา อุปกรณ์เครื่องมือ

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของแต่ละคนแตกต่างกัน พฤติกรรมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขอนามัยดี ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ และช่วยให้มีอายุยืนยาวขึ้น ลดความต้องการในการใช้บริการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานนั้นพบว่า พฤติกรรมที่ส่งผลต่อน้ำหนักตัวเกิน โดยตรงของบุคคล คือบริโภคนิสัยและการออกกำลังกาย

1. บริโภคนิสัย (Food habits) หรือนิสัยเกี่ยวกับการกินอาหาร หรือพฤติกรรมการกินอาหารนั้นมิได้มีความหมายที่คล้ายๆ กัน (ประยงค์, 2523) ได้ให้ความหมายของบริโภคนิสัยไว้ว่า หมายถึง ลักษณะความชอบ ความเคยชินในการกินอาหารแบบอย่างที่เคยกินในทำนองเดียวกัน (สมใจ, 2525) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึง ลักษณะหรือการกระทำอันซ้ำซากซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งทำด้วยความเต็มใจ เพื่อให้การกินอาหารของบุคคลนั้นบรรลุถึงความประสงค์ทางด้านอารมณ์และสังคม และเป็นการกระทำที่สืบเนื่องกันมาเป็นระยะเวลายาวนานยากที่จะเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ (Foster, 1978) (อ้างใน วิไลลักษณ์ 2533) ได้ให้ความหมายของบริโภคนิสัยในเชิงวัฒนธรรมว่าบริโภคนิสัย หมายถึงองค์รวมอันสลับซับซ้อนเกี่ยวกับกิจกรรมอาหาร ซึ่งได้แก่ ความชอบและไม่ชอบ ความรู้ ความเชื่อ ข้อห้าม และความเชื่อทางไสยศาสตร์ เกี่ยวกับการผลิตการเตรียมและการบริโภคอาหาร จากคำจำกัดความของ บริโภคนิสัยข้างต้นนั้นนี้อาจกล่าวได้ว่าบริโภคนิสัยหรือพฤติกรรมในการกินอาหารนั้นเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำด้วยความชอบและเต็มใจในการกินอาหารเพื่อสนองความต้องการของตนและสังคมที่บุคคลอยู่ พฤติกรรมนี้ได้กระทำมาเป็นระยะเวลา ที่นานและยากที่จะเปลี่ยนแปลง เป็นการปฏิบัติที่เคยชิน (familiarity) บริโภคนิสัยนั้นมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพ นิสัยการกินที่ไม่ดีหรือวิธีการกินอาหารที่ไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการคือ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เลือกกินแต่อาหารที่ชอบซึ่งนิสัยการกินที่ไม่ดีเหล่านี้จะมีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคลด้วย อาจทำให้ได้ปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้เป็นโรคขาดสารอาหาร หรือได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายทำให้เป็นโรคขาดสารอาหาร หรือได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายและสะสมไว้ ในรูปของไขมันทำให้เป็นโรคอ้วนได้ (ควาน, 2526) การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัวเป็นพฤติกรรมด้านการบริโภคที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ที่ความพอเหมาะมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (วิชัย และคณะ, 2544)

1.1 บริโภคอาหารแต่พอควร การที่ได้รับอาหารมากเกินไปทำให้ร่างกายได้รับพลังงานจากสารอาหารมากกว่าพลังงานที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เกิดการสะสมของไขมันในร่างกายมากขึ้น จนเกิดเป็นโรคอ้วนในที่สุด จึงควรบริโภคอาหารเพียงวันละ 3 มื้อที่โต๊ะอาหารให้ตรงเวลา เลี่ยงอาหารซ้ำๆ ให้ละเอียดก่อนการกลืนทุกครั้ง การบริโภคอาหารแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจากการบริโภคอาหารด้วยอัตราเร็ว จะทำให้ศูนย์ควบคุมความหิวและความอิ่มเสียหายที่ อาหารแต่ละมื้อควรมีประมาณใกล้เคียงกัน เพื่อขจัดความเครียดของร่างกายจากความหิว หากได้รับอาหารที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ควรงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง และไม่ควรมีการบริโภคอาหารร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือพูดคุยสังสรรค์ เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้ผลิตเพปตินจนบริโภคอาหารในปริมาณมาก หลีกเลี่ยงการระบายความเครียด ความวิตกกังวล ความเหงา ความเบื่อหน่ายด้วยการบริโภคอาหาร เมื่อมีภาวะเครียดดังกล่าวเกิดขึ้นควรหาวิธีการระบายอย่างอื่น เช่น การเดินเล่น หรือฟังเพลง เป็นต้น

1.2 บริโภคไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ หรือควรมีการจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารให้ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัม/วัน เพราะไขมันมีความหนาแน่นของพลังงานสูง ร่างกายมีความสามารถในการสะสมไขมันสูง แต่มีความสามารถในการเผาผลาญ ไขมันต่ำ ไขมัน

ที่ร่างกายบริโภคมากเกินไปจะถูกสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไขมันอย่างมีประสิทธิภาพสูงถึง ร้อยละ 96 ดังนั้นการบริโภคไขมันจึงเป็นสิ่งที่ทำลายการควบคุมน้ำหนักตัวในทางปฏิบัติกระทำได้โดยการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ เช่น แกรงกะทิ เนย ครีม ของทอดต่างๆ อาหารจานเดียว ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ก๋วยเตี๋ยวผัดชนิดต่างๆ ไขมันที่ได้รับควรเป็นไขมันจากพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน เป็นแหล่งให้กรดไขมันจำเป็นทั้งสองชนิด คือ ให้กรดไลโนเลอิก ร้อยละ 53 และกรดแอลฟาไลโนเลอิก ร้อยละ 7 ของกรดไขมันทั้งหมด ถ้ารับประทานกรดไลโนเลอิกให้ได้ร้อยละ 2 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันก็เพียงพอที่จะป้องกันการขาดกรดไลโนเลอิกได้ ซึ่งมีอาการแสดงดังต่อไปนี้ คือ การอักเสบของผิวหนัง จำนวนของเกล็ดเลือดต่ำลง ไขมันคั่งในตับ การเติบโตหยุดชะงัก เส้นผมหยาบ ดิฉี่ได้ง่ายและบาดแผลหายช้า ร้อยละ 2 ของพลังงานนี้ ถ้าคิดเป็นปริมาณน้ำมันถั่วเหลืองที่ต้องรับประทานสำหรับผู้ใหญ่ คือ 1 ช้อนชาครึ่ง การขาดกรดแอลฟาไลโนเลอิก ทำให้เกิดผิวหนังอักเสบได้เช่นเดียวกันกับการขาดกรดไลโนเลอิก และยังทำให้มองเห็นภาพไม่ชัด การรับประทานกรดแอลฟาไลโนเลอิกให้ได้ร้อยละ 0.2 ของพลังงานที่ได้รับจะป้องกันการขาดกรดแอลฟาไลโนเลอิกได้ ถ้ารับประทานน้ำมันถั่วเหลืองวันละ 1 ช้อนชาครึ่ง จะได้ทั้งกรดไลโนเลอิกและกรดแอลฟาไลโนเลอิกเพียงพอที่จะป้องกันการขาดกรดไขมันจำเป็นทั้งสองชนิด ทำให้ระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ทั้งนี้จะต้องรับประทานกรดไลโนเลอิก ให้ได้ร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดหรือคิดเป็นปริมาณน้ำมันถั่วเหลือง 3 ช้อนโต๊ะอย่างสม่ำเสมอ คือรับประทานกรดไลโนเลอิกในปริมาณดังที่กล่าวไว้ทุกๆ วันจึงจะเห็นผล (ประสิทธิ์, 2541)

1.3 บริโภคโปรตีนร้อยละ 15 – 20 ของพลังงานที่ได้รับ โปรตีนมีความหนาแน่นของพลังงานต่ำ ร่างกายมีขีดความสามารถในการเผาผลาญกรดอะมิโน เมื่อมีการบริโภคโปรตีนมากขึ้นและร่างกายมีความสามารถในการสะสมโปรตีนต่ำ โปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ นม เป็นต้น โดยเฉพาะโปรตีนที่ได้จากเนื้อปลาทะเลเนื่องจากเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย และมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง คือ อีพีเอ (Eicosapentaenic [EPA]) และดีเอชเอ (Docosaheranoic [DHA]) เพื่อช่วยการสร้างกรดไขมันชนิดความหนาแน่นสูง และโปรตีนจะช่วยในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายที่สูญเสียไป

1.4 บริโภคคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50–55 ของพลังงานที่ได้รับ คาร์โบไฮเดรต จะมีความหนาแน่นของพลังงานต่ำ แต่เป็นสารอาหารที่มีส่วนให้พลังงานประจำวันสูง และร่างกายมีขีดความสามารถในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตมากเมื่อรับประทานคาร์โบไฮเดรตในปริมาณมาก

และความสามารถในการสะสมคาร์โบไฮเดรตในสภาพไกลโคเจนต่ำ จึงสามารถบริโภคได้ในปริมาณมากกว่าไขมัน (ทาริกา, 2547)

1.5 รับประทานน้ำตาลพอกควร ประชาชนควรทราบถึงอันตรายจากการรับประทานน้ำตาล (โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลูโคส) มากเกินไปได้แก่ โรคพินสุ ระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (very low density lipoprotein) ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นระดับไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (Highdensity lipoprotein) ในเลือดต่ำ ภาวะพร่องการใช้กลูโคส และโรคเบาหวาน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน คาร์โบไฮเดรตส่วนใหญ่ที่ควรรับประทาน คือ ข้าวและแป้ง (Complex carbohydrate)

1.6 รับประทานอาหารที่มีใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ ใยอาหาร คือส่วนของพืช โดยเฉพาะผนังเซลล์ซึ่งนำย่อยในลำไส้ ของมนุษย์ไม่สามารถย่อยได้ แต่อาจถูกย่อยได้บ้างโดยเชื้อแบคทีเรียซึ่งมีอยู่ตามปกติ ในลำไส้มนุษย์ เนื่องจากหมู่ของอาหารที่ให้ใยอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ ข้าว และแป้ง ยกเว้นน้ำตาล จึงทำให้แยกใยอาหารออกจากสารอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดโมเลกุลซับซ้อนไม่ได้ และมักจะเรียกรวมกันว่าสารอาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดมีใยอาหารมาก เนื่องจากใยอาหารมีลักษณะเป็นกากมากและผ่านกระเพาะอาหารช้า จึงมีคุณสมบัติ คือ ทำให้รู้สึกอิ่มนาน สามารถจับสารต่างๆ ได้แก่ น้ำดี สารพิษต่างๆ โคลเลสเตอรอล และสามารถดึงน้ำไว้ในลำไส้เป็นจำนวนมาก จึงเป็นการเพิ่มปริมาณอุจจาระในลำไส้และเกิดการกระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ เป็นการลดโอกาสที่สารพิษต่างๆ จะสัมผัสกับผนังลำไส้ ดังนั้นในกลุ่มชาวตะวันตกหลายๆ ประเทศที่มีรูปแบบการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารน้อย จึงมักจะพบว่ามีการเกิดโรคและภาวะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกินในอัตราสูง ได้แก่ โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแดงแข็ง โรคเบาหวาน นิ่วในถุงน้ำดี ความดันโลหิตสูงเป็นต้น และโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการที่ท้องผูกเป็นประจำ ได้แก่ ลำไส้โป่งพอง ริดสีดวงทวาร (ประสิทธิ์, 2541)

ใยอาหารแต่ละชนิดมีผลต่อร่างกายหลายประการ ดังนี้

ก. การเพิ่มปริมาณอุจจาระ มีการศึกษาการใช้ใยอาหารชนิดต่างๆ แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อดูปริมาณอุจจาระปรากฏว่าการใช้รำข้าวโอ๊ตสามารถ เพิ่มน้ำหนักของอุจจาระได้ ร้อยละ 15 ของอุจจาระปกติ กัวกัมส์เพิ่มน้ำหนักของอุจจาระ ร้อยละ 20 ของอุจจาระปกติ แอปเปิลเพิ่มน้ำหนักอุจจาระ ร้อยละ 40 ของอุจจาระปกติ แครอทเพิ่มน้ำหนักของอุจจาระ ร้อยละ 59 ของอุจจาระปกติ กระหล่ำปลีเพิ่มน้ำหนักอุจจาระ ร้อยละ 67 ของอุจจาระปกติ เซลลูโลสเพิ่มน้ำหนักอุจจาระ ร้อยละ 75 ของอุจจาระปกติ รำข้าวสาลีเพิ่มน้ำหนักอุจจาระ ร้อยละ 80-127 ของอุจจาระปกติ ส่วนรำข้าวสาลี

ที่ผ่านการขัดสีและอบแห้งนั้น เพิ่มน้ำหนักของอุจจาระได้ ร้อยละ 24 ของอุจจาระปกติ (Kay and Truswell, 1977; Meittinen and Tarpila, 1977; Jenkins และคณะ, 1979; Kerby และคณะ, 1981; Wrick และคณะ, 1983) อุจจาระที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากส่วนของใยอาหารที่เหลือจากการย่อย ปริมาณการอุ้มน้ำของใยอาหาร และปริมาณแบคทีเรียที่เพิ่มในอุจจาระ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่ารำข้าวสาลีดิบสามารถเพิ่มปริมาณอุจจาระได้ดีกว่ารำข้าวสาลีที่ผ่านการขัดสีและอบแห้ง ทั้งนี้เนื่องจากกรรมวิธีในการขัดสีและอบแห้งได้ทำลายโครงสร้างของใยอาหารจึงทำให้คุณสมบัติในการอุ้มน้ำลดน้อยลง และถูกย่อยสลายโดยแบคทีเรียได้มากขึ้น (Schneeman, 1986) และจะเห็นได้ว่าอนพอลิแซ็กคาไรด์ (nonpolysaccharides) ชนิดละลายน้ำได้ เช่น เพคติน และกัมส์นั้นมีผลต่อการเพิ่มปริมาณอุจจาระน้อย ทั้งนี้เพราะแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่สามารถย่อยสลายใยอาหารพวกนี้ได้อย่างสมบูรณ์ (Anderson and Chen, 1979)

ข. ช่วยในการลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ใยอาหารพวกพอลิแซ็กคาไรด์ที่ไม่ใช่เซลลูโลสชนิดละลายน้ำได้ เช่น เพคติน และกัมส์ นั้นมีประสิทธิภาพในการลดระดับโคเลสเตอรอลได้ดี จากการศึกษาของหลายคน โดยการใช้เพคตินเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด พบว่า ปริมาณที่ใช้ตั้งแต่ 10 – 40 กรัมต่อวัน เป็นเวลาดั้งแต่ 10 วัน ถึง 5 สัปดาห์ สามารถลดระดับโคเลสเตอรอลได้ตั้งแต่ร้อยละ 5 – 18 ของปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดตามปกติ (Kay and Truswell, 1980) และจากการทดลองของ (Jenkins และคณะ, 1979) โดยการให้กัมส์ 5 กรัมกับคนไข้ก่อนบริโภคอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง มีระดับโคเลสเตอรอลลดลงถึงร้อยละ 10.6 ของโคเลสเตอรอลในเลือดปกติ ภายในเวลา 2 สัปดาห์ แต่ระดับไตรกลีเซอไรด์ ไม่เปลี่ยนแปลง จากการศึกษาของ (Anderson และ Chen, 1983) โดยการใช้ใยอาหารชนิดต่างๆ ในปริมาณที่ต่างกัน เพื่อระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ปรากฏว่า การให้เซลลูโลส 16 กรัมต่อวัน ไม่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลเปลี่ยนแปลง รำข้าวสาลี 17 กรัมต่อวัน เพิ่มระดับโคเลสเตอรอลขึ้นร้อยละ 1 ข้าวโอ๊ตที่ไม่ได้ขัดสี 15 กรัมต่อวัน ลดระดับโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 15 รำข้าวโอ๊ต 27 กรัมต่อวัน ลดระดับโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 17 เพคติน 25 กรัมต่อวัน ลดระดับโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 13 กัมส์ 24 กรัมต่อวัน ลดระดับโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 16 และถั่ว 30 กรัมต่อวัน ลดระดับโคเลสเตอรอลได้ร้อยละ 19 จะเห็นได้ว่าเซลลูโลสและข้าวสาลีไม่มีผลในการลดระดับโคเลสเตอรอลเลย เนื่องจากใยอาหารประเภทเซลลูโลสสามารถดูดซึมสารอินทรีย์ได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Schneeman, 1986) แต่ข้าวโอ๊ตและถั่วมีกัมส์มาก (Slavin, 1987) จึงดูดซับสารอินทรีย์พวกกรดน้ำดีได้มากกว่า

ค. ทำให้มีไขมันในอาหารพวกเซลลูโลสและลิกนินนั้นมีส่วนที่เป็นของแข็งอยู่มาก จึงย่อยได้ช้ากว่าอาหารที่เป็นของเหลว ส่วนใยอาหารที่ทำให้ความหนืดขึ้นพวกเพคตินและกัมส์ ความหนืดทำให้อาหารเคลื่อนตัวช้าลง จึงอยู่ในกระเพาะอาหาร ได้นานขึ้น จากการศึกษาของ (Bolton และคณะ, 1981) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างกินแอปเปิลและส้ม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ดื่มน้ำ แอปเปิลและน้ำส้มคั้น ผลปรากฏว่ากลุ่มที่กินผลไม้ทั้งลูกนั้นปริมาณน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นช้าๆ โดยเพิ่มขึ้นไม่สูงมาก และใช้เวลานานมากกว่าจะลดลงไปในระดับปกติ ส่วนกลุ่มที่ดื่มน้ำผลไม้คั้น ระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นและลดลงอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นว่าการดูดซึมคาร์โบไฮเดรต ขณะที่ใยอาหารอยู่ด้วย ช่วยให้การดูดซึมน้ำตาลช้าลง จึงรู้สึกอิ่มนานกว่า (Haber และคณะ, 1977) นอกจากนี้ (Schneeman, 1986) กล่าวว่าใยอาหารที่ทำให้เกิดเจลนั้นสามารถลดปริมาณอาหารที่บริโภคได้ จากการศึกษาของ (Heaton และคณะ, 1983) พบว่า การบริโภคอาหารที่มีใยอาหารต่ำ จะได้พลังงานมากขึ้น เนื่องจากอาหารที่มีใยอาหารต่ำ เช่น แป้ง น้ำตาล สามารถบริโภคได้ง่าย ไม่ต้องเคี้ยวมาก กระตุ้นอิมได้น้อยจึงบริโภคมาก (สันสนีย์, 2533)

1.7 ลดปริมาณการบริโภคเกลือและอาหารที่มีโซเดียม โซเดียมเป็นสารอาหารที่จัดอยู่ในพวกเกลือแร่ เกลือเป็นแหล่งอาหารที่ให้โซเดียมที่สำคัญ เราได้รับสารอาหารโซเดียมจากเกลือโดยตรงหรือจากเครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือ เช่น น้ำปลา ไข่เค็ม เต้าเจี้ยว ปลาจ๋า กะปิ และจากอาหารถนอมบางชนิดที่ให้เกลือด้วย เช่น ผักกาดดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม นอกจากนี้โซเดียมยังมีอยู่ในอาหารธรรมชาติ ทุกวันนี้เรารับประทานโซเดียมเกินความต้องการของร่างกาย จึงควรรับประทานให้น้อยลงและไม่คิดในรสเค็ม เพราะได้มีการศึกษาทางวิชาการระดับพบว่า ประชาชนที่กินโซเดียมมาก มักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าประชาชนที่กินโซเดียมน้อย

1.8 หลีกเลี่ยงการดื่มเหล้า เหล้าไม่ใช่อาหาร แม้ว่าเหล้าที่รับประทานเข้าไปจะถูกเผาผลาญให้พลังงานได้ก็จริง เพราะผลที่ไม่คุ้มกับอันตรายที่เหล้าคุกคามสุขภาพ คนที่ติดเหล้ามักเป็นโรคขาดสารอาหารหลายชนิด นับตั้งแต่โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินและเกลือแร่ เมื่อดื่มเหล้าไปนานๆ ดับจะถูกทำลายยิ่งทำให้การขาดสารอาหารรุนแรงมากยิ่งขึ้นในระยะหลังยังมีผู้ที่พบว่ามะเร็งของคอมักพบในพวกที่ดื่มเหล้ามากด้วย หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มเหล้ามากๆ ลูกที่เกิดมาอาจมีความพิการได้ด้วย ดังนั้นจึงควรลดปริมาณการดื่มลง หรือเลิกดื่มเหล้าได้เป็นการดีที่สุด

1.9 รับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันโรคมะเร็ง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องมีส่วนสำคัญต่อการป้องกันโรคมะเร็งหลายชนิด ข้อที่ควรปฏิบัติคือจัดปริมาณไขมันที่รับประทานทั้งไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอล รับประทานอาหารที่เก็บถนอมไว้ให้น้อยลง รับประทานผักผล

ไม่ให้มากขึ้น ไม่รับประทานอาหารที่ไหม้เกรียม ไม่รับประทานอาหารที่มีความชื้น และระมัดระวัง การรับประทานอาหารที่ใส่สี และสารเคมีซึ่งไม่ใช่สำหรับผสมอาหาร

Ardell (1986) (อ้างใน ลดาวัลย์, 2535) ได้เสนอหลักพื้นฐานในการปฏิบัติตัวด้าน อาหาร ดังนี้คือ

1. ควรรับประทานอาหารสด ซึ่งมีคุณค่าต่อร่างกายมากกว่าอาหารที่ทำสำเร็จรูปแล้ว
2. ควรเปลี่ยนชนิดของอาหารบ้าง โดยเลือกชนิดของอาหารที่หลากหลายให้ความ แตกต่างกันในแต่ละวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน
3. ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงไม่ถูกสุขลักษณะและสิ่งปรุงแต่งอาหาร ซึ่งได้แก่ สีผสมอาหาร พงชูรส อาหารหมักดอง และสารเคมีต่างๆ ในกระบวนการผลิต เช่น สารไนเตรด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งลำไส้ จะพบได้ในอาหารพวกเบคอน ไส้กรอก หมูแฮม เป็นต้น
4. งดเว้นการรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น อาหารขบเคี้ยว ไอศกรีม น้ำอัดลม ซึ่งมีได้ให้พลังงานและคุณค่าทางโภชนาการแก่ร่างกาย
5. การหลีกเลี่ยงอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เป็นอาหารประเภทที่ให้คุณค่า ต่อร่างกายน้อย
6. จำกัดปริมาณเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และยาที่ทำให้ติดได้
7. ควรรับประทานอาหารประเภทผักสด ผลไม้สดทุกวัน
8. เลือกรับประทานอาหารโปรตีนที่ให้คุณค่าต่อร่างกายให้เหมาะสม สำหรับแหล่ง อาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนได้แก่ พืชและสัตว์ แต่โปรตีนที่มีคุณค่าและราคาถูกสมควรบริโภค ได้แก่ อาหารจำพวกเมล็ดพืช เช่น ถั่ว
9. ควรรับประทานอาหารที่มีกากทุกวัน เพื่อช่วยระบบการย่อยอาหารและการขับถ่าย สะดวกขึ้นควรใช้เวลาในการรับประทานอาหารพอสมควร โดยมีเวลารับประทานอาหารอย่าง

ไม่เร่งรีบ เป็นช่วงที่ได้ผ่อนคลายความเครียด และมีความสุขกับการรับประทานอาหาร โดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิต

10. เลือกรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงคุณค่าของอาหารต่อสุขภาพของตนเองเสมอ

11. ควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายทุกวัน (ประสิทธิ์, 2541)

2. กิจกรรมทางกายที่เหมาะสม

การออกกำลังกาย การที่ภาวะสุขภาพดี นอกจากจะได้รับอาหารที่เหมาะสมและครบถ้วนแล้วการออกกำลังกายก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกัน การที่บุคคลใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงเพราะมีการใช้เครื่องทุ่นแรง หรือสิ่งอำนวยความสะดวกและขาดการออกกำลังกายเนื่องมาจากการขาดความสนใจ หรือการไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ทำให้เกิดการใช้พลังงานน้อยลง มีการส่งผลทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และโรคอ้วนตามมา การที่ร่างกายมีการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันลดลง การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งชดเชยในการทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันมากขึ้น การออกกำลังกายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยการลดน้ำหนัก การที่เรา มีการเคลื่อนไหวน้อยลง ขณะเดียวกันมีการบริโภคอาหารในปริมาณเท่าเดิม การเลือกการออกกำลังกายประเภทใดนั้นมีการพิจารณาถึงชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมในการเผาผลาญพลังงานที่สมดุลกับพลังงานที่ได้รับเข้าไป แบ่งการออกกำลังกายตามการใช้พลังงานได้เป็น 3 กลุ่ม (เสาวนีย์, 2532) คือ

2.1 กลุ่มเบา เป็นการออกกำลังกายซึ่งใช้พลังงาน 2-3 แคลอรีต่อนาที เป็นการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ในระยะเวลาภายในไม่เกิน 1 นาที หรือเป็นการใช้กำลังเพียงบางส่วน มีช่วงพักนานจนเกือบหายใจเหนื่อย หรือหายใจเหนื่อยโดยมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาทีได้แก่ กรีฑาประเภทลาน เปตอง เป็นต้น

2.2 กลุ่มปานกลาง เป็นการออกกำลังกายซึ่งใช้พลังงาน 3-6 แคลอรีต่อนาทีเป็นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง ติดต่อกันไม่เกิน 30 นาทีหรือน้อยกว่า 1 ชั่วโมงมีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 100-124 ครั้งต่อนาทีได้แก่ กายบริหาร เดินเร็ว ปิงปอง วายน้ำ ตรีศร รำมวยจีน เต้นแอโรบิก เป็นต้น

2.3 กลุ่มหนัก เป็นการออกกำลังกายซึ่งใช้พลังงาน 6 - 8 แคลอรีต่อนาที เป็นการออกกำลังกายในระดับหนัก ติดต่อกันนานเกิน 1 ชั่วโมง และมีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 125 ครั้งต่อนาทีได้แก่ เทนนิส แบดมินตัน บาสเกตบอล วอลเลย์บอล รักบี้ ฟุตบอล เป็นต้น (สมพร, 2543) ในการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน นอกจากจะได้รับผลการเผาผลาญที่ได้รับโดยตรงแล้วนั้น ยังเพิ่มความสามารถในการเผาผลาญพลังงานของร่างกายให้สูง อยู่ได้นานหลายชั่วโมง นักวิทยาศาสตร์ พบว่าเซลล์กล้ามเนื้อในร่างกายของมนุษย์ มีการเมตาบอลิซึมมากกว่าเซลล์ไขมัน และอัตราเมตาบอลิซึมของร่างกายจะขึ้นอยู่กับอัตราส่วนของไขมันและกล้ามเนื้อในร่างกาย การมีมวลไขมันน้อยและมีมวลกล้ามเนื้อมาก มีผลให้อัตราเมตาบอลิซึมมากขึ้น (นริศ, 2537) ดังนั้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีมวลกล้ามเนื้อมากขึ้นและมีมวลไขมันน้อยลง และทำให้เมตาบอลิซึมในร่างกายเพิ่มสูงมากขึ้นได้

ก่อนปี 2533 จากองค์การทางวิชาการทั้งเวชศาสตร์การกีฬาสมาคมโรคหัวใจ และองค์การควบคุมโรคหัวใจ และหลอดเลือด ของประเทศต่างๆ ได้เสนอแนะแนวทางปฏิบัติสำหรับการมีกิจกรรมทางกายไว้ (นพวรรณ และ ฉายศรี, 2544) ได้แก่

ก. ประเภทของกิจกรรมทางกายเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

ข. ระดับของการออกกำลังกาย ควรจะออกกำลังกายให้อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในระดับ 60 – 90 % ทางอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด หรือ 50 – 85 % ของความสามารถในการใช้ออกซิเจน (maximum oxygen uptake)

ค. ระยะเวลาในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง 15 – 60 นาที

ง. ความถี่ของการออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์และการออกกำลังกายควรมีการอบอุ่นร่างกาย (warm up) ประมาณ 5 นาที หลังการออกกำลังกายควรค่อยๆ ผ่อนคลาย (cool down) ลง

แต่หลังจากผลการศึกษาวิจัยที่เชื่อถือได้ในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมาทำให้ข้อเสนอแนะเดิมมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการและสามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะพื้นฐานสำหรับกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพดีของระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือระบบไหลเวียนเลือดที่ได้มีการแนะนำให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยสรุป ดังนี้

1. ประเภทของการออกกำลังกาย (type of exercise) ควรเป็นประเภทที่เหมาะสมกับร่างกายและความชอบของแต่ละบุคคล มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ได้รับความสนุกสนานมากกว่าการเป็นการแข่งขัน สามารถควบคุมความหนักเบาด้วยตัวเองได้ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบบกเกิดการบาดเจ็บต่อกระดูก ไม่ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการปะทะหรือมีการเคลื่อนไหวที่ย่างก้าวซับซ้อน ช่วงระยะเวลาสั้นๆ ไม่ควรออกแรงสูงสุดและควรออกกำลังกายร่วมกับบุคคลที่อยู่ในวัยเดียวกัน ประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่วัยกลางคนเช่น เดินแอโรบิก เดิน วิ่งเหยาะ รำมวยจีน เป็นต้น

2. ความแรงในการออกกำลังกาย (intensity of exercise) หมายถึงความหนักของการออกกำลังกาย ซึ่งควรมีความแรงของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะขึ้นกับความต้องการและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลควรออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนถึงระดับเป้าหมาย และคงการเต้นของหัวใจให้ได้ระดับ ระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจแต่ละคนจะไม่เท่ากัน ระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ ร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นสูงสุดในเพศหญิง และประมาณร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นสูงสุดในเพศชาย ถ้าเป็นเพศชายอายุ 45 ปี อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจจะเท่ากับ $220 - 45 = 175$ ดังนั้นระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจ $0.8 \times 175 = 140$ ครั้งต่อนาที แต่ถ้าเป็นเพศหญิงอายุ 45 ปี ระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจ คือ $0.6 \times 175 = 105$ ครั้งต่อนาที และสามารถประเมินได้จากความรู้สึกเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนไม่สามารถออกกำลังกายได้ต่อไป

3. ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (duration of exercise) หมายถึง ช่วงเวลาของการออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20 – 60 นาที เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายและความทนทานของปอดและหัวใจ ในแต่ละครั้งของการออกกำลังกายประกอบไปด้วย 3 ระยะดังต่อไปนี้

3.1 ระยะเวลาอบอุ่นร่างกาย (warm up phase) เป็นการเตรียมกล้ามเนื้อ ข้อ และระบบการไหลเวียนโลหิตสำหรับเข้าสู่ระยะการออกกำลังกาย จะช่วยทำให้ประสิทธิภาพของการออกกำลังกายจริงๆ สูงขึ้น เพื่อเป็นการประสานระหว่างกล้ามเนื้อให้มีการหดตัวได้ดีขึ้นมีการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้อย่างคล่องแคล่ว และเพื่อเป็นการเพิ่มอุณหภูมิภายในกล้ามเนื้อ การอุ่นเครื่องควรใช้เวลานานประมาณ 5 – 10 นาที ลักษณะของการอุ่นเครื่อง เช่น การเดินช้า ๆ หรือการออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

3.2 ระยะการออกกำลังกาย (exercise phase) เป็นช่วงของการออกกำลังกายจริงๆ อย่างเต็มที่ภายหลังกอบอุ้มร่างกายแล้ว เป็นระยะที่เซลล์ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนจำนวนมาก เพื่อให้เกิดพลังงาน เป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะการออกกำลังกายนี้จะใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาที แต่ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายชนิดใดก็ตาม ควรเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละบุคคลจึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และความสามารถที่จะออกกำลังกายแต่ละครั้งจะนานเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมา

3.3 ระยะผ่อนคลาย (cool down phase) เป็นระยะหลังจากระยะออกกำลังกาย หรือเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระยะการออกกำลังกายเข้าสู่ระยะปกติ ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที โดยให้มีการออกกำลังกายอย่างเบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลายการไหลเวียนโลหิตให้ผ่านกล้ามเนื้อต่างๆ ให้ดีขึ้น และปรับอุณหภูมิของร่างกายทั้งการหายใจเข้าสู่สภาวะปกติ เพื่อช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำภายหลังกอบอุ้มร่างกาย

4. อัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย (rate of progression) สำหรับบุคคลที่ไม่เคยออกกำลังกายควรคำนึงถึงอัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย เพื่อการปรับสมดุลของร่างกายที่ยังไม่คุ้นเคยต่อการออกกำลังกาย มีระยะดังต่อไปนี้

4.1 ระยะเริ่มแรก (initial stage) เป็นระยะที่ 1 – 5 สัปดาห์แรกของการออกกำลังกาย ควรจะมีความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 40 – 60 ของอัตราเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 10 – 20 นาที

4.2 ระยะพัฒนา หรือ ระยะปรับตัว (improve stage) เป็นระยะเวลาสัปดาห์ที่ 6 – 27 ของการออกกำลังกาย ควรจะมีความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 40 – 60 ของอัตราเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 20 – 30 นาที

4.3 ระยะของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (maintenance stage) เป็นการออกกำลังกายใช้ระยะเวลาตั้งแต่สัปดาห์ 28 เป็นต้นไป และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควรจะมีความถี่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ความแรงร้อยละ 70 – 85 ของอัตราเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 30 – 45 นาที (ครุณี, 2545)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก

จากการตรวจสอบเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคลมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างกัน จากการรายงานและการศึกษาเกี่ยวกับโรคอ้วน พบว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนได้แก่อายุ เพศ และฐานะหรือชั้นทางสังคม (พรพันธ์, 2532 อ้างใน ชลิตา, 2535) และจากการศึกษาของ (สุกัญญา, 2540) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้นมี เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ ดัชนีมวลกาย

1. อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และอายุเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด ลดาวัลย์ (2535) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และอายุเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด อย่างไรก็ตาม (ขวัญใจ, 2534) และ (วันดี, 2538) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และในช่วงอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพลังงานที่ใช้ใน ร่างกายในทางที่ลดลง ในกลุ่มอายุ 40-59ปี พลังงานที่ควรได้รับจะลดลงทุกร้อยละ 5 ของทุก10 ปี (ศิริพันธ์, 2542; Cataldo DeBrugne, 1999) และยังพบอัตราการตายของโรคที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการจนเกิดภาวะอ้วนในเพศหญิงจะพบมากในช่วงอายุ 40-49 ปี (Bray, 1997)

2. เพศ เป็นปัจจัยที่มีความแตกต่างทางด้านร่างกาย และเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดค่านิยมที่มีความแตกต่าง พฤติกรรมสุขภาพในบางประเด็น (Gender difference) ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันได้ จากการศึกษาของ (Muhlenkamp and Broerman, 1988) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเพศกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพ พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของนัยนา (2535) พบว่าเพศหญิงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย และพบว่าช่วงระยะเวลาของการมีประจำเดือน จะมีความอยากอาหารเพิ่มมากขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน นอกจากนี้เซลล์ไขมันในเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชาย และมีอัตราส่วนระหว่างเนื้อต่อไขมันในเนื้อเยื่อน้อยกว่าโดยธรรมชาติ จึงทำให้อัตราใช้พลังงานที่ต้องการขั้นต่ำน้อยกว่า เนื่องจาก

กล้ามเนื้ออัตรากาการใช้พลังงานมากกว่าไขมัน จึงทำให้เพศหญิงมีโอกาสน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ง่ายกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีแนวโน้มในการผันพลังงานส่วนเกินไปเป็นไขมันที่สะสมมากกว่า ส่วนเพศชายจะมีการใช้พลังงานส่วนเกินนี้เพื่อการสังเคราะห์โปรตีนซึ่งความแตกต่างดังกล่าวนี้ทำให้เพศหญิงมีไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น(วิชัย และคณะ, 2544)

3. สถานะภาพสมรส เป็นตัวบ่งชี้ถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือการได้รับความเกื้อหนุนจากคู่สมรส การรับรู้ถึงการมีแหล่งสนับสนุนจะช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่น คู่สมรสสามารถให้ความใกล้ชิดจึงส่งผลต่ออารมณ์และความรู้สึกนึกคิดโดยส่วนรวมของบุคคล กล่าวคือ ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ได้รับกำลังใจ มีความมั่นคงในอารมณ์เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเองได้ดีขึ้นและในปัจจุบันปลายคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตร, 2534 อ้างใน อภิรยา, 2540) คู่สมรสที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมคุณภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

4. ระดับการศึกษา (Ruth, 1973) พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาค่ำมักประสบปัญหา ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้ดีกว่า รวมทั้งเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Jalowice and Power, 1981) กล่าวว่าการศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการนำความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล มักถามปัญหาต่างๆที่สงสัยหรือไม่เข้าใจได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

5. รายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem, 1985) พบว่าผู้มีรายได้ดีจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้มากกว่าผู้มีรายได้น้อยเพราะผู้มีรายได้น้อยจะต้องทำงานหนักเพื่อหาเงินมาใช้ในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้เวลาในการดูแลสุขภาพลดลง

6. ดัชนีมวลกาย (Body mass Index, BMI) ดัชนีมวลกาย เป็นวิธีคำนวณค่าที่ใช้ประเมินเนื้อเยื่อไขมันของร่างกายในผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ ใช้น้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (ก.ก.)}}{(\text{ความสูง (ม.)})^2}$$

สำหรับเกณฑ์ตัดสินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยใช้ดัชนีมวลกายที่เสนอแนะให้ใช้ใน
 คนเอเชีย องค์การอนามัยโลก 2541 (Report of WHO Consultation อังใน ครุณี, 2545) ได้กำหนด
 เกณฑ์พิจารณาดังนี้

ภาวะ	ดัชนีมวลกาย (ก.ก. / ม ²)	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	<18.50	ต่ำ (แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิด ปัญหา สุขภาพอื่นๆ)
ปกติ	18.51 - 24.99	อยู่ในระดับปกติ
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	25.00 - 29.99	ท่วม
โรคอ้วน ระดับ 1	30.0 - 34.99	ปานกลาง
โรคอ้วน ระดับ 2	35.00 - 39.99	รุนแรง
โรคอ้วน ระดับ 3 (โรคอ้วน)	>40.00	รุนแรงมาก

น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยทางสรีรวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับความดันโลหิต (Ready, 1985) และ
 (Chaitiraphan, 1986) พบว่าถ้าน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงก็จะลดลงเช่นกัน

ภาวะน้ำหนักตัวที่ไม่เหมาะสม

1. ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Overweight) ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เมื่อเทียบกับความสูงมีดัชนีมวลกาย (Body Mass
 Index: BMI) เท่ากับมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และอาจจะมีเนื้อเยื่อไขมันมากเกินไป
 หรือไม่ก็ได้ ซึ่งคนที่มีภาวะอ้วนทุกคนถือว่าเป็นคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน แต่คนที่มีภาวะน้ำ
 หนักเกินมาตรฐานบางคนอาจจะไม่มีภาวะอ้วน (Lewis, 1986)

2. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ภาวะน้ำหนักเกิน
 มาตรฐาน เกิดจากการมีปริมาณไขมันในร่างกาย (Body fat) มากกว่าปกติ นอกจากนี้การกระจายตัว
 ของไขมันยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพและปัญหาสาธารณสุขของประชากรในประเทศ

ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (พรทิตา, 2545) สามารถจำแนกได้ดังนี้

2.1 ลักษณะของรูปร่าง (สรีระ) มีจำนวนไขมันแตกต่างกันคือ

- ก) คนที่มีรูปร่างแบบ Endomorphy จะมีไขมันมากกว่ากล้ามเนื้อ
- ข) คนที่มีรูปร่างแบบ Mesomorphyจะมีกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากที่สุด
- ค) คนที่มีรูปร่างแบบ Ectomorphy จะมีกล้ามเนื้อ ผอม เรียว ยาว ไขมันน้อย

2.2 ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป รวมทั้งเกิดการสะสมโดยพลังงานส่วนใหญ่แปรรูปเป็นไขมันทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรืออ้วนขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากภาวะจิตใจและอารมณ์เฉพาะตัวบุคคลประกอบกับวัฒนธรรมตะวันตกที่เข้ามามีอิทธิพลโดยเฉพาะต่อวัยรุ่น คือ อาหารจานด่วน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้ง ไขมัน และมีเส้นใยจากอาหารน้อย ถ้ารับประทานเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ หลายโรค

2.3 ยาฮอร์โมนชนิดเพรดนิโซโลน มีผลให้รับประทานอาหารมากขึ้น อ้วนได้ แต่อ้วนแบบผิดปกติ มีไขมันพอกที่คอ ลักษณะเป็นโหนกขึ้น ยาพวกนี้ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน และติดเชื้อโรคได้ง่าย

2.4 กรรมพันธุ์หรือพันธุกรรม การถ่ายทอดจากพันธุกรรมโดย Autosomal recessive หรือ chromosomal เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยที่ส่งผลให้อ้วนได้

2.5 การเลิกบุหรี่ จะทำให้น้ำหนักขึ้นเฉลี่ย 2-3 กิโลกรัม พบได้ร้อยละ 80 ของผู้เลิกสูบบุหรี่ แต่ร้อยละ 13 ของเพศหญิง และร้อยละ 10 ของเพศชายที่เลิกสูบบุหรี่ น้ำหนักอาจเพิ่มมากถึง 12-13 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มหลังการหยุดสูบบุหรี่จะลดได้ค่อนข้างยากเพราะสาเหตุจากเลิกสูบบุหรี่จะมีการลดการใช้พลังงานของร่างกายถึง 100 กิโลแคลอรี/วัน ร่วมกับการรับประทานอาหารมากขึ้น

สาเหตุและปัจจัยทั้งหลายที่กล่าวมานี้ ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามแต่ละบุคคล และการที่จะบอกได้ว่า บุคคลนี้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือไม่จำเป็นต้อง

ต้องมีการวินิจฉัยด้วยวิธีการที่เป็นที่ยอมรับ และการวินิจฉัยแต่ละวิธีขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสถานการณ์ในขณะนั้น

3. การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้นทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ถือเป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์อาจแบ่งได้ดังนี้ (พรจิตตา, 2545)

3.1 การวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน (% Body Fat) วิธีการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทั้งตัวที่แน่นอนคือการวัดปริมาณไขมันในร่างกายว่ามีมากน้อยเพียงใด ส่วนการวัดปริมาณไขมันในช่องท้องและไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องจะบ่งบอกว่าเป็นภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ลงพุงหรือไม่ แต่การวัดปริมาณไขมันในร่างกายนี้ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงใช้ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เพื่อการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทั้งตัว และใช้อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงตะโพก (WHR) เพื่อการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานลงพุง

3.2 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index – BMI) ปัจจุบันที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าดัชนีมวลกายเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินภาวะ การสะสมพลังงานในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป เพราะดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐานบ่งบอกว่าบุคคลมีน้ำหนักเกินไป ไม่สมดุลกับส่วนสูง ซึ่งส่วนที่เกินมานั้นก็คือไขมันที่พอกอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายนั่นเอง และข้อมูลที่ต้องนำมาใช้ในการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

3.3 อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงตะโพก (Waist-over-Hip Circumference Ratio : WHR) อัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอว คือ เส้นรอบวงตะโพกนี้คำนวณได้จากเส้นรอบวงเอวหารด้วยเส้นรอบวงตะโพก โดยทำการวัดเส้นรอบวงเอวระดับสะดือและเส้นรอบวงตะโพกที่ส่วนที่นูนที่สุดของตะโพก (Gluteal protusion)

$$WHR = \frac{\text{เส้นรอบวงเอว}}{\text{เส้นรอบวงตะโพก}}$$

เส้นรอบเอวเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด ส่วนเส้นรอบวงตะโพกใช้ข้อมูลด้านมวลกล้ามเนื้อ และโครงกระดูกบริเวณ สำหรับ

ค่าอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงตะโพก ที่ใช้ตัดสินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานลงพุงในผู้ชายไทย และผู้หญิงไทยคือ > 1.0 และ > 0.8 ตามลำดับ คนอ้วนอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. อ้วนแบบชาย อ้วนแบบแอปเปิ้ลจะมีไขมันมากบริเวณอก แขน และพุง
2. อ้วนแบบหญิง อ้วนแบบลูกแพร์จะมีไขมันมากบริเวณตะโพก และช่วงล่างของท้อง

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) แนะนำว่าค่าเส้นรอบเอวที่เหมาะสมของชาวเอเชีย คือ เพศชาย 36 นิ้ว และ เพศหญิง 32 นิ้ว ถ้าเส้นรอบเอวเกินจากค่าที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้น ดังนี้คือ โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 30 เท่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 15 เท่า โรคอัมพาตเพิ่มขึ้น 11 เท่า โรคมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้น 2 เท่า แต่การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเกินหรือไม่ นั้น วิธีที่นิยมมากที่สุดคือการใช้ดัชนีมวลกายเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือได้ดี และยังสามารถไม่ต้องใช้อุปกรณ์ยุ่งยาก ประหยัดไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการจัดหาเครื่องมือสำหรับการวินิจฉัย และได้นำมาใช้ในการวินิจฉัยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักปกติ และภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐานในการวิจัยครั้งนี้ และข้อมูลที่ต้องนำมาใช้ในการดำเนินการคัดค้านน้ำหนักเกิน คือน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (ทาริกา, 2547)

4. ปัญหาที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัญหาที่ส่วนหนึ่งเกิดมาจากปัญหาโภชนาการเกินเกิดขึ้นในประเทศไทยในขณะที่ปัญหาการขาดสารอาหาร โปรตีนและพลังงาน การขาดวิตามินและแร่ธาตุ (micronutrients) ยังไม่หมดไปจากประเทศ ช่วงรอยต่อปัญหาทั้งสองนี้เรียกว่า (nutrition transition) และที่เป็นห่วงมาก คืออัตราการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเศรษฐกิจ สังคม ปัญหาโภชนาการเกิน และปัญหาการเพิ่มขึ้นของการเกิดโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กัน โภชนาการเกินเป็นสาเหตุของความอ้วน ความอ้วนก่อให้เกิดความต้อออสุนเป็นต้น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด นำไปสู่เรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต (เส้นเลือดตีบหรือเลือดออกที่สมอง) ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตาย (เส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจ ตีบตัน) และทำให้เกิดขาเน่าดำ ถูกตัดขา (เส้นเลือดไปเลี้ยงเท้าตีบตัน) (เทพ, 2548)

ดังรายละเอียดคือ

4.1 ปัญหาทางร่างกาย คนทั่วไปอาจมองว่าความอ้วนเป็นเพียงสิ่งที่ทำให้คนเราขาดความคล่องตัว เสียบุคลิกภาพ รูปร่างไม่สมส่วน แต่ผลเสียจะนำหนักเกินมาตรฐานมีมากกว่านั้น จากการศึกษาพบว่าคนที่มีความดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) มากกว่า 30 กก./ม² จะมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าคนไม่อ้วนถึงร้อยละ 30 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามดัชนีมวลกาย และความอ้วน มีความเสี่ยงที่ทำให้อัตราการเกิดโรคดังจะกล่าวต่อไปสูงมากขึ้นได้แก่

ก. โรคหัวใจและหลอดเลือด ในสหรัฐอเมริกาพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดมาจากสาเหตุที่มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 37 ทั้งเพศชายและเพศหญิง จากการสำรวจภาวะสุขภาพ (Willett, 1995) ยังพบว่าอัตราการความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นตามดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น และยังมีโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมอีกเช่นความดันโลหิตสูง ความผิดปกติของระดับไขมันในเส้นเลือด โรคเบาหวาน

ข. โรคเบาหวาน เป็นที่ทราบกันถึงความสัมพันธ์เชิงบวก ระหว่างภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานกับความเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอ้วนแบบลงพุงจัดว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวานมากกว่าการอ้วนแบบอื่นๆ คนที่อ้วนเล็กน้อยมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากกว่าคนทั่วไป 2 เท่า คนอ้วนปานกลางมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 5 เท่า ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าในคนอ้วนมากๆ (ทาริกา, 2547)

ค. โรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับดัชนีมวลกาย คนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงกว่าคนไม่อ้วน 2-9 เท่า ถ้าอ้วนอยู่เป็นเวลานาน และถ้าน้ำหนักตัวลดลงระดับความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย (ทาริกา, 2547) และพบว่าประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีสาเหตุมาจากภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 20 (Manson and VanItallie, 1996)

ง. ความผิดปกติของระดับไขมันในเส้นเลือดนั้น ในคนอ้วนมักมีการสะสมของไขมันในช่องท้องมาก และมีความผิดปกติของระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ส่วน HDL-C ในเลือดต่ำ และมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อโรคหัวใจขาดเลือด

จ. ปัญหาเกี่ยวกับระบบหายใจ ในบุคคลที่ภาวะโภชนาการเกินมากๆ มักพบอาการง่วงซึม หลับง่าย และหายใจเร็วขึ้น เรียกว่ากลุ่มอาการ (Picwickian Syndrome) เกิดจากการทำงานของปอดที่ถูกขัดขวางโดยไขมันในช่องท้องและกระบังลม ปอดไม่สามารถขยายได้เต็มที่

การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดทำได้ไม่ดีมีการค้างของคาร์บอนไดออกไซด์ในปอดและกระแสเลือด ร่างกายจึงมีการปรับให้มีการหายใจเพิ่มขึ้นเพื่อขับคาร์บอนไดออกไซด์ออก จึงมักพบผู้ที่มีภาวะ โภชนาการเกินจนเรียกว่าภาวะอ้วนมักจะเหนื่อยหอบง่าย และยังมีโอกาสเกิดการหยุดหายใจขณะ หลับ (sleep apnea) เนื่องจากกล้ามเนื้อที่อ่อนแอก่อนตัวลงเวลานอน ทำให้เพดานอ่อนเลื่อนต่ำลงมา ปิดหลอดลม (Smeltzer and Bare, 2000 อ้างใน ครุณี, 2545)

ฉ. โรคข้อเสื่อม คนอ้วนจะมีอาการของข้อเสื่อม กระดูกสันหลังเสื่อม ปวดเข่า เนื่องจากน้ำหนักและไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ข้อต่างๆ ไม่สามารถรับน้ำหนักได้ มีการเสื่อมและ การเปลี่ยนแปลงตามระยะเวลาที่น้ำหนักตัวเพิ่มเนื้อเยื่อและกระดูกมีการบดขยี้เสียดสีกันจนเกิดการ เสื่อมในที่สุด (วิชัย และคณะ, 2544)

ช. โรคถุงน้ำดี คนอ้วนมีโอกาสเป็นโรคนี้อันตรายกว่าคนไม่อ้วน 3-4 เท่า และมักพบโรคถุงน้ำดีอักเสบอย่างเฉียบพลันและแบบเรื้อรังในคนอ้วน (ทาริกา, 2547) และมีอัตรา ชุกของการเกิดโรคเกี่ยวกับถุงน้ำดีในคนอ้วนเท่ากับร้อยละ 28-35 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ ถ้าหากมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 และมากกว่า 45 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีอุบัติการณ์เกิดนิ่วใน ถุงน้ำดีร้อยละ 1 และ 2 ตามลำดับ ในเพศหญิงพบว่ามีอุบัติการณ์เกิดนิ่วในถุงน้ำดีมากกว่า เพศชาย (Broomfield *et al.*, 1988)

4.2 ปัญหาทางด้านจิตใจ ในสังคมปัจจุบันการที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะส่งผลลบ ทางด้านจิตใจต่อการที่มีรูปร่างผอมบางว่าดูดี กระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ไปในทางลบ จากการศึกษาที่ไม่สามารถลดน้ำหนักได้จนเกิดเป็นความเครียดและวิตกกังวลได้ (Grodner *et al.*, 2000) และมีผลกระทบต่อครอบครัวเช่น สามีมีความคับข้องใจ ไม่ชอบในรูปร่างของภรรยา แต่เมื่อภรรยาสามารถลดน้ำหนักได้ตามที่ตนต้องการ ก็จะเกิดความรู้สึกพอใจในรูปร่างภรรยา มากขึ้น (Wadden and Stunkard, 1996)

4.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการรายงาน ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาสำหรับผู้ที่มีต่อภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ยังเป็นอุปสรรคในการประกอบอาชีพบางอย่าง เช่น นักเดินร่า นักกีฬา อาชีพนางแบบ หรืออาชีพที่ต้องการความคล่องแคล่วว่องไว หรือรูปลักษณ์ของภรรยา ที่อ้วนเกินไป อาจทำให้สามีเบื่อหน่าย ซึ่งอาจเป็นปัญหาในการหย่าร้าง เกิดปัญหาทั้งสังคม (ทาริกา, 2547)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยการที่บุคคลมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ทำให้เสี่ยงประมาณในการใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสภาพในโรคที่เกี่ยวข้องจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ทั้งๆ ที่สามารถป้องกันได้โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก

มุลิติ (2538) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่าแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 78.00 และร้อยละ 65.80 มีความรู้ด้านโภชนาการในระดับไม่ดี ด้านการรับประทานอาหารในระดับปานกลาง ด้านการออกกำลังกายปฏิบัติกันบ้าง ครั้ง ในด้านความสัมพันธ์พบว่าความพอเพียงของรายได้ และปัจจัยความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Grundy S.M *et al.* (2005) (อ้างใน พงศ์อมร บุนนาค 2548) พบว่าในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ควรพยายามลดน้ำหนักลงให้ได้ร้อยละ 7-10 ภายในระยะเวลา 6-12 เดือน โดยการลดอาหาร 500-1000 กิโลแคลอรีต่อวัน ควรออกกำลังกายที่เป็น moderate-intensity ให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาทีเกือบทุกวันหรือทุกวัน ควรลดปริมาณไขมันชนิดอิ่มตัว, Trans fat, ปริมาณโคเลสเตอรอล, โซเดียม และน้ำตาลเชิงเดี่ยวในอาหาร เพิ่มการรับประทานผัก, ผลไม้และเมล็ดธัญพืชไม่ควรรับประทานอาหารที่มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตสูงมากเกินไป เพราะจะทำให้ไขมันผิดปกติ คือ ไตรกลีเซอไรด์ที่สูงและHDL-C ที่ต่ำ เป็นมากขึ้นปริมาณแคลอรีที่ได้จากไขมันควรอยู่ระหว่างร้อยละ 25-35 ปริมาณไขมันที่ต่ำมากอาจทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ที่สูง และHDL-C ที่ผิดปกติเป็นมากขึ้นได้

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ทักษิณา (2540) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการ โภชนศึกษาเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นอ้วนชายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโภชนศึกษามีน้ำหนักตัวและระดับไขมันในเลือดชนิด LDL-C ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$ และ 0.007) ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่า มีการลงของน้ำหนักตัวและ LDL-C ลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.199$ และ 1.000) และเมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักตัวภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.037$) อาจกล่าวได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการให้โภชนศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินการกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันและการออกกำลังกายจะทำให้มีน้ำหนักตัวลดลงและระดับไขมันในเลือดลดลงด้วย

อารยา (2542 อ้างใน ทาริกา, 2547) ศึกษาความชุกของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานมีร้อยละ 20.5 ส่วนใหญ่ค่าดัชนีความหนาแน่นของร่างกายอยู่ในช่วง 25.00-29.99 กก./ม. ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 72.7 ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ให้พลังงาน และการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารโดยยึดรสชาติของอาหารเป็นหลัก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวปกติในด้านปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวัน ของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน พบว่าได้รับคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด เภสัชภัณฑ์ได้รับสารอาหารของประจำวันมากกว่าเพศชาย

Kathleen (1981) ได้ศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่ทราบสาเหตุและไม่ทราบสาเหตุในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 71 คนพบว่าทั้ง 2 กลุ่มความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาโรคทั้ง 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

Sechrist, K.R. *et al.* (1987) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมออกกำลังกายทำให้เกิดประโยชน์ 5 ด้านคือ 1. ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น 2. เพิ่มสมรรถภาพทางกาย 3. ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น 4. มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมมากขึ้น 5. ป้องกันโรคภัยต่างๆมากขึ้น

Walcott-McQuigg, J.A. *et al.* (1995) พบว่าการควบคุมน้ำหนักตัวในสตรีชาวแอฟริกันอเมริกัน จำนวน 36 ราย ร้อยละ 86 รับรู้ประโยชน์การควบคุมน้ำหนักตัวว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพร้อยละ 67 รับรู้ว่ามีรูปร่างสวยงามได้สัดส่วนสวมเสื้อผ้าได้เหมาะสมน่ามอง และพบว่าร้อยละ 81 ของสตรีชาวแอฟริกันอเมริกันที่มีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ได้มีการสนับสนุนส่งเสริมด้านสุขภาพจิต ระบุว่าตนเองมีความเชื่อมั่นมากขึ้นมีความสุขมากขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายทำให้มีภาวะเครียดและภาวะกดดันลดลงแล้ว

Walcott-McQuigg, J.A. *et al.* (1995) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ประกอบด้วย 1. ข้อจำกัดด้านเวลา 2. ความเครียดในการรับผิดชอบงาน ในชีวิตประจำวัน ดูแลด้านการเงินภายในครอบครัว การกดขี่ทางเพศ 3. ขาดแรงจูงใจ หรือ แรงกระตุ้น ควบคุมตนเองไม่ได้ 4. ขาดแรงสนับสนุนจากทางสังคมโดยเฉพาะสามี 5. ความไม่สะดวกหรือไม่สามารถในการใช้บริการเช่น สถานที่ในการออกกำลังกายตั้งอยู่ไกลจากที่พักอาศัย หรือในความไม่ปลอดภัยที่จะทำกิจกรรมเพียงลำพัง และพบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักมากที่สุด ร้อยละ 78 เนื่องจากสตรีที่แต่งงานแล้ว ต้องดูแลบุตรภรรยารับผิดชอบทำงานบ้านไม่มีเวลาที่จะจัดเตรียมอาหารที่ให้พลังงานต่ำ รวมทั้งไม่มีเวลาออกกำลังกาย หากเกิดความหิว ก็พึ่งพาอาหารสำเร็จรูปที่มีในบ้าน เช่นบะหมี่สำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ มันฝรั่งทอดกรอบมาบริโภคแทน

Nies, M.A. *et al.* (1998) ศึกษาถึงการรับรู้ประโยชน์และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม รวมถึงการออกกำลังกายของสตรีในสหรัฐอเมริกา จำนวน 16 รายพบว่าการมีกิจกรรม ทางกาย ช่วยให้ลดภาวะเครียด ส่งเสริมให้เกิดความเพลิดเพลิน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการกระทำ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพ

3. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตน (Self - Efficacy)

สุดาพร (2536) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์กรุงเทพมหานคร ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 98 คน โดยสุ่มตามเกณฑ์เป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 48 คน เฉพาะกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาจากผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยการประชุมคณะกรรมการ กลุ่ม ทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตนและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ

พฤติกรรมกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษา โดยถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเข้าลดลงจากก่อนได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาและลดลงมากกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

น้ำฝน (2541) ศึกษาความเชื่ออำนาจในตนและการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก เพื่อการป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิงที่มีน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะอ้วน พร้อมทั้งมีความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการเกิดภาวะอ้วน จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษาจำนวน 275 ราย ผลการศึกษาพบว่าความเชื่ออำนาจในตน ในการป้องกันภาวะอ้วนในระดับปานกลาง และความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ การปฏิบัติเพื่อการป้องกันภาวะอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .8841$)

รุจิรา (2544) ศึกษาผลของการประยุกต์โปรแกรม “take PRIDE” ในโครงการควบคุม น้ำหนักตัวในเขตเทศบาลเมืองนครพนม โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม และ กระบวนการกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาให้ประชาชนรู้จักกำกับตนเองในการควบคุม น้ำหนักตัวและป้องกัน โรคอ้วน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและกลุ่มใกล้เคียงมี ภาวะน้ำหนักเกิน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการลดน้ำหนักหรือควบคุมน้ำหนักตัวในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การสังเกตตนเอง การตัดสินใจในการ ลดน้ำหนัก หรือควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตน การให้รางวัลหรือลงโทษแก่ตนเอง การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย นอกจากนี้ น้ำหนัก คัดซ์นิมมวลกาย และความหนาของ ไขมันของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วณิชชา (2547) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะ โภชนาการเกิน โดยอิงทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเคลื่อนไหวออกกำลังกายและโภชนาการ มุ่งที่จะพัฒนาและประเมินผลการทดลองใช้คู่มือ โปรแกรมควบคุมน้ำหนักต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม การกิน แบบแผนการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร องค์ประกอบและชีวเคมีของร่างกายที่ดีขึ้น ในกลุ่มหญิงวัยทำงานที่มีภาวะ โภชนาการเกิน ผลการศึกษาทดลองมีคะแนน พฤติกรรมการ กินดีขึ้น การเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหาร น้ำหนักตัว คัดซ์นิมมวลกาย เปอร์เซ็นต์ ของไขมันร่างกาย เส้นรอบวงเอว อัตราเส้นรอบวงเอวต่อสะโพก เส้นรอบวงแขน เส้นรอบวงต้นขา และไขมันในเลือดลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจำนวนร้อยละ 43.8 และ 56.2 ของกลุ่ม ตัวอย่างในกลุ่มทดลอง Gorsky , R.D. *et al.* (1996) พบว่าค่าใช้จ่ายในเพศหญิงอายุ 40-65 ที่รับรู้

ว่าตนเองมีภาวะโภชนาการเกิน ในประเทศสหรัฐอเมริกาสตรีกลุ่มนี้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่มีภาวะโภชนาการเกินถึง 75 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าในปี 2021 อาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 16 พันล้านเหรียญสหรัฐ

Scharff, D.P. *et al.* (1999) มีการศึกษาถึงปัจจัยความเชื่ออำนาจในตนมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มสตรีที่มารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมที่มิชซูรี จำนวน 653 ราย พบว่าความเชื่ออำนาจในตนสูงสุดของกลุ่มที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำ สำหรับสตรีสูงอายุที่มีความเชื่ออำนาจในตนต่ำมีการออกกำลังกายน้อย

Bruke, V. *et al.* (1999) ได้ศึกษาถึงความเชื่ออำนาจในตนพฤติกรรมการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายสูงพบว่าอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพลดลง การรับรู้ประโยชน์ พฤติกรรมสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไขมันลดลง คีมีแอลกอฮอล์น้อยลงรับประทานผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอด้วยการเดินเร็วประมาณ 50 นาทีในหนึ่งสัปดาห์

จากทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น บุคคลมีความเชื่ออำนาจในตนและมีความเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะทำพฤติกรรมที่กำหนดไว้ได้ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่คาดว่าจะได้รับผลของการกระทำที่พึงพอใจ (Bandura, 1977) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง และงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่าใช้ทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตนและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในโปรแกรมสุขภาพ ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจในตนเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจนำทฤษฎีความเชื่ออำนาจในตนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

4. การศึกษาที่เกี่ยวกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

เพชร (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตชุมชนแออัดเขตเทศบาลเมืองจังหวัดอุดร พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดวงกมล (2538) ศึกษาอิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมาตรวจตามนัด การทำสมาธิ มีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากญาติ

ศุภวรินทร์ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่า การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

นุชระพี (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่าการได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากคู่สมรส เพื่อน ผู้บังคับบัญชาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของครูประถมศึกษา

Langlie (1977) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมืองจำนวน 400 คน พบว่า ผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้านและมีเพื่อนมาหา จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการตรวจสุขภาพ การตรวจฟัน และอื่นๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

Burgher (อ้างใน Pilisuk, 1985) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มิบุคคลในครอบครัวคอยให้การสนับสนุน และควบคุมพฤติกรรมโดยผู้ป่วยที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อายุ

นภาพร และคณะ (2532) จากการศึกษาการวิจัยโครง การผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมากมีสุขภาพไม่ดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีน้อยกว่า อาจเป็นอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ลดวอล์ช (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับแบบแผนการดำรงชีวิตสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ และเป็นตัวพยากรณ์ที่มีความสำคัญหรือมีน้ำหนักมากที่สุด

ศุภวรินทร์ (2539) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

นุชระพี (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาศังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครู

วนลดา (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานีพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วาทีนา (2545) จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กัน

Muhlencamp and Broerman (1988) จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตพบว่าอายุมีผลทางอ้อมเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพศ

ศุภวรินทร์ (2539) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

นุชระพี (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัด กรุงเทพมหานคร พบว่าเพศ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพศ หญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย

Muhlenkamp and Broerman (1988) จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเพศกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตที่มีผลโดยตรง ต่อสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย

สถานภาพสมรส

สุวิมล (2534) ศึกษาอัตโนภาพความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง

สมจิต (2537) จากการศึกษาการดูแลตนเองศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล พบว่า คู่สมรส เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม คู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความรัก ความเข้าใจ สนใจ เห็นใจซึ่งกันและกัน สื่อสารกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ จะช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง ซึ่งให้เห็นถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

วันดี (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้าน

สุทธินิจ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมของสตรีหมคประจำเดือน เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมคประจำเดือน

ศุภวรินทร์ (2539) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอื่นๆ

ระดับการศึกษา

ประภาเพ็ญ (2526) ระดับศึกษามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน เพราะการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำให้เข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้ดีสามารถเรียนรู้และรับทราบในเรื่องโรคและแผนการรักษา ดังนั้นผู้ที่ได้เรียนรู้น่าจะมีความรู้และมีหลักในการปฏิบัติทางด้านสุขภาพถูกต้องดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ

สุริย์ (2535) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลราชวิถี พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญเพียงตัวเดียวที่สัมพันธ์กับความรู้การปฏิบัติและความเชื่อมั่นในความสามารถดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สุทธินิจ (2539) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่า ระดับศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

ศุภวรินทร์ (2539) จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางพบว่าระดับศึกษาที่ต่างกัน ทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน

Ruth (1973) พบว่า บุคคลที่มีการศึกษาดำรงประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การรักษาและการปฏิบัติตน เนื่องจากความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงสามารถรับรู้ และความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้ดีกว่า รวมทั้งเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ได้ถูกต้องมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

Jalowice and Power (1981) กล่าวว่า การศึกษาที่ดีจะทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่จะเอื้ออำนวยต่อการนำความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล มักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัยหรือไม่เข้าใจ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษา

รายได้

นุชระพี (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานครพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร

วาทินา (2545) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี แสดงว่าบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีที่มีรายได้สูงขึ้น ไม่ได้มีพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้นตามด้วย

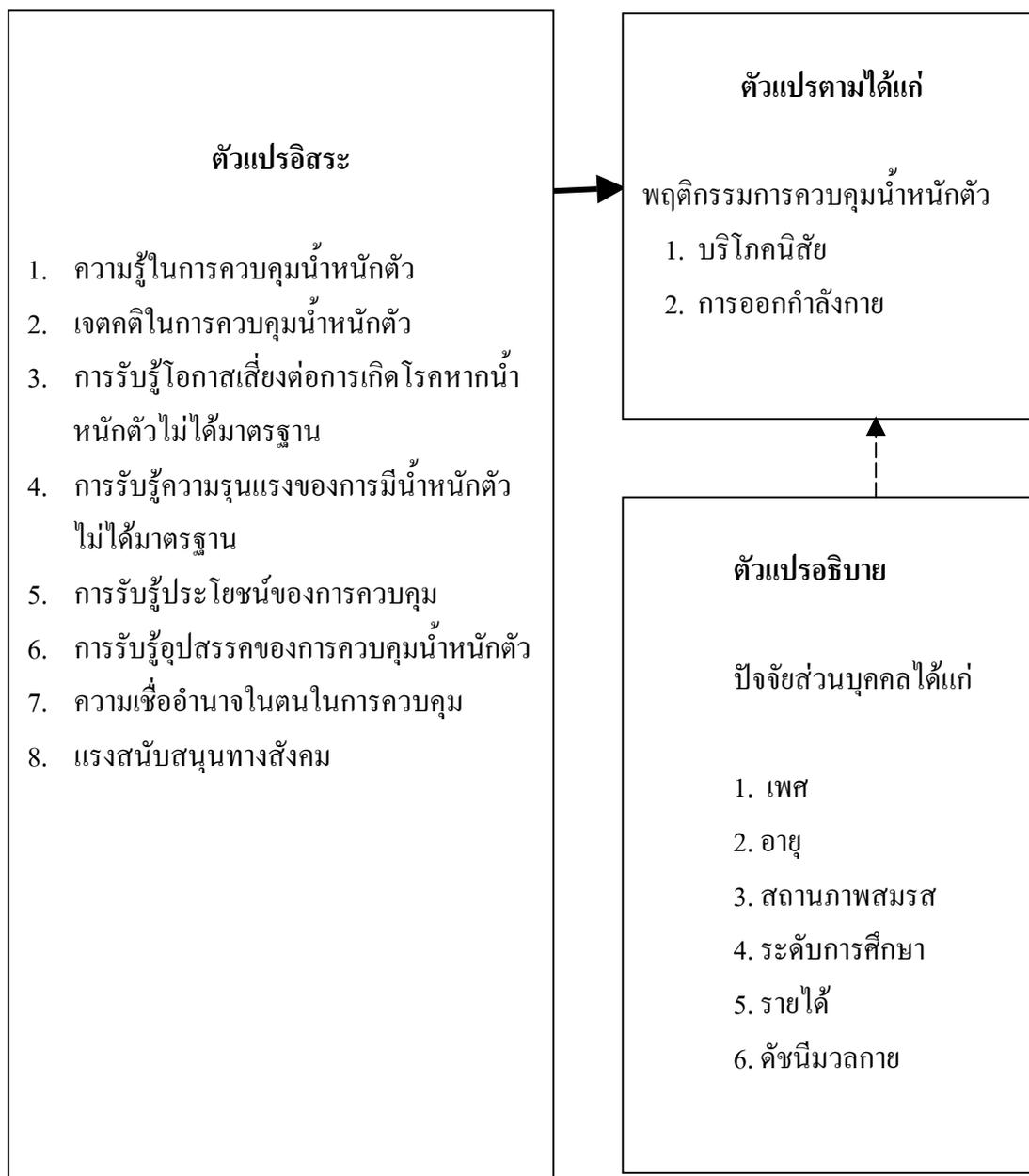
กชกร (2542) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลลพบุรีพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลลพบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดัชนีมวลกาย

เพ็ญศรี (2536) ศึกษาในประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมดูแลตนเองพบว่ากลุ่มทดลองที่สามารถควบคุมน้ำหนักที่ (เกินมาตรฐาน) ได้นั้นมีระดับความดันโลหิต Systolic ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุทธินิจ (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนเขตชนบท จังหวัดนนทบุรี พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน

ผลจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการออกกำลังกาย และการควบคุมอาหารเป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการควบคุมน้ำหนักตัวและปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ อัน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักตัวรวมทั้งความเชื่ออำนาจในตนเองและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาหลายกลุ่ม ผู้วิจัยจึงได้นำผลจากการค้นคว้า ทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค้ำน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
5. ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
6. แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
7. ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค้ำน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยใช้วิธีการสำรวจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย คำนีวมวลกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ช่วงอายุ 40 – 60 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้ เป็นบุคลากรที่เป็นข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวของ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่มีอายุ 40 – 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (18.5-24.9) จำนวน 303 คน และบุคลากรที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (>25.00) จำนวน 187 คน รวม 490 คน (กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, 2548)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้ สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ ทาโรยามาเน่ (Yamane, 1973 อ้างใน บุญธรรม, 2535)

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

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

เมื่อ e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่าง

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

$$n = \frac{490}{1 + (490 \times 0.05)^2}$$

$$n = \frac{490}{1 + (490 \times 0.0025)}$$

$$n = \frac{490}{1 + 1.23}$$

$$n = \frac{490}{2.23}$$

$$n = 219.73 \text{ คน}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 220 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังนี้

2.1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1.1 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่

กลุ่มที่ 1 บุคลากรที่มีค่าBMI ปกติ

กลุ่มที่ 2 บุคลากรที่มีค่าBMI เกินมาตรฐาน

2.1.2 การหาขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ โดยใช้อัตราส่วนตาม

สูตรดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่มชั้น} = \frac{\text{อัตราส่วน} \times \text{ขนาดประชากรทั้งหมด}}{\text{อัตราส่วนรวม}}$$

$$nh = \frac{nxNh}{N}$$

(มนตรี พิริยะกุล, 2524) (อ้างในพิมพ์พรรณ และคณะ, 2538: 191)

n	=	ขนาดตัวอย่าง
Nh	=	ขนาดประชากรในแต่ละกลุ่ม
N	=	ขนาดประชากร
nh	=	ขนาดของตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

แทนค่าสูตร

กลุ่มที่ 1 จำนวนตัวอย่างในกลุ่มบุคลากรที่มีค่า BMI ปกติ

$$= \frac{303 \times 220}{490}$$

$$= 136$$

กลุ่มที่ 2 จำนวนตัวอย่างในกลุ่มบุคลากรที่มีค่า BMI เกินมาตรฐาน

$$= \frac{187 \times 220}{490}$$

$$= 84$$

2.2 การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaires) โดยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ของการวิจัย และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคอน้ำหนักรักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักรักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักรักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ(Check list) และเติมข้อความในช่องว่าง (Open ended)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว

ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวลักษณะแบบวัดเป็นแบบเลือก 2 ตัวเลือก คือ ตอบถูก
ตอบผิด มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ตอบถูก (ใช่)	ให้คะแนน 1
ตอบผิด (ไม่ใช่, ไม่ทราบ)	ให้คะแนน 0

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนความรู้การควบคุมน้ำหนักตัวผู้วิจัยได้ประยุกต์และ
วิธีการวัดประเมินผลของ (Bloom, 1968) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับสูง	มีคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม	(ช่วงคะแนน 12.00-15.00)
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 ของคะแนนเต็ม	(ช่วงคะแนน 9.00 - 11.99)
ระดับต่ำ	มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม	(ช่วงคะแนน < 9.00)

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว

มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย
ประกอบด้วย

ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก ตัวเลือก	ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ ตัวเลือก	การให้คะแนน คะแนน
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	4
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	1

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกายค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับสูง	คะแนนระหว่าง 5.00 - 3.67	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 3.66 - 2.34	คะแนน
ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง 2.33 - 1.00	คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสอบถาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุม น้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย ประกอบด้วย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ	การให้คะแนน
ตัวเลือก	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
ค่อนข้างเห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	4
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	1

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับสูง	คะแนนระหว่าง 5.00 - 3.67	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 3.66 - 2.34	คะแนน
ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง 2.33 - 1.00	คะแนน

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว

มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วยประกอบด้วย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ตัวเลือก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ ตัวเลือก	การให้คะแนน คะแนน
จริง	ไม่จริงเลย	5
ค่อนข้างจริง	ไม่จริง	4
ค่อนข้างไม่จริง	ค่อนข้างไม่จริง	3
ไม่จริง	ค่อนข้างจริง	2
ไม่จริงเลย	จริง	1

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว
หาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับสูง	คะแนนระหว่าง 5.00 - 3.67	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 3.66 - 2.34	คะแนน
ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง 2.33 - 1.00	คะแนน

ตอนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วย
ประกอบด้วย

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ได้รับมาก	5
ได้รับค่อนข้างมาก	4
ได้รับค่อนข้างน้อย	3
ได้รับน้อย	2
ไม่ได้รับเลย	1

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมน้ำหนักตัว
หาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับสูง	คะแนนระหว่าง 5.00 - 3.67	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 3.66 - 2.34	คะแนน
ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง 2.33 - 1.00	คะแนน

ตอนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ(Check list) ตามที่ปฏิบัติจริงมีลักษณะ
แบบสอบถามเป็นมาตราประเมินค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีมาตรวัด 5 หน่วยประกอบด้วย

ข้อความที่มีความหมายทางบวก ตัวเลือก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ ตัวเลือก	การให้คะแนน คะแนน
ไม่ปฏิบัติ	ทุกวัน	5
1-2 ครั้ง/สัปดาห์	5-6 ครั้ง/สัปดาห์	4
3-4 ครั้ง/สัปดาห์	3-4 ครั้ง/สัปดาห์	3
5-6 ครั้ง/สัปดาห์	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	2
ทุกวัน	ไม่ปฏิบัติ	1

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวหาค่าเฉลี่ยตาม
เกณฑ์ (วิเชียร, 2538)

ระดับสูง	คะแนนระหว่าง 5.00 - 3.67	คะแนน
ระดับปานกลาง	คะแนนระหว่าง 3.66 - 2.34	คะแนน
ระดับต่ำ	คะแนนระหว่าง 2.33 - 1.00	คะแนน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการที่เกี่ยวกับการสร้างแบบสอบถาม สำหรับการ
การวิจัย

2. ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี ตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. นำเครื่องมือที่ได้จากการศึกษา สร้างแบบสอบถามไว้เสนอประธานกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้างเนื้อหาของแบบสอบถาม และภาษาที่ใช้
4. นำร่างแบบวัดไปตรวจสอบคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหา โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอต่อประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหา (Content Validity) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ และครอบคลุมของสาระสำคัญที่ใช้ในข้อคำถาม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามที่ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาแล้ว โดยนำไปทดลองใช้กับบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรในโรงพยาบาลเสนา อำเภอสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronach' alpha coefficient) (Polit & Hungler, 1999) ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นมีดังนี้

แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมน้ำหนักรักตัว	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .7199
แบบสอบถามเจตคติในการควบคุมน้ำหนักรักตัว	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .7385
แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หากน้ำหนักรักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรง ของการมีน้ำหนักรักตัวไม่ได้มาตรฐาน		
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักรักตัว		
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัว	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .7545
แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุม น้ำหนักรักตัว	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .8281
แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	ได้ค่าความเชื่อมั่น	= .8124
แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว	ได้ค่าความเชื่อ มั่น	= .8256

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เพื่อขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเพื่อเข้าเก็บข้อมูล
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และแนะนำวิธีตอบแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย วิเคราะห์โดยการหาแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
2. ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายวิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ ส่วนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค้นน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาโดยวิเคราะห์หาค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square)
4. การหาความสัมพันธ์ของความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัววิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ ส่วนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค้นน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของ

การควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

5. การวิเคราะห์การทำนายของตัวแปร ความรู้ เจตคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

การเสนอผลการวิจัย

การสรุปและรายงานการวิจัย โดยเสนอผลการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเป็นการบรรยายประกอบตาราง และเป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

ผลการวิจัยและวิจารณ์

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบของการบรรยายประกอบตารางโดยแบ่งออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คำร้อยละ

ตอนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว วิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ ส่วนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาโดยวิเคราะห์หาค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาโดยวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 5 อำนาจการทำนายของตัวแปร ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้

ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยการวิเคราะห์หัดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และดัชนีมวลกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

(n=220)			
	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	50	22.73
	หญิง	170	77.27
	รวม	220	100.00
อายุ	40-45	88	40.00
	46-50	58	26.36
	51-55	40	18.18
	56-60	34	15.45
	รวม	220	100.00
สถานภาพสมรส	โสด	31	14.09
	สมรส	168	76.36
	หม้าย	7	3.18
	หย่า	11	5.00
	แยกกันอยู่	3	1.36
	รวม	220	100.00

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา	ประถมศึกษา	29	13.18
	มัธยมศึกษา	40	18.18
	ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	42	19.09
	ปริญญาตรี	93	42.27
	สูงกว่าปริญญาตรี	16	7.27
	รวม	220	100.00
รายได้	ต่ำกว่า 5,000 บาท	4	1.82
	5,001-10,000 บาท	29	13.18
	10,001- 15,000 บาท	55	25.00
	15,001-20,000 บาท	7	3.18
	20,001-25,000 บาท	40	18.18
	25,001-30,000 บาท	46	20.91
	มากกว่า30,000 บาท	39	17.73
	รวม	220	100.00
ค่าดัชนีมวลกาย	< 18.50 (ภาวะผอม)	3	1.36
	18.51 - 24.99 (น้ำหนักปกติ)	133	60.45
	25.00 - 29.99 (น้ำหนักเกินมาตรฐาน)	66	30.00
	ตั้งแต่ 30.00(อ้วนระดับ 1)	18	8.18
	รวม	220	100.00

จากตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกได้ดังนี้

1. เพศ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 77.27 และเป็นเพศชาย จำนวน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 22.73

2. อายุ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 40-45 ปี จำนวน 88 คน คิดเป็น ร้อยละ 40.00 รองลงมา อายุระหว่าง 46-50 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 26.36 และน้อยที่สุดมีอายุระหว่าง 56-60 ปี จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 15.45

3. สถานภาพสมรส พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่มี สถานภาพสมรส จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 76.36 รองลงมาคือ โสด จำนวน 31 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.09 และน้อยที่สุดแยกกันอยู่ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.36

4. ระดับการศึกษา พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 42.27 รองลงมาคือประกาศนียบัตร/อนุปริญญา จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 19.09 และน้อยที่สุดสูงกว่าระดับปริญญาตรีจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 7.27

5. รายได้เฉลี่ย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่มีรายได้ระดับ 10,001-15,000 บาท จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 รองลงมา คือ รายได้ระดับ 25,001-30,000 บาท จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 20.91 และน้อยที่สุด รายได้ระดับต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82

6. ค่าดัชนีมวลกาย พบว่า ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 18.51 - 24.99 จำนวน 133 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.45 รองลงมาอยู่ในช่วง 25.00 - 29.99 จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และน้อยที่สุดอยู่ในช่วง < 18.50 จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.36

ตอนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย เจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย

ตอนที่ 2.1 ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย

ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายจำแนกโดยรวม

(n = 220)

ระดับคะแนนความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายกับพฤติกรรม	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	73	33.18
ปานกลาง (ร้อยละ 61 – 79)	120	54.55
ต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)	27	12.27
รวม	220	100.00

จากตารางที่ 2 บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 54.55 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 33.18 มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อยู่ในระดับสูง และจำนวนเพียง 27 คน คิดเป็นร้อยละ 12.27 เท่านั้น ที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อ

(n = 220)

ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการ ควบคุมน้ำหนักตัว	ข้อที่ตอบถูก		ข้อที่ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารที่ไขมันสูงเป็นประจำ แต่ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน จะไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้ ให้เกิดโรคอ้วน	55	25.00	165	75.00
2. วิธีควบคุมไม่ให้น้ำหนักตัวเกินควรรับประทาน อาหารมือเย็น	70	31.82	150	68.18
3. หากสามารถจำกัดอาหารได้อย่างเคร่งครัด ก็ สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้โดยไม่จำเป็นต้อง ออกกำลังกาย	75	34.09	145	65.91
4. หากไม่ควบคุมน้ำหนักตัวอาจทำให้มีโอกาสเป็น โรค หัวใจขาดเลือดได้	183	83.18	37	16.82
5. อาหารประเภทผัดและทอด แม้ว่าจะมีส่วน ประกอบของไขมัน แต่ก็มีสัดส่วนของไขมัน แตกต่างจากอาหารประเภท ปิ้ง นึ่ง ย่าง อบเพียง เล็กน้อยซึ่งผู้ต้องการควบคุมน้ำหนักตัวไม่จำเป็น ต้องหลีกเลี่ยง	43	19.55	177	80.45
6. ผู้ที่กำลังต้องการควบคุมน้ำหนักตัวสามารถ รับประทานกล้วยเตี๋ยฝัดไทยและน้ำส้มคั้นที่มี ส่วนผสมของน้ำตาลได้	106	48.18	114	51.82
7. การเลือกรับประทานอาหารควรคำนึงถึงความ สะอาดมากกว่าพลังงานที่ควรได้รับ	75	34.09	145	65.91
8. อาหารแต่ละมื้อต้องมีคุณค่าทางโภชนาการเพียง พอ โปรตีนที่ควรได้รับต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ15-24 ของพลังงานทั้งหมด	119	54.09	101	45.91

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการ ควบคุมน้ำหนักตัว	ข้อที่ตอบถูก		ข้อที่ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
9. การเลือกดื่มนมถั่วเหลืองที่ขายทั่วไปสามารถดื่ม ได้โดยไม่จำกัดเพราะนมถั่วเหลืองมีกากใยสูง	107	48.64	113	51.36
10. ผู้ที่มีโรคประจำตัวก็สามารถออกกำลังกายได้ โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	216	98.18	4	1.82
11. การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักตัวควร ออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน (Anarobic Exercise) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 20-30 นาที	171	77.73	49	22.27
12. การออกกำลังกายมีความจำเป็น ในการเพิ่มไขมัน ชนิดความหนาแน่นต่ำ (LDL) ซึ่งจะช่วยให้ลด อัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	165	75.00	55	25.00
13. การลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดควรมี ระดับ เอชดีแอล (HDL) ไม่ควรเกิน 40 มิลลิกรัม เปอร์เซ็นต์	151	68.64	69	31.36
14. ถั่วเมล็ดแห้งเป็นอาหารที่มีกากใยสูงและมีโปรตีน สูงจึงควรบริโภคได้มากและบ่อยๆไม่ผลต่อการ ควบคุมน้ำหนักตัว	136	61.82	84	38.18
15. การวัดการดูดซึมของอาหารเมื่อเปรียบเทียบกับ อาหารมาตรฐานถ้าไกลซีมิกอินเดกซ์เท่ากับ 100 แสดงว่าดูดซึมได้รวดเร็วเท่ากับอาหารมาตรฐาน ถ้าไกลซีมิกอินเดกซ์สูงกว่า 100 แสดงว่าดูดซึมได้ มากกว่าอาหารมาตรฐาน ท่านควรเลือกอาหารมี ไกลซีมิกอินเดกซ์สูงเพื่อให้การดูดซึมของอาหาร ดีขึ้น	193	87.73	27	12.27
รวม	124	56.52	96	43.48

จากตารางที่ 3 พบว่า ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ส่วนใหญ่ตอบถูก จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 56.52 และตอบผิด จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 43.48

ตอนที่ 2.2 เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัววิเคราะห์ เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4 -5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกโดยรวม

(n = 220)

ระดับคะแนนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	122	55.45
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	97	44.09
ต่ำ (2.33 – 1.00)	1	0.46
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 3.70$$

$$S. D. = 1.12$$

จากตารางที่ 4 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 54.45 มีคะแนนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูง รองลงมาจำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 44.09 มีคะแนนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลาง และจำนวนเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46 เท่านั้น มีคะแนนเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อ
(n = 220)

ลำดับ	เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1	การดื่มนมปราศจากไขมัน หรือนมพร่องไขมันช่วยใน การควบคุมน้ำหนักตัวแต่ไม่ชอบเพราะรสชาติไม่ดี	2.40	1.28	ปานกลาง
2	ท่านรับประทานอาหารประเภทเปิด ภัตที่ติดหนึ่่งเป็น ประจำ แม้รู้ว่าทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้	3.18	1.51	ปานกลาง
3	การรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ทำให้ จับถ่ายเป็นปกติ ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวควรรับประทาน เป็นประจำ	4.76	0.68	สูง
4	เชื่อว่าการเคี้ยวอาหารให้ละเอียดไม่มีผลต่อการควบคุมน้ำ หนักตัว	3.25	1.38	ปานกลาง
5	การรับประทานอาหารว่างประเภทเค้ก ขนมปังที่มี ส่วนผสมของแป้ง ไขมัน น้ำตาลเป็นหลักไม่มีผลทำให้น้ำ หนักตัวเพิ่มขึ้น สามารถรับประทานได้	3.97	1.21	สูง
6	การรับประทานอาหารว่างประเภทข้าวเกรียบทอด มันฝรั่งทอดเป็นประจำมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ควร รับประทาน	4.48	1.07	สูง
7	การรับประทานอาหารประเภทแคบหมู ใส่อั่ว กุนเชียง มีไขมันสูงไม่ควรรับประทาน	2.57	1.39	ปานกลาง
8	ท่านรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องดีแต่ไม่พร้อมเพราะ ไม่มีเวลา	2.75	1.46	ปานกลาง
9	ท่านรู้ว่าการที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานทำให้มีปัญหา ด้านสุขภาพ	4.68	0.73	สูง
10	ผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงงานไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย	3.61	1.11	ปานกลาง
11	ท่านรู้ว่าการออกกำลังกายทุกวันจะทำให้มีสุขภาพ แข็งแรงขึ้น	4.84	0.54	สูง
12	สถานที่ทำงานที่ทำอยู่นั้นมีลิฟต์จึงไม่มีความจำเป็นต้อง ใช้บันได	3.86	1.06	สูง
	รวม	3.70	1.12	สูง

จากตารางที่ 5 พบว่า ค่าเฉลี่ยเจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 1.12) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความเห็นว่าการออกกำลังกายทุกวันจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.84$, S.D. = 0.54) และ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความเห็นว่าการดื่มนมปราศจากไขมัน หรือนมพร่องไขมัน แม้จะช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัวแต่ไม่ชอบเพราะรสชาติ ไม่ดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 2.40$, S.D. = 1.28)

ตอนที่ 2.3_การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 6-7

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกโดยรวม

(n = 220)

ระดับคะแนนตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัว ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้ มาตรฐานการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้ อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	207	94.09
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	13	5.91
ต่ำ (2.33 – 1.00)	-	-
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 4.34$$

$$S. D. = 0.35$$

จากตารางที่ 6 พบว่าในภาพรวมบุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 94.09 มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัว ไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูง รองลงมาจำนวน 13 คิดเป็นร้อยละ 5.91 อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวม (n = 220)

ลำดับ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S. D.	ระดับ
1.	ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน	4.67	0.50	สูง
2.	ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน	4.78	0.47	สูง
3.	ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว	4.69	0.42	สูง
4.	ด้านการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว	3.21	0.76	ปานกลาง
	รวม	4.34	0.35	สูง

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.34$, S. D. = 0.35) เมื่อพิจารณารายด้านเป็น รายข้อ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.78$, S. D. = 0.47) และพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.21$, S. D. = 0.50)

ตอนที่ 2.4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการ
การควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 8-9

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน
ของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนก
โดยรวม

(n = 220)		
ระดับคะแนนตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนัก ตัวไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	212	96.36
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	6	2.73
ต่ำ (2.33 – 1.00)	2	0.91
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 4.67 \quad S. D. = 0.50$$

จากตารางที่ 8 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน
212 คน คิดเป็นร้อยละ 96.36 มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้
มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูง รองลงมาจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ
2.73 มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการ
ควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลาง และจำนวนเพียง 2 คนเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 0.91
มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการ
ควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อ

(n = 220)

ลำดับ	การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S. D.	ระดับ
1.	การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยๆทำให้มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด	4.49	1.04	สูง
2.	การรับประทานหยอยนางรม ปลาหมึก ไข่ เครื่องในสัตว์ทุกชนิด บ่อยๆ นอกจากทำให้มีระดับโคเลสเตอรอลสูงแล้วยังมีโอกาเสี่ยงเกิดหัวใจขาดเลือด	4.78	0.66	สูง
3.	การรับประทานอาหารว่างเช่น สาเก ใ้หนม ข้าวเกรียบปากหม้อ เต็ก ขนมปัง โดนัท เป็นประจำมีโอกาสทำให้เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน	4.79	0.62	สูง
4.	การบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกายทำให้เกิดโรคอ้วนได้	4.70	0.60	สูง
5.	การขาดการออกกำลังกายมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัว	4.58	0.83	สูง
6.	การออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3-5 วันๆ ละ30-60 นาทีจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน	4.69	0.79	สูง
	รวม	4.67	0.50	สูง

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.67, S.D. = 0.50$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความเห็นว่า การรับประทานอาหารว่าง เช่น สาเก ใ้หนม ข้าวเกรียบปากหม้อ เต็ก ขนมปัง โดนัท เป็นประจำมีโอกาสทำให้เสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.79, S.D. = 0.62$) และพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เห็นว่าการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยๆทำให้มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.49, S.D. = 1.04$)

ตอนที่ 2.5 การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่
10-11

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐานของ
บุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนก
โดยรวม

(n = 220)

ระดับคะแนนตามการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกาย ไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	215	97.73
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	4	1.82
ต่ำ (2.33 – 1.00)	1	0.45
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 4.78 \quad S.D. = 0.47$$

จากตารางที่ 10 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน
215 คน คิดเป็นร้อยละ 97.73 มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐาน
กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูง รองลงมาจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.82
มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำ
หนักตัว อยู่ในระดับปานกลาง และจำนวนเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 เท่านั้น มีคะแนนการรับรู้
ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับ
ต่ำ

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อ

(n = 220)

ลำดับ	การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานกับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.	การรับประทานอาหารทอดและ อาหารประเภทกะทิเป็น ประจำทำให้น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานได้	4.70	0.76	สูง
2.	การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิต สูง	4.74	0.77	สูง
3.	การมีน้ำหนักตัวเกินมีโอกาasเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรค เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจได้	4.90	0.36	สูง
	รวม	4.78	0.47	สูง

จากตารางที่ 11 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.78$, S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวเกินมีโอกาasเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงหรือโรคหัวใจได้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.90$, S.D. = 0.36) และพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการรับประทานอาหารทอดและอาหารประเภทกะทิ เป็นประจำทำให้น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานได้ มีค่าคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.70$, S.D. = 0.76)

ตอนที่ 2.6 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย

การรับรู้การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่
12- 13

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายโดยรวม

(n = 220)

ระดับคะแนนตามการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำ หนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	217	98.64
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	1	0.45
ต่ำ (2.33 – 1.00)	2	0.91
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 4.69 \quad S.D. = 0.42$$

จากตารางที่ 12 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 98.64 มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักร่างกายกับการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อยู่ในระดับสูง รองลงมาจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.91 มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักร่างกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อยู่ในระดับต่ำ และจำนวนเพียง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.45 มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักร่างกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อยู่ในระดับระดับปานกลาง

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อ

(n = 220)

ลำดับ	การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S. D.	ระดับ
1.	การรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกวันจะทำให้การขับถ่ายปกติ	4.80	0.61	สูง
2.	การควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารเช้าไปงานเลี้ยงกระทำไ้ยากเพราะอาหารส่วนใหญ่มีรสชาติดี	4.36	1.18	สูง
3.	การเป็นโรคหัวใจขาดเลือดอาจเกิดจากการไม่ออกกำลังกายและทำให้เสียชีวิตได้	4.66	0.77	สูง
4.	การที่ท่านควบคุมน้ำหนักตัวได้ทำให้รูปร่างสวยงาม ได้สัดส่วน	4.70	0.60	สูง
5.	การที่ท่านควบคุมน้ำหนักตัวได้ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานได้	4.72	0.57	สูง
6.	การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง	4.89	0.40	สูง
	รวม	4.69	0.42	สูง

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว โดยรวมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.69$, S.D. = 0.42) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า บุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง มีค่าคะแนน เฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.89$, S.D. = 0.40) และพบว่า บุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารเช้าไปงานเลี้ยงกระทำไ้ยากเพราะอาหารส่วนใหญ่มีรสชาติดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 1.18)

ตอนที่ 2.7 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 14-15

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกโดยรวม (n = 220)

ระดับคะแนนตามการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	71	32.27
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	116	52.73
ต่ำ (2.33 – 1.00)	33	15.00
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 3.21 \quad S.D. = 0.76$$

จากตารางที่ 14 พบว่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อส่วนใหญ่ของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 52.73 มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 32.27 มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูง และจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 15.00 เท่านั้น มีคะแนนการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อ

(n = 220)				
ลำดับ	การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรม กรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S.D	ระดับ
1.	การรับประทาน อาหารทอด แงงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน ติดหนังจะช่วยลดน้ำหนักตัวได้	3.13	1.19	ปานกลาง
2.	การรับประทานอาหารรสหวานไม่สามารถทำได้เพราะ อาหารนั้นไม่มีรสชาติ	2.83	1.27	ปานกลาง
3.	ความเมื่อยล้า ความไม่สะดวก และมีภาระความรับผิดชอบ ชอบทำงานในบ้านทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายตามที่ ตั้งใจไว้	2.22	1.25	ต่ำ
4.	การออกกำลังกายทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	4.19	0.88	สูง
5.	การออกกำลังกายเป็นประจำไม่สามารถทำได้เพราะ สถานที่ไม่เอื้ออำนวย	3.66	1.20	ปานกลาง
6.	การออกกำลังกาย 3 – 5 วันต่อสัปดาห์วันละ 30- 60 นาที ทำได้ยากเพราะไม่มีเวลา	3.20	1.27	ปานกลาง
	รวม	3.21	0.76	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว โดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.21, S.D. = 0.76$) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เห็นว่าการ ออกกำลังกาย ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.19, S.D. = 0.88$) และบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความรับรู้อุปสรรคของความเมื่อยล้า ความไม่สะดวก และมีภาระความรับผิดชอบชอบทำงานในบ้าน ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายตามที่ตั้งใจไว้ มีค่าคะแนน เฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 2.22, S.D. = 1.25$)

ตอนที่ 2.8 ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงใน
ตารางที่ 16- 17

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย
ของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว จำแนกโดยรวม

(n = 220)		
ระดับคะแนนตามความเชื่อในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	158	71.82
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	57	25.91
ต่ำ (2.33 – 1.00)	5	2.27
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 4.03 \quad S.D. = 0.63$$

จากตารางที่ 16 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำนวน
158 คน คิดเป็นร้อยละ 71.82 มีคะแนนความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกายกับ
พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง รองลงมาจำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 25.91 มี
คะแนนความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ใน
ระดับปานกลาง และ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.27 เท่านั้นที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจในตนใน
การควบคุมน้ำหนักร่างกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว จำแนกตามรายชื่อ

(n = 220)				
ลำดับ	ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S. D.	ระดับ
1.	ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มี กากใย เช่น ผัก ผลไม้ ได้ทุกวัน	4.50	0.79	สูง
2.	ท่านสามารถลดหรือกินอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ ให้น้อยลงได้	4.41	0.73	สูง
3.	ถ้ารับประทานเปิด ไข่หรือทานทานมันใจจะไม่รับประทานส่วนที่เป็นหนัง	3.89	1.10	สูง
4.	ท่านสามารถรับประทานผลไม้อย่างน้อยวันละ 2 มื้อได้	3.94	1.10	สูง
5.	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มี โคลเลสเตอรอลเช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน ปลาหมึก ไอศกรีมและอาหารทอดต่างๆได้	3.95	1.04	สูง
6.	ท่านสามารถงดเครื่องดื่มน้ำอัดลม หรือชา กาแฟได้	3.85	1.19	สูง
7.	การที่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้มีความมั่นใจ ภาควุฒิใจและมีความเชื่อมั่นจะกระทำต่อไป	4.35	0.91	สูง
8.	ท่านสามารถออกกำลังกาย3ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 20 นาที ได้	3.53	1.24	ปานกลาง
9.	ท่านสามารถออกกำลังกายได้โดยไม่ต้องมีใครมาบังคับ	4.30	0.95	สูง
10.	ท่านสามารถออกกำลังกายโดยไม่เป็นภาระของ บุตรหลาน	3.51	1.23	ปานกลาง
11.	ท่านสามารถออกกำลังกายโดยลำพังแม้ว่าไม่มีเพื่อน	4.13	1.08	สูง
	รวม	4.03	0.63	สูง

จากตารางที่ 17 พบว่า ค่าเฉลี่ยความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวกับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว โดยรวมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X} = 4.03$, S.D. = 0.63) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาล

พระนครศรีอยุธยา มีความเชื่ออำนาจในตนว่าสามารถรับประทานอาหารที่มี กากใย เช่น ผัก ผลไม้ ได้ทุกวัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.79) และบุคลากรโรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา มีความเชื่ออำนาจในตนว่าสามารถออกกำลังกายโดยไม่เป็นภาระของบุตรหลาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 1.23)

ตอนที่ 2.9 แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการ ควบคุมน้ำหนักตัว วิเคราะห์โดยหาจำนวนและร้อยละ การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 18-19

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกโดยรวม

(n = 220)

ระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	132	60.00
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	79	35.91
ต่ำ (2.33 – 1.00)	9	4.09
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 3.78 \quad \text{S.D.} = 0.75$$

จากตารางที่ 18 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง รองลงมาจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 35.91 มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลาง และจำนวนเพียง 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.09 เท่านั้น มีคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจำแนกตามรายชื่อ

(n = 220)

ลำดับ	แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.	ท่านอยากควบคุมน้ำหนักตัวเมื่อบุคคลรอบข้างได้ชักชวนให้ควบคุมน้ำหนักตัว	3.78	1.21	สูง
2.	ท่านได้ดูแลสุขภาพและควบคุมน้ำหนักเป็นอย่างดีตามคำแนะนำของแพทย์	3.79	1.12	สูง
3.	คนในครอบครัวได้แนะนำให้ท่านลดน้ำหนักตัวเมื่อเห็นว่าใส่เสื้อผ้าไม่สวยไม่ได้สัดส่วน	3.48	1.34	ปานกลาง
4.	ผู้ร่วมงานได้ชักชวนให้รับประทานผลไม้สดแทนขนมหวานหรือไอศกรีม	3.66	1.26	ปานกลาง
5.	เมื่อไปงานเลี้ยงเพื่อนท่านได้ชักชวนให้หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด และอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ	3.35	1.25	ปานกลาง
6.	เพื่อนท่านชักชวนท่านไปออกกำลังกาย	3.90	1.16	สูง
7.	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานผักผลไม้และการออกกำลังกายโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์	4.53	0.86	สูง
	รวม	3.78	0.75	สูง

จากตารางที่ 19 พบว่า ค่าเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.78$, S.D. = 0.75) เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อ พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานผัก ผลไม้และการออกกำลังกายโดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 4.53$, S.D. = 0.86) และบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในเรื่องเมื่อไปงานเลี้ยงเพื่อนได้ชักชวนให้หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด และอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.35$, S.D. = 1.25)

ตอนที่ 2.10 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วิเคราะห์ โดยการหาจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 20-21

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจำแนกโดยรวม

(n = 220)		
ระดับคะแนนของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย	จำนวน (n = 220)	ร้อยละ
สูง (5.00 – 3.67)	87	39.55
ปานกลาง (3.66 – 2.34)	133	60.45
ต่ำ (2.33 – 1.00)	-	-
รวม	220	100.00

$$\bar{X} = 3.56 \quad S.D. = 0.90$$

จากตารางที่ 20 พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 60.45 มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 39.55 มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายอยู่ในระดับสูง และไม่พบบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายที่อยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยาจำแนกตามรายชื่อ

ลำดับ	พฤติกรรมของการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S. D.	ระดับ
(n = 220)				
ก.ด้านบริโภคนิสัย				
<u>การรับประทานอาหารว่าง</u>				
1.	อาหารว่าง ประเภทเค้ก คุกกี้ โดนัท ขนมปังก่อนอาหาร มือกลางวัน	4.35	0.90	สูง
2.	อาหารว่างประเภท ข้าวเหนียวมุลหน้าต่างๆ ข้าวเกรียบ ปากหม้อ สาเกุใส่หมู ก่อนอาหารมือเย็น	4.65	0.57	สูง
3.	อาหารว่างประเภทมันฝรั่งทอด ถั่วทอด ข้าวเกรียบทอด ก่อนมือก่อนนอน	4.69	0.62	สูง
<u>ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยน้ำมันและกะทิ</u>				
<u>บ่อยเพียงใด</u>				
4.	อาหารประเภทผัด	3.46	0.97	ปานกลาง
5.	อาหารประเภททอด เจียว	3.51	0.96	ปานกลาง
6.	แกงกะทิ ทุกชนิด	4.07	0.79	สูง
7.	หลนต่างๆด้วยกะทิเช่น ปูหลนเต้าเจี้ยวหลน	4.26	0.76	สูง
<u>ท่านรับประทานอาหารต่อไปนี้บ่อยเพียงใด</u>				
8.	เนื้อสัตว์ต่างๆติดมัน	4.08	0.90	สูง
9.	ไก่ติดหนัง เป็ดติดหนัง	4.31	0.86	สูง
10.	ปลาสด	4.45	0.81	สูง
11.	ปลากระป๋องในน้ำมัน	4.46	0.75	สูง
12.	กุนเชียง	4.33	0.75	สูง
<u>อาหารจานเดียว</u>				
13.	ก๋วยเตี๋ยวผัดไทย	4.24	0.63	สูง
14.	ก๋วยเตี๋ยวผัดซีอิ้ว	4.25	0.72	สูง
15.	หอยทอด	4.42	0.76	สูง
16.	ข้าวหน้าเป็ด	4.55	0.76	สูง
17.	ข้าวมันไก่	4.33	0.64	สูง
18.	ข้าวขาหมู	4.52	0.60	สูง

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ลำดับ	พฤติกรรมของการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S. D.	ระดับ
<u>ท่านรับประทานขนมเหล่านี้บ่อยเพียงใด</u>				
19.	ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา	4.47	0.69	สูง
20.	กล้วยเชื่อม มันเชื่อม เผือกเชื่อม กล้วยบัวควี ทับทิมกรอบ ซ่าหริ่มวุ้นกะทิ ข้าวเหนียวมูลหน้าต่างๆ ขนมสอดไส้	4.27	0.66	สูง
21.	กล้วยแขก ฝักบัว ข้าวเม่าทอด ริงนก	4.33	0.70	สูง
22.	ขนมหน้าต่างๆ ขนมปัง โดนัท	4.03	0.88	สูง
23.	ไอศกรีมต่างๆ	4.31	0.68	สูง
24.	พิชซ่าหน้าต่างๆ	4.66	0.58	สูง
<u>ท่านดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้บ่อยเพียงใด</u>				
25.	น้ำอัดลม	4.19	0.94	สูง
26.	น้ำหวาน	4.28	0.89	สูง
27.	กาแฟ	3.20	1.64	ปานกลาง
28.	ไมโล โอวัลติน	4.17	1.08	สูง
29.	น้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม	3.98	0.98	สูง
30.	เหล้า/เบียร์	4.77	0.65	สูง
31.	ท่านเติมน้ำตาลในอาหารจานเดียวหรือถ้วยเดี่ยว 1 ช้อนชา หรือมากกว่า	3.99	1.11	สูง
32.	ท่านเติมน้ำตาล ครีมเทียม นมข้นหวานในเครื่องดื่ม 1 ช้อนชาหรือมากกว่า	3.89	1.37	สูง
33.	แม้ท่านอิ่มแล้วแต่อาหารยังไม่หมดท่านมักจะรับประทาน ต่อจนหมด	4.15	1.21	สูง
34.	เมื่อมีอาหารที่ชอบแม้ว่าจะไม่หิวท่านก็จะรับประทาน	4.10	1.12	สูง
ข. ด้านการออกกำลังกาย				
35.	ทำงานบ้านเช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน จนเหงื่อชุ่มและรู้สึกเหนื่อย	3.00	1.30	ปานกลาง
36.	เดินขึ้นบันได	3.70	1.49	สูง
37.	เดินลงบันได	3.70	1.48	สูง

ตารางที่ 21 (ต่อ)

ลำดับ	พฤติกรรมของการควบคุมน้ำหนักตัว	\bar{X}	S. D.	ระดับ
38.	เดินเร็วๆ	2.66	1.47	ปานกลาง
39.	วิ่งเหยาะ	2.12	1.34	ต่ำ
40.	วิ่งเร็ว	1.53	1.00	ต่ำ
41.	ว่ายน้ำ	1.29	0.74	ต่ำ
42.	ขี่จักรยาน	1.65	1.12	ต่ำ
43.	เดินแอโรบิก	1.59	1.08	ต่ำ
44.	โยคะ	1.44	0.95	ต่ำ
45.	รำมวยจีน	1.12	0.63	ต่ำ
46.	ป้องกัน	1.12	0.55	ต่ำ
47.	เทนนิส	1.08	0.52	ต่ำ
48.	เปตอง	1.16	0.73	ต่ำ
	รวม	3.56	0.90	ปานกลาง

จากตารางที่ 21 พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.56$, S.D. = 0.90) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อด้านบริโภคนิสัย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมไม่ดื่มเหล้า/เบียร์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.77$, S.D. = 0.65) และบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มประเภทกาแฟ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 3.20$, S.D. = 1.64) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ด้านการออกกำลังกาย พบว่า บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมการเดินขึ้นลงบันได มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 1.49, $\bar{X} = 3.70$, S.D. = 1.48) และบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรม การออกกำลังกายโดยการเล่นเทนนิส มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{X} = 1.08$, S.D. = 0.52)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ตอนที่ 3.1 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(n = 220)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม				χ^2	P - value	
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
เพศ							
ชาย	จำนวน	-	30	20	50	0.006	0.940
	ร้อยละ		13.60	9.10	22.70		
หญิง	จำนวน	-	103	67	170	0.006	0.940
	ร้อยละ		46.80	30.50	77.30		
รวม	จำนวน	-	133	87	220	0.006	0.940
	ร้อยละ		60.50	39.50	100.00		

จากตารางที่ 22 พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 1, N = 220) = 0.006)

ตอนที่ 3.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 23

ตารางที่ 23 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(n = 220)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม				χ^2	P - value	
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
อายุ							
40-45	จำนวน	-	54	34	88		
	ร้อยละ		24.50	15.50	40.00		
46-50	จำนวน	-	39	19	58	5.401	0.145
	ร้อยละ		17.70	8.60	26.40		
51-55	จำนวน	-	18	22	40		
	ร้อยละ		8.20	10.00	18.20		
56-60	จำนวน	-	22	12	34		
	ร้อยละ		10.00	5.50	15.50		
รวม	จำนวน	-	133	87	220		
	ร้อยละ		60.50	39.50	100.00		

จากตารางที่ 23 พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 3, N = 220) = 5.401)

ตอนที่ 3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการควบคุม
น้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
ของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(n = 220)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม				χ^2	P - value	
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
สถานภาพสมรส							
โสด	จำนวน	-	17	14	31	3.104	0.541
	ร้อยละ		7.70	6.40	14.10		
สมรส	จำนวน	-	101	67	168		
	ร้อยละ		45.90	30.50	76.40		
หม้าย	จำนวน	-	4	3	7		
	ร้อยละ		1.80	1.40	3.20		
หย่า	จำนวน	-	8	3	11		
	ร้อยละ		3.60	1.40	5.00		
แยกกันอยู่	จำนวน	-	3	-	3		
	ร้อยละ		1.40	-	1.40		
รวม	จำนวน	-	133	87	220		
	ร้อยละ		60.50	39.50	100.00		

จากตารางที่ 24 พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 4, N = 220) = 3.104)

ตอนที่ 3.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(n = 220)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม				χ^2	P-value	
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	จำนวน	-	18	11	29	3.716	0.446
	ร้อยละ		8.20	5.00	13.20		
มัธยมศึกษา	จำนวน	-	26	14	40		
	ร้อยละ		11.80	6.40	18.20		
ประกาศนียบัตร /อนุปริญญา	จำนวน	-	21	21	42		
	ร้อยละ		9.50	9.50	19.10		
ปริญญาตรี	จำนวน	-	56	37	93		
	ร้อยละ		25.50	16.80	42.30		
สูงกว่าปริญญาตรี	จำนวน	-	12	4	16		
	ร้อยละ		5.50	1.80	7.30		
รวม	จำนวน	-	133	87	220		
	ร้อยละ		60.50	39.50	100.00		

จากตารางที่ 25 พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 4, N = 220) = 3.716)

ตอนที่ 3.5 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(n = 220)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรม				χ^2	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
รายได้						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	จำนวน	-	3	1	4	
	ร้อยละ		1.40	0.50	1.80	
5,001-10,000 บาท	จำนวน	-	21	8	29	
	ร้อยละ		9.50	3.60	13.20	
10,001-15,000 บาท	จำนวน	-	32	23	55	
	ร้อยละ		14.50	10.50	25.00	
15,001-20,000 บาท	จำนวน	-	5	2	7	
	ร้อยละ		2.30	0.90	3.20	5.439 0.489
20,001-25,000 บาท	จำนวน	-	23	17	40	
	ร้อยละ		10.50	7.70	18.20	
25,001-30,000 บาท	จำนวน	-	23	23	46	
	ร้อยละ		10.50	10.50	20.90	
มากกว่า 30,000 บาท	จำนวน	-	26	13	39	
	ร้อยละ		11.80	5.90	17.70	
รวม	จำนวน	-	133	87	220	
	ร้อยละ		60.50	39.50	100.00	

จากตารางที่ 26 พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 6, N = 220) = 5.439)

ตอนที่ 3.6 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ปัจจัยส่วนบุคคล		ระดับพฤติกรรม				χ^2	P-value
		ต่ำ	ปานกลาง	สูง	รวม		
ดัชนีมวลกาย							
น้อยกว่า 18.50	จำนวน	-	3	0	3		
	ร้อยละ	-	1.40	0.00	1.40		
18.51 – 24.99	จำนวน	-	79	54	133	2.028	0.567
	ร้อยละ	-	35.90	24.50	60.50		
25.00 – 29.99	จำนวน	-	40	26	66		
	ร้อยละ	-	18.20	11.80	30.00		
ตั้งแต่ 30.00	จำนวน	-	11	7	18		
	ร้อยละ	-	5.00	3.20	8.20		
รวม	จำนวน	-	133	87	220		
	ร้อยละ	-	60.50	39.50	100.00		

จากตารางที่ 27 พบว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (χ^2 (df = 3, N = 220) = 2.028)

ตอนที่ 4 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม ในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ตอนที่ 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว	-.155	.090

* $p < .05$

จากตารางที่ 28 พบว่า ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.115$)

ตอนที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว	.141*	.037

* $p < .05$

จากตารางที่ 29 พบว่า เจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .141$)

ตอนที่ 4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน	.105	.119

(n = 220)

* p < .05

จากตารางที่ 30 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .105$)

ตอนที่ 4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้
มาตรฐานของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุม
น้ำหนักตัว

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้ มาตรฐาน	.017	.797

(n=220)

* p < .05

จากตารางที่ 31 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานของบุคลากรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .017)

ตอนที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว	-.014	.836

(n=220)

* p < .05

จากตารางที่ 32 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักรักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.014$)

ตอนที่ 4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ที่แสดงในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว

(n=220)

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัว	.137*	.042

* $p < .05$

จากตารางที่ 33 พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .137$)

ตอนที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ที่แสดงในตารางที่ 34

ตารางที่ 34 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
ความเชื่อในอำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว	.270**	.000

**p < .01

จากตารางที่ 34 พบว่า ความเชื่อในอำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .270$)

ตอนที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เสนอผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยากับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ตัวแปรอิสระ	พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวโดยรวม	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
แรงสนับสนุนทางสังคม	.150*	.027

* p < .05

จากตารางที่ 35 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .150$)

ตอนที่ 5 อำนาจการทำนายของตัวแปร ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ความสามารถในการทำนายของตัวแปร ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ในตารางที่ 36 - 37

ตารางที่ 36 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอยค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) และค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(n = 220)

ลำดับ	ตัวทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	P-value
1	ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว	.270	.073	.073	17.196**	.000
2	ความเชื่ออำนาจในตนและเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว	.306	.094	.021	4.952*	.027

* $p < .05$

** $p < .01$

จากตารางที่ 36 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ โดยใช้วิธีการเพิ่มขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ตัวแปรความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวแรกและ สามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) เท่ากับ .073 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 หมายถึงความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ ร้อยละ 7.3

ขั้นตอนที่ 2 ตัวแปรเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว ถูกคัดเลือกเข้าสู่สมการเป็นตัวที่สองและเพิ่มความสามารถ ในการอธิบายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ ร้อยละ 2.1 (R^2 change = .021) ทำให้ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย R^2 เพิ่มขึ้นเป็น .094 ซึ่งหมายถึงความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ร้อยละ 9.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ตารางที่ 37 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวและเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว ในการทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

(n = 220)						
ลำดับ	ตัวทำนาย	b	S.E	Beta	t	P-value
	Constant	3.053	.125		24.482***	.000
1	ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว	0.127	0.030	0.272	4.209***	.000
	Constant	2.741	0.187		14.648***	.000
2	ความเชื่ออำนาจในตนและเจตคติในการควบคุม	0.084	0.038	0.144	2.225*	.027

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 37 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุม

น้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน
(Beta) = 0.272

เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
ของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (Beta) = 0.144

สมการพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา ในรูปคะแนนดิบมีดังนี้

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

$$= 2.741 + 0.127 * (\text{ความเชื่ออำนาจในตน}) + 0.084 * (\text{เจตคติ})$$

สมการพยากรณ์พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา ในรูปคะแนนมาตรฐานมีดังนี้

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

$$= 2.741 + 0.272 * (\text{ความเชื่ออำนาจในตน}) + 0.144 * (\text{เจตคติ})$$

วิจารณ์

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบประเด็นที่สำคัญนำมาวิจารณ์ได้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
รายได้ ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยาผลการวิจัยพบว่า

1. เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ วาทีนา (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ผลการศึกษาวิจัยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย และ ผลการศึกษาของ ผ่อง (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัดเทศบาล จังหวัดนนทบุรี ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวจัดเป็นพฤติกรรมหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพ และน้ำหนักตัวเป็นองค์ประกอบสำคัญของสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นบุคลากรทางการแพทย์ มีอาชีพเกี่ยวข้องโดยตรงกับสุขภาพ โดยวิชาชีพบุคลากรไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายต่างผ่านการศึกษาอบรมในเรื่องการดูแลสุขภาพมาแล้วทั้งสิ้น ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ไม่แตกต่างกันจึงทำให้เพศไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวทั้งเพศหญิงและเพศชาย

2. อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน สอดคล้องกับ วาทีนา(2545) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพซึ่ง ขัดแย้งกับการศึกษาของ หวานใจ (2543) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขัดแย้งกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ (2535) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ ทางบวกในระดับปานกลางกับแผนการดำเนินชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ยังขัดแย้งกับการศึกษาของ ชลลดา (2542) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ

การที่อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคคลทุกกลุ่มอายุมีการตั้งชมรมต่างๆ เพื่อให้บุคคลในวัยต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยารับนโยบายส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายซึ่งส่งเสริมให้บุคคลทุกกลุ่มอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมและเลือกปฏิบัติกิจกรรมตามความถนัดและตามความเหมาะสมของบุคคลในแต่ละวัย ดังนั้นไม่ว่าจะอยู่วัยใดก็สามารถเลือกกิจกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ตามความสนใจและความต้องการของตนเอง จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

3. สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงปฏิเสธสมมติฐาน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาทีนา (2545) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร และสอดคล้องกับประสงค์ (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครู และสอดคล้อง กับจินตนา (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ 3 กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องปัจจุบันบุคคลมีการพึ่งพาตนเองมากขึ้น สามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่ต้องพึ่งคู่สมรส ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากในสภาพสังคมในปัจจุบันและ บุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาคือบุคคลที่ทำงานนอกบ้าน และใช้เวลาในการทำงาน นอกบ้านเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ว่าจะเป็นด้านบริโภคโภชนาการ หรือ ด้านการออกกำลังกายก็อาจไม่ได้กระทำร่วมกับคู่สมรส ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงไม่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

4. ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน สอดคล้องกับผลการศึกษาของวาทีนา (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ บุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพของบุคลากร และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ขนิษฐา (2545) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพลทหารในกองพันทหารขนส่งซ่อมบำรุงเครื่องบินทหารบก จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมีสื่อต่างๆที่เผยแพร่ความรู้และความรู้เป็นเรื่องที่ เกี่ยวข้องกับบริโภคโภชนาการและการออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งข้อความดังกล่าวเป็น ความรู้ขั้นพื้นฐานไม่เป็นเรื่องที่ซับซ้อนยุ่งยากที่ต้องอาศัยการเรียนในระดับสูงหรือการคิดวิเคราะห์ เป็นการพิเศษ ข้อความและข้อปฏิบัติสามารถทำความเข้าใจได้ไม่ยากและเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับ สุขภาพโดยตรง จึงทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

5. รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงปฏิเสธสมมติฐาน

สอดคล้องกับการศึกษาของ วาทีนา (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานีพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของชนิษฐา (2545) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพลทหารในกองพันทหารขนส่งซ่อมบำรุงเครื่องบินทหารบก จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมด้านการควบคุมน้ำหนักตัวเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบสำคัญคือการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการออกกำลังกาย ดังนั้นบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ไม่ว่าจะมียาได้ระดับใดก็สามารถเลือกที่จะปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวให้เหมาะสมกับสถานะทางเศรษฐกิจของตนเองได้ แม้ว่ารายละเอียดของกิจกรรมอาจแตกต่างกัน เช่นผู้มีรายได้สูงอาจมีทางเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายได้หลากหลายเช่นการใช้บริการของศูนย์บริการสมรรถภาพ (Fitness Center) การซื้ออุปกรณ์การออกกำลังกายราคาสูงมาใช้ อย่างไรก็ตามผู้มีรายได้ต่ำก็สามารถเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเช่นการวิ่ง การเดิน การเดินแอโรบิกในสวนสาธารณะที่หน่วยงานต่างๆจัดขึ้น ซึ่งเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่คิดมูลค่า ดังนั้นจึงส่งผลให้รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว

6. ค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธิณี (2539) ที่พบว่า ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน ทั้งนี้อาจเนื่องจากพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวมีปัจจัยมาเกี่ยวข้องหลายประการ การจะเกิดพฤติกรรมดังกล่าว อาจมีปัจจัยที่อื่น ๆ มาเกี่ยวข้อง จึงทำให้ค่าดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักตัว

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาผลการวิจัยพบว่า

ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.155$) ขัดแย้งกับการศึกษาของ วาทีนา (2545) ที่พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และผลการศึกษาของ มณีภรณ์ (2542) พบว่า ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รวมทั้งผลการศึกษาของ ผ่อง (2545) พบว่า ความรู้ในการ

ส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวมีปัจจัยหลายประการมาเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยทางด้านทัศนคติ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการสนับสนุนทางสังคม การมีความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการก่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวได้ ดังนั้นความรู้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว

สมมติฐานข้อที่ 3 เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า

เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .141$) สอดคล้องกับ วาทีนา (2545) ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และสอดคล้องกับการศึกษาอุดมศักดิ์ (2546) ที่พบว่าเจตคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์ อนงค์ (2529) พบว่า ความเชื่อสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของนิษฐา (2545) ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษา ผ่อง (2545) ที่พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา แสดงว่าถ้าบุคลากรมีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น หรือถ้าบุคลากรมีเจตคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยตามไปด้วย ดังนั้นเจตคติจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว

สมมติฐานข้อที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคาน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวผลการวิจัยพบว่า

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคาน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($r = .105$)

2. การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .017$)

3. การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.014$)

การที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์การควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานกับโรคภัยไข้เจ็บอยู่เป็นประจำ จึงทำให้บุคลากรดังกล่าวได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน, การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การเกิดโรคต่างๆอยู่เป็นประจำและอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีระดับคะแนนการรับรู้ในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 94.09 โดยแบ่งเป็นรายด้านคือ ระดับคะแนนตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงร้อยละ 96.36 ระดับคะแนนตามการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐานอยู่ในระดับสูงร้อยละ 97.73 และระดับคะแนนตามการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงร้อยละ 98.64 แต่การรับรู้ในเรื่องดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจาก การจะเกิดพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อาจมีปัจจัยอื่นๆอีกมากมายที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มิใช่ปัจจัยทางด้านความรู้ ความรู้สึกรู้คิดหรือการรับรู้เพียงกลุ่มเดียว แต่อาจมีปัจจัยภายนอก เช่นปัจจัยด้านกายภาพ ทางด้านสังคม เข้ามามีส่วนในการก่อให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวด้วย เหตุนี้จึงทำให้การที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาคน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ทับทิม (2545) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางในกรุงเทพมหานคร

4. การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .137$) ขอมรับสมมติฐาน สอดคล้องกับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวในสตรีแอฟริกันอเมริกัน พบว่าเวลาเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวมากที่สุด เนื่องจากสตรีที่แต่งงานแล้วต้องมีหน้าที่ในการดูแลบุตร และทำงานบ้าน เช่นเดียวกับ จิตอารี (2543) พบว่าอุปสรรคการออกกำลังกายของพยาบาลที่ชัดเจนที่สุด คืออุปสรรคด้านเวลาที่ใช้ในการทำงาน เพราะลักษณะงานเป็นงานบริการที่หนักและเหนื่อย ที่ต้องมีการผลัดเปลี่ยนตารางเวลาการทำงาน ซึ่งไม่ตรงกับเวลาของบุคคลที่ทำงานตามปกติ จึงมีผลต่อการจัดเวลาในการออกกำลังกาย จึงทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้เท่าที่ควรจะเป็น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีทั้งอยู่ในวัยทำงานและส่วนใหญ่มีภาระความรับผิดชอบทั้งงานในอาชีพซึ่งต้องให้บริการผู้ป่วย และความรับผิดชอบในครอบครัว ทำให้มีข้อจำกัดในด้านเวลา รวมทั้งอาจมีปัจจัยด้านกายภาพอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความไม่สะดวก ในการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว จึงทำให้การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ต่อการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

สมมติฐานข้อที่ 5 ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ผลการวิจัยพบว่า

ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .270$) จึงขอมรับสมมติฐาน พบว่าการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แชมป์ลิสส์ (Chambless, 1979 อ้างใน สุภารัตน์, 2537) ที่พบว่า การเพิ่มระดับการรับรู้ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว จะทำให้ผู้ที่ลดน้ำหนักตัวสามารถลดได้มากขึ้น สอดคล้องกับ ชลลดา (2542) พบว่า ความเชื่ออำนาจในตนมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เช่นเดียวกับจินตนา (2541) พบว่า การรับรู้ความเชื่ออำนาจในตนด้านการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสอดคล้องกับ การศึกษาของ ดรุณี (2545) ที่พบว่าผู้ใหญ่วัยกลางคนในจังหวัดเชียงใหม่ มีการรับรู้ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว แสดงว่าบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีการรับรู้ที่ตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ไม่ว่าจะเป็นด้านบริโภคนิสัยหรือด้านการออกกำลังกาย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอาจเคยพบเห็นความสำเร็จของคนวัยเดียวกันในการปฏิบัติพฤติกรรม

การควบคุมน้ำหนักตัว รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในเป็นวัยที่มีตำแหน่งหน้าที่การทำงานที่มั่นคง เคยผ่านความสำเร็จในเรื่องต่างๆในชีวิตมาพอสมควรเป็นวัยที่เริ่มเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในอดีตก่อให้เกิดความรู้สึกรู้สึกที่มีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ มีความเชื่อในความสามารถตัวเองมากขึ้น จึงทำให้ความเชื่ออำนาจในตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานข้อที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ผลการวิจัยพบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .150$) จึงยอมรับสมมติฐานสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วาทีนา (2545) ที่พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จากการศึกษาของจงรักษ์ (2544) พบว่าการมีแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรทางสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สรลรัตน์ (2542) พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยเช่น สนามกีฬา และความสะดวกในการใช้สถานที่เล่นกีฬา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในหลายรูปแบบเช่น มีการชักชวนให้ควบคุมน้ำหนักตัวจากญาติ พี่น้อง คนในครอบครัว ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านโภชนาการ การรับประทานอาหารโดยเน้นผัก ผลไม้ทั้งด้านการออกกำลังกาย โดยผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หนังสือด้านสุขภาพซึ่งสามารถหาอ่านได้ไม่ยากตลอดจนการได้รับความรู้จากประชุม ความรู้จากการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมชมรมต่างๆ ทางสุขภาพที่เป็นนโยบายของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา OPOC (One Person One Club) จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สมมติฐานข้อที่ 7 ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว แรงสนับสนุนทางสังคม

สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ผลการวิจัยพบว่าความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัวและเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้ร้อยละ 9.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($R^2 = 0.94$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีความเชื่ออำนาจในตน มีความมั่นใจและพยายามปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว จึงเป็นสิ่งที่กำหนดทิศทางและมีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura(1997) ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้ประสบความสำเร็จและนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ตลอดจนควรมีเจตคติที่ดีต่อพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยน ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ ครุณี (2545) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักตัวสามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวได้

ส่วนตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค่าน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคม การที่ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้ อาจเนื่องมาจากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวหรือมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ซึ่งไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นงานวิจัยแบบการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย เจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค้ำน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ความเชื่ออำนาจในตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และศึกษาปัจจัยซึ่งสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปสู่การส่งเสริมสนับสนุนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาต่อไป

การศึกษานี้ดำเนินการในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ถนนอุทัย ตำบลประจักษ์ อำเภพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 220 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านแบบสอบถามได้แก่ ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ตอนที่ 4 แบบสอบถาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหาค้ำน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักร่างกายไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักร่างกาย การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักร่างกายของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่างกาย ตอนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม ตอนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกาย และนำเครื่องมือไปหาคุณภาพความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองกับบุคลากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในโรงพยาบาลเสนา อำเภเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronach' alpha coefficient) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistical Package for the Social Science for window)

การพิจารณาผลการวิเคราะห์ทำให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 77.27 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 40-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00 สถานภาพสมรส มีคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 76.36 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 42.27 มีรายได้ อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 25.00 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ (18.51 - 24.99) คิดเป็นร้อยละ 60.45

2. ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความรู้ ในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 54.55 รองลงมา มีความรู้ในการ ควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 33.18

3. เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีเจตคติ ในการควบคุมน้ำหนักตัวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 55.45 รองลงมา มีเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 44.09

4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 96.36 รองลงมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 2.73

5. การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ความรุนแรง ของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 97.73 รองลงมา มีการรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 1.82

6. การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูงร้อยละ 98.64 รองลงมา มีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 0.91

7. การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 52.73 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 32.27

8. ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 71.82 รองลงมา ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 25.91

9. แรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 60.00 รองลงมา มีแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 35.91

10. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมของการควบคุมน้ำหนักตัว อยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 60.45 รองลงมาของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.55

ผลการทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 1

สมมติฐานที่ 2 ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 2

สมมติฐานที่ 3 เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 3

สมมติฐานที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวตัวไม่ได้มาตรฐานและการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงปฏิเสธสมมติฐานที่ 4 ในการทดสอบ ตัวแปรดังกล่าว

การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 4 ในการทดสอบตัวแปรดังกล่าว

สมมติฐานที่ 5 ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงยอมรับสมมติฐานที่ 5

สมมติฐานที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงยอมรับตามสมมติฐานที่ 6

สมมติฐานที่ 7 เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว และความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้ร้อยละ 9.4 ($R^2 = 0.094$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวได้ร้อยละ 7.3 ($R^2 = 0.073$) และเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว สามารถเพิ่มอำนาจพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวได้ ร้อยละ 2.1 ($R^2 \text{ Change} = 0.021$) เมื่อร่วมกับความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว

สำหรับตัวแปรที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้คือความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัวและแรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้แก่ เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ดังนั้นผู้บริหารจึงควรกำหนดนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวเป็นรูปธรรม โดยคำนึงถึงปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์ดังกล่าว เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดยุทธศาสตร์และกลวิธีในการดำเนินการ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวที่มีประสิทธิผลและความสอดคล้องกับบริบทของ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาต่อไป

2. เนื่องจากสุขภาพในทุกมิติเป็นองค์รวม ผู้บริหารให้ความสำคัญสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพแก่บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ในด้านอื่นๆด้วย เนื่องจากพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ เช่นความเครียด การใช้สารเสพติด เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวที่เหมาะสมและยั่งยืนจึงควรมีการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆควบคู่ไปด้วย

3. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการจัดทรัพยากรที่เอื้ออำนวยเรื่องเกิดการเกิดพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เนื่องจากผลการวิจัยให้พบว่ามีแรงสนับสนุนทางด้านสังคม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว เช่นการจัดสภาพแวดล้อมทางด้านกายภาพที่เอื้อต่อการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อ และกิจกรรมต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โดยเฉพาะการมีกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1. กำหนดแผนปฏิบัติในการพัฒนาด้านเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว ความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

2. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาบุคลากร ควรเป็นแกนนำในการสร้างเครือข่ายการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ด้านการควบคุมน้ำหนักตัวให้แก่บุคลากรเพื่อส่งเสริมเจตคติและความตระหนักให้บุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาให้เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวที่เหมาะสม เช่น เป็นแกนนำในการจัดตั้งชมรมหรือกลุ่มสนใจในการควบคุมน้ำหนักตัว การจัดกิจกรรมรณรงค์และ

ประชาสัมพันธ์ด้านบริโภคนิสัย เช่น การจัดทำเมนูอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักตัว รวมทั้งการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ให้นุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอย่างต่อเนื่อง

4. ผู้บริหารควรให้ความสำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เอื้ออำนวยต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น จัดให้มีร้านค้าอาหารเพื่อสุขภาพในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา การจัดสถานที่เพื่อให้บุคลากรมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดหลักในการวิจัย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านทางสุขภาพเป็นทฤษฎีที่ยึดปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นสำคัญ จากผลการวิจัยพบว่าปัจจัยบางประการตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ดังนั้นจึงควรควรมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพที่คำนึงถึงปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพิ่มเติม เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ให้ครอบคลุมและสามารถอธิบายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาวิธีการและรูปแบบการให้สุขภาพที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต (Lifestyle) และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

3. ควรมีพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กชกร สมมั่ง. 2542. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลลพบุรี. โรงพยาบาลลพบุรี. ลพบุรี.

กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2540. แผนการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8. นนทบุรี. กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

กระทรวงสาธารณสุข. 2548. การประชุมการส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ในประเทศไทย โอกาสและความท้าทาย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. ปีที่ 28 (3): 16-20.

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม. 2548. การตรวจสุขภาพประจำปีโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.

กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข. 2541. สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย. กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข.

ชนิษฐา ทองบุญ. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพลทหารในกองพันทหารขนส่งซ่อมบำรุงเครื่องบินทหารบก จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ค้วน ขาวหนู. 2526. โภชนศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. อักษรบัณฑิต: กรุงเทพมหานคร.

จงรักษ์ รอดเกษม. 2544. ครอบครัวกับการออกกำลังกายของบุคคลทางด้านสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จิตอาวี ศรีนาคะ. 2543. การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา พรมลาย. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพัฒนากร เขตที่ ๑ กรมการพัฒนารัฐมนตรี กระทรวงมหาดไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. 2532. การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการแพทย์. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (1): 42-59.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา. 2542. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลิดา อุ๋นกำเนิด. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้บริหารและภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดร.ณิ ดลรัตน์ภัทร. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงกมล จันทร์นิมิตร. 2538. อิทธิพลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือทางสังคมจากญาติต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทักษิณา รัชญาหาร. 2540. ประสิทธิภาพของโครงการโภชนศึกษาเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นอ้วนชายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทับทิม ปัตตะพงศ์. 2545. ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทาริกา คำสม. 2547. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทพ หิมะทองคำ. 2548. การเผชิญความท้าทายด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อสุขภาพที่ดี น. 25-26. ใน ประไพศรี ศิริจักรวาล, ประภาศรี ภูวเสถียร, ชนิพรรณ บุตรีและมธุรพร ภาคพรต, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการโภชนาการ'48. สถาบันวิจัยโภชนาการ, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นพวรรณ อัครวัฒน์ และ ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. 2544. แนวทางพัฒนากิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ ระบบไหลเวียน. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด: กรุงเทพฯ.
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. สรุปหลักการวิจัย โครง การผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.
- นริศ เจนวิริยะ. 2437. “ภูมิต้านทานทางโรคอ้วน”. ใกล้เคียง. พิมพ์ที่บี.เค. กรุงเทพมหานคร
- นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความสามารถในการดูแล ตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำฝน ทองตันไตรย์. 2541. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วน ในวัยรุ่นหญิง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นุชระพี สุทธิกุล. 2540. พฤติกรรมส่งเสริมของครูประถมศึกษา สังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. 2535. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2538. สุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์, 48. เอกสาร
ประกอบการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7. ณ โรงแรมเจริญไฮเต็ล จังหวัด
อุดรธานี ระหว่างวันที่ 23-27 เมษายน 2538.
- ประยงค์ ถิมตระกูล. 2523. บริโภคนิสัยของมารดาที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของเด็กวัย
ก่อนเรียนในชนบทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประสงค์ ชีรพศันภักย์. 2541. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูมัธยมศึกษา
สังกัดกรมสามัญศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสิทธิ์ กล้าหาญ. 2541. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- ผ่อง อนันตริเวช. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา
สังกัดเทศบาลจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พงศ์อมร บุณนาค. 2548. การเผชิญความท้าทายด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อสุขภาพที่ดี,
น.199-202. ในประไพศรี ศิริจักรวาล ประภาศรี ภูวเสถียร ชนิพรรณ บุตรยี่และมธุพร
ภาคพรต, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการโภชนาการ'48. สถาบันวิจัยโภชนาการ,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิศา ชัยอำนาจ. 2545. แนวทางการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.
บริษัทคอนฟอร์ม: กรุงเทพมหานคร.
- พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงษ์เกษม และวสันต์ ศิลปะสุวรรณ. 2538. วิธีวิจัย
ในงานสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่2. โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก: กรุงเทพมหานคร.
- เพชร อินทรพานิช. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม
กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดเขตเทศบาลเมืองอุดร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- เพ็ญศรี พงษ์พานิช. 2536. ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มณีภรณ์ อนุสรณ์พานิช. 2542. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มดูลี ชูเนตร. 2538. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจิรา ดวงสงค์. 2544. ผลของการประยุกต์โปรแกรม “take PRIDE” ในโครงการควบคุมน้ำหนักในเขตเทศบาลเมืองนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดาวลัย ผาสุข. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสุขภาพ การสนับสนุนจากหน่วยงานกับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วณิชา กิจวรพัฒน์. 2547. การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนลดา ทองใบ. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคนงานสตรีในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาทีนา ทาตายุ. 2545. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลกรโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- วิชัย ต้นไพจิตร ปรียา ลีพหกุล และรัตนา พากเพียรกิจวัฒนา. 2544. การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันและบำบัดโรคอ้วน. *คลินิกเวชปฏิบัติเวชนิทัศน์*. 196: 305-317.
- วิเชียร เกตุสิงห์. 2538. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมายเรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ. (อัครสำเนา)
- วิไลลักษณ์ แสงคุณ. 2533. พฤติกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านของคนในเมือง: ศึกษาเฉพาะกรณีเขตเทศบาลเมืองนครสวรรค์. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- ศันสนีย์ อุดมอ่าง. 2533. การบริโภคอาหารของวัยรุ่นในเขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*.
- ศิริพันธุ์ จุลกรังคะ. 2542. โภชนาการเบื้องต้น. *มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์: กรุงเทพฯ*.
- ศุภวารินทร์ หันกิตติกุล. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง :ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. *ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พรินติ้ง: กรุงเทพมหานคร*.
- สมใจ ศิริเวช. 2525. “ความเชื่อเรื่องอาหาร และบริโภคนิสัย”. *โรคโภชนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร*.
- สมพร เกตุมงคลฉวี. 2543. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนของนิสิต นักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐในกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*.

- สร้อยรัตน์ พลอินทร์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของ
ตนเองในการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และสภาพแวดล้อม
ของวิทยาลัยกับพฤติกรรมออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544. ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คนจำแนก
ตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2541 – 2544. [Online]. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวง
เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร [producer], 2003. Available from
<http://www.nso.go.th/thai/stat/star 23/toc 4/4.3-2.xis> , May 18, 2004.
- สิรินธร สะศิณิล. 2541. ผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อ
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. 2540. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด
อุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดาพร คำรงค์วานิช. 2536. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาล
ในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดารัตน์ ขวัญเงิน. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนิน
ชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุทธินิจ หุณฑสาร. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน
เขตชนบท จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายในภายนอกด้าน
สุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุริย์ จันทร์โมลี. 2535. ประสิทธิภาพของการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาแนวใหม่เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. 2534. อัตโนภาพความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. 2532. หลักโภชนาการปัจจุบัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
กรุงเทพมหานคร.
- หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ. 2543. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อนงค์ พานิชปฐมพงศ์. 2529. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของ
ผู้ป่วย. ข่าวสารการพยาบาล. 22 : พฤษภาคม – สิงหาคม 2529.
- อภิรยา พานทอง. 2540. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีหมด
ประจำเดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุดมศักดิ์ แสงวณิช. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลกรโรงพยาบาล
ประจวบคีรีขันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, J.W. and W.J.L. Chen. 1979. Plant fiber Carbohydrat and lipid metabolism. **Amer.
J. clin. Nutr.** 32: 346-363.
- _____. 1983. Legumes and their soluble fiber : effect on Cholesterol rich lipoprotein. **Food
Tecnol.** 40: 108
- Bandura , A. 1997. **Social Learning Theory.** Engle Wood Cliffs New Jersey Prentice Hall.

- Becker, M.K. 1974. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. **Health Education Monographs.** 409-17.
- Bloom, B.S. 1968. **Learning of Mastery.Evaluation Comment,Center for the study of Evaluation of Instruction Program.** University of California at California Los Angles. 2: 47-62
- Bolton, R.P., K.W. Heaton and L.F. Burroughs. 1981. The role of dietary fiber in satiety, glucose and insulin : studies with fruit and fruit juice. **Amer. J. Clin. Nutr.** 34: 211-217.
- Bray, G.A. 1997. **Owereight is risking fate : Definition, classification, prevalence, and risks.** Annaul of the New York Academic of Science. 49: 14-48.
- Broomfield, P.H., R. Chopra, R.C. Sheinbaum, G.C. Bonorris, A. Silverman, L J. Schoenfieldand J.W. Marks. 1988. Effects of ursodeoxycholic acid and aspirin on the formation of lithogenic bile and gallstone during loss of weight. **North England Journal of Medicine.** 319: 1567-1572.
- Bruke, V., N.M. Giangiulio Beilin, L.J., S.Houghtom, and R.A. Miligan. 1999. Health promotion in couples to a shared lifestyle. **Health Education Research.** 14 (2): 268-288.
- Chaithiraphan, S. 1986. Obesity and the Heart. **Intern Medicine.** 2: 114 – 117. Caldwell, J.R.,et al. 1970. The dropout problem in antihypertensive therapy. **Journal of Clinical Disease.** 22: 579 – 592.
- Cataldo, C.B., L.K. DeBrugne and E.N. Whitney. 1999. **Nutrition and diet therapy.** Boston, Massachusetts: Wadsworth.
- Flegal, S. 2000. **National and internation trends in weight an overweight for women.** [online]. Available : [http ://www.workhealth.org](http://www.workhealth.org), June, 25 2001.

- Gong, E.S. and F.P. Heald. 1994. Diet, nutrition, and adolescence. in M.E. Shils, J.A., Olson, M., Shike (Eds). **Modern nutrition in health and disease (8th ed)**. Philadelphia :Lea. & Febigen. 759 – 769.
- Gorsky, R.D., E.Pamuk, D.F.,Williamason, P.A.,Shaffer, and J.P. koplman. 1996. 25 years health care cost of Women who remain overweight after 40 years of age. **American Journal of Prevention Medicine**. 12: 388 – 396.
- Grodner, M., S.L.,Anderson, and DeYong. 2000. **Foundations and clinical application of nutrition : A nursing approach**. Philadelphia: Mosby.
- Haber, G.B., K.W. Heaton, D. Murphy and L.F. Burroughs. 1977. Depletion and disruption of dietary fiber : effects on satiety, plasma-glucose and insulin. **Lancet**. 2: 679.
- Heaton, K.W., P.M. Emmett, C.L. Henry, J.R. Thronton, A. Manhire and M. Hartog. 1983. Not just fiber the nutritional consequences of refined carbohydrate foods. **Hum. Nutr. Clin. Nutr.** 37c:31-35.
- Jalowice, A and M.J.Power. 1981. Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. **Nursing Research**. 30: 10-15.
- Jenkins, D.J.A., D. Reynolds, A.R. Leeds, A.L. Waller and J.H Cummin. 1979. Hypocholesterolemic action of dietary fiber : unrelated to fecal bulking effect. **Amer. J. Clin. Nutr.** 32: 2430.
- Kathleen G. 1981. Health Belief & Self-Care in Hypertention. **Med care**. 10: 327.
- Kay, R.M. and A.S. Truswell. 1977. Effects of citrus pectin on Blood lipids and fecal steroid exeretion in man. **Amer. J. Clin. Nutr.** 30: 171.
- _____. 1980. Dietary fiber : effects on plasma and biliary lipids in man. In G.A. Spiller and R.M. Kays. **Medical Aspects of Dietary Fiber**. Plenum. New York. 153-167.

- Kerby, R.W., J.A. Anderson, B. Sieling, E.D. Rus, W.L. Chem, R.E. Miller and R.M. Kay.
1981. Oat bran selectively lowers serum low density lipoprotein cholesterol concentrations of hypercholesterolemic men. **Amer. J. Clin. Nutr.** 34: 824.
- Langlie, J.K. 1977. Social Networks Health Beliefs and Preventive Behavior. **Journal of Health and Social Behavior.** 8: 244-260.
- _____. 1983. Legumes and their soluble fiber: effect on cholesterol rich lipoprotein. **Food Technol.** 40: 108.
- Lewis, C.M. 1986. **Nutrition and Nutritional Therapy in Nursing.** Norwalk, Conn. Appleton-Century Crofts. 2.
- Lusk, S.L. M.J. Kerr and D.L. Ronis. 1995. Health Promoting Lifestyles of Blue - Collar Skill Trade and White – Worker. **Nursing Research.** 44: 20-24.
- Manson, J.E. and T.B. VanItallie. 1996. American's obesity epidemic and women's health. **Journal of Women is Health.** 5: 329 –333.
- Miettinen, T.A. and S. Tarpila. 1977. Effects of pectin on serum cholesterol, fecal bile acid and biliary lipids in normolipidemic and hyperlipidemic individuals. **Clin. Chem. Nutr.** 79: 47.
- Moore, B.J., and C.E. Koup. 1998. Obesity is no laughing matter. **Journal of Women's Health.** 7(2): 183 – 185.
- Murray, R.B. and J.P. Zentner. 1993. Nursing Assessment and Health Promotion Strategies through the Life-span. 5 th . ed . **Appleton & Lange:** 659.

- Muhlenkamp, A.F., and N.A. Broerman. 1988. Health beliefs, health value, and positive health behaviors. **Western Journal of Nursing Research** 10(5): 637-646.
- Nies, M.A., M., Vollman, and T. Cook 1998. Facilitators, barriers, and strategies for exercise in European American women in the community. **Public Health Nursing** 15(4): 263–272.
- Orem, D. 1985. **Nursing: Concept of Practice (3rd ed.)**. New York: McGraw Hill Book Co.
- _____. 1991. **Nursing: Concept of Practice (4th ed.)**. St Louis Mosby Year Book Co.
- Palank, C.L. 1991. Determinants of Health-Promotion Behavior A Review of Current Research. **Nursing Clinic of North America**. 26: 815-832.
- Parse, R.R. 1987. **Nursing science**. Major paradigms, theory, and critiques. Philadelphia : Saunder.
- Pilisuk, Mare. 1982. Delivery of social support: The social inoculation in **American Journey of epidemiology**. 52: 20-29.
- Pilisuk, M. and M. Minkler. 1985. Supportive Ties. A political Economy Perspective. **Health Education Quarterly**. 12: 93-104.
- Polit, D.F. and B.P. Hungler. 1999. **Nursing Research : Principles and methods (6th ed.)**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Ready, T. 1985. Anthropology and study of chronic disease : adolescent blood pressure in Corpus Chris Texus. **Social Science Medicine**. 21: 443 – 450.
- Rosenstock, M. Irwin. 1974. Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**. 2: 328 -335.

- Ruth, S. 1973. **Rehabilitaion aspects of acute and chronic nursing card**. Philadelphia: W.B. Sauder Company. 135–136.
- Schneeman, B. O. 1986. Dietary fiber : physical and chemical properties, methods of analysis, physiological effects. **Food Technol.** 40: 104-110.
- Sechrist, K.R., S.N. Walker, and N.J. Pender. 1987. Development and psychometric evaluation of the exercise benefits/ barrier scale. **Research in Nursing & Health exercise.** 10: 57-368.
- Scharff, D.P., S. Homan. M., Kreuter. and L. Brennan. 1999. Factors associated with Physical activities in women across the lifespan : Implication for program development. **Women and Health.** 29(2): 115-134.
- Skinner, Jeand. 1991. Changes in student's dietary behavior during a Collage Nutrition Course. **Soc For Nu Edu.** 23: 72–75.
- Slavin, J.L. 1987. Dietary fiber : Classification, chemical, analysis and food sources. **J. Amer. Diet. Ass.** 87: 1163-1171.
- Stretcher, V., B.M. Devellis, M.H., Becker. And I.M. Rosenstock. 1986. The role of self-efficacy in achieved health behavior change. **Health Education Quarterly.** 13(1): 73-92.
- Suchman EA. 1970. Health Attitudes and Behavior. **Arch Environ Health.** 105-108.
- Wadden, T.A. and T.A. StunKard. 1996. Psychological consequence of obesity and dieting : Research and clinical finding. In A.J., Stunkard, & T.A. Wadden. Eds. **Obesity: Theory and therapy 2nd ed.** 1 Philadelphia: Lippincott – Ravan. 13–41.

- Walcott- McQuigg, J.A., J., Sullivan, A., Dan, and B. Logan. 1995. Psychosocial factors enchanting weight control behavior of African American women. **Western Journal of Journal of Nursing Research**. 17: 502-520.
- Willett, W.C. 1995. weight change, and coronary heart disease in woman. **Journal of the American Medicine Association**. 273: 461-465.
- World Health Organization. 1986. **Ottawa charter for Health Promotion. The first International Conferece On Health Promotion: The movement towards a new public health**. World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association, Ottawa, Ontario
- World Health Organization. 2000. **The Asia-Pacific perspective: Redefining Obesity and Its treatment**. Knoll Pharmaceutical and steering committee.
- Wrick, K.L., J.B. Robertson, P.J. Van Soest, B.A. Lewis, J.M. Rivers, D.A. Roe and L.R. Hackler. 1983. The influence of dietary fiber source on human intestinal Transit and sterol out put. **J. Nutr.** 113: 1164.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

1. ดร. อรุวรรณ แยมบริสุทธิ์
ฝ่ายมนุษย์โภชนาการ
สถาบันวิจัยโภชนาการ
มหาวิทยาลัยมหิดล

2. แพทย์หญิงเนาวรัตน์ ลีโทเชาวลิต
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

3. นายแพทย์อรรถิฤทธิ์ จุฬาลักษณ์ศิริบุญ
กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เลขที่.....

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

คำชี้แจง : โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามนี้มี 7 ตอนประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักรักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักรักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักรักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรักตัว

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ในช่อง () หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ () 0. ชาย () 1. หญิง
2. อายุ..... ปี (อายุเต็ม)
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส () 3. หม้าย
() 4. หย่า () 5. แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษา
() 3. ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา
() 4. ปริญญาตรี () 5. สูงกว่าปริญญาตรี
5. รายได้เฉลี่ย () 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท () 2. 5,001- 10,000 บาท
() 3. 10,001-15,000 บาท () 4. 15,001- 20,000 บาท
() 5. 20,001-25,000 บาท () 6. 25,001- 30,000 บาท
() 7. มากกว่า 30,000 บาท
6. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
7. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การรับประทานอาหารที่ไขมันสูงเป็นประจำ แต่หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน จะไม่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอ้วน			
2. วิธีควบคุมไม่ให้น้ำหนักตัวเกินควรรับประทานอาหารมือเย็น			
3. หากสามารถจำกัดอาหารได้อย่างเคร่งครัด ก็สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้โดยไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย			
4. หากไม่ควบคุมน้ำหนักตัวอาจทำให้มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้			
5. อาหารประเภทผักและทอด แม้ว่าจะมีส่วนประกอบของไขมัน แต่ก็มีสัดส่วนของไขมันแตกต่างจากอาหารประเภท ปิ้ง นึ่ง ย่าง อบเพียงเล็กน้อยซึ่งผู้ต้องการควบคุมน้ำหนักตัวไม่จำเป็นต้องหลีกเลี่ยง			
6. ผู้ที่กำลังต้องการควบคุมน้ำหนักตัวสามารถรับประทานกล้วยเตียวผลัดไทยและน้ำส้มคั้นที่มีส่วนผสมของน้ำตาลได้			
7. การเลือกรับประทานอาหารควรคำนึงถึงความสะดวกมากกว่าพลังงานที่ควรได้รับ			
8. อาหารแต่ละมื้อต้องมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ โปรตีนที่ควรได้รับต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15-24 ของพลังงานทั้งหมด			
9. การเลือกดื่มนมถั่วเหลืองที่ขายทั่วไปสามารถดื่มได้โดยไม่จำกัดเพราะนมถั่วเหลืองมีกาวยสูง			

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
10. ผู้ที่มีโรคประจำตัวก็สามารถออกกำลังกายได้โดยได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
11. การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนักตัวควรออกกำลังกายแบบไม่ใช้ออกซิเจน(Anarobic Exercise) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 20-30 นาที			
12. การออกกำลังกายมีความจำเป็น ในการเพิ่มไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ(LDL)ซึ่งจะช่วยให้ลดอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด			
13. การลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดควรมีระดับเอชดีแอล(HDL)ไม่ควรเกิน 40 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์			
14. ถั่วเมล็ดแห้งเป็นอาหารที่มีกากใยสูงและมีโปรตีนสูงจึงควรบริโภคได้มากและบ่อยๆไม่ผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัว			
15. การวัดการดูดซึมของอาหารเมื่อเปรียบเทียบกับอาหารมาตรฐานถ้าไกลซีมิกอินเดกซ์เท่ากับ 100 แสดงว่าดูดซึมได้รวดเร็วเท่ากับอาหารมาตรฐาน ถ้าไกลซีมิกอินเดกซ์สูงกว่า 100 แสดงว่าดูดซึมได้มากกว่าอาหารมาตรฐาน ท่านควรเลือก อาหารมีไกลซีมิกอินเดกซ์สูงเพื่อให้อาหารดูดซึมของอาหารดีขึ้น			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. การดื่มนมปราศจากไขมัน หรือนมพร่องไขมันช่วยในการควบคุมน้ำหนักตัวแต่ไม่ชอบเพราะรสชาติไม่ดี					
2. ท่านรับประทานอาหารประเภทเปิด ไข่ที่ติดหนังเป็นประจำแม้รู้ว่าทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้					
3. การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ข้าวกล้อง ผัก ผลไม้ (ฝรั่ง, ชมพู, ส้มเขียวหวาน) ทำให้การขับถ่ายเป็นปกติช่วยควบคุมน้ำหนักตัวควรรับประทานเป็นประจำ					
4. การเคี้ยวอาหารให้ละเอียดไม่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัว					
5. การรับประทานอาหารว่างประเภทเค้ก ขนมปังที่มีส่วนผสมของแป้ง ไขมัน น้ำตาลเป็นหลักไม่มีผลต่อการทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นสามารถรับประทานได้					

ข้อความ	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. คนที่กำลังควบคุมน้ำหนักตัวไม่ควรรับประทานอาหารว่างประเภทข้าวเกรียบทอด มันฝรั่งทอดเป็นประจำ					
7. ท่านทราบดีว่าอาหารประเภทแคบหมู ไข่อั่ว กุนเชียงมีไขมันสูงแต่ก็อดรับประทานไม่ได้เพราะรสชาติอร่อย					
8. ท่านรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องดีแต่ไม่พร้อมเพราะไม่มีเวลา					
9. คนที่มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานมักทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพ					
10. ผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงงานไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย					
11. การออกกำลังกายทุกวันนี้ประโยชน์ต่อร่างกายเพราะทำให้มีสุขภาพแข็งแรงขึ้น					
12. สถานที่ทำงานที่ท่านทำอยู่นั้นมีลิฟท์จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้บันได					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน
การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุม
น้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย	ค่อนข้าง เห็นด้วย	ค่อนข้าง ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. การรับประทานอาหารหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยาบ่อยๆ ทำให้มี น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด					
2. การรับประทานหอยนางรม ปลาหมึก ไข่ เครื่องในสัตว์ ทุกชนิด บ่อยๆ นอกจากทำให้ มีระดับโคเลสเตอรอลสูงแล้ว ยังมีโอกาสเสี่ยงเกิดหัวใจขาด เลือด					
3. การรับประทานอาหารว่างเช่น สาเกุไส้หมู ข้าวเกรียบปากหม้อ เค้ก ขนมปัง โดนัท เป็นประจำ มีโอกาทำให้เสี่ยงต่อการมี น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน					
4. การบริโภคอาหารเกินความ ต้องการของร่างกายในแต่ละ มื้อมากกว่า 1จานทำให้เกิดโรค อ้วนได้					
5. การขาดการออกกำลังกายมีผล ต่อการควบคุมน้ำหนักตัว					

ข้อความ	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
6. การออกกำลังกายอาทิตย์ละ 3-5 วันๆ ละ30-60 นาทีจะช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน					
7. การรับประทานอาหารทอด และอาหารประเภทกะทิเป็นประจำทำให้น้ำหนักตัวเกินมาตรฐานได้					
8. การมีน้ำหนักตัวเกินมีโอกาas เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือโรคหัวใจได้					
9. การมีน้ำหนักตัวเกินส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากในชีวิตประจำวันใช้พลังงานน้อยและขาดการออกกำลังกาย					
10. การงดรับประทาน อาหารทอด แกงกะทิ เนื้อสัตว์ติดมันติดหนัง และอาหารที่มีรสหวานจะช่วยลด น้ำหนักตัวได้					
11. การรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่นข้าวกล้อง ผักผลไม้ (ฝรั่ง, ชมพู่, ส้มเขียวหวาน) เป็นประจำทุกวัน จะทำให้การขับถ่ายปกติ					

ข้อความ	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
12.การที่ท่านควบคุมน้ำหนักตัวได้ช่วยป้องกันการเกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานได้					
13.การออกกำลังกายช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง					
14.การที่ท่านควบคุมน้ำหนักตัวได้ทำให้รูปร่างสวยงามได้สัดส่วน					
15. การออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง					
16.การงดรับประทานอาหารเค็มรสหวานไม่สามารถทำได้เพราะอาหารนั้นไม่มีรสชาติ					
17. การควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารเมื่องานยุ่งกระทำได้ยากเพราะอาหารส่วนใหญ่ไม่มีรสชาติดี					
18. การออกกำลังกายทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย					
19. ความเมื่อยล้า ความไม่สะดวก และมีภาระความรับผิดชอบต่องานในบ้านทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายตามที่ตั้งใจไว้					
20. การออกกำลังกายเป็นประจำไม่สามารถทำได้เพราะสถานที่ไม่เอื้ออำนวย					
21.การออกกำลังกาย 3 – 5 วันต่อสัปดาห์วันละ 30- 60 นาที ทำได้ยากเพราะไม่มีเวลา					

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนในการควบคุมน้ำหนักตัว

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
1. ท่านสามารถรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผัก ผลไม้ได้ทุกวัน					
2. ท่านสามารถงดหรือกินอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบให้น้อยลงได้					
3. ถ้ารับประทานแป้ง ไขมันหรือห่านท่านมั่นใจว่าจะไม่รับประทานส่วนที่เป็นหนัง					
4. ท่านสามารถรับประทานผลไม้ที่ให้ใยอาหารสูง เช่น ฝรั่ง ชมพู อย่างน้อยวันละ 2 มื้อได้					
5. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลเช่นไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน ปลาหมึก และอาหารทอดต่างๆได้					
6. ท่านสามารถงดเครื่องดื่มน้ำอัดลมหรือชา กาแฟได้					
7. การที่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้มีความมั่นใจภาคภูมิใจและมีความเชื่อมั่นจะกระทำต่อไป					
8. แม้ว่าฝนตกหรืออากาศข้างนอกจะร้อนท่านก็จะไปออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30-60 นาทีได้					
9. ท่านสามารถออกกำลังกายได้โดยไม่ต้องมีใครมาบังคับ					

ข้อความ	จริง	ค่อนข้างจริง	ค่อนข้างไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริงเลย
10. แม้ว่าฝนตกหรืออากาศร้อนมาก ท่านก็ยังจะออกกำลังกาย					
11. ท่านสามารถออกกำลังกายโดยลำพัง แม้ว่าไม่มีเพื่อน					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องของข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	จริง	ค่อนข้าง จริง	ค่อนข้าง ไม่จริง	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1. ท่านอยากควบคุมน้ำหนักตัวเมื่อบุคคลรอบข้างได้ชักชวนให้ควบคุมน้ำหนักตัว					
2. ท่านได้ดูแลสุขภาพและควบคุมน้ำหนักเป็นอย่างดีตามคำแนะนำของแพทย์					
3. คนในครอบครัวได้แนะนำให้ท่านลดน้ำหนักตัวเมื่อเห็นว่าใส่เสื้อผ้าไม่สวยไม่ได้สัดส่วน					
4. ผู้ร่วมงานได้ชักชวนให้ท่านรับประทานผลไม้สดแทนขนมหวานหรือไอศกรีม					
5. เมื่อไปงานเลี้ยงเพื่อนท่านได้ชักชวนให้หลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด และอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ					
6. เพื่อนท่านและบุคคลในครอบครัวของท่านมักชักชวนท่านไปออกกำลังกาย					
7. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานผัก ผลไม้และการออกกำลังกายโดยผ่านสื่อต่างๆเช่น โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์					

ตอนที่ 7 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ในช่องที่ตรงกับความจริงที่ท่านปฏิบัติมากที่สุด

ข้อความ	ไม่ปฏิบัติ	1-2ครั้ง/ สัปดาห์	3-4ครั้ง/ สัปดาห์	5-6ครั้ง/ สัปดาห์	ทุก วัน
1.การรับประทานอาหารว่าง					
1.1 อาหารว่าง ประเภทเค้ก คุกกี้ โดนัท ขนมปังก่อนอาหารมื้อกลางวัน					
1.2 อาหารว่างประเภท ข้าวเหนียวมุล หน้าต่างๆ ข้าวเกรียบปากหม้อ สาหร่ายทอด ก่อนอาหารมื้อเย็น					
1.3 อาหารว่างประเภทมันฝรั่งทอด ถั่วทอด ข้าวเกรียบทอดก่อนมื้อก่อนนอน					
2. ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบด้วย น้ำมันและกะทิ บ่อยเพียงใด					
2.1 อาหารประเภทผัด					
2.2 อาหารประเภททอด เจียว					
2.3 แกงกะทิ ทุกชนิด					
2.4 หลนต่างๆด้วยกะทิเช่น ปูหลน เต้าเจี้ยวหลน					
3. ท่านรับประทานอาหารต่อไปนี้บ่อย เพียงใด					
3.1 เนื้อสัตว์ต่างๆติดมัน					
3.2 ไข่ติดหนัง เป็ดติดหนัง					
3.3 ปลาสด					
3.4 ปลากระป๋องในน้ำมัน					
3.5 กุนเชียง					

ข้อความ	ไม่ ปฏิบัติ	1-2ครั้ง/ สัปดาห์	3-4ครั้ง/ สัปดาห์	5-6ครั้ง/ สัปดาห์	ทุก วัน
4. อาหารจานเดียว					
4.1 ก๋วยเตี๋ยวผัดไทย					
4.2 ก๋วยเตี๋ยวผัดซีอิ้ว					
4.3 หอยทอด					
4.5 ข้าวหน้าเป็ด					
4.6 ข้าวมันไก่					
4.7 ข้าวขาหมู					
5. ท่านรับประทานขนมเหล่านี้บ่อยเพียงใด					
5.1 ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา					
5.2 ก๋วยเชื่อม มันเชื่อม เผือกเชื่อม ก๋วยขวิดชี ทับทิมกรอบ ช่าหริ่ม วุ้นกะทิ ข้าวเหนียวมูลหน้าต่างๆ ขนมสอดไส้					
5.3 ก๋วยแขก ฝักบัว ข้าวเม่าทอด รังนก					
5.4 ขนมหน้าต่างๆ ขนมปัง โดนัท					
5.5 ไอศกรีมต่างๆ					
5.6 พิซซ่าหน้าต่างๆ					
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มเหล่านี้บ่อยเพียงใด					
6.1 น้ำอัดลม					
6.2 น้ำหวาน					
6.3 กาแฟ					
6.3 ไมโล โอวัลติน					
6.4 น้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม					
6.5 เหล้า /เบียร์					
7. ท่านเติมน้ำตาลในอาหารจานเดียวหรือ ก๋วยเตี๋ยว 1 ซ้อนชาหรือมากกว่า					

ข้อความ	ไม่ปฏิบัติ	1-2ครั้ง/ สัปดาห์	3-4ครั้ง/ สัปดาห์	5-6ครั้ง/ สัปดาห์	ทุกวัน
8. ท่านเติมน้ำตาล ครีมเทียม นมข้นหวาน ในเครื่องดื่ม 1 ซ้อนชาหรือมากกว่า					
9. แม้ท่านอิ่มแล้วแต่อาหารยังไม่หมดท่าน มักจะรับประทานต่อจนหมด					
10. เมื่อมีอาหารที่ชอบแม้ว่าจะไม่หิวท่านก็ จะรับประทาน					
11. ทำงานบ้านเช่น กวาดบ้าน ถูบ้านจน เหนื่อยหอบและรู้สึกเหนื่อย					
12. เดินขึ้นบันได					
13. เดินลงบันได					
14. เดินเร็วๆ					
15. วิ่งเยาะ					
16. วิ่งเร็ว					
17. ว่ายน้ำ					
18. จักรยาน					
19. เต้นแอโรบิก					
20. โยคะ					
21. รำมวยจีน					
22. ปิงปอง					
23. เทนนิส					
24. เปตอง					

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวโสภิศ เกตุพร
วัน เดือน ปี ที่เกิด	6 ธันวาคม 2498
สถานที่เกิด	จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	คหกรรมศาสตรบัณฑิต (โภชนาการชุมชน) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักโภชนาการ 7 ว.
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ฝ่ายโภชนาการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา