

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคอ้วน (Obesity) คือ สภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติโดยมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนัง (ลลิตา ชีระศิริ, 2552) องค์การอนามัยโลกใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอ้วน โดยค่าดัชนีมวลกายหรือ Body Mass Index (BMI) ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการนำน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (นน./ส่วนสูง²) มีหน่วยเป็น กก./ม² โดยคำนวณเพื่อประเมินหาส่วนไขมันในร่างกายค่าดังกล่าวได้มาจากการคำนวณ ผู้ที่อยู่ในภาวะอ้วนจะมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 ในคนเอเชีย (Choo, 2002) จากการศึกษาการประมาณค่าใช้จ่ายของสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการระบาดของโรคอ้วนระหว่างปี พ.ศ.2513 – พ.ศ.2547 ผลการศึกษาคาดการณ์ว่าสหรัฐอเมริกาจะเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากโรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าสองเท่าของทุกทศวรรษ โดยในปี พ.ศ.2573 มีค่าใช้จ่ายตั้งแต่ 860.7– 956.9 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Wang et al., 2008) และสำหรับในประเทศไทยพบว่าคนที่มีปัญหาโรคอ้วนจะเสียค่าใช้จ่ายต่อเดือนระหว่าง 900-2,600 บาท ขึ้นกับวิธีการลดน้ำหนัก โดยหากเข้ารับบริการ จากโรงพยาบาลหรือสถานบริการลดน้ำหนักจะเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 2,555 บาทต่อเดือน ส่วนผู้ที่ซื้ออาหารหรือซื้อยาลดน้ำหนัก มาทานเองจะเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,200 บาทต่อเดือน การซื้อเครื่องออกกำลังกายต่าง ๆ จะเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 1,007 บาทต่อเดือน หรือเล่นกีฬา จะเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 896 บาทต่อเดือน แสดงให้เห็นว่าปัญหาน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนและเศรษฐกิจเร็วเรือนมาก (กิตติศักดิ์ สินธุวนิช, 2551) ทั้งนี้ผลที่ตามมาจากสภาวะโรคอ้วนทำให้ประเทศไทยมีอัตราผู้ป่วยโรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก 317.7 รายต่อประชากรแสนคน ในปี 2544 เป็น 681.5 รายในปี 2549 โรคเบาหวานมีผู้เจ็บป่วยเพิ่มจาก 277.7 รายต่อประชากรแสนคนในปี 2544 เป็น 586.8 ราย ในปี 2549 และโรคมะเร็งมีผู้เจ็บป่วยเพิ่มจาก 80.4 รายต่อประชากรแสนคนในปี 2544 เป็น 124.4 ราย ในปี 2549 (สุภวรรณ มโนสุนทร, 2548) นอกจากนี้ปัญหาทางด้านร่างกายแล้วยังพบว่าดัชนีมวลกายซึ่งเป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคอ้วนยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการตาย โดยจากการศึกษาดัชนีมวลกายและอัตราการตายของประชาชนวัยผู้ใหญ่ของประเทศแคนาดาจำนวน 11,326 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปในปีพ.ศ.2537 - พ.ศ.2538 พบว่า คนที่มีน้ำหนักน้อยจะมีอัตราเสี่ยง 1.73 (BMI < 18.5; relative risk (RR) = 1.73, P < 0.001) และผู้ที่มีภาวะอ้วน

ระดับที่ 2 จะมีอัตราเสี่ยง 1.36 ($BMI > 35$; relative risk (RR) = 1.36, $P < 0.05$) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับอัตราการตาย (Heather, 2009) นอกจากนี้ คนอ้วนบางคนยังมีปัญหาทางด้านจิตใจอีกด้วย คนอ้วนบางคนอารมณ์ดี แต่คนอ้วนบางคนจะสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากมองเห็นรูปร่างของตนเองน่าเกลียดและเชื่อว่าคนอื่นมองตนเองด้วยความรู้สึกถูกเหยียดหยามและก้าวร้าว บุคคลเหล่านี้จะคิดกังวลและหมกมุ่นอยู่กับปัญหา เรื่องความอ้วนของตนมากผิดปกติ และเกิดความรู้สึกรังเกียจตนเอง บางทีก็อาจทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองได้ (มณีรัตน์ ภาณุรูป, 2545)

ผลการศึกษาการระบาดของโรคอ้วนในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา เมื่อปี พ.ศ.2542 พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกามีประชาชนวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 60 มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และร้อยละ 26 จัดอยู่ในโรคอ้วน (Kantachuvessiri, 2005) และจากรายงานการสำรวจในปีพ.ศ.2548 พบว่า มีประเทศที่ประชากรมีปัญหาโรคอ้วนมากกว่าร้อยละ 24 ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรป ออสเตรเลีย และประเทศไทย (ลลิตา ชีระศิริ, 2552) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจของกรมอนามัย เมื่อปี พ.ศ.2529 และพ.ศ. 2539 ในกลุ่มประชากรอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปโดยใช้ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัด พบว่า มีแนวโน้มอัตราความชุกของโรคอ้วนสูงขึ้นทุกกลุ่มอายุ ในเพศหญิงกลุ่มอายุ 30-59 ปีเพิ่มสูงกว่าอายุอื่น คือ กลุ่มอายุ 30-39 ปี เพิ่มจากร้อยละ 21.1 เป็นร้อยละ 29.8 กลุ่มอายุ 40-49 ปี เพิ่มจากร้อยละ 26.6 เป็นร้อยละ 40.2 และกลุ่มอายุ 50-59 ปี เพิ่มจากร้อยละ 29.6 เป็นร้อยละ 35.0 โดยประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 อาศัยอยู่ในภาคกลางร้อยละ 54.0 รองลงมาเป็นภาคใต้ร้อยละ 52.9 และจากการสำรวจภาวะโภชนาการในประชากรอายุ 15-60 ปี ในพื้นที่จังหวัดชุมพรเมื่อปี พ.ศ.2551 จำนวน 547 คน พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 32.18 และผู้มีภาวะโภชนาการเกินจำนวน 164 คนไม่ทราบน้ำหนักมาตรฐานของตนเองควรอยู่ในช่วงใด คิดเป็นร้อยละ 93.18 ทำให้คนที่น้ำหนักเกินไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกวิธี โดยเฉพาะในสตรีที่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของรูปร่างและน้ำหนักตัวประกอบกับปัจจุบันค่านิยมของสังคมบางสังคมให้นิยามนิยมนับกับคนที่รูปร่างผอมบาง ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นบรรทัดฐานที่สตรีใช้ประเมินและเปรียบเทียบภาพลักษณ์ของตนเอง สตรีที่มีภาพลักษณ์แตกต่างไปจากบรรทัดฐานดังกล่าวของสังคมนั้นอาจไม่พอใจกับภาพลักษณ์ของตนเองจนทำให้เกิดความคิดว่าการลดน้ำหนักเป็นสิ่งจำเป็นจึงพยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีการต่าง ๆ ตั้งแต่การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดีให้ผลระยะยาว ถูกหลัก และเป็นที่ยอมรับในทางการแพทย์แต่ต้องอาศัยระยะเวลาทำให้เกิดการเบื่อหน่าย วิธีการลดน้ำหนักที่ให้ ผลในระยะสั้นจึงเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย ซึ่งเป็นวิธี ที่ไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพและไม่ให้ผลในระยะยาว เช่น การอดอาหาร การใช้ยาระบาย และการใช้ยาลดน้ำหนัก (กรมอนามัย, 2550 และกฤษฎา ศิรามพุร, 2550)

ภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากการรับประทานอาหารที่มากเกินไปจนความจำเป็นของร่างกาย ดังผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนโรงเรียนสาธิต “พิบูลย์บำรุง” (จันทร์ทอง สุขผ่อง, 2551) พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 89 มาจากบริโภคนิสัยโดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 97.6 และอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงร้อยละ 78.1 ซึ่งตรงกับการศึกษาผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากพฤติกรรม การรับประทานอาหารร้อยละ 20 และบุคลิกภาพและวิธีการดำเนินชีวิตร้อยละ 20 ขาดการออกกำลังกายร้อยละ 15 จำนวนเซลล์ไขมันในร่างกายร้อยละ 10 การเลี้ยงในวัยเด็กร้อยละ 10 จะเห็นว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังผลการศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในโรงเรียนประถมศึกษา เขตเทศบาลนครศรีธรรมราช (อรัญญา มณีกาญจน์ และอรนุช กุลบุญ, 2549) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน

การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล ได้สัมภาษณ์ความรู้สึกของของวัยรุ่นสตรีในจังหวัดสงขลาเกี่ยวกับรูปร่างของตน 2,000 คน พบว่า มากกว่าร้อยละ 55 มีน้ำหนักปกติ แต่คิดว่าตนมีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 40 มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติ แต่คิดว่าตนมีน้ำหนักปกติ และจากการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า มีทฤษฎีหลายทฤษฎีที่เสนอแนะเรื่องการศึกษาพฤติกรรมต่างๆ และทฤษฎีหนึ่งในด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่อธิบายถึงการรับรู้ของบุคคลในการเลือกปฏิบัติ คือ “รูปแบบของความเชื่อด้านสุขภาพ” โดยการรับรู้ดังกล่าวเป็นมูลฐานแห่งพฤติกรรม หรือเงื่อนไขที่ชักนำให้บุคคลตัดสินใจแสดงพฤติกรรมเฉพาะอย่างออกมาตามการรับรู้ ดังนั้นการรับรู้ของบุคคลจึงเป็นได้หลากหลายและพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล โดยจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และสิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของดรูณี คลร์ตันภัทร์ (2545) พบว่า เมื่อสตรีผู้ใหญ่วัยกลางคนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอ้วน จึงรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 นอกจากนี้การศึกษาค้นคว้าการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Feel Fit ต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนี มวลกาย รอบเอว และรอบสะโพกของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปัตตานี ปี 2550

ยังพบว่า ความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้และนำไปโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปปฏิบัติเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับความตระหนักของบุคคลด้วยว่า สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืนหรือไม่ (นริศรา งามขจรวิวัฒน์ และสุภาวลัย ผ่องใส, 2551; ทศนีย์ เอกวานิช, 2552)

สำหรับในประเทศไทยนั้นจากการศึกษาเอกสารยังไม่ปรากฏชัดเจนเกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคลในกลุ่มสตรีวัยทำงานที่ชัดเจนแต่ก็พบว่า มีสตรีบางคนไม่พอใจรูปร่างของตน ได้ใช้วิธีการลดความอ้วนที่อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพหรืออันตรายจนเสียชีวิตได้ และจากการสังเกตพบว่า สตรีวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดชุมพรยังมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม เช่น กินหวานมากเกินไป ชอบรับประทานอาหารจุกจิก ประกอบกับการออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเลย ซึ่งคาดว่าพฤติกรรมเหล่านี้ น่าจะเกิดจากการที่สตรีวัยทำงานขาดการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง และมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักที่ไม่ถูกต้อง จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม และในพื้นที่จังหวัดชุมพรยังไม่มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในสตรีวัยทำงาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงาน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้และระดับความรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพร
3. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพร
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนัก ความรู้ในการควบคุมน้ำหนัก ความเครียดกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพร

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับการรับรู้และระดับความรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพรอยู่ในระดับต่ำ

2. ระดับความเครียดของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัด ชุมพรอยู่ในระดับปกติ
3. ระดับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพรอยู่ในระดับต่ำ
4. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนัก ความรู้ในการควบคุมน้ำหนัก ความเครียด มีความสัมพันธ์เชิงบวกในทิศทางเดียวกันกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพร

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะสตรีวัยทำงานที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะอ้วน และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชุมพร

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีวัยทำงาน ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะอ้วน และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชุมพร ในปี พ.ศ.2552 มีจำนวนทั้งสิ้น 180 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 35-45 ปี
2. มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชุมพร
3. มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ
4. มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป
5. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีวัยทำงาน ที่ได้รับการคัดกรองว่ามีภาวะอ้วน และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชุมพร ได้แก่ อำเภอท่าแซะ อำเภอปะทิว อำเภอเมือง อำเภอสวี อำเภอทุ่งตะโก อำเภอหลังสวน อำเภอพะโต๊ะ และอำเภอละแม ในการกำหนดขนาดตัวอย่าง จากตารางสำหรับพิจารณาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของทาโร ยามาเน่ (Yamane อ้างถึงในสิน พันธุ์พินิจ, 2549 : 133) โดยต้องการสรุปผลด้วยความเชื่อมั่นระดับ 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 124 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2553 ถึงวันที่ 31 เดือนสิงหาคม พ.ศ.2553

ขอบเขตด้านตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และลักษณะโครงร่าง
2. ปัจจัยการรับรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนัก ประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้ด้านรูปร่าง
 - 2.2 การรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะอ้วน
 - 2.3 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน
 - 2.4 การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
 - 2.5 การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
3. ปัจจัยความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว และความเครียด

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. การบริโภคอาหาร
2. การออกกำลังกาย
3. การใช้ยา
4. วิธีการควบคุมน้ำหนักอื่น ๆ
5. แบบแผนการดำรงชีวิต

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมของสตรีวัยทำงานที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มน้ำหนัก ลดน้ำหนัก และคงสมดุลของน้ำหนักนั้นไว้ครอบคลุมในเรื่อง 1. การบริโภคอาหาร ได้แก่ การเลือกชนิดของอาหาร วิธีการบริโภคอาหาร 2. การออกกำลังกาย ได้แก่ ประเภทและระยะเวลาในการออกกำลังกาย 3. การใช้ยา ได้แก่ ชนิดของยาที่ใช้เพื่อการควบคุมน้ำหนักนั้น 4. วิธีการควบคุมน้ำหนักอื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม การดูดไขมัน เป็นต้น 5.แบบแผนการดำรงชีวิต ซึ่งวัดได้จากแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้

การรับรู้ของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1. **การรับรู้ด้านรูปร่าง** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดความเข้าใจของสตรีวัยทำงานเกี่ยวกับรูปร่างของตนเอง ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ที่เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจำแนกรูปร่าง และวิธีการประเมินรูปร่าง

2. **การรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะอ้วน** หมายถึง การประเมินและตีค่าความรู้สึจากความรู้ที่มี และประสบการณ์เดิมของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนว่าตนมีโอกาสการเกิดโรคจากภาวะอ้วนได้ ถ้ามีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะอ้วน

3. **การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน** หมายถึง การประเมินและตีค่าความรู้สึจากความรู้ และประสบการณ์ของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนว่าภาวะอ้วนส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน

4. **การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก** หมายถึง การที่สตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนแสวงหาวิธีปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีและเหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก

5. **การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก** หมายถึง การที่สตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพราะกลัวปัญหาต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ขัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก

ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัวหมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วยสาเหตุ ผลเสีย การป้องกัน การรักษาภาวะอ้วน การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก และการควบคุมน้ำหนัก

ความเครียด หมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกกดดันทางจิตใจ ไม่สบายใจ วิตกกังวล สับสน และส่งผลให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกาย ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างของตนเอง ซึ่งแบ่งได้ 3 ระดับ คือ ระดับต่ำซึ่งเป็นระดับปกติ ระดับปานกลาง และระดับสูง

สตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน หมายถึง สตรีวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 35-45 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป

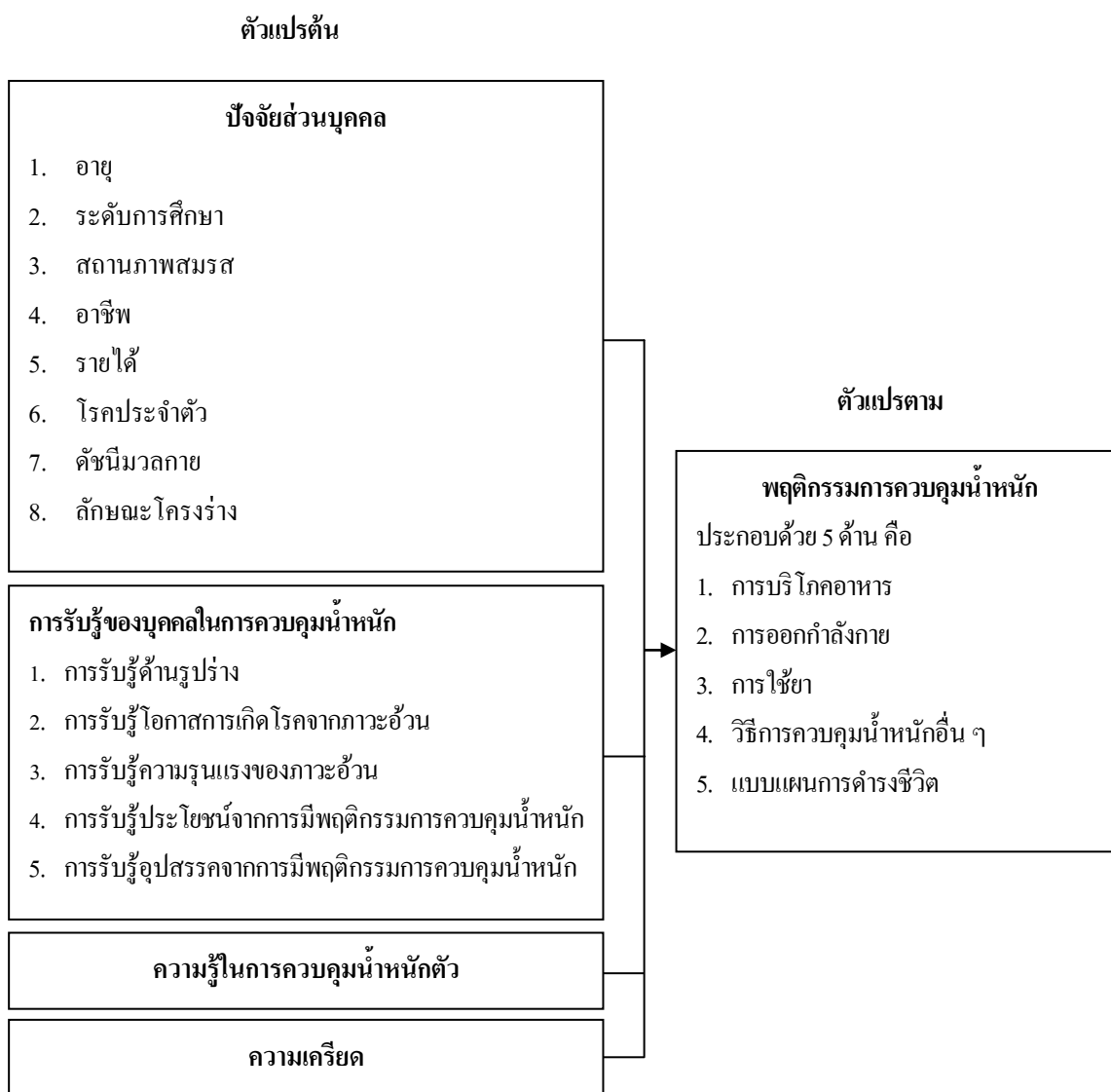
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล คือ “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” (Health Belief Model) (Becker & Maiman, 1975) มาเป็นกรอบในการศึกษา โดยสตรีจะมีการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างที่หลากหลาย เนื่องจากเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเข้าสู่วัยกลางคน สตรีจึงสนใจรูปร่างของตนเองและมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักต่างกัน คือ สตรีบางคนคิดว่าตนเองอ้วนต้องการลดน้ำหนักด้วยการลดอาหารหรือทานยาลดความอ้วน เป็นต้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่แตกต่างกันเหล่านี้เป็นผลมาจากการรับรู้รูปร่างดังการศึกษา (Guinn, 1997) พบว่า วัยรุ่นหญิงชาวเม็กซิกัน-อเมริกันที่มีการรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองไม่ดี คือ มีรูปร่างอ้วนจะมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายมากกว่าวัยรุ่นหญิงที่รับรู้ตนเองมีรูปร่างผอมหรือพอดีแล้ว ดังนั้นการรับรู้รูปร่างจึงมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีนี้ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกมานั้นเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1. การรับรู้ส่วนบุคคล (Individual Receptions) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค 2. ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ (Modifying Factors) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมให้ปฏิบัติพฤติกรรม 3. ปัจจัยด้านการปฏิบัติ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมต่างกัน

จากการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการปฏิบัติพฤติกรรมของ (Becker & Maiman, 1980 อ้างในอังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552) พบว่า ปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เช่น พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยกลางคน (ครุณี คลรตันภักดิ์, 2545) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กโรคอ้วน เป็นต้น นอกจากนี้ (Becker, 1974) กล่าวว่า ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ดังงานวิจัยของผกาทิพย์ นาคปรีชา (2548) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของอาภรณ์ ดีนาน (2543) พบว่า ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ครอบครัวยังมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่นในเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากข้อมูลข้างต้น นอกจากปัจจัยการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลด้วย ทำให้ผู้วิจัยคิดว่าปัจจัยเหล่านี้น่าจะมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก จึงได้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ โดยได้คัดสรรปัจจัยบางประการที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ลักษณะโครงสร้าง การรับรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนัก ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว ความเครียดซึ่งสามารถนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยดังแสดงดังภาพที่ 1.1

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ประโยชน์ของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับการรับรู้ ระดับความรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพร
2. ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ระดับความเครียดของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ จังหวัดชุมพร
3. ทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ของบุคคลในการควบคุมน้ำหนัก ความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว ความเครียดกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงาน ที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพร
4. เพื่อนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อดำเนินงานด้านการส่งเสริมให้สตรีวัยทำงานมีการรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างอย่างถูกต้อง
5. เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้องและเหมาะสมในสตรีวัยทำงาน
6. เพื่อเป็นแนวทางในการทำวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงาน ในพื้นที่อื่นต่อไป