

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในจังหวัดชุมพร ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหาและสร้างเครื่องมือในการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. ภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยทำงาน
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. การรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างของสตรีวัยทำงาน
4. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงาน
5. ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดชุมพร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยทำงาน

ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน

ความหมายของภาวะน้ำหนักเกิน โดยการใช้ค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งจะคำนวณได้จากการนำน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมมาหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ถึง 29.9 กิโลกรัม/เมตร² (International Obesity Task Force, 1998) การกำหนดภาวะน้ำหนักเกินมีความแตกต่างกัน สำหรับชาวเอเชีย กำหนดค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร² เป็นภาวะน้ำหนักเกิน และดัชนีมวลกายเกิน 25 กิโลกรัม/เมตร² เป็นโรคอ้วน (Choo, 2002) สำหรับในประเทศไทยได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² ถึง 29.9 กิโลกรัม/เมตร² เป็นโรคอ้วนระดับหนึ่งเอ และค่าดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัม/เมตร² ถึง 34.9 กิโลกรัม/เมตร² เป็นโรคอ้วนระดับหนึ่งบี ค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 35 กิโลกรัม/เมตร² ถึง 39.9 กิโลกรัม/เมตร² เป็นโรคอ้วนระดับสอง และค่าดัชนีมวลกายมากกว่าและเท่ากับ 40 กิโลกรัม/เมตร² เป็นโรคอ้วนระดับสาม (พรทิศา ชัยอำนาย, 2544)

อุบัติการณ์

ภาวะอ้วนกำลังเป็นปัญหาในประเทศต่างๆ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในประเทศตะวันตกหลายประเทศ พบว่าอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจพบว่า ในปี พ.ศ.2542 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชาชนวัยผู้ใหญ่ร้อยละ 60 มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน และร้อยละ 26 จัดอยู่ในโรคอ้วน (Kantachuvessiri, 2005) ส่วนในเนเธอร์แลนด์ จากการสำรวจในช่วงปี พ.ศ.2539-2540 พบว่า เด็กมีน้ำหนักตัวมากเกินมาตรฐานมากถึงร้อยละ 13.1 ซึ่งเป็นปัญหาที่คล้ายคลึงกัน สำหรับในประเทศไทยนั้นจากการสำรวจของกรมอนามัยเมื่อปี 2529 และ 2539 ในกลุ่มประชากรอายุ ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป โดยใช้ดัชนีมวลกายเป็นตัวชี้วัด พบว่า มีแนวโน้มอัตราความชุกของโรคอ้วนสูงขึ้น ทุกกลุ่มอายุ 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 และในปีพ.ศ.2545 พบว่า ประชากรวัยทำงานมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 29.3 นอกจากนี้รายงานจากสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยในปี พ.ศ.2534-2535 ที่ทำการศึกษาจาก ประชากรไทย โดยการสุ่มตัวอย่างทั่วประเทศรวมประชากรทั้งสิ้น 13,300 คน พบว่ามีความชุกของ คนอ้วนในคนไทยที่มีอายุมากกว่า 20 ปีในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 1.5 และ 5.6 ตามลำดับ (รมร แยมประทุม, 2544)

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน

ความอ้วนนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับเข้าไปและพลังงาน ที่ใช้พลังงานที่เหลือจึงถูกสะสมไว้ในร่างกายในรูปของไขมัน (Treuth & Others, 2000) โดยกลไกที่ทำให้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เริ่มจากการรับประทานอาหารเข้าไป อาหารเหล่านั้นจะผ่านขบวนการย่อยสลายและ การเปลี่ยนรูปแบบพลังงานเพื่อให้ร่างกายนำมาใช้ในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในแต่ละวัน และเมื่อร่างกายใช้พลังงานเหล่านั้นไม่หมด พลังงานที่เหลือจากส่วนเกินเหล่านี้จะเก็บสะสมไว้ในเนื้อ ไขมัน ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ไขมัน (Adipose Tissue) จำนวนเซลล์ไขมันจะเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะ น้ำหนักเกินได้ (วิชัย ตันไพจิตรและคณะ, 2544) ร่วมกับสตรีวัยทำงานมักทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ต้อง ออกแรงเริ่มลดลง การทำงานมักเป็นประเภทนั่งอยู่กับที่ไม่ค่อยมีการเคลื่อนไหว การเล่นกีฬามีน้อย แต่การกินอาหารไม่ได้ลดลงไปด้วยและอาจจะมากขึ้นในบุคคลที่มีการกินเลี้ยงพบปะสังสรรค์ ในด้านธุรกิจการงานต่าง ๆ ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารเกินกว่าที่ร่างกายต้องการน้ำหนัก จึงเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ ดังนี้

1. พันธุกรรม (Genetic Factors) มีผลต่อการทำงานของระบบเผาผลาญพลังงานร่างกาย ฮอร์โมนและสาร โปรตีน หากมีการมิวเตชันของยีนที่ควบคุมการทำงานดังกล่าวจะมีผลทำให้เกิด ความผิดปกติของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินได้

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environment Factors) ในสังคมที่เจริญก้าวหน้ามีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี เป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้มีการใช้พลังงานน้อยลงใช้เครื่องทุ่นแรงมากขึ้น มีการออกกำลังกายน้อยลง ค่านิยมการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมันเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน (Hoffman, 1999) และจากการสำรวจพบว่า ชาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน มีการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยขาดการคำนึงถึงประโยชน์ และคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่ประกอบด้วย แป้งและน้ำตาลเป็นหลักสอดคล้องกับข้อมูลอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าเท่าตัวจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ.2526 เป็น 29.1 กิโลกรัม/คน/ปี ในปีพ.ศ.2544 (ลลิตา ชีระศิริ, 2552)

3. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วยปัจจัยด้านร่างกาย ได้แก่ โรคบางชนิด เช่น ต่อมธัยรอยด์ทำงานน้อย (Hypothyroidism) ทำให้ขาดฮอร์โมนที่กระตุ้นให้ร่างกายใช้พลังงานมีการสะสมพลังงานมากขึ้นทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ โรคเนื้องอกที่ต่อมหมวกไต (Cushings Disease) เป็นสาเหตุจากการได้รับฮอร์โมนในกลุ่มสเตียรอยด์ ทำให้เกิดไขมันสะสมบริเวณใบหน้า (Moon FACE) และทำให้มีการคั่งของน้ำและเกลือทำให้น้ำหนักมากขึ้น โรคเนื้องอกที่ตับอ่อน ทำให้มีการสร้างอินซูลินมากเกินไป (Insulinoma) รวมทั้งการฉีดอินซูลินเกินขนาดทำให้มีอาการหิวบ่อยเนื่องจากน้ำตาลต่ำ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาระงับประสาทบางชนิด ยารักษาโรคในกลุ่มต่าง ๆ เช่น Phenothiazine, Derivatives, Non-steroid Antiinflammatory Drugs, Antihypertensive, Antiserotonin และยาในกลุ่มฮอร์โมนบางชนิด (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544) พยาธิสภาพของสมอง เช่น สมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ สมองอักเสบ ทำให้เกิดพยาธิสภาพของศูนย์ควบคุมการรับประทานอาหารที่ไฮโปธาลามัส ทำให้รับประทานอาหารมากกว่าปกติ ความผิดปกติของจิตใจ เช่น ภาวะเครียด มีผลทำให้เกิดการอยากรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกิน

ภาวะน้ำหนักเกินถ้ามีอยู่นาน และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สาเหตุเกิดจากเมื่อไขมันสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะที่ระดับฮอร์โมนอินซูลินสูงมากกว่าธรรมดาและขณะเดียวกันระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ภาวะตรงนี้ตรงกันข้ามกับคนปกติ ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงในขณะอินซูลินสูงกว่าธรรมดา อินซูลินที่สูงขึ้นจะทำให้เซลล์ที่ตับอ่อนเกิดความล้าในที่สุด ไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ เกิดการสะสมน้ำตาลทำให้เป็นเบาหวานได้

2. โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะน้ำหนักเกินมีความเกี่ยวข้องกับโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด

หัวใจ และหลอดเลือดสมอง โดยจะมีความเกี่ยวพันกันเนื่องจากเมื่อมีปริมาณไขมันซึ่งได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์สูง HDL คอเลสเตอรอลในเลือดต่ำ และอะโปโปรตีนในไขมัน โปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำในเลือดสูง เป็นต้นเหตุให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerotic Diseases) เพราะไขมันที่แทรกซึมเข้าไปในผนังหลอดเลือดทำให้ผนังแข็งและมีรูตีบขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงนำไปสู่โรคเส้นเลือดสมองได้ และถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบแข็ง เมื่อเกิดภาวะตึงเครียดหรือออกกำลังกายหักโหม ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น เลือดที่มาเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอจะเกิดอาการเจ็บหน้าอกตามมา และถ้าหลอดเลือดตีบจนเลือดไหลผ่านไม่ได้ หรือมีก้อนเลือดอุดตัน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกาย และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบแล้วทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายพบว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25 ถึง 27.4 กิโลกรัม/เมตร² คือ ผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มีค่าความเสี่ยงเท่ากับ 1.16 ผู้ที่มีดัชนีมวลกายจัดอยู่ในประเภทอ้วนเกรดหนึ่ง คือ มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 30 ถึง 34 กิโลกรัม/เมตร² มีค่าความเสี่ยงเท่ากับ 1.49 และผู้ที่มีดัชนีมวลกาย 35 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไป ถือว่าอยู่ในประเภทอ้วนเกรดสองและสาม มีค่าความเสี่ยงเท่ากับ 1.80 ทำให้สามารถประมาณค่าได้ว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีอัตราเสี่ยงในการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้

3. โรคกระดูกและข้อ ภาวะน้ำหนักเกินจะทำให้เกิดผลกระทบต่อโรคกระดูกและข้อได้ จากน้ำหนักที่มากขึ้น ทำให้ไปกดตรงตำแหน่งข้อต่อกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้การรับน้ำหนักมากเกินไป เป็นเหตุให้เกิดโรคกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท มีอาการปวดหลัง และโรคกระดูกและข้อเสื่อม

4. โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการที่เรียกว่า Pickwickian Syndrome คือ อาการซึมและหลับง่ายในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากมีไขมันเกาะตามอวัยวะภายในช่องท้องมาก ทำให้กระบังลมถูกดันสูงขึ้น มีผลทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดการพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในปอดเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ในเลือดมาก ทำให้เกิดการง่วงซึม และหลับเมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ไชกระดูกจะตอบสนอง โดยจะผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเม็ดเลือดแดงสูง เป็นสาเหตุให้เลือดข้นความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองและหัวใจตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะดังกล่าวไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการซึมและหลับได้ จากการศึกษพบว่า ภาวะน้ำหนักเกินมีปัจจัยเสี่ยงที่สูงมากกับการเกิดภาวะนี้ โดยเฉพาะผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 28 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปและยังเสี่ยงมากขึ้นในวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุ

5. โรคกระเพาะบางชนิด การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคกระเพาะของระบบทางเดินอาหาร และทำให้เกิดการจุกแน่นบริเวณยอดอก (Heartburn) โดยในผู้หญิงภาวะน้ำหนักเกินจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมดลูกมากกว่าผู้หญิงผอม 2 ถึง 3 เท่า ส่วนในผู้ชายพบว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่

6. โรคนิ่วในถุงน้ำดี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สาเหตุเนื่องมาจากเมื่อร่างกายมีการสะสมของไขมันมากทำให้มีการสร้างโคเลสเตอรอลไปเป็นน้ำดีมากขึ้น ทำให้ความเข้มข้นของโคเลสเตอรอลในน้ำดีเพิ่มขึ้นจนตกตะกอนเกิดเป็นนิ่วในถุงน้ำดี

7. โรคของไตและระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในสตรีที่มีภาวะอ้วนจะมีการเพิ่มแรงดันของเส้นเลือดที่ไตขยายใหญ่ขึ้น การกรองและการดูดซึมกลับของโซเดียมเพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถต้านทานได้ทำให้ไตเกิดการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ นอกจากนั้นยังเพิ่มความเสี่ยงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กลไกที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัดแต่คาดว่าเกิดจากการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอาจเป็นสาเหตุของการเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดแรงดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นซึ่งมีผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากแรงดันช่องท้องสูงได้

8. โรคผิวหนัง จากการที่มีไขมันสะสมบริเวณแขน ขา และหน้าท้องจำนวนมากทำให้เคลื่อนไหวลำบาก เมื่อเดินไปมาต้นขาจะเสียดสีกันทำให้มีแผลกับเหงื่อตามผิวหนังเกิดกลิ่นเหม็นอับ ส่วนบริเวณใบหน้าเมื่อเป็นมันจะเกิดสิวได้ง่ายกว่าคนที่น้ำหนักปกติ

9. ปัญหาด้านจิตใจและปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง ปัญหาทางจิตใจเป็นปัญหาที่สำคัญอันหนึ่งในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ดังผลการศึกษาพบว่า คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะรู้สึกว่าคุณค่าตนมีปมด้อย น่าอาย ถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การทำงานช้าไม่คล่องแคล่ว อาจเป็นสาเหตุให้คิดมากจนเป็นโรคจิตโรคประสาทได้

จากแนวคิดสรุปได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยทำงาน หมายถึง ภาวะที่สตรีวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป โดยมีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับและพลังงานที่ใช้ ประกอบกับปัจจัยร่วมอื่นๆ โดยภาวะน้ำหนักเกิน จะส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคลนั้นๆหากได้รับการแก้ไขไม่ถูกวิธี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อเป็นความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ หรือสิ่งที่บุคคลปักใจยึดถือสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งอาจมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้บุคคลมีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติ และสร้างพฤติกรรมตรงตามความเข้าใจนั้น ๆ ความเชื่อจะฝังแน่นอยู่ในจิตใจและมีบทบาทสำคัญในการวางรากฐาน

แห่งพฤติกรรม (บาเพ็ญจิต แสงชาติ, 2543) อิทธิพลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ ทั้ง ๆ ที่บางครั้งความเชื่อนั้นอาจไม่อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงก็ตามทำให้บุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน

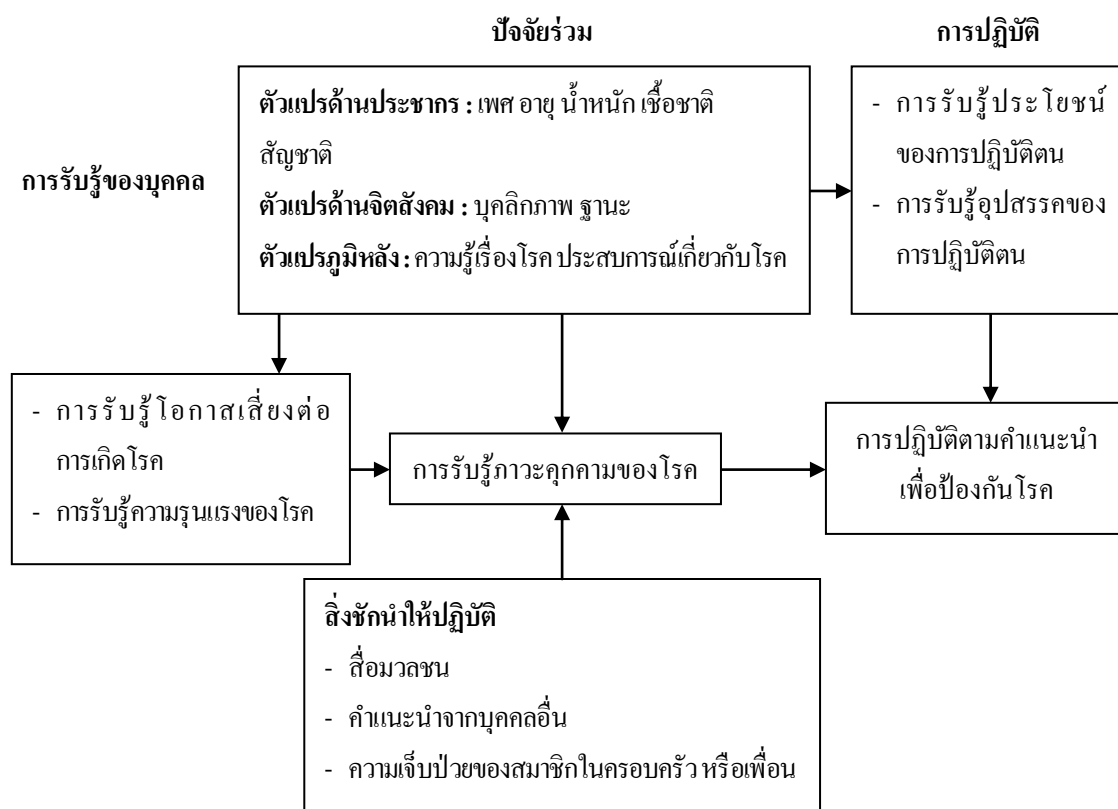
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ผู้ริเริ่ม ได้แก่ นักจิตวิทยาสังคม คือ โรเซนสต็อก ฮอคบวม คิเกลส์ และลิเวนทอล (Rosenstock, Hochbaum, Kegeles & Leventhal, 1950 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ในปี ค.ศ.1950 ความสนใจเบื้องต้นของกลุ่มเหล่านี้ คือ การที่ต้อง การศึกษาว่าทำไมประชาชนจึงไม่ยอมรับวิธีการในการป้องกันโรค เช่น การตรวจเช็คร่างกาย เพื่อตรวจหาโรคก่อนที่จะปรากฏอาการ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การตรวจฟัน เป็นต้น ทั้ง ๆ ที่ การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อยอันเนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขระยะเวลานั้น ค.ศ.1950-1960 เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพื้นฐาน รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับ แนวคิดจากทฤษฎีสถานะชีวิต (Field theory) และทฤษฎีแรงจูงใจของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin, 1951 อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้การเกิดพฤติกรรม โดยบุคคลจะเข้าใกล้กับสิ่งที่ตนพึงพอใจ คิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนและจะหนีออกห่าง จากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่ปรารถนา องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามที่ โรเซนสต็อกสรุปไว้ในระยะแรก คือ การรับรู้ความคาดหวังของบุคคล การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรม อย่างไรขึ้นอยู่กับพิจารณาถึงปัจจัยต่อไปนี้

1. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. ความรุนแรงของโรคต่อชีวิตของบุคคลนั้น
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงการเป็นโรค จะเป็นผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือกรณีที่เกิดขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาสังคมที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติของบุคคล เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบาก ความเจ็บปวด ความอาย และอุปสรรคต่าง ๆ เป็นต้น ดังนั้นจึงสรุปองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ - อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค

ต่อมา เบคเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1975) ได้ปรับปรุงพัฒนาแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มตัวแปรด้านประชากรและตัวแปรร่วม คือ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติขึ้นอีก และนำมาเป็นรูปแบบในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ รวมทั้งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีส่วนประกอบ ดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมอนามัย 2 ประการ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัยที่จะนำไปสู่เป้าหมายในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ เพราะเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลมีพลังและมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ
2. การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมสุขภาพของตน โดยพิจารณาถึงความสะดวกที่สามารถปฏิบัติได้และผลที่ได้รับในการลดความรุนแรงของโรค ทั้งนี้บุคคลจะต้องไตร่ตรองถึงสภาวะร่างกาย จิตใจ ภาวะเศรษฐกิจสังคมและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ
3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติเพื่อให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลคำนึงถึงปัญหาของตนเอง ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้ต่อสภาพอากาศต่าง ๆ ภายในร่างกายหรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสื่อมวลชน ได้รับโดยปราศจากอุปสรรคต่าง ๆ จะเป็นสิ่งผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัย
4. ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยทางสังคม-ประชากร สังคม จิตวิทยา และโครงสร้างภูมิหลัง ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยเบคเกอร์และไมแมน



(Becker & Miman, 1975)

องค์ประกอบที่สำคัญตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ บุคคลจะทำกิจกรรมใด ๆ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น ๆ (Becker & Miman, 1975) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

เป็นความเชื่อซึ่งมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ความเชื่อนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนเชื่อว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางคนเชื่อว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรกว่าผู้อื่น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพในระดับที่แตกต่างกัน

มีการศึกษาที่สนับสนุนความสำคัญของการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล เช่น ครุณี คลรตันภักดิ์ (2545) พบว่า เมื่อสตรีผู้ใหญ่วัยกลางคนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคอ้วน จึงรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อควบคุม น้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การศึกษาของอรพิน รังษิสาคร (2542) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน ภาวะขาดสารไอโอดีน

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นว่า บางการศึกษาพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม บางการศึกษาก็พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ทั้งหมด นำไปสู่การศึกษาเพิ่มเติมว่า เมื่อบุคคลรู้ดีว่าตนมีโอกาสป่วยเป็นโรคใด ๆ จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้นด้วย ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมหรือไม่ยังไม่ปรากฏชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงมาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานในการศึกษาครั้งนี้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นความรู้สึกลึกซึ้งของบุคคล

ที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต มีความยากลำบาก และต้องใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคมหรือฐานะทางเศรษฐกิจในสังคม เพราะเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงว่าจะเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ต่อผลเสียอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และครอบครัวของตนเองแล้ว บุคคลผู้นั้นก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไปก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3. **การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived Threat)** เป็นการรับรู้ของบุคคลว่าโรคคุกคามตนหรือรู้สึกกลัวต่อโรค ความเชื่อว่าตนสามารถป่วยเป็นโรคนั้นได้และเชื่อว่าโรคนั้นรุนแรง (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552) กล่าวคือ เป็นความรู้สึกกลัวต่อโรคของบุคคล เมื่อรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ยังไม่ได้มีการศึกษาถึงตัวแปรเหล่านั้นอย่างกว้างขวางมากนัก จึงทำให้การทำความเข้าใจกับสิ่งเหล่านี้ไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบอื่น ๆ หลายองค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงและผลกระทบของโรค ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคมตลอดจนสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีความลำบากในการประเมิน ดังนั้นจึงไม่ได้ศึกษาตัวแปรการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคโดยตรง

4. **การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคในการปฏิบัติ (Perceived Benefit and Barrier to Talking Action)** การรับรู้ประโยชน์และความอุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่อไป แต่ไม่ได้เป็นสิ่งที่กำหนดได้ว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นจะเป็นอย่างไร การที่บุคคลจะเลือกจะทำปฏิบัติอย่างไร ขึ้นอยู่กับความพร้อมทั้งทางด้านจิตใจและการรับรู้ต่อประโยชน์ตลอดจนอุปสรรค ความไม่สะดวกต่างๆ ในการกระทำนั้น ๆ ด้วย นั่นคือ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ ขึ้นอยู่กับวิธีการนั้น ๆ ต้องเป็นวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งการรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความสะดวกในการรักษาสุขภาพอนามัยในทางลบ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่แพงเกินไป ความไม่สะดวกในการรักษา เวลาในการมารับบริการ และผลที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย เป็นต้น หากสิ่งเหล่านี้มีมากจะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมได้ ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคจะต้องสัมพันธ์กับการลดโอกาสที่มีต่อการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค (Becker, 1974) บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัดเนื่องจากมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคหรือลดภาวะเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพได้

5. **ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)** เป็นปัจจัยตามสภาพความเป็นจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม รวมทั้งสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ เช่น ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับซึ่งเบเกอร์และไมแมน (Becker & Maiman, 1980) อ้างถึงใน อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552) ได้ระบุว่า นอกจากปัจจัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งล้วนแต่เป็นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และส่งผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ในการวิจัยสามารถแสดงให้เห็นในแต่ละปัจจัย ดังนี้

5.1 ปัจจัยด้านประชากร คือ สถานภาพส่วนบุคคลของประชาชน เช่นอายุ เพศ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ และฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมของบุคคลในลักษณะต่างๆกัน ดังนี้

5.1.1 อายุ อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลกับการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

5.1.2 ดัชนีมวลกาย เป็นเกณฑ์บ่งชี้ขนาด หรือสัดส่วนของร่างกาย โดยคำนวณได้จากการหาสัดส่วนระหว่างส่วนสูงและน้ำหนักตัว จากการศึกษาของอาภรณ์ ดินาน (2543) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับไขมันในเลือดและดัชนีมวลกายของวัยรุ่นไทยในและนอกเขตอุตสาหกรรมภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 1,086 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจหาระดับไขมันในเลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในและนอกเขตนิคมอุตสาหกรรม มีดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ วัยรุ่นในและนอกเขตนิคมอุตสาหกรรม มีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ($\bar{X} = 19.58, S.D. = 3.07$ และ $\bar{X} = 19.42, S.D. = 2.77$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในและนอกเขตนิคมอุตสาหกรรมมีพฤติกรรมออกกำลังกาย และจำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ในการออกกำลังกายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สรุปได้ว่า ดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของวัยรุ่น แต่การศึกษา ของ วันเพ็ญ พูลทวี (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ของอาหารบริโภค ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือดของหญิงอ้วนวัยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่แผนกโภชนาการและโภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุ 22-50 ปี จำนวน 70 คนเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม ความถี่ในการบริโภคอาหารไขมันและโคเลสเตอรอลสูง และให้ผู้ร่วมวิจัยเก็บข้อมูลอาหารบริโภคโดยวิธีจดบันทึกอาหารบริโภค 3 วัน เจาะและตรวจเลือดหาระดับไขมัน ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 74.3 ของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29.9 Kg/m² ร้อยละ 25.7 มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 30-40 Kg/m² ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับ TG ($r = 0.24$) ปริมาณพลังงานทั้งหมด ($r = 0.67$) คาร์โบไฮเดรต ($r = 0.62$) โปรตีน ($r = 0.23$) และไขมัน ($r = 0.39$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่า ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของผู้หญิงอ้วนวัยผู้ใหญ่

จากการศึกษาข้างต้นเห็นได้ว่า การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลยังไม่ชัดเจนจึงนำไปสู่การศึกษาเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงสนใจว่าดัชนีมวลกายของสตรีวัยทำงานแต่ละคนที่ต่างกันน่าจะมีการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก

5.1.3 ระดับการศึกษาของสตรีวัยทำงาน บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ (สุชาดา มะโนทัย, 2542) ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะเป็นผู้สนใจเรียนรู้มีโอกาสดูรับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท โดยสามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการเพิ่มความรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้มีความเข้าใจและมีการรับรู้ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านระดับการศึกษาของสตรีวัยทำงานมาศึกษาโดยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก

5.1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมัก จะได้รับการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

5.1.5 อาชีพ อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยต่างกัน เนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกันจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะและประสบการณ์ต่างกันจากการศึกษา พบว่า อาชีพและรายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเองด้านสุขภาพ

5.1.6 สถานภาพสมรส กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด ม่าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนดูแลและให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ได้รับการช่วยเหลือจากคู่สมรส

6. **สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ** คือ สิ่งชักนำ โอกาส หรือหนทางที่จะช่วยให้มีการปฏิบัติ เช่น การสนับสนุนทางสังคม ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ คำแนะนำที่ได้รับจากบุคคลอื่น และการกระตุ้นเตือน สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จะเห็นว่าสิ่งสำคัญที่เป็นตัวการจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรม คือ การรับรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ร่วมกับความคาดหวังที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งการรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อาจมีมากน้อยแตกต่างกัน ยังมีการรับรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเท่าใด ก็เป็นส่วนสำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา สำหรับสตรีวัยทำงานที่มีการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมน้ำหนักสามารถเกิดได้จากการที่สตรีวัยทำงานรับรู้ในเรื่องต่อไปนี้

6.1 การมีรูปร่างอ้วนและพอมมีความรุนแรงและเป็นอันตราย

6.2 คนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น และคนมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะพอมทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคขาดสารอาหาร ภูมิคุ้มกันต่ำ สดปญญาต่ำ เป็นต้น

6.3 การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักนั้นเป็นประโยชน์ สามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและผอมได้

6.4 ความสะดวกสบายในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักนั้น ไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายมากเกินไป

6.5 ความต้องการการยอมรับโดยเฉพาะภาพลักษณ์จากบุคคลในครอบครัวและกลุ่มเพื่อน

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลปักใจยึดถือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และส่งผลให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตรงตามความเชื่อเหล่านั้นๆ ซึ่งองค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์-อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค นอกจากนี้ยังพบว่า มีปัจจัยร่วมซึ่งได้แก่ ด้านประชากร จิตสังคม ภูมิหลัง และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมให้ปฏิบัติที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล

การรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างของสตรีวัยทำงาน

จากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้รูปร่าง พบว่า บุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้รูปร่างของตนแตกต่างกันไป มีทั้งรูปร่างอ้วน ผอม พอดี ทำให้บางคนกลัวอย่างมากว่าน้ำหนักจะเพิ่มหรืออ้วนขึ้น เพราะมีทัศนคติว่าความมีคุณค่าของตนขึ้นอยู่กับรูปร่าง และน้ำหนักตัวความสามารถลดน้ำหนักได้แสดงถึงความสำเร็จความภูมิใจ ซึ่งการรับรู้รูปร่างที่ผิดไป จากความจริงจนเกิดความไม่พอใจรูปร่างตนเองนี้ ทำให้เกิดปัญหาด้านอารมณ์ และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลทำพฤติกรรมที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจว่าแต่ละบุคคลมีการรับรู้รูปร่างอย่างไร ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ มีการประเมินและจำแนกรูปร่างอย่างไร โดยได้ศึกษารายละเอียดในเรื่องดังกล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้** บุคคลจะมีการรับรู้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ นั้น จากการศึกษาของนักจิตวิทยาหลายท่านได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลไว้ ดังนี้ พันธุทิพย์ รามสูต (2540) กล่าวว่า คนเราจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัวของเขาไม่เหมือนกัน ทั้งนี้การรับรู้จะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ได้แก่ ประสิทธิภาพของระบบประสาทสัมผัส สภาพจิตใจของบุคคล ประสบการณ์เดิมตลอดจนลักษณะของสิ่งเร้าที่เรารับรู้ในที่นี้แบ่งสิ่งที่มีอิทธิพลหรือปัจจัยของการรับรู้ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 ลักษณะของผู้รับรู้ การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งก่อน-หลัง มาก-น้อยอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับรู้ ซึ่งปัจจัยเกี่ยวกับผู้รับรู้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านที่ 1 เป็นด้านกายภาพ เป็นความพร้อมของ อวัยวะสัมผัส เช่น หู ตา จมูก และอวัยวะสัมผัสอื่น ๆ ปกติ หรือไม่มีความรู้สึก รับสัมผัสสมบูรณ์เพียงใด ถ้าผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพก็ย่อมทำให้การรับสัมผัสผิดไป นอกจากนี้ การรับรู้ยังต้องขึ้นกับขอบเขตความสามารถของการรับรู้ด้วย รวมทั้งระดับสติปัญญาของแต่ละบุคคล

ด้านที่ 2 ด้านจิตวิทยา เป็นปัจจัยด้านจิตวิทยาของคนที่มียุทธพลต่อการรับรู้ นั้นมีหลายประการอันเป็นผลจากการเรียนรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม ความต้องการ ความปรารถนา เจตคติ สภาพของจิตใจหรือ ภาวะของอารมณ์ อิทธิพลของสังคม ความตั้งใจ แรงจูงใจ คุณค่าเชาว์ปัญญา ความพร้อมหรือ การเตรียมความพร้อมที่จะรับรู้

1.2 ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใด ก่อน-หลัง มาก-น้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับว่าสิ่งเร้านั้นดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมาก-น้อยเพียงใดหรือไม่ ลักษณะของสิ่งเร้าที่มี อิทธิพลต่อการรับรู้ คือ สิ่งเร้าภายนอกที่ดึงดูดความสนใจและความตั้งใจ เช่น ขนาดความเข้ม ความหนักเบา ความแปลกใหม่ ความคงทน เป็นต้น ดังเห็นได้จากสื่อโฆษณาต่าง ๆ ทางโทรทัศน์ที่โฆษณา ลักษณะเด่นของสินค้าเพื่อให้ผู้บริโภคนสนใจและอยากใช้สินค้านั้น และอีกประการหนึ่งคือ การจัด ลักษณะหมวดหมู่ของวัตถุของสิ่งเร้า ได้แก่ ความคล้ายคลึง ความใกล้ชิด เช่น วิทยุทำงานมักชักชวน กันไปออกกำลังกายโดยการเต้นแอโรบิก เพราะการเต้นกันเป็นกลุ่มทำให้สนุกสนานเพลิดเพลิน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุปจะเห็นว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นอย่างไรนั้นย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย ทางด้านความรู้และประสบการณ์ที่ผ่านมา ความสนใจ ความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ สติปัญญา และความเกี่ยวข้องของสิ่งเร้ากับบุคคลเป็นสำคัญ ดังนั้น การจะประเมินบุคคลว่ามีการรับรู้ดี ถูกต้อง หรือไม่ย่อมขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องที่เขารับรู้มาด้วย อาจสรุปได้ว่า การรับรู้ รูปร่าง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับรูปร่างหรือขนาดร่างกายของตนเอง ซึ่งจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้ และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องรูปร่างนั่นเอง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่าสตรีวัยทำงานมีการรับรู้รูปร่างอย่างไร จึงนำปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ในด้านความรู้และประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการรับรู้รูปร่าง ได้แก่ วิธีการประเมิน และการจำแนก รูปร่างมากำหนดเป็นคำถามในแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้รูปร่างของสตรีวัยทำงาน เพื่อช่วยตอบ วัตถุประสงค์การวิจัยข้อแรก โดยได้ศึกษาค้นคว้ารายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการประเมินและการจำแนก รูปร่าง ซึ่งรายละเอียดในเรื่องเหล่านี้จะขอกล่าวไว้ในลำดับต่อไป

2. วิธีประเมินรูปร่างหรือน้ำหนัก รูปร่างและน้ำหนักตัวของคนแต่ละคนมีความแตกต่างกัน การจะบอกได้ว่าผู้ใดอ้วนหรือผอมนั้นจะต้องอาศัยการประเมิน ซึ่งการประเมินน้ำหนักตัวของคน มีมากมายหลายวิธีและในแต่ละวิธีก็มีรายละเอียดแตกต่างกันไปดังต่อไปนี้

2.1 จากการสังเกต โดยทั่วไปคนเรามักจะบอกได้ว่า ผู้ใดอ้วน ผู้ใดไม่อ้วนจากสามัญสำนึก แต่ในร่างกายที่กำกวมจะบอกได้ยาก บางคนใช้วิธีดั่งผิวหนังบริเวณเหนือเอว กระดุกเชิงกราน ออกเป็นหีบ (Sold) แล้ววัดความหนาของหีบผิวนั้น ถ้าเกิน 1 นิ้ว ก็ถือว่าอ้วน (ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2542) แต่วิธีนี้ไม่มาตรฐานแน่นอน เป็นการประเมินอย่างคร่าว ๆ อาจทำให้การประเมินผิดพลาดได้

2.2 การหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index : BMI) เป็นเกณฑ์มาตรฐาน ที่ได้รับความนิยมสูงสุด คำนวณได้โดยใช้น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง ดังสูตร

$$\text{ดัชนีความหนาของร่างกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(เมตร)}^2}$$

โดยพิจารณาจากเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (Kantachuvessiri, 2005) ภาวะน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ ค่า BMI ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร ภาวะน้ำหนักปกติ ค่า BMI อยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ภาวะน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ/อ้วน ค่า BMI มากกว่า 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร ข้อดีของ BMI คือ ไม่ต้องใช้ตาราง สามารถใช้ได้กับทุกเชื้อชาติและทุกเพศ สะดวก รวดเร็วและประหยัดค่าใช้จ่าย แต่มีข้อจำกัด คือ ดัชนีมวลกายจะมีค่าสูงในเด็กที่สูง ทำให้ถูกวินิจฉัยผิดว่าอ้วน อย่างไรก็ตามดัชนีมวลกายเป็นวิธีการประเมินที่ใช้ในผู้ใหญ่และได้รับการยอมรับกันอย่างแพร่หลาย

2.3 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Thickness) เป็นวิธีที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะอ้วนมากได้เป็นอย่างดี เพราะความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมีความสัมพันธ์ดีกับปริมาณเนื้อเยื่อไขมันในร่างกาย เนื่องจากประมาณครึ่งหนึ่งของไขมันที่มีสะสมในร่างกายจะอยู่ตามบริเวณใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Fat) ดังนั้นถ้าทราบปริมาณของไขมันใต้ผิวหนังก็จะสามารถคำนวณหาปริมาณไขมันทั้งหมดในร่างกายได้ (ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2542) การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังสามารถวัดได้หลายแห่ง แต่ตำแหน่งที่นิยมวัดกันมากที่สุด คือ บริเวณด้านหลังของต้นแขนกึ่งกลางระหว่างหัวไหล่และข้อศอก (Triceps Skinnfold Thickness) โดยอาศัยเครื่องมือที่เรียกว่า สกินแคลิเปอร์ (Skin Carripers) ถ้าความหนาที่วัดได้สูงเกินขีดกำหนดที่อายุและเพศเดียวกันให้ถือว่ามีความอ้วนได้ ข้อเสีย คือ มีข้อจำกัดในบางรายที่มีไขมันหนาเฉพาะที่ นอกจากนี้ครึ่งหนึ่งของไขมันทั้งหมดอยู่ที่อวัยวะภายในไม่สามารถตรวจได้จากการวัดที่ผิวหนัง

2.4 การหาอัตราส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก (Waist to Hip Ratio หรือ WHR) สามารถกระทำได้โดยการวัดความยาวของเส้นรอบเอวและความยาวของเส้นสะโพกแล้วนำไปคำนวณหาอัตราส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก ค่าที่เหมาะสมสำหรับผู้ชายไม่ควรเกิน 1.0 และผู้หญิงไม่ควรเกิน 0.8 ถ้าผู้ใดได้ค่าที่เกินกว่าที่กำหนดนี้ แสดงว่า มีภาวะอ้วน วิธีนี้จะมีข้อเสีย คือ ความแตกต่างด้านสรีระวิทยาเพศหญิงมักจะมีสะโพกผายมากกว่าเพศชาย ดังนั้นการประเมินด้วยวิธีนี้อาจทำให้ผลคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ยังมีการประเมินน้ำหนักอีกหลายวิธี ได้แก่ การถ่ายภาพรังสี

ของไขมัน การวัดเนื้อเยื่อส่วนไม่ติดมัน การชั่งน้ำหนักได้น้ำ การฉีดสารเคมีเพื่อวัดปริมาณน้ำภายในร่างกาย เป็นต้น ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นวิธีการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเสียค่าใช้จ่ายมากหรือต้องทำในห้องปฏิบัติการและบางวิธีอาจมีอันตรายได้ ผู้วิจัยจึงไม่ใช้วิธีการที่กล่าวมาในการศึกษาครั้งนี้

3. การจำแนกรูปร่าง จากการค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถแบ่งการจำแนกรูปร่างของคนเราได้ ดังนี้

3.1 การจำแนกรูปร่างตามน้ำหนักมาตรฐาน มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 น้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐาน เป็นภาวะทุพโภชนาการที่บุคคลนั้นมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่ร้อยละ 15 ในระดับความสูงเดียวกัน และถ้าหากต่ำกว่าร้อยละ 10 จัดเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักตัวน้อย (Under Weight) (ชวนพิศ วงศ์สามัญ, 2542) หรือการที่ร่างกายมีปริมาณไขมันในร่างกายน้อยกว่าที่ควรมีเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐาน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานว่า หมายถึง น้ำหนักตัวที่ต่ำกว่ามาตรฐาน คือ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Kantachuvessiri, 2005)

3.1.2 น้ำหนักมาตรฐาน เป็นจำนวนน้ำหนักตัวของคนที่มรูปร่างสมบูรณ์ ไม่อ้วน ไม่ผอม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวัยและส่วนสูงของบุคคลนั้น ในที่นี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์มาตรฐานดัชนีมวลกาย (BMI) ขององค์การอนามัยโลกเป็นเกณฑ์ โดยเมื่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เท่ากับ 18.5 - 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่ามีน้ำหนักปกติ (Kantachuvessiri, 2005)

3.1.3 น้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับอาหารเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้เกิดการสะสมไขมันในร่างกายตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เป็นโรคอ้วนหรือเป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันไว้ในปริมาณมากเกินไปจนมีความจำเป็นสำหรับหน้าที่ในร่างกายจนเป็นเหตุให้น้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรเป็น ในที่นี้ผู้วิจัยใช้เกณฑ์มาตรฐานดัชนีมวลกาย (BMI) ของคนไทยเป็นเกณฑ์ โดยเมื่อค่าดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปถือว่าเป็นโรคอ้วน (Kantachuvessiri, 2005)

3.2 การจำแนกรูปร่างจากการสังเกตหรือการบอกเล่า น้ำหนักตัวของคนเราขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ลักษณะโครงสร้างของร่างกาย จำนวนไขมันที่สะสมในร่างกาย เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ อายุ และเพศเหล่านี้มีอิทธิพลต่อน้ำหนักตัวของคนเราไม่น้อยเหมือนกัน ดังนั้นนักมานุษยวิทยาจึงได้จำแนกรูปร่างของคนเราออกเป็นชนิดต่าง ๆ ซึ่งมีหลายวิธี วิธีที่นิยมกันแพร่หลาย คือ วิธีของวิลเลียม เชลดอน (William Sheldon) หรือเรียกว่า “เชลดอน โซมาโตไทป์” (Sheldon Somatotyping) โดยแบ่งรูปร่างของมนุษย์ออกเป็น 3 พวกใหญ่ ๆ คือ

3.2.1 ลักษณะประเภทไขมัน (Endomorphic Type) เป็นรูปร่างลักษณะของร่างกายที่มีไขมันมากเกินไปและไม่ได้สัดส่วนกับกล้ามเนื้อกระดูก คนพวกนี้จะเป็นคนรูปร่างอ้วน กลมมนเนื้อ

น้มน มีไขมันกระจายอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้อง หน้าอก สะโพก ต้นแขน และต้นขา ลำตัว แม้จะดูใหญ่แต่ความจริงมีโครงกระดูกเล็ก ผู้ชายบางคนอาจมีหน้าอกคล้ายผู้หญิง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าคนกลุ่มนี้ ก็คือ คนอ้วนนั่นเอง ผู้ที่มีรูปร่างลักษณะนี้จะทำให้พอมได้ค่อนข้างยาก จึงควรทำความเข้าใจแต่แรกเสียก่อนเพื่อจะได้ไม่ผิดหวังหงุดหงิด หรือเกิดความเครียดเมื่อไม่สามารถลดน้ำหนักได้อย่างรวดเร็วเหมือนคนอื่น แต่ถ้าพยายามอย่างจริงจังก็จะสามารถลดหรือควบคุมน้ำหนักได้อย่างได้ผลเช่นกัน

3.2.2 ลักษณะประเภทกล้ามเนื้อ (Mesomorphic Type) รูปร่างประเภทนี้จะมียีนกล้ามเนื้อ เป็นองค์ประกอบส่วนใหญ่ของร่างกายและสามารถมองเห็นได้ชัดเจน สัดส่วนของกล้ามเนื้อจะมี ประมาณ 40% ของน้ำหนักของร่างกาย ส่วนที่เหลือคือ ส่วนกระดูกประมาณ 15% และไขมันประมาณ 10 – 15% ของน้ำหนักร่างกาย รูปร่างประเภทกล้ามเนื้อ มักจะมีน้ำหนักตัวปกติมาตรฐาน (Normal Weight) หรือเรียกว่า รูปร่างกำลังพอดี ซึ่งเป็นลักษณะที่ทุกคนปรารถนาเป็นพวกมีโครงกระดูกใหญ่ กล้ามเนื้อแข็งแรง ถ้าเป็นชายจะเป็นพวกอกสามศอก ไหล่กว้าง จัดเป็นพวกหุ่นชายชาติ ถ้าเป็นหญิง จะเป็นลักษณะเอวคอด สะโพกผาย เป็นที่ชื่นชอบของผู้ชาย คนกลุ่มนี้จะเล่นกีฬาได้ดีทั้งหญิงและชาย แต่ต้องระวังให้มากเพราะถ้าหยุดเล่นกีฬาแล้วก็จะมียีนน้ำหนักมากขึ้นหรือมีน้ำหนักเกินได้ง่าย เรียกว่า รูปร่างท่วมได้ง่าย

3.2.3 ลักษณะประเภทกระดูก (Ectomorphic Type) เป็นรูปร่างลักษณะคนที่มีร่างกาย เป็นกระดูกส่วนใหญ่โดยจะมีไขมันและกล้ามเนื้อน้อย มักจะมีรูปร่างผอมสูง โครงร่างเล็กกล้ามเนื้อลีบ แขนขายาว มือและเท้าผอมยาว ไหล่แคบ ออกแคบ ไขมันตามตัวมีน้อย รูปร่างประเภทนี้มีน้ำหนักตัว ต่ำกว่ามาตรฐาน (Under Weight) หรือเรียกว่า รูปร่างผอม ถ้าเป็นผู้ชายสมัยก่อนก็จัดเป็นพวกหุ่นจี๊ยา ถ้าเป็นผู้หญิงก็เป็นหุ่นนางแบบฝรั่งเศส คือ ตัวผอมแห้ง คอยาว ออกแบนราบแต่หุ่นสาวสมัยใหม่ บางคนจะชื่นชอบรูปร่างแบบนี้ อย่างไรก็ตามผู้ที่มีรูป-กายกลุ่มนี้หากได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี และ ได้รับอาหารที่ดีก็จะมีรูปร่างดีขึ้นได้ จากการจำแนกรูปร่างของคนเราที่นักมานุษยวิทยาได้แบ่งไว้ ผู้วิจัย จึงได้สรุปการจำแนกรูปร่างของคนเราเพื่อคัดแปลงใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ ได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ คนอ้วน พอดี ผอม และอาจมีการจำแนกรูปร่างแตกต่างไปจากนี้อีกได้เนื่องจากบุคคลมีการรับรู้ ที่แตกต่างกันผู้วิจัยจึงนำความรู้เกี่ยวกับการรับรู้รูปร่าง ในเรื่องการประเมินและจำแนกรูปร่างมาเป็น แนวทางในการสร้างคำถามในแบบสอบถามด้านการรับรู้รูปร่าง ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิจัยนี้

สรุปได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับรูปร่างของสตรีวัยทำงานนั้นจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบุคคล ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้จะขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับรู้ ลักษณะของสิ่งเร้า ซึ่งการประเมิน รูปร่างสามารถทำได้หลายวิธีแต่ที่นิยมใช้กันมากที่สุดคือ การหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย เพราะ สามารถใช้ได้กับทุกเชื้อชาติและทุกเพศ

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงาน

ความหมายของพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงค้นคว้ารายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมในเรื่องของความหมายของพฤติกรรมและวิธีการประเมินพฤติกรรม ดังนี้พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด ความคิด ความรู้สึกความชอบ ความสนใจ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2552) พฤติกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำย่อมมีเหตุมีจุดมุ่งหมาย ขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้กระทำ เนื่องจากการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ และสาเหตุเดียวกันไม่จำเป็นต้องนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกัน อีกทั้งพฤติกรรมที่ต่างกันอาจเนื่องมาจากสาเหตุเดียวกันได้ และพฤติกรรมเป็นการกระทำของบุคคล หรือสิ่งที่ปรากฏจากการกระทำอย่างตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ รู้สึกตัวมีการตระหนักรู้ หรือการกระทำจากสิ่งที่ไม่รู้ตัวในร่างกาย หรือจิตไร้สำนึกก็ได้ แต่ไม่ใช่สิ่งที่ถูกกระทำต่อพฤติกรรม เช่น การรักษา ไม่ใช่พฤติกรรมการเสื่อมของกระดูกที่หัก การหายของบาดแผล ความต้านทานต่อการติดเชื้อโรคต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ใช่ “พฤติกรรม” แต่เป็นภาพสะท้อนของร่างกายในขณะนั้น ๆ พฤติกรรมสุขภาพจึงไม่ได้รวมถึงลักษณะทางคลินิกที่ดีขึ้น หรือการฟื้นฟูทางด้านสรีระวิทยา ดังที่กล่าวมา การวัดพฤติกรรมจึงรวมไปถึงการสังเกตพฤติกรรมที่ปรากฏโดยตรงจากการกระทำที่เปิดเผย และจากการสังเกตอารมณ์ความรู้สึกต่าง ๆ ต่อเหตุการณ์ที่แสดงออก ซึ่งเป็นการวัดโดยทางอ้อม พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ซึ่งได้มีนักวิชาการให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2544) ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิด ทำที่ เจตนาและการแสดงออกทางกายและทางวาจา ตรงกับหลักการของศาสนาพุทธที่กล่าวถึง “กรรม” ของผู้ปฏิบัติ มีทั้งมโนกรรม กายกรรมและวจีกรรม ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันตัว การส่งเสริมสุขภาพของร่างกาย การดูแลตัวเองเมื่อบาดเจ็บหรือป่วยไข้และในระยะพักฟื้น สอดคล้องกับ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง จะเห็นว่าพฤติกรรมเรื่องสุขภาพอนามัยไม่เพียงเกิดขึ้นในช่วงแค่เมื่อตอนที่เราไม่สบายเท่านั้น หากรวมถึงช่วงที่เราสบายดีด้วย ดังนั้นเมื่อใช้คำว่า “พฤติกรรมสุขภาพ” จึงรวมความตั้งแต่พฤติกรรมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987) ที่อธิบายถึงพฤติกรรมมนุษย์ว่า เป็นพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับการกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ฉะนั้นพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่จึงอ้างถึงพฤติกรรมของ

ผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยเล็กน้อยเน้นเฉพาะเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำของบุคคลที่กระทำในภาวะที่บุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บป่วย ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว หรือของชุมชน สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotive Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ อันเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่สุขภาพแข็งแรง เพื่อให้สุขภาพอนามัยของตนเองและสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Health Preventive Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยมุ่งระวังไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ หรือเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงและขัดขวางปัญหาใดปัญหาหนึ่งเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยได้ให้ความหมายของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก ว่าหมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ บริโภคนิสัย การใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน การใช้ยาและอื่น ๆ เช่น การฝังเข็ม การดูดไขมัน เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดน้ำหนัก สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักของสตรีอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ตำบลปากตะโก พบว่า สตรีบางคนกระทำพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักด้วยการอด อาหารบางมื้อ เพราะไม่ต้องการมีรูปร่างอ้วน จึงกล่าวได้ว่า พฤติกรรมควบคุมน้ำหนักเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างหนึ่ง

พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ตามที่ได้อ้างมาแล้วว่าเพศหญิงเป็นเพศที่ให้ความสนใจเรื่องรูปร่างของตนเองเป็นพิเศษ สตรีจึงดูแล และระวังรักษารูปร่างของตนให้เป็นที่พอใจสำหรับตนเองและผู้พบเห็นตลอดเวลาเพราะต้องการการยอมรับจากเพื่อนและสังคมโดยการพยายามควบคุมน้ำหนักซึ่งมีมากมายหลายวิธีจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า จะมีการศึกษาพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักในด้านการบริโภคนิสัยและการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน (รวิชา หงส์โรจนภักย์, 2545) และยังมี การควบคุมน้ำหนัก อีกหลายวิธีที่ใช้ จากการค้นคว้าตำรา เช่น การจำกัดหรือควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และวิธีการอื่น ๆ เป็นต้น โดย พฤติกรรมเหล่านี้เป็นการควบคุมน้ำหนักเพื่อให้ น้ำหนักลดลง ผู้วิจัยจึงนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในแง่การลดน้ำหนัก เพื่อเข้าใจและใช้เป็นแนวทางในการมองพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. **บริโภคนิสัย** การมีบริโภคนิสัยที่ชอบบริโภคอาหารในปริมาณที่เกินความสมดุลหรือไม่เพียงพอกับการใช้พลังงานของร่างกาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นหรือ

ลดลงได้ ดังนั้นการมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของกิจกรรมหรือพลังงานที่ใช้ในแต่ละวันจึงเป็นวิธีควบคุมน้ำหนักได้ดี และมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของบริโภคนิสัยดังนี้ วิณะ วิธวาทะ และสง่า ดามาพงษ์ (2541) ให้ความหมายของบริโภคนิสัย คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารอันเป็นความเชื่อถือหรือเป็นข้อห้าม และข้อบังคับแนะนำที่ถือปฏิบัติในสังคมจนกลายเป็นนิสัย และมีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชนจากความหมายของบริโภคนิสัย

สรุปได้ว่าบริโภคนิสัย คือ การปฏิบัติหรือการกระทำที่ทำงานเกิดความเคยชินเป็นนิสัยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารในด้านการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเตรียมชนิดของอาหารและสุขนิสัยในการบริโภคอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ โดยได้รับอิทธิพลจาก สิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม สภาพร่างกาย และจิตใจ

2. บริโภคนิสัยเพื่อควบคุมน้ำหนัก การบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักควรควบคุมแคลอรีให้อยู่ในช่วง 1,000–1,200 แคลอรีต่อวัน และไม่ควรควบคุมอาหารให้พลังงานที่ได้รับต่ำกว่า 800 แคลอรีต่อวัน เพราะอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสารอาหารจนนำไปสู่การลดการใช้พลังงานลงได้ เช่น การลดอาหารพวกแป้งไขมันลงให้มากที่สุดเป็นวิธีที่มีผู้นิยมใช้กันมากเพราะเห็นผลได้ดี เนื่องจากแป้งและไขมันเป็นสารอาหารที่ร่างกายได้รับในปริมาณสูงที่สุดและมีจำนวนแคลอรีสูง เมื่อลดสารอาหาร 2 ชนิดนี้ลง ทำให้พลังงานลดลงอย่างมากและการขาดสารอาหารแป้งจะทำให้ร่างกายมีการสร้างคีโตนในกระแสเลือด (Ketosis) มากทำให้ความอยากอาหารลดลง การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนแปลงไป น้ำหนักจะลดจริงในระยะแรก เนื่องจากร่างกายขาดน้ำแต่หากไม่ทำอย่างต่อเนื่องน้ำหนักก็จะกลับคืนมาอย่างรวดเร็ว (กำพล ศรีวัฒนกุล, 2543) ดังนั้นการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารควรทำแบบค่อยเป็นค่อยไป เพราะในขณะที่ลดน้ำหนักร่างกายจะดึงไกลโคเจนที่สะสมไว้ในตับมาใช้ ถ้าวัดน้ำหนักลงมาก ๆ จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ การควบคุมน้ำหนักโดยการจำกัดอาหารนั้นควรจัดอาหารแบบสมดุล (Balance Diet) คือ จัดอาหารโดยคำนึงถึงการได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน อัตราสมดุลกัน เลือกรับประทานโดยคำนึงถึงพลังงานนั้นได้ 5 หมู่ ดังนี้ หมู่ที่ 1 ข้าวและแป้ง รวมทั้งผลผลิตจากข้าว อาหารหมู่นี้มีสารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่มีโปรตีนเพียงเล็กน้อย ควรบริโภคคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ได้รับอาหารหมู่นี้ ได้แก่ ข้าว ขนมจีน ขนมปัง ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ มักโรนี สปาเก็ตตี้ กว๊ายจ๊ับ รวมทั้งบะหมี่สำเร็จรูปต่าง ๆ อาหารดังกล่าวมานี้ควรรับประทานมื้อละ 1-2 ทัพพี (ในสภาพที่สุกแล้ว) อาหารหมู่นี้ควรรับประทานเพื่อสุขภาพ ไม่ควรรับประทานให้อิ่ม ควรเลือกรับประทานอย่างใดอย่างหนึ่งหรือคละกันไปในแต่ละวัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลผสมอยู่ในปริมาณมาก เช่น เค้ก โดนัท พิชซ่า ข้าวเหนียวมูน เป็นต้น หมู่ที่ 2 เนื้อสัตว์ต่าง ๆ รวมทั้ง

นม ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ซึ่งจะให้สารอาหารโปรตีนซึ่งควรบริโภคร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ สารอาหารโปรตีน เช่น เนื้อวัว หมู ปลา กุ้ง ควรรับประทานมื้อละ 2-3 ช้อนโต๊ะ (ในสภาพที่สุกแล้ว) ควรเลือกรับประทานเฉพาะที่เป็นเนื้อล้วน ๆ ไม่มีมัน ไม่มีหนัง วันละ 100 กรัม หรือสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ใช้เฉพาะส่วนที่เป็นอก น่องหรือสะโพก ถ้าเป็นไปได้ควรงดเครื่องในสัตว์ นมสด ถ้าต้องการดื่มควรดื่มนมพร่องมันเนย วัยรุ่นควรดื่มนมวันละ 2 แก้ว รับประทานอาหารประเภท ถั่วต่าง ๆ ได้แก่ ถั่ว เมล็ดแห้ง เต้าหู้ขาว เต้าหู้เหลืองวันละ ½ ถ้วย ไข่ควรรับประทานในรูปของต้ม ตุ่น ไข่ดาวน้ำควรรับประทานไข่เจียวและไม่ควรรับประทานไข่ เกินสัปดาห์ละ 3 ฟอง หมูที่ 3 ผักต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประเภทแรกได้แก่ ผักใบทุกชนิด เห็ดต่างๆ แตงกวา หน่อไม้ ถั่วงอก มะละกอดิบ มะเขือเทศ เป็นต้น ผักประเภทสอง ได้แก่ พริกทอง มันแกว ถั่วฝักยาว ถั่วลันเตา เป็นต้น ผักประเภทที่สองนี้จะให้พลังงานมากกว่าผักประเภทแรกจะรับประทานได้โดยไม่จำกัดจำนวน หมูที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ ควรรับประทานผลไม้สดมากกว่าผลไม้แห้งหรือผลไม้เชื่อม ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ละมุด มะละกอ องุ่น เงาะ ลำไย ควรรับประทานในปริมาณจำกัดส่วนผลไม้ที่รสหวานน้อย เช่น พุทรา แอปเปิ้ล ส้ม ชมพู สามารถรับประทานได้มากกว่าผลไม้ประเภทแรกหมูที่ 5 ไขมัน ควรบริโภค ไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ เนื่องจากเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงสุด คือ 1 กรัม ให้ 9 แคลอรี และปัจจุบันคนไทยรับประทานอาหารที่มีไขมันมากกว่าในอดีตและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในอนาคต โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยในเขตเมือง การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไปทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม อ้วน และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักควรรับประทานไขมัน น้อยกว่าปกติ ไม่ควรรับประทานน้ำมันเกินวันละ 3 ช้อนชา ถ้าเป็นไปได้ควรรับประทานไขมันจากพืช ยกเว้น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์มนอกจากนี้ยังมีอาหารที่ไม่ได้อยู่ในอาหาร 5 หมู่ ที่สตรีวัยทำงาน ควรหลีกเลี่ยง คือ

2.1 อาหารรสหวานจัดและเค็มจัด อาหารที่มีรสหวานหรือมีน้ำตาลสูง เช่น ขนมหวาน น้ำอัดลม ลูกอม เป็นอาหารที่ให้พลังงาน ถ้ารับประทานมากเกินไปจะทำให้เกิดฟันผุ ส่งเสริมการสร้าง ไตรกลีเซอไรด์ในตับและลำไส้เล็กเพิ่มขึ้น จึงควรรับประทานอาหารรสหวานให้น้อยลง และ รับประทานผลไม้แทน ส่วนอาหารที่มีรสเค็มจะประกอบด้วยโซเดียม แต่อาหารบางชนิดที่มีโซเดียมสูง โดยไม่มีรสเค็มพบได้มากในอาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง ของขบเคี้ยว เครื่องดื่ม บางชนิด เครื่องปรุงรส เช่น น้ำปลา เต้าเจี้ยว ปลาร้า กะปิ และผงชูรส เป็นต้น การ รับประทานอาหาร รสเค็มจัดหรือโซเดียมสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรจำกัดอาหาร ที่มีรสเค็มและอาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตในเชิงอุตสาหกรรมที่มีโซเดียมสูงแต่ควรรับประทาน อาหารที่มีโซเดียมประกอบอยู่ตามธรรมชาติ เช่น ผักสดและเนื้อสัตว์ เป็นต้น

2.2 อาหารที่ควรงดหรือลด คือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพราะในแอลกอฮอล์จะมีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น เบียร์ และเหล้าไวน์หวาน การดื่มแอลกอฮอล์มากทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคตับอ่อนอักเสบ นอกจากนี้ยังทำให้เสียสมาธิในการเรียนการทำงาน และเกิดภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากแอลกอฮอล์ทำให้การดูดซึมสารอาหารและขบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายผิดปกติ

นอกจากจะควบคุมประเภทของอาหารที่รับประทานแล้วยังต้องคำนึงถึงวิธีการรับประทานอาหารด้วย ซึ่งวิธีการเหล่านี้ ได้แก่

1. การจดบันทึกอาหารประจำวัน ในวันหนึ่งรับประทานอาหารเวลาใด กับใคร ที่ไหน อารมณ์ขณะรับประทานอาหาร ทำให้ทราบนิสัยในการรับประทานอาหาร ให้บันทึกวันที่รับประทาน
2. ดื่มน้ำก่อนกินอาหาร 1-2 แก้ว และดื่มน้ำก่อนอิ่มอาหาร 1-2 แก้ว จะช่วยให้กินอาหารได้น้อยลง และอิ่มเร็วขึ้น เนื่องจากน้ำจะไปแทนที่อาหารในกระเพาะอาหาร
3. พยายามกำจัดสิ่งกระตุ้นให้เกิดความหิว เช่น ไขมัน ชาม ช้อน ส้อมให้มีขนาดเล็กลง เพื่อจะได้รู้สึกคล้ายกับมีอาหารมากขึ้น และกินได้ช้ากว่าคนอื่น
4. เตรียมเมนูอาหารล่วงหน้า ตัดอาหารว่าง ควรกำหนดว่าควรรับประทานอาหารอะไร โดยเฉพาะอาหารหลัก จะช่วยในการควบคุมพลังงาน
5. ควรกินอาหารช้า ๆ เคี้ยวให้ละเอียด เพราะการกินอาหารเร็วทำให้กินอิ่มได้มาก จึงจะอิ่มและทำให้ศูนย์ควบคุมความหิวและความอิ่มเสียหาย
6. พยายามรับประทานอาหารในที่ที่จัดไว้ ซึ่งควรจะเป็นที่โต๊ะอาหาร
7. ขณะที่รับประทานอาหารควรหลีกเลี่ยงการดูทีวี ไม่ควรรับประทานคนเดียวและเริ่มกินอาหารทีหลังคนอื่น ๆ และอิ่มพร้อม ๆ กัน เมื่ออิ่มแล้วให้รีบลุกไปจากโต๊ะอาหารทันทีหรือเก็บอาหารทุกชนิดให้พ้นสายตา ไม่ควรเสียดอาหารที่เหลือบนโต๊ะอาหาร
8. ให้ลดเครื่องดื่มพวกน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพราะแคลอรีสูง
9. เพิ่มเส้นใยอาหารให้มากขึ้น และเพิ่มอาหารที่มีแคลอรีต่ำ
10. พยายามหางานอดิเรกทำ หรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ทันทีเมื่อรับประทานอาหารเสร็จหรือในยามว่างระหว่างมื้ออาหารจะเห็นได้ว่าวิธีการควบคุมอาหารนี้เป็นวิธีการที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในวงการแพทย์ และนักโภชนาการแต่เป็นเรื่องที่ปฏิบัติตามได้ยาก เพราะนอกจากจะต้องคำนึงถึงแคลอรีที่ได้รับอยู่เสมอยังก่อให้เกิดความเครียดได้ เรียกว่า “Calorie Conscious” อาจส่งผลให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้นได้ (ก่าพล ศรีวัฒนกุล, 2543) ดังนั้นการควบคุมน้ำหนักให้สมดุล นอกจากจะมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องแล้ว ควรจะมีการคำนึงถึงการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันด้วย

3. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเพื่อการควบคุมน้ำหนัก เป็นการเพิ่มการใช้พลังงานของร่างกายโดยการดึงเอาเนื้อเยื่อไขมันบริเวณกล้ามเนื้อมาเป็นพลังงาน ทำให้เนื้อเยื่อไขมันที่บริเวณกล้ามเนื้อลดลง ในวงการแพทย์ยอมรับว่า การควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้อง ควรเป็นการกระทำร่วมกันระหว่างการควบคุมอาหารกับการออกกำลังกายจึงได้ผลดี และในช่วงก่อนรับประทานอาหารเย็นประมาณ 2 ชั่วโมง เพราะในช่วงเวลาดังกล่าว ร่างกายมีการเผาผลาญอาหารจากพลังงานต่ำ จึงต้องการใช้พลังงานน้อยแต่การออกกำลังกายนั้นก็มีผลทำให้เมตาบอลิซึมเป็นเวลาหลายชั่วโมง ร่างกายจึงใช้พลังงานไปมากกว่าด้วย ดังนั้นการออกกำลังกายควรทำอย่างสม่ำเสมอทุกวัน ๆ ละประมาณ 15-30 นาที ควบคู่ไปกับการควบคุมอาหารจึงจะลดน้ำหนักได้ผลดี แล้วควรเริ่มต้นน้อยแล้วค่อยเพิ่มขึ้น ชนิดของการออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะกับสภาพทางร่างกายและสถานภาพของตน การออกกำลังกายมิได้จำกัดเฉพาะการเล่นกีฬา หรือการออกกำลังกายแบบพลศึกษา แต่รวมทั้งกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้พลังงาน เช่น การทำงานบ้าน การเดินขึ้นบันได การทำสวน การเดินรำ เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกาย นอกจากจะทำให้ น้ำหนักลดลงแล้วยังมีประโยชน์ในการช่วยเพิ่มสมรรถภาพ การเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ให้มีความคล่องแคล่วการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายนั้น ต้องยึดหลัก 5 ประการ คือ (วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์, 2544)

3.1 ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of Exercise) คือ จำนวนครั้งในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่มีผลในการเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกายและเพิ่มความทนทานของหัวใจและปอด ควรมีความถี่อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรต้องมีความสม่ำเสมอต่อเนื่องและไม่หักโหม จึงจะเกิดประโยชน์กับร่างกาย

3.2 ความแรงในการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise) ความหนักแน่นของการออกกำลังกายซึ่งควรมีความแรงของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะขึ้นกับความต้องการและภาวะสุขภาพของแต่ละคน เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนและมีการสลายพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตและไขมันจำนวนมากขึ้น ภายหลังออกกำลังกายไม่ควรหมดแรง ควรออกกำลังกายเพื่อให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นจนถึงระดับเป้าหมาย และคงการเต้นของหัวใจในระดับนั้น เป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจแต่ละคนจะไม่เท่ากันในเพศหญิง มีระดับเป้าหมายของอัตราการเต้นของหัวใจประมาณร้อยละ 60 และประมาณร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นสูงสุดในเพศชาย อัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจเท่ากับ 220 ลบด้วยอายุ

3.3 ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (Duration of Exercise) หมายถึง ช่วงเวลาของการออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20-60 นาที เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายและความทนทานของปอดและหัวใจในแต่ละครั้งของการออกกำลังกายประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

3.3.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm Up Phase) เป็นการเตรียมกล้ามเนื้อ ข้อ และระบบไหลเวียนโลหิต สำหรับเข้าสู่ระยะการออกกำลังกาย จะช่วยให้ประสิทธิภาพของการออกกำลังกาย

จริง ๆ สูงขึ้น เพิ่มการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อให้มีการหดตัวได้ดีขึ้น มีการเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ได้คล่องแคล่ว และเป็นการเพิ่มอุณหภูมิภายในกล้ามเนื้อ การอุ่นเครื่องควรใช้เวลานานประมาณ 5-10 นาที ลักษณะการอบอุ่นร่างกาย เช่น การเดินช้า ๆ หรือการออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อ เป็นต้น

3.3.2 ระยะออกกำลังกาย (Exercise Phase) เป็นช่วงของการออกกำลังกายจริง ๆ อย่างเต็มที่ภายหลังจากอบอุ่นร่างกายแล้ว เป็นระยะที่เซลล์ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนจำนวนมาก เพื่อให้เกิดพลังงานเป็นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มสมรรถภาพปอดและหัวใจ ทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระยะการออกกำลังกายนี้จะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที แต่ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายชนิดใด ควรเหมาะสมต่อสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล จึงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย และความสามารถที่จะออกกำลังกายแต่ละครั้งจะนานเพียงใดขึ้นอยู่กับ การฝึกฝนที่ผ่านมา

3.3.3 ระยะผ่อนคลาย (Cool Down Phase) เป็นระยะหลังจากออกกำลังกายเข้าสู่ ระยะปกติใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที โดยให้มีการออกกำลังกายอย่างเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อให้ กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตให้ผ่านกล้ามเนื้อต่าง ๆ ได้ดีขึ้น และปรับอุณหภูมิ ของร่างกาย รวมทั้งการหายใจให้เข้าสู่ภาวะปกติ เพื่อช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำภายหลัง การออกกำลังกาย

3.4 ประเภทของการออกกำลังกาย (Type of Exercise) ควรเป็นประเภทที่เหมาะสมกับ สภาพร่างกายและความชอบของแต่ละบุคคล มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวกและได้รับความ สนุกสนานมากกว่าเพื่อการแข่งขัน สามารถควบคุมความหนักเบาได้ด้วยตนเอง เพื่อป้องกัน ผลกระทบที่อาจเกิดกับกระดูก ไม่ควรเป็นการออกกำลังกายที่มีการปะทะหรือมีการเคลื่อนไหวที่ย่างยาก ซับซ้อน ซึ่งสามารถแบ่งการออกกำลังกายตามการใช้พลังงานได้เป็น 3 กลุ่ม (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539)

3.4.1 กลุ่มเบาเป็นการออกกำลังกายซึ่งใช้พลังงาน 2-3 แคลอรีต่อนาที เป็นการใช้ พลังงานอย่างเต็มที่ภายในระยะเวลาไม่เกิน 1 นาที หรือกำลังเพียงบางส่วน และมีช่วงพักนานจนเกือบ หายเหนื่อยและมีอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ได้แก่ เปตอง กรีฑาลาน

3.4.2 กลุ่มปานกลาง เป็นการออกกำลังกายที่ใช้พลังงาน 3-6 แคลอรีต่อนาที เป็นการออกกำลังกายระดับปานกลาง ติดต่อกันไม่เกิน 30 นาทีหรือน้อยกว่า 1 ชั่วโมงและมีอัตราการเต้น ของหัวใจประมาณ 100-124 ครั้ง/นาที ได้แก่ ปิงปอง ว่ายน้ำ เดินเร็ว ตะกร้อ เดินแอโรบิค กายบริหาร รำมวยจีน

3.4.3 กลุ่มหนัก เป็นการออกกำลังกายซึ่งใช้พลังงาน 6-8 แคลอรีต่อนาที เป็นการออกกำลังกายติดต่อกันนานกว่า 1 ชั่วโมง และมีอัตราการเต้นของหัวใจประมาณ 125 ครั้ง/นาที ได้แก่ เทนนิส แบดมินตัน วอลเลย์บอล บาสเกตบอล รักบี้ ฟุตบอล

3.5 อัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย (Rate of Progression) สำหรับบุคคลที่ไม่เคยออกกำลังกาย ควรคำนึงถึงอัตราความก้าวหน้าของการออกกำลังกายเพื่อการปรับสมดุลของร่างกายที่ยังไม่คุ้นเคยต่อการออกแรง มีระยะดังต่อไปนี้

3.5.1 ระยะเริ่มแรก (Initial stage) เป็นระยะที่ 1-5 สัปดาห์แรกของการออกกำลังกาย ควรมีความถี่ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ความแรงร้อยละ 40-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจระดับเป้าหมายใช้ระยะเวลา 10-20 นาที

3.5.2 ระยะพัฒนาหรือระยะปรับตัว (Improve Stage) เป็นระยะเวลาสัปดาห์ที่ 6-27 ของการออกกำลังกาย ควรมีความถี่ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ความแรงร้อยละ 60-70 ของอัตราการเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 20-30 นาที

3.5.3 ระยะของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง (Maintenance Stage) เป็นการออกกำลังกายใช้เวลาตั้งแต่สัปดาห์ที่ 28 เป็นต้นไป และมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ควรมีความถี่ 3 ครั้ง/สัปดาห์ ความแรงร้อยละ 70-85 ของอัตราการเต้นของหัวใจระดับเป้าหมาย ใช้ระยะเวลา 30-45 นาที การออกกำลังกายเพื่อลดหรือควบคุมน้ำหนักควรออกทุกส่วนของร่างกาย การออกเฉพาะส่วน เช่น การ Sit-up ในคนที่ต้องการลดหน้าท้อง พบว่าได้ผลน้อยและใช้เวลานาน ดังได้กล่าวในตอนต้นว่าการลดน้ำหนักที่ดีคือการออกกำลังกายควบคู่กับการรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง

4. การใช้ยา การใช้ยาลดน้ำหนัก มีอยู่หลายกลุ่ม ได้แก่ ยาที่ใช้ลดความอยากอาหาร ยาที่ใช้ชะลอหรือขัดขวางการย่อยและการดูดซึมสารอาหาร ยาที่ลดการสร้างไขมันและการเผาผลาญ แต่ที่นิยมใช้กันส่วนใหญ่ในปัจจุบัน คือ กลุ่มที่ลดความอยากอาหาร ซึ่งการใช้ยาควรเป็นวิธีที่เลือกใช้อันดับสุดท้ายหลังจากการใช้วิธีอื่น ซึ่งยาลดความอ้วนมีหลายกลุ่มด้วยกัน ได้แก่

4.1 ยาที่ลดความอยากอาหาร ได้แก่

4.1.1 กลุ่มแอมเฟตามีน จะออกฤทธิ์ลดความอยากอาหารโดยตรงและยังไปกระตุ้นสมองทำให้รู้สึกตื่นตัว จะใช้ได้ผลดีในเวลากลางวันเพราะเมื่อรับประทานแล้วจะนอนไม่หลับเมื่อหมดฤทธิ์ยาจึงจะหิว ทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ สอดคล้องกับ เฟียงใจ สาตะรักษ์ อึ้งสกุล (2540) กล่าวว่า ยาแอมเฟตามีน เป็นยากระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางและส่งผลต่อการไม่รู้สึกลอยการรับประทานอาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดและในที่สุดจะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ยานี้หากใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี เช่น ถ้าใช้ในเด็กจะทำให้การเจริญเติบโตช้า เป็นต้น

4.1.2 แอปพิไทต์ เรพริเซน (Appetite repressant) เป็นยาที่มีฤทธิ์ไปกดหน้าที่ของสมองส่วนที่บังคับการกิน ทำให้ไม่รู้สึกหิว ได้ผลเพียงชั่วคราวโดยจะได้ผลเฉพาะเวลาที่กินยาเท่านั้น ถ้ารับประทานนาน ๆ จะกลายเป็นสารเสพติด

4.1.3 ยาลดกรด สามารถลดการบีบตัวของกระเพาะอาหารจึงทำให้ไม่รู้สึกหิว แต่จะเป็นเพียงชั่วขณะเท่านั้น โดยแท้จริงแล้วยานี้สามารถรักษาคนที่เป็โรคกระเพาะอาหารอักเสบ เพื่อลดกรดในกระเพาะอาหารช่วยลดการระคายเคืองและบรรเทาอาการปวดท้องได้ ไม่แนะนำให้รับประทานยานี้แทนอาหาร เนื่องจากยาลดกรดจะมีสารประกอบที่เป็นอะลูมิเนียม (Aluminum) อาจทำให้มีอาการท้องผูกหรือทำให้ร่างกายขาดสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายเองได้ เช่น ฟลูออไรด์ (Fluoride) ฟอสเฟต (Phosphate)

4.1.4 ยาชา (Benzocain) ยานี้ทำให้ช่องปากชา การรับรสไม่ดี ไม่อยากรับประทานอาหาร แต่ไม่ผลเด่นชัดในการลดน้ำหนัก

4.2 ยาที่ออกฤทธิ์ลดหรือขัดขวางการย่อยและดูดซึมสารอาหาร ได้แก่

4.2.1 เมทิล เซลลูโลส (Methyl Cellulose) เป็นสารสังเคราะห์ที่เทียม Cellulose จากผัก ใช้ประโยชน์ของคุณสมบัติที่อมน้ำมากจะพองตัว ลักษณะคล้ายวุ้น ผลเสียมักทำให้รู้สึกอึดอัด และอาจขัดขวางการดูดซึมสารอาหารอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อร่างกายได้

4.2.2 ซูโครส โพลีเอสเตอร์ (Sucrose Polyester) เป็นยาที่น่าสนใจมากตัวหนึ่ง เป็นไขมันสังเคราะห์ที่ถูกดูดซึมในระบบทางเดินอาหาร ใช้แทนไขมันธรรมชาติ พบว่า สามารถลดทั้งน้ำหนักและไขมันในเลือดด้วย ไขมันสังเคราะห์นี้เริ่มมีจำหน่ายในสหรัฐเมื่อเร็ว ๆ นี้ แต่ยังคงอยู่ในระยะทดลองตลาดและยังไม่ทราบถึงผลแทรกซ้อนของการใช้ในระยะยาวของมัน

4.3 ยาที่ลดการสร้างและเพิ่มการเผาผลาญไขมัน ได้แก่

4.3.1 สอท แอมเฟตามีน (Hot Amphetamine) จะทำให้เกิดอาการข้างเคียง ได้แก่ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ หายใจสั้น

4.3.2 ทรอยด์ ฮอร์โมน (Thyroid Hormone) เป็นยาที่ช่วยเพิ่มการเผาผลาญไขมัน ซึ่งถูกนำมาใช้ร่วมกับวิธีโปรตีน-สปาร์ริงค์ โมดิไฟด์ (Protein-Sparing Modified Fast) ผลแทรกซ้อนทำให้ใจเต้น มึนศีรษะ นอนไม่หลับ ดังนั้นจึงควรระวังขนาดยาที่ใช้ และยังมียาที่ออกฤทธิ์เร่งการเผาผลาญไขมันอีกส่วนใหญ่เป็นพวก Selective beta-2 Agonists แต่ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระหว่างทดลองในสัตว์

4.4 ยาที่มีผลลดการดูดซึมของลำไส้ ซึ่งไม่ใช่ยาลดความอ้วนแต่หากใช้จะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ

4.4.1 ยาขับน้ำหรือยาขับปัสสาวะ ออกฤทธิ์ทำให้ขับน้ำออกจากร่างกาย โดยจะปัสสาวะบ่อยครั้งขึ้นและมีปริมาณมากขึ้น ทำให้น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว นิยมใช้ในคนที่ต้องการ

ลดน้ำหนักในระยะเวลาสั้น แต่ยาเหล่านี้หากรับประทานในระยะยาว อาจทำให้มีอาการอ่อนเพลีย คอแห้ง กระหายน้ำ ไม่มีแรง หรือมีอาการหน้ามืด เป็นลมได้ เนื่องจากเมื่อรับประทานยาพวกนี้เข้าไปแล้ว จะทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกไปทางปัสสาวะความดันเลือดจึงต่ำลงได้

4.4.2 ยาระบายหรือยาถ่าย ยาพวกนี้จะมีฤทธิ์กระตุ้นลำไส้ให้บีบตัว ขับถ่ายกากอาหารหรืออุจจาระในลำไส้ใหญ่ได้มากขึ้น และช่วยลดผลข้างเคียงของยาลดน้ำหนัก เนื่องจากทำให้เกิดท้องผูกได้ หากกลุ่มนี้มีทั้งชนิดเม็ดและน้ำ หลังจากรับประทานเข้าไปแล้วจะทำให้ถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งขึ้นและอุจจาระค่อนข้างเหลว หากใช้ในขนาดสูงจะทำให้มีอาการท้องเสีย ถ้าใช้ติดต่อกันนาน ๆ อาจเกิดการขาดน้ำ แร่ธาตุที่จำเป็นจนทำให้เสียชีวิตได้

4.5 การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสารให้ความหวาน ได้แก่ น้ำตาลเทียม(Aspartam) เป็นน้ำตาลที่สังเคราะห์จากกรดแอสปาทิก (Aspartic) และฟีนิลามีน (Phenylamine) เป็นกรดอะมิโนซึ่งเป็นส่วนประกอบโปรตีนเมื่อเข้าไปในร่างกายจะถูกย่อยเป็นโปรตีน มีความหวานมากกว่าน้ำตาลธรรมดา 200 เท่า ดังนั้นใช้เพียงนิดเดียวก็จะมีรสหวานและแคลอรีต่ำ และเมื่อทานเข้าไปสะสมในร่างกายเป็นเวลานานก็มีผลทำให้อ้วนได้เช่นกัน ในปัจจุบันมีความนิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักและเพิ่มน้ำหนัก เช่น สัมแบ็ก โคโคซาน เป็นต้น ที่เป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือที่ได้มาจากธรรมชาติอย่างกว้างขวาง ซึ่งผลิตภัณฑ์เหล่านี้ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีงานวิจัยศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอ จึงไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดไว้ แต่ต้องยอมรับว่าผลิตภัณฑ์หลายชนิด เช่น กากใยอาหารจะมีบทบาทในการควบคุมน้ำหนักได้ อย่างไรก็ตามหากจะเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ควรปรึกษาแพทย์และนักวิชาการที่มีความรู้เรื่องนี้เสียก่อนเพื่อทราบถึงข้อจำกัดและวิธีการในการใช้อย่างถูกต้อง

5. วิธีการอื่นๆ วิธีการที่เป็นความเชื่อผิด ๆ และเคยมีผู้ใช้ในการควบคุมน้ำหนักมาแล้ว ไม่ได้ผลหรือมีผลข้างเคียงทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นอีก (Yo-Yo effect) ได้แก่

5.1 วิธีล้วงคอให้อาเจียน วิธีนี้ไม่ต้องพึ่งแพทย์ใช้นิ้วล้วงคอให้อาเจียน ข้อเสียของวิธีนี้ คือทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารและหลอดอาหาร เมื่อหยุดทำน้ำหนักก็จะกลับมาด้วยเหมือนเดิมหรือบางคนเกิดเป็นโรคขาดสารอาหารก็มี (บุญชัย อิศราพิสิทธิ์, 2542)

5.2 วิธีจ้องกระดาศีชมพู เป็นผลงานวิจัยของมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ได้ทดลองกับวัยรุ่นตอนปลายที่อ้วนจำนวน 2,300 คน วิธีการคือให้วัยรุ่นตอนปลายที่อ้วนจ้องกระดาศีชมพูเมื่อเกิดความหิวขึ้นในระหว่างเวลาอาหารซึ่งปกติจะต้องหาของว่างรับประทาน เพียง 5 นาที จิตใจก็จะสงบหายหิวและหายอยากรับประทานอาหารไปเลยและมีผลนานถึง 2 - 3 ชั่วโมง ผลการทดลองพบว่า มีถึงร้อยละ 39 ที่ได้ผลดีมาก คือ ลดน้ำหนักตัวลงได้ตั้งแต่ 8 ปอนด์ อีกร้อยละ 28 ได้ผลปานกลาง คือ ลดน้ำหนักได้ไม่เกิน 8 ปอนด์ ส่วนที่เหลือนั้นเลิกจ้องกระดาศีชมพูเพราะไม่ได้ผล บอกว่าจ้องกระดาศีชมพูเป็นเวลานานก็ยังไม่เหมือนเดิม (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

5.3 การฝังเข็มตามจุดต่างๆ การฝังเข็มตามจุดที่เชื่อว่า เป็นจุดที่ทำให้เกิดการหดตัวของกระเพาะอาหารจึงทำให้ไม่หิว ไม่อยากรับประทานอาหาร ทำให้ผอมลงไปเอง แต่เนื่องจากต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาจึงมีการฝังบางจุดถาวร เช่น ไขหู แต่ในบางจุด เช่น เซลล์หน้าท้องก็จะฝังไม่ถาวร อย่างไรก็ตามไม่ว่าการฝังเข็มจะได้ผลหรือไม่ได้ผล ต้องระวังเรื่องการติดเชื้อและการเกิดอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดตามมา และต้องอยู่ในความควบคุมดูแลของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจริง ๆ

5.4 การใช้เข็มขัดหรือแผ่นรัดอวัยวะส่วนต่างๆ เช่น เข็มขัดความร้อน ความร้อนจากเข็มขัดจะช่วยกำจัดไขมัน ทำให้ไขมันละลายหายไปได้ โดยการขับน้ำออกจากเนื้อเยื่อในบริเวณนั้น ๆ เมื่อทิ้งไว้ประมาณ 1 ชั่วโมง ส่วนที่ลดลงจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม

5.5 การใช้เครื่องมือไฟฟ้า มีเครื่องมือที่ใช้กำลังไฟฟ้าทำให้เกิดการสั่นสะเทือนในขนาดกล้ามเนื้อเพื่อสลายไขมันและเป็นผลให้น้ำหนักตัวลดลง สำหรับเรื่องนี้หน่วยควบคุมอาหารและยาประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แถลงไว้ว่า การใช้เครื่องมือไฟฟ้าชนิดต่างๆ นั้นไม่ได้ช่วยลดน้ำหนักหรือไม่ช่วยลดความอ้วน จึงทำให้ผู้ที่ควบคุมน้ำหนักด้วยเครื่องมือไฟฟ้าเหล่านี้ ลดน้ำหนักไม่ได้ผลและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

5.6 การสวมชุดขับเหงื่อ ชุดที่ใช้ขับเหงื่อขณะออกกำลังกาย เชื่อว่า จะทำให้เกิดการเผาผลาญเร็วขึ้น แต่ถ้าวางกายอุณหภูมิสูงขึ้นมากเกินไปจะทำให้ระบบสารภายในร่างกายทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดผลเสียต่อร่างกาย อาจมีการเสียเหงื่อหรือน้ำมากเกินไปจนทำให้เกิดอาการช็อคได้

5.7 การใช้ครีม สเปรย์สลายไขมันส่วนเกิน การใช้สเปรย์จะมีวิธีการเช่นเดียวกับครีมละลายไขมัน เป็นการขจัดไขมันส่วนเกิน ซึ่งวิธีการเหล่านี้ส่วนใหญ่ต้องมีการนวดกล้ามเนื้อร่วมด้วย เพราะเชื่อว่าไขมันจะแตกตัวและสลายไปในที่สุด

5.8 การใช้แก๊งเพื่อลดไขมันส่วนเกิน เป็นวัสดุที่ทำมาจากวัสดุภัณฑ์ที่ไวต่อความร้อนและอนุภาคเซลล์ที่อยู่ในใยผ้าจะสร้างความร้อน แบบความร้อนพอเหมาะ ทำให้ผู้สวมใส่รู้สึกว้าไขมันส่วนหน้าท้องและต้นขาถูกสลายไป ซึ่งไขมันตามร่างกายที่คิดว่าสลายไปนั้นจะยังคงอยู่ดังเดิม

5.9 วิธีการลือคชากรรไกร เป็นวิธีที่ทรมาณและต้องพึ่งทันตแพทย์ให้ช่วยใช้ลวดมัดชากรรไกรไว้ไม่ให้ปากอ้ากว้างได้ จะได้หยุดเคี้ยวให้อ้าปากพอพูดได้และดื่มน้ำอาหารเหลวได้เท่านั้น มีรายงานในประเทศออสเตรเลียว่า ได้ทำการทดลองโดยใช้วิธีนี้กับคนอ้วนจำนวน 17 คน ปรากฏว่า 5 คนกลับมาให้แพทย์แก้ลวดมัดฟันออก อีก 12 คน ที่เหลือยอมทนหุบปากและดื่มน้ำอาหารเหลววันละ 800 แคลอรี อยู่จนถึง 6 เดือน อยู่จนถึง 6 เดือน ปรากฏว่าน้ำหนักลดลงเฉลี่ยคนละ 25 กิโลกรัม แต่หลังจากเอาลวดมัดฟันออก มีถึงครึ่งหนึ่ง (6 คน) ที่กลับมาอ้วนอีก

5.10การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาในรายที่อ้วนมาก ๆ (BMI > 40 กิโลกรัม/เมตร²) เนื่องจากเป็นพวกที่รักษายากและมีโอกาสล้มเหลวมากทั้งโดยวิธีลดอาหารและให้ยา จึงต้องใช้วิธีผ่าตัดเข้ามาช่วย โดยมีวิธีการรักษามี 2 วิธีใหญ่ ๆ ดังนี้

5.10.1 การลดจำนวนของอาหารที่ดูดซึมเข้าไปในร่างกายทำได้หลายวิธี เช่น ตัดต่อกระเพาะอาหารเข้ากับลำไส้ ทำให้อาหารจำนวนมากถ่ายออกมาโดยไม่ได้รับการดูดซึมเข้าไปในร่างกายก็จะสามารถลดจำนวนพลังงานลงไปมาก อีกวิธี คือ การผ่าตัดกระเพาะอาหารให้เล็กลงเพื่อลดขนาดของกระเพาะอาหาร ทำให้กระเพาะอิ่มเร็ว ลดจำนวนอาหารและพลังงานอาหารลงได้มาก แม้ว่าการผ่าตัดกระเพาะอาหารเหล่านี้จะสามารถลดหรือควบคุมน้ำหนักได้ แต่ก็ไม่ใช่ที่นิยมกันในปัจจุบัน เนื่องจากการผ่าตัดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารอย่างถาวร เนื่องจากกระเพาะหรือลำไส้บางส่วนถูกตัดทิ้งไป ทำให้การดูดซึมสารอาหารน้อยลงหรือไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

5.10.2 การผ่าตัดไขมันออกจากร่างกาย เพื่อให้รูปร่างของร่างกายดูดีขึ้น วิธีการนี้มีทั้งการผ่าตัดไขมันและหนังส่วนเกินออก (Dermolipectomy) และการดูดไขมัน (Liposuction) หลักการของวิธีการผ่าตัดไขมันออกจากร่างกายเหล่านี้ใช้หลักเบื้องต้น 4 ประการ ได้แก่

1) คนเราเกิดมาด้วยจำนวนเซลล์ไขมัน (Adipocyte) และจะเพิ่มจำนวนขนาดจนเป็นวัยรุ่นจนความอ้วนหรือไขมันผิดปกติที่ไม่เป็นกรรมพันธุ์ และความผิดปกติของความอ้วนที่วามักปรากฏให้เห็นชัดบริเวณสะโพกและก้น

2) พวกไขมันผิดปกติ (Lipodistrophy) มักอยู่ตัวไม่ค่อยยุบหรือหายไปไหน ยกเว้นว่ามีอาการขาดอาหารอย่างรุนแรง จึงเห็นมันจากหรือเล็กลง

3) สิ่งที่ยื้ออานวยให้เกิดไขมันผิดปกติ ได้แก่ กรรมพันธุ์ ปัญหาเรื่องฮอร์โมน ลักษณะการกินของผู้นั้นตลอดจนรูปร่างลักษณะที่เฉพาะของมัน

ก. การตัดไขมัน และหนังส่วนเกินออก (Dermolipectomy) เป็นวิธีการรักษาทางศัลยกรรมของผู้ป่วยที่อ้วนหรือมีไขมันที่ขึ้นผิดปกติเกือบทุกราย แต่ข้อเสียของวิธีนี้ คือ มีแผลเป็นน่าเกลียดและลักษณะความพิการปรากฏให้เห็นได้ เนื่องจากน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรืออาจมีเส้นน้ำเหลืองบริเวณนั้นอุดตันเป็นแผลตอเนื่องจากการผ่าตัดได้

ข. การดูดไขมัน (Liposuction) เป็นการรักษาโรคอ้วนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ จะพิจารณาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น จากยาทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก จากการดูดไขมันที่ดูดออกมามากเกินไปเกิดอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาท ถ้าไม่ระวังขณะดูดในช่องท้องอาจเกิดการทะลุได้ นอกจากนี้หลังผ่าตัดอาจเกิดการติดเชื้ออย่างรุนแรง ช็อคจากการเสียเลือด ลิ่มเลือดอุดตัน ส่วนอาการที่พบบ่อย คือ บริเวณ

ที่ดูคุไบมันไม่เรียบ (Hyperpigmentation) ตกเลือดบริเวณคุไบมัน (Hematoma Seroma) หนึ่งหย่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีผิวหนังยืดหยุ่นมาก (Inelastic skin) ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

นอกจากวิธีการควบคุมน้ำหนักดังกล่าวมาทั้งหมดนี้แล้ว ยังมีวิธีอื่นอีกมากมาย เช่น การอบสมุนไพร อบชาวน้ำ ฉายแสง ตลอดจนเทคโนโลยีใหม่ๆ เป็นต้น แต่ไม่ว่าจะใช้วิธีการใดที่อาจเกิดอันตรายต่อสุขภาพ ควรจะอยู่ในความดูแลของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเรื่องการควบคุมน้ำหนักจริง ๆ และการใช้วิธีการควบคุมน้ำหนักใด ๆ ก็ตาม ควรพิจารณาความเหมาะสมไม่มากจนเกินไปชนิดที่เรียกว่าหักโหมหรือน้อยเกินไปจนไม่เกิดผลอะไรเลย เมื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างพอดีแล้ว นอกจากจะควบคุมน้ำหนักได้จนเกิดความพอใจต่อรูปร่างของตน ยังส่งผลดีต่อภาวะ สุขภาพด้วยจากการค้นคว้าเอกสารเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก ทำให้ทราบว่าวิธีการต่างๆที่ใช้เพื่อควบคุมน้ำหนักเหล่านั้น มีผลดี ผลเสียต่อผู้ใช้อย่างไร วิธีการใดที่ควรปฏิบัติ และไม่ควรปฏิบัติมากนักน้อยเพียงใด ความรู้ในเรื่องเหล่านี้ผู้วิจัยจะนำไปสร้างแบบสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักเหล่านี้ เพื่อให้สามารถตอบวัตถุประสงค์ข้อแรกของงานวิจัยว่าสตรีวัยทำงานมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักเป็นอย่างไร

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมควบคุมน้ำหนักเป็นกิจกรรมทุกประเภท ที่บุคคลกระทำโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ตนเองมีรูปร่างตามต้องการ สามารถจำแนกได้หลายวิธีแต่วิธีที่นิยมที่สุดและได้ผลดี คือ การจำกัดหรือควบคุมอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นทางเลือกที่ประหยัดและสามารถปฏิบัติได้ง่ายกว่าวิธีอื่นๆ

ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดชุมพร

ที่ตั้ง เนื้อที่ และอาณาเขต

ที่ตั้ง ชุมพร ตั้งอยู่ตอนบนสุดของภาคใต้ ห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 4 (เพชรเกษม) ประมาณ 498 กิโลเมตร และตามเส้นทางรถไฟสายใต้ ประมาณ 476 กิโลเมตร เนื้อที่ พื้นี่ประมาณ 6,010,849 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 3,755,630 ไร่ มีชายฝั่งทะเลยาวประมาณ 222 กิโลเมตร และมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียงดังนี้

อาณาเขต จังหวัดชุมพรมีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับ อำเภอบางสะพานน้อย จังหวัดระยองบุรีรัมย์

ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ อ่าวไทย

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดระนองและสหภาพเมียนมาร์

ภาพที่ 2.2 ที่ตั้งและอาณาเขต



ลักษณะภูมิประเทศและประชากร

ลักษณะภูมิประเทศ

จังหวัดชุมพร มีสภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปมีลักษณะเป็นพื้นที่ยาวและแคบ ความกว้างของจังหวัดโดยเฉลี่ย 36 กิโลเมตร สภาพพื้นที่ของจังหวัด ชุมพร แบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1. ทางด้านตะวันตกมีลักษณะเป็นที่สูง มีเทือกเขาตะนาวศรี และเทือกเขาภูเก็ต เป็นแนวกันเขตแดนธรรมชาติ ประกอบด้วย ภูเขา และป่าไม้ ซึ่งเป็นต้นน้ำลำธารที่สำคัญของจังหวัดชุมพร
2. บริเวณตอนกลางของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบลูกคลื่นและที่ราบลุ่ม มีความอุดมสมบูรณ์สูง เหมาะสำหรับเป็นแหล่งเกษตรกรรมที่สำคัญของจังหวัด มีพื้นที่ประมาณ 1 ใน 4 ของพื้นที่จังหวัด
3. ทางทิศตะวันออกของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบไปตามแนวชายฝั่งทะเลอ่าวไทย ลักษณะชายหาดค่อนข้างเรียบ มีความโค้งเว้าน้อย หาดทรายกว้างและมีความลาดชันน้อย มีชายฝั่งทะเลยาว 222 กิโลเมตร

ประชากร

ข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง (ณ กันยายน 2551) จังหวัดชุมพร มีประชากร รวม 482,813 คน เป็นชาย 240,793 คน เป็นหญิง 242,020 คน จำนวน 182,027 ครัวเรือน มีขนาดครัวเรือนโดยเฉลี่ย 3.6 คน อาศัยอยู่ในเขตเมืองประมาณ 97,872 คน (ร้อยละ 20.28 ของประชากร)

ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดชุมพรตั้งอยู่ระหว่างทะเลอันดามันและอ่าวไทยสภาพภูมิอากาศจึงอยู่ภายใต้อิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ และลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ จึงมีอากาศชุ่มชื้น มีฝนตกชุกตลอดปี มีฤดูฝนที่ยาวนาน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม - พฤศจิกายน น้ำฝนเฉลี่ย 1,800 มิลลิเมตรต่อปี อุณหภูมิเฉลี่ย 27 องศาเซลเซียส

การปกครอง

การแบ่งเขตการปกครอง แบ่งเป็น 8 อำเภอ 70 ตำบล 743 หมู่บ้าน 20 เทศบาล 58 อบต.

สภาพทางเศรษฐกิจ

สภาพเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัด มีสาขาหลัก คือ สาขาเกษตรกรรม ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา จังหวัดชุมพรมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจ โดยเฉลี่ยร้อยละ 5.9 ต่อปี การผลิตในสาขาเกษตรกรรมประกอบด้วย พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ยางพารา กาแฟ ปาล์มน้ำมัน มะพร้าว ไม้ผล และการประมง

การคมนาคม

สภาพที่ตั้งของจังหวัดชุมพร เป็นจุดศูนย์กลางของการเดินทางระหว่างภาคกลางกับภาคใต้ โดยมีเส้นทางการคมนาคมติดต่อกับจังหวัดต่าง ๆ ได้สะดวก ดังนี้

1. ทางรถยนต์ มีทางหลวงแผ่นดินทางหลวงจังหวัด คือ ทางหลวงหมายเลข 4 (เพชรเกษม) ซึ่งเป็นถนนสายหลักจากเหนือจรดใต้และถนนสายต่าง ๆ ใช้เดินทางติดต่อภายในจังหวัดใกล้เคียง และกรุงเทพมหานครได้โดยสะดวก
2. ทางรถไฟ มีเส้นทางรถไฟสายใต้จากกรุงเทพมหานครผ่านจังหวัดชุมพรไปสู่จังหวัดใต้สุดของประเทศ โดยมีขบวนรถโดยสารผ่าน ขึ้น - ล่อง วันละ 28 ขบวน ขบวนรถสินค้า 6 ขบวน

ข้อมูลของสตรีวัยทำงาน

ข้อมูลจากการสำรวจสตรีวัยทำงานที่มีอายุตั้งแต่ 35-45 ปีที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดชุมพรมีจำนวนทั้งหมด 179 คน โดยส่วนมากอาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จำนวน 48 คน รองลงมาคือ อำเภอหลังสวน จำนวน 29 คน และอำเภอที่มีจำนวนสตรีวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนน้อยที่สุดคือ อำเภอทุ่งตะโก จำนวน 13 คน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาไว้ดังนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ทักษิณา ธีรญาหาร (2540) ศึกษาประสิทธิผลของโครงการ โภชนศึกษาเพื่อลดระดับไขมันในเลือดของวัยรุ่นชายโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และกลุ่มทดลองมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปริมาณไขมันในอาหารบริโภคโดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.4868 และปริมาณไขมันในอาหารบริโภคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับน้ำหนักตัวโดยมีค่าความสัมพันธ์เท่ากับ 0.4643

ประภา ลิ้มประสูตรและคณะ (2545) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 762 คน พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสามารถร่วมกันทำนายการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ร้อยละ 42.1 โดยปัจจัยที่มีค่าการทำนายได้ดีที่สุด ได้แก่ การรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

รุจิรา อักษรและคณะ (2550) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับและพฤติกรรมการบริโภคของบุคคลในอำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน จำนวน 370 ราย ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งตับโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภค เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภค แต่การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งตับ

ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการบริโภค

สุกัญญา แซ่ลี (2551) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบของนักเรียนประถมศึกษาตำบลนาข่า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ทำให้นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป จากทฤษฎีและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์-อุปสรรค และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรม ต่างมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล และยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวที่ได้กล่าวไว้ในรายละเอียดข้างต้น ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานในพื้นที่จังหวัดชุมพร

งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้รูปร่าง

จากการค้นคว้าคำரா เอกสาร และงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศเกี่ยวกับการรับรู้รูปร่างตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2550 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

พนิดา เกษมวรพงศ์กุล (2550) ศึกษาอิทธิพลของนิตยสารสตรีที่มีผลต่อความไม่พึงพอใจในรูปร่างของวัยรุ่นสตรี ซึ่งเป็นนักศึกษาสตรีในระดับปริญญาตรีจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 45 คน พบว่า การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับรูปร่างจากนิตยสารมีอิทธิพลต่อความไม่พึงพอใจในรูปร่างของวัยรุ่นสตรี และมีส่วนทำให้วัยรุ่นสตรีใช้วิธีเสี่ยงในการลดน้ำหนัก

สมชาย พลอยล้อมแสง (2547) ศึกษาทัศนคติ และการรับรู้เรื่องรูปร่าง ความเครียด และความต้องการควบคุมน้ำหนักของวัยรุ่นไทย จำนวน 492 คน พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่ไม่พึงพอใจในรูปร่างของตนเอง มักให้ความคิดเห็นว่ารูปร่างของตนเองอ้วนกว่าความเป็นจริง และอ้วนกว่าค่าดัชนีมวลกายมาตรฐาน โดยวัยรุ่นที่คิดว่าตนเองรูปร่างอ้วนร้อยละ 85.7 นั้นมีรูปร่างอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน และที่คิดว่าตนเองอ้วนมากร้อยละ 64.7 อยู่ในเกณฑ์รูปร่างมาตรฐานตามดัชนีมวลกาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจของวัยรุ่น คือ การรับรู้เรื่องรูปร่างผ่านคนรอบข้าง เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ๆ หรือคนรัก

สรุป จะเห็นว่าการรับรู้รูปร่างมีความสัมพันธ์กับการกระทำพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านการรับรู้รูปร่าง มาเป็นปัจจัยคัดสรรเพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในการ ศึกษา นี้ และจากผลงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักส่วนใหญ่จะมีการศึกษาไว้ในกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีวัยทำงานที่มีภาวะ อ้วน เนื่องจากวัยนี้ส่วนใหญ่เวลาจะหมดไปกับการทำงาน และไม่ค่อยสนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากจึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนมากกว่าวัยอื่น ๆ

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

รวิชา หงส์โรจนภักย์ (2545) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน อายุ 40-60 ปี จำนวน 200 คน พบว่า สตรีวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้ สตรีวัยกลางคนมีการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง วัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

วณิชา กิจวรพัฒน์ (2546) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยอิงทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และโภชนาการมุ่งที่จะพัฒนาและประเมินผลการทดลองใช้คู่มือโปรแกรมควบคุมน้ำหนักต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน แบบแผนการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร องค์ประกอบและชีวเคมีของร่างกายที่ดีขึ้นในกลุ่มหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผลการศึกษากลุ่มทดลองมีคะแนน พฤติกรรม การกินดีขึ้น การเดินออกกำลังกายเพิ่มขึ้น การบริโภคอาหาร น้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ของไขมันร่างกาย เส้นรอบวงเอว อัตราเส้นรอบวงเอวต่อสะโพก เส้นรอบวงแขน เส้นรอบวงต้นขาและไขมันในเลือดลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบจำนวนร้อยละ 56.2 และ 40.6 ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองลดน้ำหนักได้มากกว่า ร้อยละ 5 ของน้ำหนักเริ่มต้นในสัปดาห์ที่ 24 และ 48 ตามลำดับ สำหรับคะแนนการกินและคะแนนของการจำกัดอาหารทำนายเปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักที่ลดลงในสัปดาห์ที่ 12 และ 24

นภมาศ ศรีขวัญ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมและพฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิงจำนวน 90 ราย พบว่า พฤติกรรมลดน้ำหนักของวัยรุ่นหญิงถูกต้องระดับปานกลาง วัยรุ่นหญิงมีทัศนคติทางบวกต่อพฤติกรรมลดน้ำหนัก ในระดับต่ำ มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางบวกอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทางบวกอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้การควบคุมพฤติกรรม

มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักในวัยรุ่นหญิง ทศนคติต่อพฤติกรรมการลดน้ำหนัก การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการลดน้ำหนักในวัยรุ่นหญิงได้ร้อยละ 8.9

อรัญญา มณีกาญจน์ และอรนุช กุลบุญ (2549) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่มและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักของเด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในโรงเรียนประถมศึกษา เขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช พบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลทำให้ กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวและความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ฉวีวรรณ ตั้งกิตติภัทรพร (2549) ศึกษาการควบคุมน้ำหนักและภาวะโภชนาการของพนักงานบริษัท พบว่า ประชากรมีโภชนาการตามเกณฑ์ร้อยละ 50.00 ต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 42.59 เกินกว่าเกณฑ์ร้อยละ 7.41 มีเจตคติทางบวกต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนัก รับรู้บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงสนับสนุนการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนักรวมทั้งมีความตั้งใจต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนัก เจตคติและบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนักพบว่า สามารถร่วมทำนายความตั้งใจต่อการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักได้ร้อยละ 34.20 โดยที่บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนักมีน้ำหนักในการทำนายความตั้งใจต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนักมากกว่าเจตคติต่อการปฏิบัติตนในการควบคุมน้ำหนัก

โสภิส เกตุพร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 220 คน พบว่า เจตคติในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหากน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ความรุนแรงของการมีน้ำหนักตัวไม่ได้มาตรฐาน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยู่ในระดับสูง ส่วนความรู้ในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนักตัว และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของบุคลากร โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป จะเห็นว่าพฤติกรรมของบุคคลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยด้านต่าง ๆ มาเป็นปัจจัยคัดสรรเพื่อหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในการศึกษา

สรุปเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา วิธีการควบคุมน้ำหนัก และแบบแผนการดำรงชีวิต เป็นพฤติกรรมที่สำคัญในการควบคุมน้ำหนักตัวและปัจจัยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ อันได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักตัวรวมทั้งการรับรู้ของบุคคลด้านรูปร่าง ตลอดจนปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ดัชนีมวลกาย อาชีพ โรคประจำตัว ลักษณะโครงสร้าง ความเครียด และความรู้ในการควบคุมน้ำหนัก เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาหลายกลุ่ม