



การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง
กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม
อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

Providing Nutritional Knowledge for Metabolic Syndrome :
Case Study at Phai-Ngam Health Promotion Hospital,
Khok Sung District, Sa-Kaeo Province

ฐานิช แก้วมะเร็ง

THANIT KAEWMARENG

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

2559

ชื่อวิทยานิพนธ์ การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง
กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง
จังหวัดสระแก้ว

ชื่อ นามสกุล สุานิช แก้วมะเรียง

ชื่อปริญญา คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา คหกรรมศาสตร์

คณะ เทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา ดร.วไลภรณ์ สุทธา

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว

.....ประธานกรรมการ

(ดร.ผดุงชัย ภูพัฒน์)

.....กรรมการ

(ดร.ธนาภ ใสตโยม)

.....กรรมการ

(ดร.วไลภรณ์ สุทธา)

คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร อนุมัติให้นับ
วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

.....คณบดีคณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญาภัทร กี่อารีโย)

วันที่..... 9 เดือน..... 6 มษายน พ.ศ..... 2560

ชื่อวิทยานิพนธ์	การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดุสิต จังหวัดสระแก้ว
ชื่อ นามสกุล	ฐานิช แก้วมะเริง
ชื่อปริญญา	คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา และคณะ	คหกรรมศาสตร์ เทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงก่อนและหลังวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี ได้แก่ การใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี เครื่องมือที่ใช้คือ คู่มือด้านโภชนาการ และแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที (t-test) สถิติทดสอบเอฟ (F-test) ทดสอบความแตกต่างด้วยวิธีของเชฟเฟ้ (Scheffe's Method)

ผลการศึกษาพบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการ ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีระดับความรู้ด้านโภชนาการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ้ (Scheffe's Method) ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงมีความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ มีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการชี้แนะ และผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้โทรศัพท์

คำสำคัญ: การให้ความรู้ด้านโภชนาการ, ความรู้ด้านโภชนาการ, ภาวะอ้วนลงพุง

Thesis Title	Providing Nutritional Knowledge for Metabolic Syndrome Case study at Phai-Ngam Health Promotion Hospital, Khok Sung District, Sa-Kaeo Province
Author	Thanit Kaewmareng
Degree	Master of Home Economics
Major Program	Home Economics
Academic Year	2016

ABSTRACT

The objectives of this research are; 1) To compare the nutrition knowledge of metabolic syndrome patients, before and after was educated by 3 methods as follows: Educate by nutrition manual using, Educate by suggestion, and Educate by telephone; 2) To compare the nutrition knowledge differences of metabolic syndrome patients, classified by 3 educated methods: nutrition manual, suggestion, and telephone using. Nutrition manual and Questionnaires were analyzed. Statistics which was used in analysis are Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation, t-test, F-test and Scheffe's Method.

The results show the comparison of the results of the differences in knowledge of nutrition in metabolic syndrome patients, as classified by 3 educational method, found that metabolic syndrome patients' nutritional knowledge between those who were educated by nutrition manual use only, those educated by suggestion and those educated by communication device, differed statistically significantly at a .05 level. Using Scheffe's Method, the multiple comparison test of nutrition knowledge of metabolic syndrome patients, as classified by educational method, found that the metabolic syndrome patients who were educated using the nutrition manual had a greater understanding of nutrition than the metabolic syndrome patients educated by suggestion. Moreover, metabolic syndrome patients who were educated using the nutrition manual had a greater knowledge of nutrition than the metabolic syndrome patients who were educated using a communications device.

Key words: Providing Nutritional Knowledge, Nutritional Knowledge, Metabolic syndrome

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ดร. วไลภรณ์ สุทธา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ตลอดจนข้อคิดเห็นต่างๆ อันเป็นประโยชน์

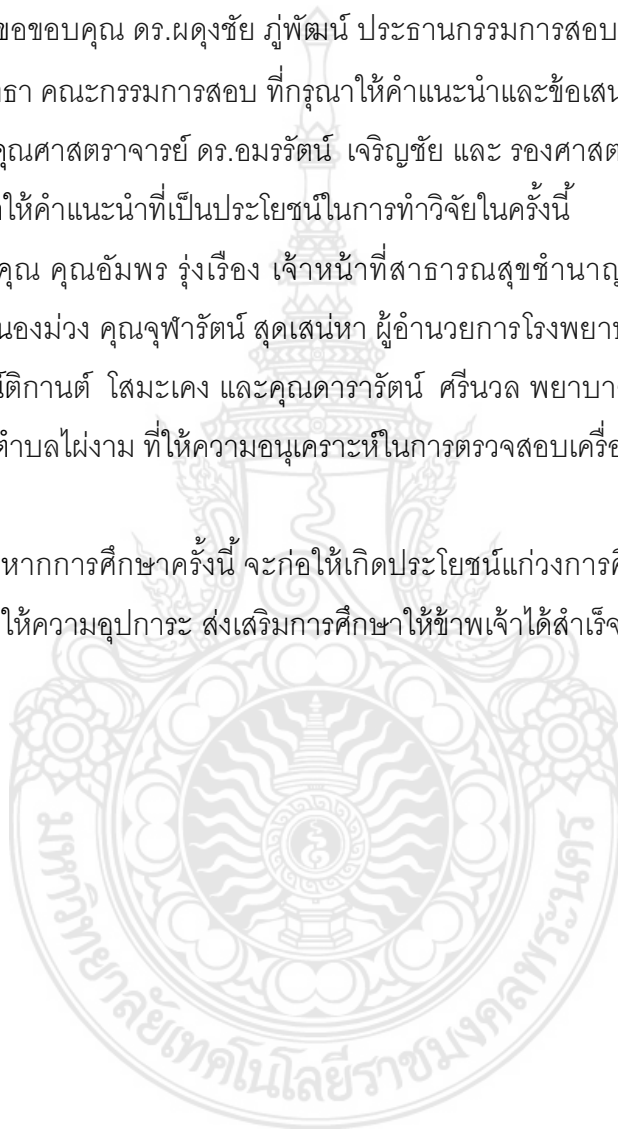
ผู้ศึกษาขอขอบคุณ ดร.ผดุงชัย ภูพัฒน์ ประธานกรรมการสอบ ดร.ธนภพ ไสตรโยม และ ดร.วไลภรณ์ สุทธา คณะกรรมการสอบ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์

ขอขอบคุณศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ เจริญชัย และ รองศาสตราจารย์ดวงสุดา เตโชติรส ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณอัมพร รุ่งเรือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองม่วง คุณจุฬารัตน์ สุดเสนาห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม คุณสุรัตน์ติกานต์ ไสมะเคง และคุณดารารัตน์ ศรีนวล พยาบาลชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้คำแนะนำเป็นอย่างดี

สุดท้าย หากการศึกษาครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่วงการศึกษ ขอมอบความดีนี้แด่ คุณพ่อ คุณแม่ ที่ให้ความอุปการะ ส่งเสริมการศึกษาให้ข้าพเจ้าได้สำเร็จลุล่วงในครั้งนี้

ฐานิช แก้วมะเร็ง



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(ก)
Abstract	(ข)
กิตติกรรมประกาศ	(ค)
สารบัญ	(ง)
สารบัญตาราง	(ฉ)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 ขอบเขตของการศึกษา	3
1.4 สมมติฐานการศึกษา	5
1.5 กรอบแนวความคิด	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.7 นิยามศัพท์	6
1.8 คำสำคัญ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 ภาวะอ่อนลงพุง	7
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ	29
2.3 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม(Orem 's self care Theory)	30
2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม	43
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	48
3.1 การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	48
3.2 รูปแบบการวิจัย	49
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย	50
3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	51
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	52

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	54
4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	54
4.2 จำนวนและร้อยละของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงก่อน และหลังการทดลอง จำแนกตามระดับความรู้และคะแนน	58
4.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ	59
4.4 ผลการทดสอบความแตกต่างความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์	60
4.5 ผลการทดสอบความแตกต่างความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์	60
4.6 อภิปรายผล	61
บทที่ 5 สรุปผลและข้อเสนอแนะ	63
5.1 สรุปผล	63
5.2 ข้อเสนอแนะ	65
เอกสารอ้างอิง	66
ภาคผนวก	70
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	71
ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือวิจัย	73
ภาคผนวก ค คู่มือการให้ความรู้ด้านโภชนาการ	77
ภาคผนวก ง แบบสอบถามการศึกษา	80
ภาคผนวก จ คะแนนผลการประเมินความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการศึกษาและการทำงาน	85 94

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 แสดงปรับสมดุลพลังงานที่ได้รับและที่ใช้ไป	22
4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	54
4.2 จำนวนและร้อยละของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับความรู้และคะแนน	58
4.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงก่อนและหลังการทดลองจำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ	59
4.4 ผลการทดสอบความแตกต่างความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์	60
4.5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์	60



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สภาพการดำรงชีวิตของคนไทยในสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ส่งผลให้วิถีการดำเนินกิจกรรม การบริโภค และการออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงไปด้วย จากสภาพสังคมที่มีการแข่งขันกับเวลาทำให้ประชาชนมีเวลาในการออกกำลังกายน้อยลง ไม่มีเวลาในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หันไปเลียนแบบการบริโภคอาหารแบบตะวันตก รับประทานอาหารแบบจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ซึ่งอาหารเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะให้ไขมัน แป้งและน้ำตาลในปริมาณที่สูง เป็นสาเหตุก่อให้เกิดโรคอ้วนและภาวะอ้วนลงพุง คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปมากกว่า 1 ใน 3 และไม่ว่าจะเป็นวัยใด สถานะทางครอบครัวเป็นเช่นใด อาศัยอยู่ในเขตชนบทหรือเขตเมือง กำลังประสบกับภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนและมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สายสมร, 2558) มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมไปถึงโรคมะเร็ง จากการวิจัยพบว่า ภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับภาวะโรคอ้วนเรื้อรังมากกว่าค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ภาวะอ้วนจึงส่งผลทำให้เกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและก่อให้เกิดการตายก่อนวัยอันควร (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2553) สาเหตุหลักที่ทำให้คนไทยเป็นโรคอ้วนหรือมีน้ำหนักเกินมาจากการขาดการออกกำลังกายและนิสัยการบริโภคที่คำนึงถึงความอร่อยของอาหารมากกว่าคุณภาพของอาหาร โรคอ้วนจึงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือด กลุ่มเสี่ยงคือ ผู้หญิงที่มีความยาวรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตร และผู้ชายที่มีความยาวรอบเอวเกิน 90 เซนติเมตร ซึ่งจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานถึง 2 เท่า และคนที่มีความยาวรอบเอวเพิ่มขึ้นทุก 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า ดังนั้น การออกกำลังกายจึงเป็นการป้องกันภาวะโรคอ้วนได้เป็นอย่างดี กระทรวงสาธารณสุขจึงให้ทุกจังหวัดรณรงค์ให้คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ลดน้ำหนักและลดรอบเอว โดยใช้ยุทธศาสตร์ 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ทั้งนี้การลดน้ำหนักที่เหมาะสมควรลดลงอาทิตย์ละครั้งถึง 1 กิโลกรัม โดยเฉพาะผู้ที่มีน้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติแต่ยังไม่เป็นโรค หากคุมน้ำหนัก ปรับนิสัยการกินจะลดความเสี่ยง

เป็นโรคเบาหวานได้ร้อยละ 60 เมื่อไขมันแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับ ทำให้เกิดเป็นโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังต่างๆ (วณิชชา, 2550) เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และส่งผลต่ออัตราการตายของประชากรไทย จากสถิติสาธารณสุขปี พ.ศ. 2542 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2551 พบว่า ประชากรไทยมีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ยังพบอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้นด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2552) โดยพบว่าโรคเรื้อรังดังกล่าวมีสาเหตุจากกลุ่มอาการอ้วนลงพุง (ถาวร, 2553) และมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันในช่องท้อง และปริมาณไขมันในเลือดสูง นอกจากนี้ รอบเอวยังมีความสัมพันธ์กับระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการป่วย และอัตราการตายสูงขึ้น (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) องค์การอนามัยโลกกล่าวว่า กลุ่มอาการอ้วนลงพุง เป็นการระบาดที่เป็นสากลทั่วโลก ความชุกของกลุ่มอาการอ้วนลงพุงนี้ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในสหรัฐอเมริกา โดยพบความชุกร้อยละ 25 ของประชากรทั้งประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ ประมาณไว้ว่า พลเมืองโลกในปัจจุบันมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากถึง 300 ล้านคนและอาจเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวใน 20 ปีข้างหน้า (ชัยชาญ, 2550)

จุฬารัตน์ (2555) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอกอสุ่งจังหวัดสระแก้ว กล่าวว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม มีการจัดทำบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่า มีผู้ที่รับการวินิจฉัยว่า เป็นภาวะอ้วนลงพุงจำนวนมาก แต่ยังไม่มีการติดตามหรือประเมินผลการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยสาเหตุส่วนใหญ่คือไม่สามารถที่จะควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ความเคยชินในการบริโภคอาหารและการปฏิบัติตนแบบเดิมๆ การขาดความรู้ ความเข้าใจ การตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพของตนเองในอนาคต สาเหตุหลักของกลุ่มอาการอ้วนลงพุงคือ ความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารและการใช้พลังงานของร่างกาย เกิดไขมันสะสม โดยเฉพาะที่บริเวณหน้าท้อง และรอบเอว

รชชรินทร์ และชุตติมา (2551) กล่าวถึง การรักษาภาวะอ้วนลงพุง ประกอบด้วย การแก้ไขปัจจัยที่เป็นสาเหตุ โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตเป็นอันดับแรกที่ต้องปฏิบัติ ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดที่จะให้ความรู้ทางด้านโภชนาการแก่ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง นำไปใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ โดยศึกษาความรู้ด้านโภชนาการของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงเพื่อนำไปปฏิบัติตน นำมาสู่ภาวะสุขภาพที่ดีของตนเองต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี ได้แก่ การใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์

1.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี ได้แก่ การใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

1.3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ที่มารับบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 405 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ที่มารับบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว และได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีภาวะอ้วนลงพุง โดยกำหนดช่วงเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม 2559 ผู้ศึกษากำหนดคุณสมบัติดังนี้

1.3.1.1 เป็นผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุขว่าเป็นผู้มีภาวะอ้วนลงพุง โดยผู้ชายมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรขึ้นไป และผู้หญิงมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรขึ้นไป

1.3.1.2 สามารถอ่านออกเขียนได้

1.3.1.3 ไม่เป็นโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง และเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยตาราง (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างอิงในอังคณา, 2558) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 194 คน จากจำนวนทั้งหมด 405 คน ผู้ศึกษาใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มตัวอย่างที่ให้ความรู้ด้านโภชนาการด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ มีวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงที่มารับบริการจากแพทย์ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2559 จำนวน 63 คน

2) กลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แนะ มีวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงที่มารับบริการจากแพทย์ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 63 คน

3) กลุ่มตัวอย่างด้วยการใช้โทรศัพท์ มีวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงที่ไม่ได้มารับการบริการเลยในช่วงเดือนพฤศจิกายน และเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 68 คน

1.3.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2559

1.3.3 ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้เป็นวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อมุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่าง นำไปสู่การปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารให้ถูกต้องหลักโภชนาการ โดยใช้หลัก 3 อ ของโครงการ สสส. (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

1.3.4 ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น คือ วิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี ได้แก่ 1) การใช้คู่มือโภชนาการ 2) การชี้แนะ 3) การใช้โทรศัพท์

ตัวแปรตาม คือ ความรู้ด้านโภชนาการ

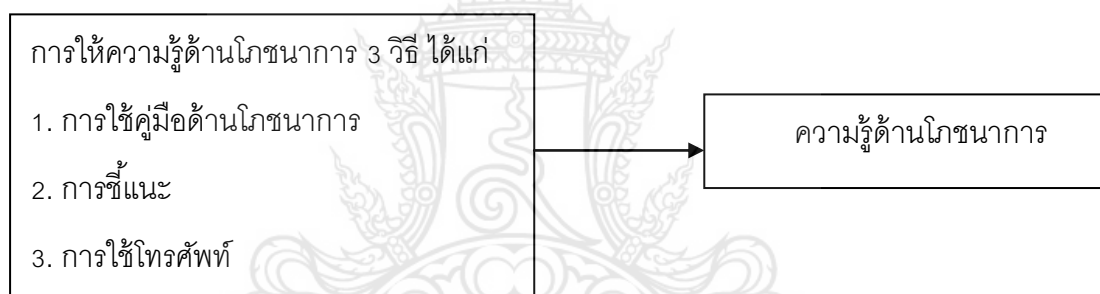
1.3.5 ขอบเขตด้านสถานที่ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ที่มารับบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2559

1.4 สมมติฐานการศึกษา

1.4.1 ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการแตกต่างกัน 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

1.4.2 ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่แตกต่างกัน 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีระดับความรู้ด้านโภชนาการแตกต่างกัน

1.5 กรอบแนวความคิด



1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 เป็นข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงการให้ความรู้ในเรื่องโภชนาการแก่ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เพื่อส่งเสริมความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองเรื่อง การบริโภคอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6.2 ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง มีความรู้ด้านโภชนาการเพื่อนำไปปฏิบัติตนในการดูแลตนเองให้เหมาะสมในเรื่องการรับประทานอาหาร

1.6.3 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงต่อไป

1.7 นิยามศัพท์

1.7.1 **วิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ** หมายถึง วิธีการที่จัดกระทำขึ้นเพื่อถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง แก่ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ที่มารับบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว แบ่งเป็น 3 วิธี คือ

ก) การสอน คือ วิธีการให้ความรู้โดยการใช้คู่มือด้านโภชนาการของโครงการ สสส. (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) เป็นเครื่องมือประกอบในการให้ความรู้ด้านโภชนาการ เนื้อหาจะประกอบด้วย หลัก 3 อ ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ควรเลือกรับประทานและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ปริมาณอาหารที่เหมาะสม เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้และความเข้าใจในการดูแลปฏิบัติตนเอง

ข) การชี้แนะ คือ วิธีการพูดคุยสื่อสารด้านโภชนาการ โดยนำข้อมูลในคู่มือด้านโภชนาการของโครงการ สสส.(กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ไปถ่ายทอดให้กับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เพื่อเป็นความรู้ด้านโภชนาการและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และการบริโภคอาหารให้เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแต่ละคน ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติตนเองเรื่องอาหาร

ค) การใช้โทรศัพท์ คือ การติดต่อสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยนำข้อมูลในคู่มือด้านโภชนาการของโครงการ สสส. (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ไปถ่ายทอดความรู้ด้านโภชนาการให้กับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เพื่อเป็นความรู้ด้านโภชนาการและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการบริโภคอาหารให้เหมาะสม

1.7.2 **คู่มือด้านโภชนาการ** หมายถึง เอกสารที่โครงการ สสส.จัดทำขึ้นมาเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้โภชนาการ แก่ประชาชนที่มีภาวะอ้วนลงพุง เนื้อหาประกอบด้วย หลัก 3 อ คือ ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านการกิน การออกกำลังกาย และควบคุมอารมณ์

1.8 **คำสำคัญ** การให้ความรู้ด้านโภชนาการ, ความรู้ด้านโภชนาการ, ภาวะอ้วนลงพุง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงกรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว ผู้ศึกษาได้รวบรวม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 ภาวะอ้วนลงพุง
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ
- 2.3 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem 's self care Theory)
- 2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจนคติ และพฤติกรรม
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ภาวะอ้วนลงพุง

2.1.1 ความหมายของภาวะอ้วนลงพุง

ภาวะอ้วนตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า "Obesity" ซึ่งถือเป็นปัญหาพหุโภชนาการ ในส่วนของภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition) Etabolic Syndrome คือ ภาวะอ้วนเฉพาะส่วน เอว ทำให้มีผลเสียต่อร่างกายหลายระบบ เมตาบอลิกซินโดรมเป็นกลุ่มอาการแสดงที่เป็น สัญญาณของภาวะดื้ออินซูลิน ภาวะนี้ทำให้เซลล์ในร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้นในการนำ กลูโคสเข้าเซลล์เพื่อใช้ผลิตพลังงาน มีผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ผลต่อเนื่องคือตับอ่อนจะ สร้างอินซูลินมากขึ้นเพื่อนำกลูโคสไปใช้ แต่ก็ไม่สามารถนำเข้าเซลล์อย่างมีประสิทธิภาพ ระดับ น้ำตาลในเลือดจึงยังคงสูง ในระยะแรกแม้ว่าน้ำตาลในเลือดไม่สูงถึงระดับเป็นเบาหวาน แต่ก็มี โอกาสเสี่ยงเป็นเบาหวานในที่สุด และมีความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและโรคหลอดเลือด สมอง ซึ่งปัจจุบัน พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน วณิชชา (2553) กล่าวไว้ว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ภาวะอ้วนลงพุง

โดยเฉพาะการอ้วนที่บริเวณหน้าท้อง เนื่องจากเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ จากเซลล์ไขมันออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้นเป็นผลให้เกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว

ความอ้วน หมายถึง บุคคลที่มีน้ำหนักร่างกายสูงกว่าน้ำหนักเฉลี่ยของคนทั่วไป และเป็นลักษณะการที่มีไขมันคั่งหรือสะสมอยู่ในร่างกายมากเกินไป ถ้าน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 10 จากระดับปกติจัดว่า เป็นระดับน้ำหนักสูงเล็กน้อย หรือน้ำหนักเกินเกณฑ์ (Over Weight) ถ้าเกินร้อยละ 10 – 20 จัดเป็นเกณฑ์น้ำหนักที่สูงหรือมากเกินไป (Esecssive Over Weight) และถ้ามีน้ำหนักเกินปกติถึงร้อยละ 20 ขึ้นไป จัดว่าเป็นภาวะอ้วนลงพุง (Obesity)

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากขึ้นกว่าปกติ ซึ่งอาจจะทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ การที่มีการสะสมไขมันมากขึ้นอาจเนื่องมาจากร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการใช้ในการดำรงชีวิตให้เป็นไปในภาวะปกติ จึงมีการสะสมพลังงานที่เหลือเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่างๆ เป็นผลให้มีภาวะน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ปกติ (รังสรรค์, เบญจลักษณ์ และประณีต, 2550)

ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง ภาวะที่มีไขมันสะสมในช่องท้อง หรืออวัยวะในช่องท้องมากเกินไป จนเห็นหน้าท้องยื่นออกมาชัดเจน (วรรณิ, 2554) ไขมันที่สะสมนี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับ มีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี เกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นเหตุของโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น น้ำตาลในเลือดสูงผิดปกติ ความดันโลหิตสูงผิดปกติ ไขมันในเลือดสูงผิดปกติ ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดังนั้น เหนือที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงโรคเบาหวาน 3 - 5 เท่า (วณิชชา, 2550)

ภาวะอ้วนลงพุง เป็นสภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ มากเกินไป ซึ่งในปัจจุบันทางการแพทย์ถือว่า ภาวะอ้วนลงพุงเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (สากล, 2555) พื้นฐานของภาวะอ้วนลงพุงมีอยู่ 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1.1.1 ภาวะอ้วนลงพุงในวัยเด็ก (Hyperplastic Obesity) เป็นความอ้วนที่เกิดจากปริมาณของเซลล์ไขมันเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มักเกิดในช่วงวัยตั้งแต่อายุ 1 ขวบ หรือระหว่าง 9 - 13 ปี คือวัยเด็ก ถ้าเด็กได้รับการแนะนำส่งเสริมสุขนิสัยในการบริโภคไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากมีปริมาณเซลล์ไขมันเนื้อเยื่อมากขึ้นหรือมีมากเกินไป เรียกว่า ภาวะอ้วนลง

พุงในวัยเด็ก

2.1.1.2 ภาวะอ้วนลงพุงในวัยผู้ใหญ่ (Hyper tropic obesity) เป็นภาวะความอ้วนที่เกิดจากปริมาณไขมันในร่างกายสูง เนื่องจากเซลล์ไขมันเพิ่มขนาดหรือขยายตัว ยังมีปริมาณเซลล์ไขมันมาก ยิ่งทำให้เกิดน้ำหนักเพิ่มสูงมากกว่าปกติ เนื่องจากเซลล์ไขมันขยายขนาดขึ้น

จากสภาวะทั้งสองลักษณะดังกล่าวจะเห็นว่า ความอ้วน หรือภาวะการมีน้ำหนักเกินนั้นมาจากสาเหตุของการบริโภคไขมันหรือสารอาหารเกินความจำเป็น ร่างกายนำไปใช้เป็นพลังงานไม่หมดจึงเกิดการเก็บสะสมไว้ในร่างกายจนทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง ภาวะอ้วนลงพุงหรือความอ้วนไม่เพียงมีผลต่อทรวดทรง ความสวยงามและการเคลื่อนไหวเท่านั้น ยังเป็นสื่อนำอันตรายมาสู่สุขภาพด้วย ความอ้วนเป็นเหตุให้ร่างกายเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย เช่น โรคเบาหวาน โรคไขข้ออักเสบ โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดอุดตันเนื่องจากไขมัน โดยเฉพาะที่หัวใจ จะทำให้หัวใจผิดปกติจนถึงขั้นเกิดอาการเกี่ยวกับโรคหัวใจ (สากล, 2555)

2.1.2 ดัชนีมวลกายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักร่างกาย

2.1.2.1 ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index = BMI) เป็นตัวแปรที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง จะพบอยู่ในช่วง 25 – 29.9 กก./ม² (ศูนย์อนามัยที่ 6, 2553) ดังนั้น ดัชนีมวลกายจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร กล่าวคือ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วงอ้วน จะมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันรวมทั้งรับประทานอาหารรสเค็มจัด กะทิและขนมหวาน ซึ่งเป็นพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เสี่ยงเป็นโรคอ้วนลงพุง หรือถ้ามีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ก็จะได้รับประทานเป็นจำนวนมากเกินกว่าที่ร่างกายต้องการนำไปใช้ ดังนั้น ดัชนีมวลกายจึงส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง

ค่าดัชนีมวลกายคำนวณได้จากสูตร

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย (กก.ต่อ ตร.ม.)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

การแปลผลค่าดัชนีมวลกาย

ค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่	18.5-22.9	กก./ม ² ถือว่า	น้ำหนักปกติ
ค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่	22.9-24.9	กก./ม ² ถือว่า	ท้วม
ค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่	25.0-29.9	กก./ม ² ถือว่า	อ้วน
ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่า	30.0	กก./ม ² ถือว่า	อ้วนมาก

อย่างไรก็ตาม มีผลการศึกษาภาวะน้ำหนักเกินของประชาชนชาวเอเชีย และคนไทยต่ออัตราเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่เกิน 23 กก./ตร.ม.ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ สูงด้วย (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

2.1.2.2 เส้นรอบเอว (Waist Circumference) เป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า มีรูปร่างและสัดส่วนอย่างไร มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง ต้องมีเส้นรอบเอวมมากกว่า 90 ซม. ในชาย และ มากกว่า 80 ซม. ในหญิง ดังนั้น จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันมากๆ ชอบรับประทานของมัน ของทอด ทำให้มีไขมันสะสมในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น ผู้ที่มีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐานก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มากจนเกินไป หรือเกิดจากการรับประทานอาหารแล้วนอน ก็เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จะเห็นได้ว่า เส้นรอบเอวมีผลกระทบบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงและพบว่ามีการวัดที่แตกต่างกันไป 4 จุด คือ

- 1) วัดเส้นรอบเอวส่วนที่แคบที่สุด
- 2) วัดกึ่งกลางระหว่างซี่โครงล่างสุดและกระดูกสะโพก (Iliac crest)
- 3) วัดเหนือกระดูกสะโพก
- 4) วัดผ่านสะดือ

การวัดเส้นรอบเอวผ่านสะดือจะให้ค่าที่สะท้อนค่าปริมาณเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้องได้ดี โดยค่าเส้นรอบเอวในคนเอเชียที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังคือ ผู้ชาย เส้นรอบเอวเท่ากับ

และมากกว่า 90 เซนติเมตร หรือ 36 นิ้ว ส่วนผู้หญิง เส้นรอบเอวเท่ากับและมากกว่า 80 เซนติเมตร หรือ 32 นิ้ว

2.1.2.3 วิธีการวัดเส้นรอบเอวผ่านสะดือทำดังนี้

- 1) อยู่ในท่ายืน
- 2) ใช้สายวัด วัดรอบเอวโดยวัดผ่านสะดือ
- 3) วัดในช่วงหายใจออก โดยให้สายวัดแนบกับลำตัวไม่รัดแน่น
- 4) ให้ระดับของสายวัดที่วัดรอบเอว วางอยู่ในแนวขนานกับพื้น

2.1.2.4 จำนวนบุตร เป็นตัวแปรที่บ่งบอกถึงว่ามีจำนวนสมาชิกหรือบอกขนาดของครอบครัว ว่ามีมากหรือน้อย ก็ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง เนื่องจาก ถ้าคนในครอบครัวมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคแบบใด คนในครอบครัวก็จะมีพฤติกรรมแบบนั้น เช่น ถ้าคนในครอบครัวชอบรับประทานอาหารรสเค็มจัด คนในครอบครัวนั้นๆ ก็จะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคนั้นตามไปด้วย

2.1.2.5 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ภายในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อและการบริโภคอาหารในครอบครัว จากสภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่า ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายรวมด้านอาหารของคนไทย ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยมีมูลค่าการซื้อ อาหารพวกข้าว และแป้งมากมาเป็นการซื้ออาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม เนย มากขึ้น ทั้งในเขตชนบท และในเมือง ซึ่งหมายความว่ารายจ่ายส่วนใหญ่ของครอบครัวเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ หทัย กาญจน์ และอัมพร (2550) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏ นครปฐมพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ และเชื่อมโยงกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากรายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึง สภาพเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งทำให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อร่างกาย

2.1.2.6 การออกกำลังกายหรือการปฏิบัติงานที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกาย ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง กล่าวคือ เมื่อมีการออกกำลังกายทำให้ร่างกายแข็งแรง สมบูรณ์ ทำให้มีจิตใจร่าเริงแจ่มใส ทำให้มีบุคลิกภาพที่ดี แต่ในทางกลับกัน เมื่อออกกำลังกายเสร็จแล้ว จะทำให้รับประทานอาหารเป็นจำนวนมาก และจะทำให้เป็นโรคอ้วน (ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2555) ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฉะนั้น การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่ดีต่อสุขภาพ ถ้าเรามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีควบคู่กันไปด้วย ก็จะทำให้เราห่างไกลจากโรคอ้วนลงพุง

2.1.3 สาเหตุของภาวะอ้วนลงพุง

เกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับกับพลังงานใช้โดยบริโภคอาหารมากเกินไปใช้พลังงานน้อย พลังงานที่เหลือใช้จะถูกเก็บสำรองในรูปของไขมันไตรกลีเซอไรด์ โดยเฉพาะสะสมในช่องท้องและอวัยวะภายในช่องท้องปริมาณมาก มีการเปลี่ยนแปลงของ DNA ภายในเซลล์ ทำให้เซลล์สนองต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลินน้อย เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ตับไม่สามารถยับยั้งการสร้างกลูโคสได้ เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง เซลล์ไขมันไม่สามารถยับยั้งการสลายตัวได้ เกิดกรดไขมันอิสระได้ง่ายเก็บสะสมตามกล้ามเนื้อและตับเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อเบต้าเซลล์ของตับอ่อนทำงานแย่ง และนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวาน (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2550) ประกอบกับมีพฤติกรรมการดำรงชีวิต แบบขาดการออกกำลังกาย ร่วมกับการบริโภคอาหารมากเกินไป เนื่องจากอาหารมีราคาถูกลง มีพลังงานสูง มีร้านอาหารมากมายให้เลือก มีอาหารให้เลือกมากในแต่ละมื้อ ปริมาณอาหารต่อจานมากขึ้น อาหารจานด่วน และอาหารสะดวกซื้อ อาหารพลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ หรืออาหารไขมันต่ำหรือไร้ไขมัน แต่มีพลังงานเท่ากับอาหารไขมันเต็ม ประกอบกับการดำรงชีวิตที่สะดวกสบาย เช่น การมียานพาหนะ ลิฟต์ บันไดเลื่อน การดูทีวี การใช้คอมพิวเตอร์มากขึ้น ทำให้กิจกรรมทางกายลดลง แม้จะออกกำลังกายมากขึ้นแต่ไม่สมดุลกับการมีกิจกรรมทางกายในช่วงเวลาอื่นที่น้อยลงร่วมกับบริโภคมากขึ้น (วรรณิ, 2554)

ในต่างประเทศ ได้มีผู้ทำการวิจัยในสัตว์ทดลองหลายประเภทและในคน เพื่อหาสาเหตุของภาวะอ้วนลงพุง สรุปได้ว่า มาจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่แท้จริงของความอ้วนมักจะมีอิทธิพลมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้ (นวลรัตดา, 2555)

2.1.3.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า การถ่ายทอดทางพันธุกรรม เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยที่ส่งผลให้อ้วนได้

2.1.3.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อภาวะอ้วนเป็นอย่างมาก เช่น ความอุดมสมบูรณ์ของอาหาร ความเจริญทางอุตสาหกรรมอาหารที่สามารถจัดซื้อได้ง่าย และมีให้เลือกมากมาย มีรูปแบบการบริการในรูปแบบต่างๆ ซึ่งเป็นแรงยั่วยุให้มีการบริโภคมากขึ้น นอกจากนี้สภาพแวดล้อมในครอบครัวก็เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ เนื่องจากมีการสร้างนิสัยการกินที่ถ่ายทอดกันมา ทั้งความนิยมในชนิดของอาหาร รสชาติ ในการปรุง ทำให้เกิดการบริโภคที่คล้ายคลึงกัน

2.1.3.3 การใช้พลังงาน เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคอ้วน พบว่า ถ้ามีการใช้พลังงานมากพอ การสะสมจะน้อยลง โดยปกติการใช้พลังงานในร่างกายประกอบด้วย 3 ทาง คือ พลังงานที่ร่างกายใช้ไปเพื่อการดำรงชีวิต เช่น การทำงานของอวัยวะต่างๆ พลังงานที่สูญเสียไปกับการเผาผลาญเมื่ออาหารเข้าสู่ร่างกาย และพลังงานสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งหากเกิดความไม่สมดุลของพลังงานที่เข้าสู่ร่างกายและพลังงานที่ใช้ไป จะทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ แต่อย่างไรก็ตามพลังงานที่สำคัญอย่างมาก คือ พลังงานสำหรับการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงาน เล่นกีฬา หากมีการใช้พลังงานส่วนนี้น้อย แม้จะรับประทานอาหารเท่าเดิมจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ ดังที่มีการศึกษาพบว่า เด็กที่ใช้เวลาดูโทรทัศน์มากกว่า 5 ชั่วโมงต่อวันจะมีน้ำหนักมากกว่าเด็กที่ดูโทรทัศน์น้อยกว่า 2 ชั่วโมงถึง 5.3 เท่า ภาวะอ้วนจะพบไม่บ่อยนักในบุคคลที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่จะพบได้ทั่วไป ในบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตแบบสบายๆ

2.1.3.4 บริโภคนิสัย หรือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน เนื่องจากการรับประทานอาหารให้พลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายทำให้มีการสะสมของพลังงานในรูปของไขมันจนเกิดภาวะอ้วนในเวลาต่อมาก พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน ได้แก่ การรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไปทุกครั้ง ซึ่งทำให้

ศูนย์ควบคุมความหิวความอิ่มสูญเสียหน้าที่ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อถึงระดับที่ร่างกายรู้สึกอิ่มแล้วแต่ยังคงรับประทานต่อไปอีก ศูนย์ควบคุมก็จะกำหนดระดับของสารเคมีให้สูงขึ้นกว่าเดิม เป็นผลให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้นเรื่อยๆ จึงจะรู้สึกอิ่มจนกลายเป็นคนกินจุ ซึ่งถ้าเป็นเช่นนี้บ่อยครั้งจะทำให้ศูนย์ควบคุมดังกล่าวสูญเสียหน้าที่ในที่สุด ส่วนการรับประทานอาหารด้วยอัตราเร็วจะทำให้ได้รับปริมาณอาหารมากเกินไปเกินความต้องการ เพราะปริมาณอาหารที่บุคคลนั้นๆ ควรรู้สึกอิ่มนั้นยังไม่เปลี่ยนเป็นสารเคมีในระดับที่เพียงพอจะกระตุ้นศูนย์ควบคุมความอิ่ม บุคคลจึงรับประทานอาหารต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าระดับของสารเคมีในร่างกายจะสูงพอที่จะกระตุ้นศูนย์ควบคุมดังกล่าว ซึ่งร่างกายก็จะได้รับอาหารมากเกินไปเกินความต้องการ นอกจากนี้นิสัยการกินจุกินดิบตลอดเวลา การรับประทานอาหารบ่อยครั้งหรือรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ซึ่งจำนวนมื้อและปริมาณอาหารที่เหมาะสมในแต่ละวัน คือ รับประทานวันละ 3 มื้อ ปริมาณปานกลางต่อมื้อ ถ้ารับประทานอาหารจำนวนมากกว่านี้ก็มีแนวโน้มมีภาวะอ้วนและนิสัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนคือ การชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง เช่น ขนมหวาน ขนมกรุบกรอบ

2.1.3.5 เกิดจากการทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยปกติต่อมไร้ท่อต่างๆ ในร่างกายซึ่งมีมากมาย แต่ละต่อมจะทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมน เพื่อควบคุมสภาวะการทำงานของอวัยวะต่างๆ ตลอดจนกระบวนการสร้างพลังงานของร่างกาย ควบคุมกระบวนการเผาผลาญสารอาหาร ต่อมไร้ท่อที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน คือ ต่อมไร้ท่อที่ผลิตฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างพลังงาน ได้แก่ ต่อมไทรอยด์ (Thyroid Gland) ต่อมพิทูอิทารี (Pituitary Gland) ต่อมไร้ท่อในตับอ่อน (Islet of Pancreas) และต่อมหมวกไต (Adrenal gland)

ภาวะอ้วนเกิดขึ้นเนื่องจากการสะสมของพลังงานที่ร่างกายได้รับเกินในแต่ละวัน พลังงานจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมไว้ตามส่วนต่างๆ โดยเฉพาะใต้ผิวหนัง ซึ่งปัจจัยที่คาดว่าอาจเป็นสาเหตุส่งเสริมให้อ้วนได้ ในต่างประเทศได้ มีผู้ทำการวิจัยในสัตว์ทดลองหลายประเภทและในคน เพื่อหาสาเหตุของโรคอ้วน สรุปได้ว่ามาจากสาเหตุดังต่อไปนี้ (ศิริพร, 2541)

2.1.3.6 ร่างกาย (Host) เช่น กรรมพันธุ์ มีหลักฐานยืนยันว่า ถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นคนอ้วนทั้งคู่ ลูกก็มักจะมีโอกาสอ้วนได้มากกว่าผู้ที่เกิดจากพ่อแม่ไม่อ้วน เข้าทำนองที่ว่า “ดูข้างให้ดูหางดูนางให้ดูแม่” ถ้าดูให้แน่ต้องดูปู่ย่าตายาย” การสำรวจในสหรัฐอเมริกาปรากฏว่า ลูกจะมี

โอกาสส่วนได้ร้อยละ 80 ถ้าพ่อและแม่ไม่อ้วนทั้งคู่ ลูกจะมีโอกาสอ้วนเพียงร้อยละ 7

2.1.3.7 สารหรือตัวการ (Agent) การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย เช่น ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ หรือให้นมทารก ทำให้มีความอยากอาหารมากขึ้น เมื่อกินมากเกินไปจนต้องการน้ำหนักก็เพิ่มมากขึ้น ถ้าปล่อยให้ไม่รีบแก้ไขก็ทำให้อ้วนได้ในที่สุด โรคภัยไข้เจ็บบางอย่างในสมอง และระบบประสาทที่เกิดขึ้นในสัตว์ทดลองหรือในคน จะมีผลทำให้อ้วนผิดปกติและเป็นโรคอ้วนได้ง่าย การผ่าตัดหรือใช้สารเคมีที่ทำอันตรายแก่สมองส่วนหน้าหรือต่อมใต้สมองก็ทำให้เกิดโรคอ้วนได้เช่นเดียวกัน

2.1.3.8 สิ่งแวดล้อม (Environment) เช่นนิสัยการกินไม่ดี อิ่มแล้วก็ยังกินโน่นกินนี่ ทั้งวันหรือชอบกินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารมันจัด หวานจัด หรือกินมาก แต่ออกกำลังกายหรือใช้แรงงานน้อย ภาวะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย ผู้ที่เป็นโรคอ้วนบางรายมาจากสภาพจิตใจไม่ปกติ เช่น ผิดหวังเรื่องรักใคร่หรือพ่อแม่ไม่เอาใจใส่เลย หากทางออกโดยการกินมากขึ้น ในเรื่องของสิ่งแวดล้อมนี้ จะเห็นสาเหตุใหญ่เกิดจากความเจริญทางวิชาการและเทคนิคด้านอาหารและเกษตรกรรม ในระยะหลังนี้มีการปรับปรุงคุณภาพของอาหาร คนกินอาหารมากขึ้นเพราะอาหารมีรูปลักษณะที่ชวนบริโภค และมีการคิดค้นเครื่องผ่อนแรงต่างๆ ทำให้คนไม่ต้องใช้แรงงานมาก อาหารที่กินเข้าไปในร่างกายถูกใช้น้อยกว่าปกติ คนจึงเป็นโรคอ้วนกันมาก

สรุปได้ว่า สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ร่างกายมีน้ำหนักมากเกินไปนั้นเนื่องมาจากหลายปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดภาวะอ้วน เช่น กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม นิสัยการบริโภค รวมทั้งการทำงานที่ผิดปกติของฮอร์โมนในร่างกาย อย่างไรก็ตามสาเหตุที่สำคัญเกิดจากปัญหาพฤติกรรม คือรับประทานอาหารมากเกินไป และใช้พลังงานน้อยเกินไป การได้รับพลังงานมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย คือการที่ร่างกายได้รับพลังงานสะสม โดยเฉพาะอาหารประเภทไขมัน แป้ง และน้ำตาล พลังงานส่วนใหญ่แปรรูปเป็นไขมันทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นหรืออ้วน

2.1.4 โรคอ้วนลงพุง

โรคอ้วนลงพุงหรือ Metabolic Syndrome (เป็นภาวะที่อ้วนโดยเฉพาะส่วนเอวและทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายหลายระบบ Metabolic Syndrome คำนี้เป็นคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ใช้การอย่างแพร่หลาย ภาวะนี้ หมายถึง กลุ่มโรคที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารที่ผิดปกติทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคนี้สมัยก่อนเรียกว่า Syndrome X, Insulin resistance Syndrome (Siamhealth, 2009 อ้างถึงใน นวลรัตดา, 2555)

โรคอ้วนลงพุง วินิจฉัย จากการมีค่าเส้นรอบเอวเท่ากับและมากกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชาย และ ค่าเส้นรอบเอวเท่ากับและมากกว่า 80 เซนติเมตรในผู้หญิง เป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับแรก ร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงอื่นอีก 2 ใน 4 ข้อ ต่อไปนี้

2.1.4.1 ความดันโลหิตตั้งแต่ 130/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป

2.1.4.2 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูงตั้งแต่ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป

2.1.4.3 ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูงตั้งแต่ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป

2.1.4.4 ระดับไขมัน HDL ต่ำกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย หรือต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้หญิง

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 3 ข้อ จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 2 เท่าและพบว่า ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง 4 ข้อ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเพิ่ม 3 เท่า และเกิดโรคเบาหวานเพิ่ม 24 เท่า (Siamhealth, 2009 อ้างถึงใน นวลรัตดา, 2555) สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด Metabolic syndrome คือ ผู้ที่เป็นเบาหวาน ผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูง และมีระดับอินซูลินในเลือดสูง และผู้ที่เป็นโรคหัวใจ

2.1.5 อันตรายของภาวะอ้วนลงพุง

คนที่อ้วนลงพุงจะมีไขมันในช่องท้องมากเกินไป ปริมาณไขมันที่แทรกอยู่ในอวัยวะภายในช่องท้องมีความสัมพันธ์กับเส้นรอบเอว ยิ่งเส้นรอบเอวมามากแสดงถึงมีไขมันสะสมในช่องท้องมากด้วย การมีไขมันช่องท้องปริมาณมาก ทำให้อินซูลินที่หลังจากดื่บอ่อนออกฤทธิ์ไม่ดี เรียกว่า เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เกิดการเปลี่ยนแปลง DNA ภายในเซลล์ ทำให้เซลล์ตอบสนองต่อ

ฤทธิ์ของอินซูลินน้อยกว่าที่ควร ถ้าเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินที่กล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้ทำให้มีกลูโคสในกระแสเลือดมาก ถ้าเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินที่ตับ ทำให้ตับไม่สามารถยับยั้งการสร้างกลูโคสได้ ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง และถ้าเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินที่เซลล์ไขมันทำให้เซลล์ไขมันไม่สามารถยับยั้งการสลายตัวได้ เกิดกรดไขมันอิสระได้ง่าย ส่งผลให้มีไขมันไปสะสมยังกล้ามเนื้อ และตับเพิ่มขึ้น ยิ่งทำให้ภาวะดื้อต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น มีผลทำให้เบต้าเซลล์ของตับอ่อนตาย และนำไปสู่การเป็นโรคเบาหวาน โดยเส้นรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตรจะเพิ่มโอกาสเกิด โรคเบาหวาน 3-5 เท่า (วณิชชา, 2550) ผู้ที่มีไขมันช่องท้องมากหรือเส้นรอบเอวมามากเกิน จะพบมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น แม้มีดัชนีมวลกายไม่เกินก็ตาม ความดื้อต่ออินซูลินเป็นผลของความผิดปกติทางพันธุกรรม ซึ่งกระตุ้นได้ด้วยสิ่งแวดล้อม เช่น เด็กที่ได้อาหารมากจนโตเร็วเกินไปในวัยทารก วัยรุ่นที่กินมากจนอ้วน ผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ ทำงานนั่งโต๊ะกินเลี้ยงบ่อย ๆ กินมาก และขาดการออกกำลังกาย (วณิชชา, 2553)

นอกจากนี้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง จะทำให้เกิดการอักเสบของหลอดเลือดเร็วขึ้น เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดมากขึ้น 2-3 เท่าตัว ทำให้ผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ ยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และลดประสิทธิภาพของการละลายเลือดที่แข็งตัว ทำให้เกิดผลึกไขมัน (Plaque) ที่หลอดเลือดเร็วขึ้น นำไปสู่การเกิดหลอดเลือดตีบตัน ดังนั้น โรคอ้วนลงพุงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ มากขึ้น (วิชัย และคณะ, 2553) ได้แก่

2.1.5.1 ภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งจะนำไปสู่ความผิดปกติของระบบอื่นๆ โดยเฉพาะเมื่อไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือด จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับหัวใจและความดันโลหิตตามมาได้ ไขมันในเลือดที่รู้จักกัน ได้แก่

1) แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (LDL-Cholesterol) เป็นไขมันที่เป็นต้นเหตุ และตัวการที่สำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดแดงตีบตัน จัดเป็นไขมันเลว

2) เอชดีแอลคอเลสเตอรอล (HDL-Cholesterol) เป็นไขมันที่มีหน้าที่ป้องกันและต่อต้านการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง จัดเป็นไขมันดี ถ้ามีเอชดีแอลคอเลสเตอรอลสูง จะลดอัตราเสี่ยงในการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ไขมันไตรกลีเซอไรด์ ถ้ามีไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ระดับคอเลสเตอรอลที่พึงปรารถนา มีดังนี้

คอเลสเตอรอลรวม	น้อยกว่า	200	มิลลิกรัม/เดซิลิตร
แอล ดี แอลคอเลสเตอรอล	น้อยกว่า	130	มิลลิกรัม/เดซิลิตร
เอช ดี แอลคอเลสเตอรอล	ผู้ชาย	มากกว่า	40
	ผู้หญิง	มากกว่า	50
ไตรกลีเซอไรด์	น้อยกว่า	150	มิลลิกรัม/เดซิลิตร

การเกิดหลอดเลือดตีบตัน ในช่วงเริ่มต้นเกิดจากการที่ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ทำให้เกิดระดับแอลดีแอลคอเลสเตอรอลสูง จะฝังเข้าไปในผนังหลอดเลือดแดง ถ้าหากมีการสะสมไขมันได้ผนังหลอดเลือดแดงมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้หลอดเลือดแดงแคบลง และเสื่อมสภาพลง ซ้ำๆอย่างต่อเนื่อง โดยอัตราการเกิดนี้แตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นกับปัจจัยเสี่ยง ถ้าเกิดอาการ อักเสบ และความผิดปกติของผนังหลอดเลือดมากกว่า 40% มีการฉีกขาดของผนังส่วนที่หุ้มไขมันนี้ (Plaque Rupture) เกิดการหลุดของผลึกไขมัน (Plaque) เข้าภายในหลอดเลือด เป็นจุดกระตุ้นให้เกิดเลือดมาเกาะติดทับถมต่อเนื่องกันเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดตีบตันที่เกิดขึ้นแล้วทำให้มีอาการที่ชัดเจน 3 แห่ง ดังนี้

1.1) ถ้าเกิดเส้นเลือดที่หล่อเลี้ยงหัวใจตีบตัน ทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นผลให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก หรือเสียชีวิตโดยเฉียบพลันได้ ซึ่งจะมีอาการปวดหัวใจ มีลักษณะปวดแน่นตื้อๆ หนักๆ บอกรักษาตำแหน่งได้ไม่ชัดเจนอาจปวดร้าว บริเวณแขนด้านใน (ด้านซ้ายมากกว่าด้านขวา)และบริเวณ ต้นคอและกราม บางคนบอกว่า คล้ายอาการปวดฟันอาการจะเป็นมากขึ้นเมื่อออกกำลังกาย พักแล้วจะดีขึ้น และอาจพบอาการอื่นๆ ร่วม เช่น เหงื่อแตก หน้าซีด ใจสั่น

1.2) ถ้าเกิดหลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบตัน จะมีอาการแขน ขา อ่อนแรง หรือชาครึ่งซีก เป็นอัมพาต อัมพฤกษ์

1.3) ถ้าเกิดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงขาตีบตัน ก็จะทำให้เกิดแผลที่เท้าได้ และเป็นสาเหตุให้แผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน หายได้ยาก และช้ากว่าปกติ

2.1.5.2 ภาวะความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันโลหิตอยู่ในระดับสูงกว่าปกติอย่างคงที่ คนที่มีปัญหาโรคความดันโลหิตสูงและเป็นโรคเบาหวาน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อไตและหลอดเลือดหัวใจสูงมากขึ้น ซึ่งหากเป็นมากๆ อาจทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ถึงแก่ชีวิตหรือพิการเป็นอัมพาตได้ ดังนั้นต้องควบคุมความดันโลหิตให้ต่ำกว่า 130/85 มิลลิเมตรปรอท

1) ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

1.1) หัวใจโต และหัวใจวาย ภาวะความดันโลหิตสูง ส่งผลให้หัวใจมีการทำงานหนักขึ้น ทำให้ผนังหัวใจหนาตัว และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ผนังหัวใจจะยืดออก และเสียหายที่ ทำให้เกิดหัวใจโต และหัวใจวาย ได้ในที่สุด

1.2) อัมพาตหรือเสียชีวิตจากการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตันหรือแตกถ้าเป็นเรื้อรัง อาจกลายเป็นโรคความจำเสื่อม สมาธิลดลง

1.3) ไตวาย และภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดเสื่อม เลือดอาจไปเลี้ยงไตไม่พอ ทำให้ ไตวายเรื้อรังและภาวะไตวาย และยังทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นอีกกว่าเดิม

1.4) หลอดเลือดแดงในตาเสื่อมลงอย่างช้า ๆ อาจมีเลือดที่จอตา ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อย ๆ จนตาบอดได้

2) ข้อควรปฏิบัติเมื่อมีความดันโลหิตสูง

2.1) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น การเดินเร็วๆ วิ่งเหยาะ ควรออกกำลังกายประมาณ 15-20 นาที อย่างน้อย 3-6 ครั้ง/สัปดาห์

2.2) ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็มจัด เพื่อลดปริมาณเกลือ

2.3) ลดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่

2.4) ลดความเครียดของงานและภาวะแวดล้อม

2.5) ลดน้ำหนักตัว โดยเฉพาะในรายที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน

3) โรคเบาหวานหมายถึง การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากเกินไปมักพบควบคู่กันเสมอในสภาวะที่เป็นโรคอ้วนลงพุง เบาหวานที่พบบ่อย แบ่งได้เป็น 2 ชนิด

3.1) เบาหวานชนิดที่ 1 มักจะเกิดก่อนอายุ 20 ปี และเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถสร้างอินซูลินได้ เนื่องจากเซลล์ผลิตอินซูลินที่ตับอ่อนถูกทำลาย

3.2) เบาหวานชนิดที่ 2 มักพบเมื่ออายุ 40 ปี ขึ้นไป แต่อาจพบในคนอายุน้อยได้เช่นกัน เบาหวานชนิดนี้ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์ไขมันในช่องท้องที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี (ภาวะดื้อต่ออินซูลิน) ตับอ่อนจะต้องพยายามสร้างและหลั่งอินซูลินออกมามากขึ้น เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถ้าอ้วนลงพุงอยู่แล้วจนถึงจุดหนึ่ง ปริมาณการหลั่งอินซูลินที่มีเพิ่มขึ้นก็ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปกติ จึงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดที่สูงขึ้นจะมีผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ร่างกายนำอินซูลินไปใช้งานได้ยากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาโรคเบาหวานทำได้โดย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาดัวยยา แบ่งเป็น 2 วิธี

1) ฉีดอินซูลินเข้าสู่ร่างกายโดยตรง 2) การใช้อาหารเม็ดควบคุมน้ำตาลในกระแสเลือด

4) โรคข้อกระดูกเสื่อม มักพบข้อเข่าและข้อเท้าเสื่อมเนื่องจากต้องรับน้ำหนักตัวมากเกินไปและโรคข้ออักเสบเก๊าท์

5) โรคของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากในคนอ้วนมักมีการเคลื่อนไหวน้อย ชอบนั่งหรือนอนมากกว่า ปอดจึงขยายตัวไม่ได้เต็มที่ จึงทำให้เกิดการติดเชื้องของทางเดินหายใจได้บ่อยกว่าปกติ

6) โรคมะเร็งบางชนิดและปัญหาสุขภาพอื่นๆ พบว่า คนอ้วนมีอัตราการเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ รวมทั้งการเกิดโรคมะเร็งได้มากกว่าคนที่มีสุขภาพดี เช่น มะเร็งลำไส้ มะเร็งของถุงน้ำดี และมะเร็งเยื่อบุหลอด เป็นต้น (สิทธิกร, 2554)

2.1.6 การควบคุมและป้องกันการเกิดโรคอ้วนลงพุง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกินให้ถูกชนิดปริมาณและเวลารวมทั้งเคลื่อนไหวร่างกายให้มากขึ้น แม้ว่าไขมันจะเป็นสาเหตุของโรคอ้วนลงพุงและโรคภัยต่างๆ แต่ไขมันเป็นสารอาหารสำคัญที่ร่างกายขาดไม่ได้ ทั้งยังเป็นส่วนประกอบของอาหารทุกมื้อจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ดังนั้นทางออกที่ดีที่สุด คือการเลือกใช้นชนิดของไขมันและน้ำมันที่ดีที่มีองค์ประกอบของกรดไขมันอิ่มตัวต่ำและไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียวสูง ได้แก่ น้ำมันมะกอก น้ำมันเมล็ดชา น้ำมัน

คาโนลาเป็นต้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งจะช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลโดยไม่ลดเอชดีแอล ช่วยลดไตรกลีเซอไรด์ได้และสามารถนำไปใช้แทนคาร์โบไฮเดรตได้ด้วย อย่างไรก็ตาม การใช้น้ำมันจะต้องเลือกชนิดและอ่านฉลากด้านโภชนาการอย่างละเอียดเพื่อลดความเสี่ยงโรคร้ายส่งเสริมสุขภาพและห่างไกลภาวะโรคอ้วนลงพุง ขณะที่วิธีการกินด้านโรคเสริมสุขภาพโดยหันมารับประทานผักผลไม้ให้มากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงของ โรคร้ายและสุขภาพที่ดีของผู้บริโภค อย่างไรก็ตามปัจจุบันคนส่วนใหญ่กินอาหารนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถควบคุมวัตถุดิบในการทำได้ ทั้งผักเนื้อหรือชนิดของน้ำมัน ดังนั้น จึงควรทำอาหารกินเองอย่างน้อยในวันหยุด นอกจากนี้ต้องหันมากินผักผลไม้ให้มากขึ้น ซึ่งคนที่อ้วนลงพุงรวมถึงเด็ก ๆ ส่วนใหญ่จะไม่ชอบกินผักและผลไม้ จึงต้องช่วยหาวิธีการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาจใช้วิธีบดผักและผลไม้ผสมลงไปในการเพื่ออำนวยความสะดวก รวมถึงการออกกำลังกายสิ่งที่ย่ง่ายที่สุด คือการเดิน พยายามเดินให้มาก เป็นต้น ผลเสียจากโรคอ้วนมีการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกายที่เหมาะสมอยู่ระหว่าง 21-25 กก./ม² เนื่องจากอัตราการเกิดโรคมะเร็ง โรคหัวใจต่ำ และเมื่ออ้วนมากขึ้นก็จะเกิดโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองโรคมะเร็งบางชนิด โรคเบาหวาน และโรคถุงน้ำดี เป็นต้น

2.1.7 การรักษาภาวะอ้วนลงพุง

2.1.7.1 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างถูกต้อง และจริงจัง เช่น ลดการรับประทานอาหารมีกากใยน้อย เช่น ข้าวขาว ขนมปังขาว น้ำตาล และน้ำผลไม้ และเครื่องดื่มหวานๆ อีกหลายชนิด แต่เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีปริมาณกากใยมมาก เช่น ขนมปังโฮลวีท ผลไม้ที่ไม่หวานจัด อาหารจำพวกถั่วมีกากใยมมาก แต่ก็ได้พลังงานมาก ถ้ากินมากเกินไป อาหารจำพวกผักเป็นสิ่งที่บริโภคได้มากโดยไม่จำกัด ลดการรับประทานอาหารประเภททอดที่ต้องใช้น้ำมันมากๆ ควรเลือกอาหารประเภทหนึ่ง หรือต้ม หรือย่าง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

ร่างกายต้องการพลังงานเพื่อให้ระบบกล้ามเนื้อ อวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพในการทำงาน พลังงานเกิดจากอาหารที่บริโภค จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับส่วนประกอบของ

สารอาหารที่ให้พลังงานนั้นๆ เช่น สารอาหารประเภทไขมันให้พลังงานมากที่สุด ส่วนสารอาหารประเภทโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตให้พลังงานเท่ากัน ผลไม้ไม่หวานและผักต่างๆ จะให้พลังงานน้อยที่สุด ในแต่ละวันร่างกายจะได้รับพลังงานจากอาหารที่รับประทานเข้าไป ถ้าร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไป พลังงานส่วนเกินจะถูกเก็บสะสมไว้ในรูปของเนื้อเยื่อไขมัน ส่งผลให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น โดยพลังงานส่วนเกินหรือขาดไปจำนวน 7,500 กิโลแคลอรี จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามลำดับ จำนวน 1 กิโลกรัม ดังตัวอย่างในตารางที่

ตารางที่ 2.1 แสดงปรับสมดุลพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร และพลังงานที่ใช้ไป
ขณะพัก และการเคลื่อนไหวร่างกาย

พลังงานที่ได้รับ	พลังงานที่ใช้ไป	ผลที่ได้รับ
1100	1600	ใช้พลังงานเกินวันละ 500 กิโลแคลอรีเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จะทำให้น้ำหนักลดลงครึ่งกิโลกรัม
2100	1600	รับพลังงานสะสมเพิ่มขึ้นวัน 500 กิโลแคลอรีเป็นเวลา 1 สัปดาห์ จะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นครึ่งกิโลกรัม
1600	1600	น้ำหนักตัวคงที่

ที่มา : ชนิตา และคณะ (2551)

1) การบริโภคเพื่อความชุ่มชื้น

การกินเพื่อสุขภาพคือ การรู้จักเลือกอาหารและรับประทานอาหารให้ได้คุณค่าทางโภชนาการที่สมดุล บริโภคอาหารให้ครบถ้วนทุกหมู่ในแต่ละวัน เน้นผัก ปลา และ ธัญพืชเป็นพิเศษ (3 เพิ่ม) ได้แก่

1.1) บริโภคอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ในแต่ละวัน ไม่จำเป็นต้องบริโภคครบทั้ง 5 หมู่ ในแต่ละมื้อ ไม่งดอาหารมื้อหลัก แต่ควรลดปริมาณอาหารหรือเปลี่ยนเป็นอาหารที่มีพลังงานต่ำแทนและงดการรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ

1.2) ปรับวิธีการปรุงอาหาร โดยใช้เครื่องเทศ เช่น กะเพรา โหระพา พริกไทย แทนการใช้น้ำตาล น้ำมัน เนย กะทิ และซอสปรุงรสต่างๆ และงดการเติมน้ำตาลในอาหารโดยเด็ดขาด แต่สามารถใช้น้ำตาลเทียมได้

1.3) ลดข้าวหรือแป้งลงจากเดิม 1 ใน 3 ส่วน

1.4) งดการบริโภคน้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง เหล้า เบียร์ ไวน์

1.5) ลดการบริโภคผลไม้ลง โดยบริโภคไม่เกิน 6-10 คำต่อมื้อ แล้วแต่หวานมากหรือหวานน้อยเพิ่มบริโภคใบหรือก้านผักเพิ่มขึ้น

1.6) กำหนดปริมาณ และชนิดอาหารที่จะบริโภคในแต่ละมื้อ เมื่อหมดแล้วไม่ต้องเติมอีก ไม่ควรรับประทานอาหารจากกล่อง หรือกระป๋องโดยตรง และควรใช้จานที่ใส่อาหารขนาดเล็ก เพื่อให้ดูมีปริมาณมาก

1.7) เคี้ยวอาหารช้า ๆ และให้บริโภคอาหารที่เป็นน้ำหรือดื่มน้ำบ่อยๆ ระหว่างรับประทานอาหาร

1.8) หลีกเลี่ยงอาหารทอด ผัดและอาหารที่มีไขมันหรือน้ำตาลเป็นส่วนประกอบให้บริโภคอาหารที่ได้จากการต้ม นึ่งแทน หรือใช้ภาชนะปรุงอาหารที่เคลือบด้วยสาร Teflon และใช้น้ำมันน้อยที่สุดในการปรุงอาหาร

1.9) บริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน โดยตั้งหนังไก่ หนังเป็ดออก และตัดไขมันที่พบเห็นทิ้ง ไม่ควรบริโภคไขมันที่ลอยอยู่บนน้ำซूप และก่อนนำน้ำซूपมาปรุงอาหารให้เก็บไว้ในตู้เย็นสักกระยะ แล้วช้อนไขมันที่แข็งตัวลอยอยู่ออกให้หมด

1.10) เปรียบเทียบอาหารชนิดเดียวกัน โดยให้พิจารณาจาก ฉลากโภชนาการ โดยเลือกอาหารที่มีพลังงานต่ำแทนอาหารที่มีพลังงานสูง เช่น ควรบริโภคนม หรือน้ำสลัดที่มีพลังงานและปริมาณน้ำตาลต่ำสุดในปริมาณที่เท่ากัน

1.11) หากน้ำหนักไม่ลดต่างๆ ที่จำกัดอาหารแล้ว ให้ลองทบทวนและพิจารณาอาหารที่บริโภคเพราะอาจมีอาหารบางชนิดที่แม้จะมีปริมาณน้อย แต่ให้พลังงานสูงได้ บริโภครวมอยู่ด้วย

นอกจากนี้ การควบคุมแป้ง น้ำตาล และเครื่องดื่มรสหวานไม่ให้มากเกินไป (3 งด) งดขนมหวาน ของมันๆ และแอลกอฮอล์ (3 งด) ไม่งดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะพอควร ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไปคือ กินพออิ่มและไม่ควรรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารในกรณีของกลุ่มอาการ Metabolic จะสามารถช่วยให้การลดน้ำหนักและลดระดับไขมันในเลือดได้ผลดีขึ้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

2) หลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักและรอบเอวไม่ให้เพิ่มขึ้น

2.1) บริโภคข้าวหรือแป้งได้ตามปกติ ถ้าไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น บริโภคน้ำตาล รวมทั้งน้ำผึ้ง ไม่เกิน 2 ช้อนชาต่อมื้อ

2.2) บริโภคผลไม้อย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่เกิน 10-15 คำต่อมื้อ แล้วแต่หวานมากหรือหวานน้อย

2.3) บริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันที่สุดแล้ว วันละประมาณ 12-16 ช้อนโต๊ะ และหลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์

2.4) บริโภคใบและก้านผักอย่างสม่ำเสมอ วันละไม่ต่ำกว่า 9 ช้อนโต๊ะของผักต้ม หรือเทียบเท่า

2.5) เลือกอาหารที่เตรียมโดยการต้ม นึ่ง ย่าง โดยหลีกเลี่ยงอาหารทอด หรือผัด

2.6) บริโภคน้ำมันจากรำข้าว ถั่วเหลือง เมล็ดทานตะวัน งา หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัวและไขมันแปรรูป เช่น ไขมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม มาการีน ครีมเทียม

2.7) บริโภคปลา ไข่ขาว เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองทุกวัน

2.8) ควรดื่มนมพร่องมันเนย หรือขาดมันเนย รสจืด วันละ 1-2 แก้ว หากดื่มนมไม่ได้ให้ใช้นมถั่วเหลืองรสจืดแทน

2.9) ลดการบริโภคเกลือ อาหารหมักดอง อาหารเค็ม และหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหาร

2.10) ไม่ควรดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ ยาดองเหล้า เกิน 6 ส่วน ต่อสัปดาห์ ไม่ควรบริโภคชา กาแฟ เกิน 3 ถ้วยต่อวัน (วนิชา, 2549)

2.1.7.2 การออกกำลังกาย

พฤติกรรมเคลื่อนไหวก่อนออกกำลังกาย (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552) หมายถึง การแสดงออกหรือการกระทำใดๆในการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกายด้วยกิจกรรมทางกาย เล่นกีฬาโดยใช้กล้ามเนื้อ โครงสร้าง และทำให้มีการใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าในขณะพัก

การเพิ่มกิจกรรมและการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมอาหาร เป็นส่วนประกอบสำคัญในการลดเส้นรอบเอวและน้ำหนัก น้ำหนักที่ลดมักจะเป็นไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อไม่หายไปและน้ำหนักไม่ขึ้นง่าย ช่วยการกระจายไขมันในร่างกาย ทำให้น้ำหนักที่ลดลงที่ และมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น

การออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมออกแรงและการออกกำลังกาย หมายถึง การทำกิจกรรมทางร่างกายทุกๆ ลักษณะเพื่อทำให้อวัยวะหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เกิดการเคลื่อนไหวและใช้แรงงานกล้ามเนื้อ เช่น การเล่นกีฬา การทำงานบ้าน การบริหารร่างกาย ที่ปฏิบัติต่อเนื่องอย่างน้อยครั้งละ 20 – 30 นาที (บุญเรือง, 2550)

สรุปได้ว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อคลายทำงาน เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ทำให้ร่างกายสมส่วนและสามารถทรงตัวอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข

ประโยชน์ของการออกกำลังกายและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับการลดน้ำหนักและรอบเอว การลดการกินเพื่อลดพลังงานเข้าสู่ร่างกายเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นลำดับแรก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้แนวทางในการลดน้ำหนักว่าการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายจะช่วยเสริมให้มีการลดน้ำหนักโดยเฉพาะไขมันมากขึ้น แต่สำหรับการควบน้ำหนักหลังจากที่ลดลงได้แล้ว การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ไม่เพียงแต่ลดหรือควบน้ำหนักเท่านั้น การเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกาย ยังเกิดประโยชน์ต่อระบบต่างๆ ของร่างกายอีกมากมาย

สรุปได้ว่า การออกกำลังกายและออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก เป็นประโยชน์ต่อระบบของร่างกายบางส่วน ได้แก่ ลดความดันโลหิต ลดไขมันชนิดเลว เพิ่มไขมันชนิดดี ลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจทั้งหมด ลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งบางชนิด ลดระดับน้ำตาล ลดไขมันที่พุง ช่วยให้อินซูลินทำงานดีขึ้น เพิ่มความหนาแน่นของกระดูก เพิ่มความกระชับของกล้ามเนื้อท่าทาง เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอด ลดความเครียด และยังช่วยพัฒนาอารมณ์ให้ดีขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข, (2554) มีข้อเสนอแนะในการออกแรง/ออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและรอบเอว ดังนี้

การลดน้ำหนักและรอบเอวของคนอ้วน ควรเริ่มต้นด้วยการลดพฤติกรรมการนั่งหรือการนอนอยู่เฉยๆ โดยแทบไม่ค่อยเคลื่อนไหว ปิดโทรทัศน์หรือคอมพิวเตอร์ เพื่อไปทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน หรือทำกิจกรรมที่เคลื่อนไหวมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา จากนั้นจึงเริ่มเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ให้เคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายแบบแอโรบิค ด้วยความหนักปานกลาง (หายใจเร็วขึ้น ถี่ขึ้น ไม่หอบ พูดคุยได้จนจบประโยค) สะสมอย่างน้อยวันละ 30 นาทีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ทั้งนี้อาจเป็นช่วงสั้นๆ ครั้งละ 10 -15 นาที รวมทั้งวันให้ได้ 30 นาที หรือทำกิจกรรมให้มีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น ครั้งละ 150 แคลอรี โดยเริ่มต้นอย่างช้าๆ แล้วเพิ่มระยะเวลาขึ้นเรื่อยๆ จนถึงเป้าหมายที่กำหนด

2) ถ้าหากควบคุมอาหารเต็มที่แล้ว น้ำหนักยังไม่ลดให้เพิ่มระยะเวลาการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังเป็น 45-60 นาที ต่อวัน

3) เมื่อน้ำหนักลดลงถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในการควบน้ำหนักไว้อาจต้องเคลื่อนไหว/ออกแรง/ออกกำลังเป็น 60-90 นาที ต่อวัน

4) รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับคนอ้วน คือ การเดิน ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน และเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น

5) เพิ่มการออกกำลังกาย ฝึกความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อดังกล่าวเพื่อช่วยรักษามวลของกล้ามเนื้อและเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน

สรุปได้ว่า การลดน้ำหนักและรอบเอวของคนอ้วน ควรเริ่มต้นด้วยการลดพฤติกรรมการนั่งหรือการนอนอยู่เฉยๆ เพื่อไปทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว หรือทำกิจกรรมที่เคลื่อนไหวมากขึ้นกว่าที่เคยเป็นมา จากนั้นจึงเริ่มเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังมากขึ้น รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับคนอ้วน คือ การเดิน ว่ายน้ำ ถีบจักรยาน และเคลื่อนไหวร่างกายในชีวิตประจำวันให้มากขึ้น

หลักในการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ลดพุง ลดภัยสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญไขมันส่วนเกิน (Burn Fat) ควรออกกำลังกายระดับปานกลาง โดยเริ่มจากกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่ถนัดแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อยจนถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้พยายามแทรกรูปแบบของการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ส่วนการลดไขมันหน้าท้อง ควรออกกำลังกายด้วยการลุกนั่ง (Sit - Up) หรือ Gallup

หลักปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก เป็นหลักปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ควรปรึกษาแพทย์หรือผู้ที่มีความรู้ในเรื่องการลดน้ำหนักโดยเฉพาะ ควรลดน้ำหนักทีละน้อยหรือค่อยเป็นค่อยไป ควรออกกำลังกายควบคู่ไปกับการจำกัดอาหาร ควรพักผ่อนหลับนอนตามปกติ และเมื่อลดน้ำหนักได้สำเร็จจนถึงระดับที่ต้องการแล้ว ต้องควบคุมน้ำหนักไว้โดยต้องระมัดระวังการกินอาหารและหมั่นออกกำลังกาย (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

1.7.3 พฤติกรรมการจัดการด้านอารมณ์เพื่อควบคุมน้ำหนัก

อารมณ์ ซึ่งภาษาอังกฤษใช้ “Emotion” มีความหมายว่า การเกิดการเคลื่อนไหวหรือภาวะที่ตื่นเต้น มันเป็นการยากที่จะบอกว่า อารมณ์คืออะไร แต่มีแนวคิดที่ให้เข้าใจง่ายกว่าไว้ว่าอารมณ์เป็นความรู้สึกภายในที่เร้าให้บุคคลกระทำหรือเปลี่ยนแปลงภายในตัวเขาเองซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะเป็นความรู้สึกที่ พอใจ ไม่พอใจ หรือทั้งสองกรณี อารมณ์เป็นสิ่งที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

การจัดการอารมณ์ในการลดภาวะอ้วนลงพุง มีวิธีการสำคัญในการจัดการกับอารมณ์ เพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง คือ มีความเชื่อมั่นต่อการลดน้ำหนัก ด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย หาแรงจูงใจหรือเหตุผลในการลดน้ำหนัก ตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภค สะกดใจตัวเอง หลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความหิวได้ ตลอดจนการอธิบายให้ครอบครัว และเพื่อน ทราบถึงความจำเป็นในการลดน้ำหนัก และขอให้บุคคลต่างๆ ช่วยเหลือในการลดน้ำหนักให้ประสบผลสำเร็จ (กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

นอกจากการรักษาโรคอ้วนลงพุง ในกรณีที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตไม่ได้ผล อาจพิจารณาใช้การรักษาอื่น ๆ ได้แก่

1. การใช้ยารักษา

การใช้ยารักษาในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ควรให้ยาเมื่อดัชนีมวลกายมากกว่า 30 และเมื่อได้ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และเข้าโปรแกรมปรับปรุงพฤติกรรมแล้วไม่สามารถลดน้ำหนักได้ หรือมีโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 โดยที่รักษาด้วยวิธีอื่นๆ ไม่ได้ผล แต่ยังมีกรถกเถียงกันมาก รวมทั้งมีการคิดที่จะใช้ในระยะเวลา เพื่อทำให้น้ำหนักที่ลดยังคงลดต่อเป็นระยะยาว แต่ปัจจุบันยังไม่แนะนำยาที่ใช้เป็นประจำ และมียาหลายตัวที่กำลังศึกษาในระยะเวลาถึงความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูง ยาส่วนใหญ่ใช้ช่วยควบคุมน้ำหนักแต่ไม่ได้รักษาให้โรคอ้วนหายไป เมื่อหยุดยา น้ำหนักจะขึ้นมาใหม่ การใช้ยาคูมน้ำหนัก ควรอยู่ในการดูแลของแพทย์ ควรพิจารณาให้เหมาะสมเป็นรายๆ ไป ต้องศึกษาข้อเสียจากยา ดูว่าคุ้มกับผู้ป่วยที่ต้องรักษาในระยะยาวหรือไม่ ต้องคำนึงว่าปลอดภัยและได้ผลในผู้ป่วยแต่ละรายไป ใน

ประเทศอังกฤษ การใช้จ่ายต่อเนื่องนานเกิน 3 เดือน จะให้ยาต่อเมื่อลดน้ำหนักได้ร้อยละ 10 แต่ก็ยังเป็นที่ยกเถียงกันอยู่ และไม่แนะนำการใช้จ่ายลดน้ำหนักในเด็ก

2. การผ่าตัด

การผ่าตัดถูกพิจารณาว่าเป็นวิธีการรักษาให้น้ำหนักลดอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด ช่วยให้ให้น้ำหนักลดลงยาวนาน ในผู้ป่วยที่อ้วนมาก (ดัชนีมวลกายมากกว่า 35) และกลุ่มอ้วนรุนแรง (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 40) วิธีการผ่าตัดมีหลายวิธี โดยถือหลักว่า ทำให้กินน้อยลง ทำให้ดูดซึมน้อยลง หรือทำให้ไม่ย่อยอาหารหรือเป็นขบวนการหลายอย่างรวมกัน ในปัจจุบันยอมรับการผ่าตัดแบบ Vertical-banded gastric plasty และ roux-en-y- gastric bypass ดีที่สุด และปลอดภัยหลังจากผ่าตัดมานานกว่า 15 ปี (พรทิศา, 2543)

จึงสรุปได้ว่า Metabolic syndrome เป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด และการเสียชีวิตมากกว่าคนปกติ จึงเป็นกลุ่มโรคที่มีก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งในส่วนบุคคลและในระดับประเทศ กล่าวคือ ในระดับบุคคล คนอ้วนจะสูญเสียความภูมิใจในรูปร่างของตนเอง ขาดความมั่นใจ บางคนเกิดปมด้อย คิดว่าคนอื่นมองตนเองด้วยความดูถูก วิตกกังวลซึมเศร้า และเครียด อีกทั้งยังก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็น โรคทางหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเมตาบอลิซึม เป็นต้น ในระดับประเทศ ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม จะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศเนื่องจากผู้ที่อยู่ในวัยทำงานประมาณหนึ่งในสี่ พบมี metabolic syndrome ซึ่งจะไปสู่โรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีความรุนแรงอื่น ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง บั่นทอนประสิทธิภาพในการทำงาน

2.2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ

โอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน ฤทัยชนก และวรรณญา, 2550) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

2.2.1 มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

2.2.2 มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ

2.2.3 ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี

2.2.4 รับรู้พฤติกรรมในการดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

2.2.5 ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุด จนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ

2.2.6 มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

เลวิน (Levin, 1984 : อ้างถึงใน ฤทัยชนก และวรัญญา, 2550) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่บุคคลสามัญชนคนหนึ่งๆ ทำหน้าที่ด้วยตนเอง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคในระดับขั้นพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

2.3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem 's self care Theory)

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม เป็นแนวคิดที่สร้างขึ้นโดย Dorothea E. Orem ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 ซึ่งค้นพบจากความเป็นจริงเกี่ยวข้องกับการพยาบาลโดยจะพบเสมอว่า พยาบาลไม่สามารถบอกความหมายและวัตถุประสงค์ของการพยาบาลได้ชัดเจนและมักจะอธิบายการพยาบาลในลักษณะของกิจกรรมที่พยาบาลกระทำการปฏิบัติพยาบาลซึ่งจะยึดเป็นงานหลัก โดยไม่สามารถอธิบายเหตุผลของการกระทำได้ทำให้ขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลไม่ชัดเจน จากคำถามเหล่านี้ท่านได้คำตอบจากการสังเกตและวิเคราะห์การปฏิบัติพบว่าพยาบาลได้ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีข้อจำกัดในการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองหรือพัฒนาความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

2.3.1 กระบวนทัศน์หลัก 4 ประการ (Metaparadigm)

ทัศนะเกี่ยวกับคน สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพยาบาล (Metaparadigm of nursing) มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นตัวกำหนดแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการซึ่งตามทัศนะของโอเรียม มีดังนี้

2.3.1.1 บุคคล ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้วางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับตนเองได้และบุคคลมีลักษณะเป็นองค์รวมทำหน้าที่ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปล และให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่างๆ และเป็นระบบเปิดทำให้บุคคลมีความเป็นพลวัต คือ เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ (สมจิต, 2543)

2.3.1.2 สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง ผู้ที่มีสุขภาพดีคือ คนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์สามารถทำหน้าที่ของตนได้ ซึ่งการทำหน้าที่นั้นเป็นการผสมผสานกันของทางสรีระ จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และด้านสังคมโดยไม่สามารถแยกจากกันได้ และการที่จะมีสุขภาพดีนั้นบุคคลจะต้องมีการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องจนมีผลทำให้เกิดภาวะสุขภาพดี ส่วนภาวะปกติสุขหรือความผาสุก (well being) โอเร็มให้ความหมายแยกจากสุขภาพว่าเป็นการรับรู้ถึงความเป็นอยู่ของตนในแต่ละขณะ เป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจ ความยินดี และมีความสุข สุขภาพกับความผาสุกมีความสัมพันธ์กัน

2.3.1.3 สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ และด้านสังคมวัฒนธรรม โอเร็ม เชื่อว่า คนกับเรื่องสิ่งแวดล้อมไม่สามารถแยกออกจากกันได้และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน นอกจากนี้โอเร็ม ยังกล่าวถึงสิ่งแวดล้อมในแง่ของพัฒนาการ คือ สิ่งแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ตั้งเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจะมีส่วนในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม เป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง

2.3.1.4 การพยาบาล เป็นบริการการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งเป้าหมายการพยาบาลคือ ช่วยให้ผู้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องและช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง

ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self – care Deficit)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self – care) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self – care Deficit)

เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งจะอธิบายว่า ทำไมบุคคลจึงต้องการและสามารถได้รับประโยชน์จากการพยาบาล และแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งในขณะนั้นหรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต ดังนั้นบุคคลจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล แนวคิดในเรื่องทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากเนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติงานอยู่กับบุคคลที่เผชิญภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอันเกิดจากความเจ็บป่วยหรือกับเด็กหรือผู้สูงอายุซึ่งบุคคลเหล่านี้มีข้อจำกัดหรือมีความพร้อมในการดูแลตนเองและพยาบาลจะต้องกระทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วยและในขณะเดียวกันจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มี 3 แบบดังนี้

1.1) ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities)

1.2) ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities)

1.3) ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้นบุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมดและความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

2) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self - care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญ ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self -care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self –care agency)

มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care demand) มโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

2.1) การดูแลตนเอง (Self - care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน รวมทั้งการแสวงหาและการมีส่วนร่วมในการรักษาและการพยาบาล เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self - care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่มชุมชนครอบครัว (รุจา, 2541) ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action and Goal oriented) ประกอบด้วย 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่า คืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทดสอบและเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนด เป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง การที่พยาบาลมีความเข้าใจในแนวคิดของการดูแลตนเองว่า เป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (deliberate action and goal oriented) จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวเขา ความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ต้องแน่ใจว่า ผู้รับบริการพยาบาล

ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมที่จะช่วยให้เขาได้พิจารณาตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามที่ต้องการ ทราบวัตถุประสงค์ของการกระทำ ตลอดจนการสังเกตและประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการกระทำการดูแลตนเองตามที่ได้เลือก

2.2) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจัง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

2.2.1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเองซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย

2.3) พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components) โอลิเวีย มองพลังความสามารถนี้ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถมี 10 ประการได้แก่

2.3.1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.3.2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3.3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.3.4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.3.5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

2.3.6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.3.7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.3.8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.3.9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.3.10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

แนวคิดในเรื่องพลังความสามารถ 10 ประการของโอเร็ม นับได้ว่า เป็นแนวคิดใหม่ซึ่งมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยจะเห็นได้ชัด และแนวคิดนี้อาจมีความเหมาะสมสำหรับพยาบาลในการวิเคราะห์สาเหตุของความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อพยาบาลจะได้ช่วยแก้ไขได้ภายใต้ขอบเขตของวิชาชีพ

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น

3.1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) ทาง สรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางตนให้เหมาะสม เป็นต้น

3.2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

3.2.1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำความสามารถ ในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

3.2.2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.2.3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.2.4) การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.2.5) นิสัยประจำตัว

3.2.6) ความตั้งใจ

3.2.7) ความเข้าใจในตนเอง

3.2.8) ความหวังในตนเอง

3.2.9) การยอมรับตนเอง

3.2.10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำ กิจกรรมต่างๆ

3.2.11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย

โดยทั่วไปและไม่สามารถจะพัฒนาความสามารถเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการและความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องประเมินความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand) เพื่อตัดสินความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self - care Deficit) ซึ่งความพร่องในการดูแลตนเองจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมีมากกว่าความสามารถที่จะกระทำ และเหตุผลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองนั้นจะต้องพิจารณาให้ละเอียดว่า เพราะเหตุใด เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self - care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพหรือความผาสุกกิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้ซึ่งประกอบด้วยดูแลที่จำเป็น (Self - care requisites) 3 ด้าน ดังนี้

1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self - care Requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุพัฒนาการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆเพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณ ตามอายุ เพศ ระยะเวลาพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

1.1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การบริโภคอาหาร น้ำ อากาศให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ดื่มน้ำและรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2) คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ รวมไปถึงการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

1.3) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน เลือกรับกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม

1.4) รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคล เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมที่จำเป็น ส่งเสริมความเป็นตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

1.5) ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

1.6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ทำกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self – care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะเวลาต่างๆ เช่น การตั้งครรภ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนา

2.1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์ และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

2.2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษาปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อนคู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติหรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

3) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self – care Requisite) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเปราะบางของโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรคและการรักษา ความต้องการนี้ ได้แก่

3.1) มีการแสวงหาจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ

3.2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ

3.3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาการวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4) รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียง การรักษาหรือจากโรค

3.5) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์ หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3.6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นว่าความสามารถของพยาบาลในการพิจารณาตัดสินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็น เพราะความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดเป็นเกณฑ์ในการประเมินว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมใดได้ด้วยตัวเองบ้าง การพิจารณาถึงกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมดร่วมกับความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้เฉพาะเจาะจง และช่วยให้พยาบาลส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง ในกิจกรรมที่เขาสามารถ

กระทำได้

ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล 11 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

2.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

อธิบายถึงการช่วยเหลือของพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ทฤษฎีระบบการพยาบาลจะแสดงโครงสร้างและเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาลโดยอธิบายถึงคุณลักษณะของความสามารถทางการพยาบาลที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการและพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ

2.3.1 ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing Agency)

เป็นความสามารถที่ได้จากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลเป็นความสามารถที่จะช่วยให้พยาบาลวินิจฉัยความต้องการการดูแลตนเอง แนวคิด ความสามารถทางการพยาบาลเปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ความสามารถทางการพยาบาลจะมุ่งให้การดูแลบุคคลที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

2.3.2 ระบบการพยาบาล (Nursing System)

คือ ระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อปรับปรุงแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ใช้บริการระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการเพื่อค้นหาปัญหาความต้องการการดูแลตนเอง และลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการในการดูแลตนเองหรือ

ปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบในการสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการ การพึ่งพาระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

2.3.2.1 ชนิดของระบบการพยาบาล แบ่งตามชนิดของการดูแลโดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำดังนี้

1) **ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensator nursing system)** เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำ เพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซดเซยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง และช่วยประคับประคอง และปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

1.1) ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติ ในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

1.2) ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออริโธพีดิกส์ที่ใส่เฝือก หรือกระดูกหลังหัก

1.3) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

2) **ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)** เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนา

ความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล
บางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

2.1) ต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถ
เคลื่อนไหวได้บางส่วน

2.2) ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความ
ต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.3) ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง
ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing
System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการ
ดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและ
คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาล
และผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5
วิธี ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม และป้องกันไม่ให้เกิด
ความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล
(Nursing agency: NA) เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติใน
ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ ความรู้
ประสบการณ์ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ทักษะทางสังคม แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
อัธมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยการประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ตามแนวคิดของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription)

เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้าน รวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อบ่งชี้ถึงภาวะพร้อมในการดูแลตนเอง และเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and Plan)

เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร้อมในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Expected Outcome) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

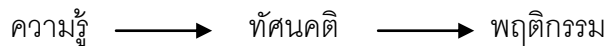
ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control)

เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และในตอนนี้ยังรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ และนำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสภาวะอีกครั้ง (ฤทัยชนก และ วรรณีญา, 2550)

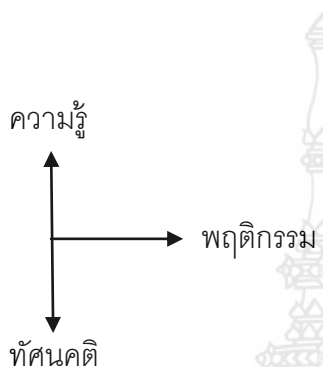
2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม

Schwartz (1975 อ้างถึงใน สายชล, 2546) กล่าวถึง รูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดจากการเรียนรู้ 3 ด้าน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรม โดยสรุปได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

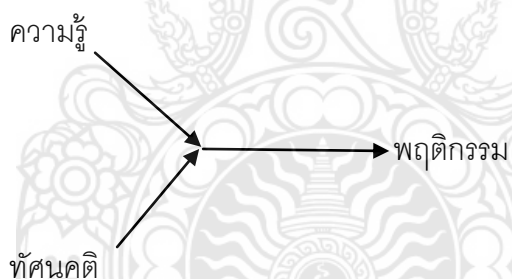
2.4.1 ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม



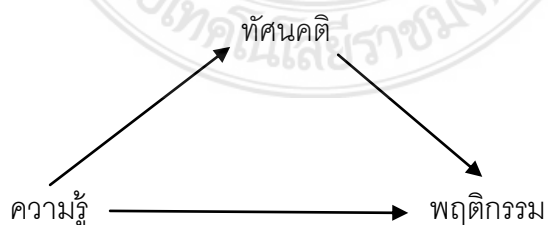
2.4.2 ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันทำให้เกิดพฤติกรรมตามมา



2.4.3 ความรู้และทัศนคติต่างกันทำให้เกิดพฤติกรรมได้โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



2.4.4 ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อมสำหรับทางอ้อมนั้นทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมตามมาได้



2.4.5 รูปแบบความสัมพันธ์ จะเห็นได้ว่าความรู้ ทัศนคติต่างก็มีผลต่อพฤติกรรม

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธัญญารัตน์ (2558) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มอายุ 35-60 ปี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการลดน้ำหนัก ความคาดหวังในผลลัพธ์ในการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยมีเส้นรอบเอว ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มธุรส (2555) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง ค่ายนวมินทราชินี จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษา พบว่า กำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15 นอกจากนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุง ค่ายนวมินทราชินี จังหวัดชลบุรี ได้ร้อยละ 36.10

สากล (2555) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยนำอยู่ในระดับมาก มีปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับน้อย และปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยด้านชีวสังคม ได้แก่ อายุ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้ประโยชน์การ

ป้องกันภาวะอ้วนลงพุง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วนลงพุง ปัจจัยเชื้อ ได้แก่ แหล่งจำหน่ายอาหารในชุมชน สถานที่ออกกำลังกาย ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี ในเชิงเส้นตรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ เท่ากับ .06 ตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับตัวแปรเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .10 มี 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง สถานที่ออกกำลังกาย การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ และการได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น

3. ตัวแปรพยากรณ์ที่ดีของพฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี มี 2 ตัว คือ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น (X_{11}) และการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง (X_5) ตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 2 ตัวนี้ร่วมกันสามารถพยากรณ์พฤติกรรมการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 38.00 และมีความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ .42

รัตน (2553) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ พนักงานห้างสรรพสินค้าค้าปลีกพลาซ่าที่มีภาวะอ้วนลงพุง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองพนักงานห้างสรรพสินค้าค้าปลีกพลาซ่าที่มีภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จำเนียร (2554) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อลดและควบคุมโรคอ้วนในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

พบว่า การปฏิบัติเพื่อลดและควบคุมน้ำหนักของประชาชนอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาส
เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก ผลต่าง
ระหว่างการรับรู้ประโยชน์กับการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อลดและควบคุม
น้ำหนัก การรับรู้ความสามารถแห่งตน และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ
เพื่อลดและควบคุมน้ำหนัก ส่วนแรงจูงใจไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อลดและควบคุม
น้ำหนัก



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยวิธีการให้ความรู้ทางด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว ในการปฏิบัติตนด้านโภชนาการและนำไปสู่การให้ความรู้ เพื่อการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ในกลุ่มผู้ที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว จากนั้นประเมินผลความรู้ทางด้านโภชนาการต่อการปฏิบัติตนเองของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง โดยแบ่งวิธีดำเนินการศึกษาออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากรในการศึกษานี้ คือ กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน – ธันวาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 405 คน โดยผู้ศึกษากำหนดคุณสมบัติของประชากรคือ

3.1.1.1 เป็นผู้ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่บริการสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง โดยผู้ชายมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรขึ้นไป และผู้หญิงมีเส้นรอบเอว

มากกว่า 80 เซนติเมตรขึ้นไป (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

3.1.1.2 สามารถอ่านออกเขียนได้

3.1.1.3 ไม่เป็นโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้

3.1.2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ที่เข้ามารับการตรวจวินิจฉัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกขี้ผึ้ง จังหวัดสระแก้ว ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมสำหรับใช้ในการศึกษา จากตารางการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan, 1970 อ้างอิงในอังคณา, 2558 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 194 คน จากจำนวนทั้งหมด 405 คน

3.2 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยใช้วิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง 3 วิธี คือ 1) การใช้คู่มือด้านโภชนาการ 2) การชี้แนะ 3) การใช้โทรศัพท์ กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 194 คน ซึ่งมารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกขี้ผึ้ง จังหวัดสระแก้ว

3.2.1 การวางแผน

1. ศึกษาเนื้อหาจากเอกสาร ทฤษฎีหลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เครื่องมือที่ใช้ในงานศึกษา ได้แก่ คู่มือด้านโภชนาการที่โครงการ สสส.จัดทำขึ้นมาเพื่อวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้โภชนาการแก่ประชาชนที่มีภาวะอ้วนลงพุง เนื้อหาประกอบด้วยหลัก 3 ข้อ คือ ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านการกิน การออกกำลังกาย และควบคุมอารมณ์

3. นำแบบสอบถามเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบภาษาที่ใช้ และตรวจสอบเนื้อหาให้เหมาะสม

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลตามคำแนะนำแล้ว นำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

5. แบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว นำมาทดลองใช้ (try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ชุด
6. นำแบบทดสอบที่ try-out เก็บรวบรวมได้มาหาความเชื่อมั่น (Reliability)
7. นำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

3.2.2 การดำเนินการทดลอง

การศึกษานี้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาออกเป็น 3 กลุ่ม และใช้วิธีการทดลองให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี วางแผนการทดลองแบบ Pretest – Posttest Design ซึ่งรูปแบบการแบ่งกลุ่มให้ความรู้ด้านโภชนาการ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ให้ความรู้ด้านโภชนาการด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ โดยการจัดทำเอกสารแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างที่กำลังนั่งรอรับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 63 คน ใช้เวลาในการสอนประมาณ 10 นาที

กลุ่มที่ 2 ให้ความรู้ด้วยการชี้แนะ โดยใช้เนื้อหาจากคู่มือด้านโภชนาการ แต่ไม่ได้แจกคู่มือด้านโภชนาการกับกลุ่มตัวอย่างนี้ จำนวน 63 คน โดยใช้เวลาพูดคุยประมาณ 10 นาที

กลุ่มที่ 3 ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างผ่านทางโทรศัพท์ โดยใช้เนื้อหาจากคู่มือด้านโภชนาการ ถ่ายทอดความรู้ด้านโภชนาการให้แก่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 68 คน โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาที

กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มหลังผ่านการให้ความรู้แล้ว กรอกแบบสอบถามเพื่อใช้ในการประเมินผลการให้ความรู้ต่อไป

3.2.3 ประเมินผลการให้ความรู้

เก็บรวบรวมแบบสอบถามของแต่ละกลุ่ม นำมาตรวจสอบความถูกต้องและวิเคราะห์ผลทางสถิติ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ โดยผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

3.3.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว และการได้รับความรู้ด้านโภชนาการ

3.3.2 แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ เป็นคำถามแบบถูกผิด (True-False Item) จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน เมื่อตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน แปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (เจริญศรี, 2548)

เนื่องจากแบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ มีจำนวน 15 ข้อ คะแนนเต็มจึงเท่ากับ 15 คะแนน ผู้ศึกษาจึงเทียบคะแนนกับเกณฑ์ โดยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

คะแนน	14-15	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับดีมาก
คะแนน	11-13	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
คะแนน	8-10	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน	5-7	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อย
คะแนน	0-4	คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อยมาก

3.4 การสร้างเครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือในการศึกษา มีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

3.4.1 ศึกษาหลักการ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว

3.4.2 คู่มือการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง คือ แผ่นพับลดพุง ลดโรค จาก สสส. เนื้อหาในคู่มือจะให้ความรู้ด้วยหลัก 3 อ ได้แก่ ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านการกิน การออกกำลังกาย และควบคุมอารมณ์ เพื่อให้มีสุขภาพดี ลดพุง ลดโรค (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

3.4.3 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

คุณอัมพร รุ่งเรือง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองม่วง (ภาคผนวก ก) เพื่อตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความตรงตามเนื้อหา

ความถูกต้องของการวัด และเกณฑ์การให้คะแนน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้เพื่อปรับปรุงแก้ไข หลังจากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3.4.4 การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

โดยผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และได้รับการแก้ไขปรับปรุงไปทดลองใช้ (try-Out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองม่วง จำนวน 30 แล้วนำข้อมูลไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน ซึ่งค่าที่ได้ต้องมากกว่า 0.6 ขึ้นไป (สมใจ, 2547 อ้างถึงใน ประมวล, 2553) ซึ่งผลการทดลองใช้ครั้งนี้มีค่าการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach Alpha Coefficient) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.64 ซึ่งค่าที่ได้ออกมาถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งาม จังหวัดสระแก้ว

3.5.2 นำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเสนอต่อ หัวหน้างานสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

3.5.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามระยะเวลาที่กำหนดเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

3.5.4 นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์ค่าทางสถิติ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 กำหนดรหัสข้อมูลการศึกษาแต่ละตัวแปรในแบบสอบถาม และบันทึกรหัสตัวแปร

3.6.2 ตรวจสอบความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล

3.6.3 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3.6.4 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ การทดสอบก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test) ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่าสองกลุ่ม โดยการใช้การทดสอบความแปรปรวนทิศทางเดียว (One – way Analysis of Variance) หรือสถิติ F – test เมื่อพบว่า การทดสอบ F – test มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงนำมาตรวจสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีทดสอบเชฟเฟ้ (Scheffe's Method)



บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษาเรื่อง การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกขี้ผึ้ง จังหวัดสระแก้ว แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี ได้แก่ การใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ และเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านโภชนาการ ด้วยวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี ได้แก่ การใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

4.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษาสูงสุด รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส การมีโรคประจำตัว การปฏิบัติกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพ และการได้รับข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกขี้ผึ้ง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 194 คน นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย แสดงผลดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=194)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	194	100.00
ชาย	65	33.51
หญิง	129	66.49
อายุ (ปี)	194	99.99
20-29 ปี	48	24.74
30-39 ปี	39	20.10
40-49 ปี	43	22.17
50-59 ปี	60	30.92
60 ปีขึ้นไป	4	2.06

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n=194)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ	194	99.99
เกษตรกร	94	48.45
แม่บ้าน	18	9.28
ค้าขาย	41	21.13
รับจ้าง	24	12.37
รับราชการ	17	8.76
การศึกษาสูงสุด	194	100.01
ประถมศึกษา	117	60.31
มัธยมศึกษา	54	27.84
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	13	6.70
ปริญญาตรี	7	3.61
ปริญญาโท	3	1.55
รายได้ครอบครัวเฉลี่ย	194	100.00
น้อยกว่า 10,000 บาท	139	71.65
10,001 – 20,000 บาท	37	19.07
20,001 – 30,000	16	8.25
มากกว่า 30,001	2	1.03
สถานภาพ	194	100.00
สมรส	123	63.40
โสด	56	28.87
หย่าร้าง	15	7.73

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n=194)		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคประจำตัว	194	100.00
ไม่มี	142	73.20
มี	52	26.80
การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพ	194	100.00
เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	105	54.12
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	40	20.62
ทำงานบ้าน	45	23.20
ควบคุมการรับประทานอาหาร	4	2.06
การได้รับข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการ	194	99.99
โทรทัศน์	121	62.37
วิทยุ	15	7.73
หนังสือพิมพ์	7	3.61
นิตยสาร	17	8.76
อินเทอร์เน็ต	30	15.46
ไม่ตอบ	4	2.06

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงกรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 129 คน คิดเป็นร้อยละ 66.49 และเพศชาย จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 33.51 โดยมีอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด จำนวน 60 คน ร้อยละ 30.92 รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 43 คน ร้อยละ 22.17 ช่วงอายุ 20-29 ปี จำนวน 48 คน ร้อยละ 24.74 อันดับสุดท้ายคือ ช่วงอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 39 คน ร้อยละ 20.10

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 48.45 ค้าขาย จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 21.13 รับจ้าง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 12.37 แม่บ้าน จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 9.28 และประกอบอาชีพรับราชการ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 8.76

การศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 60.31 รองลงมา คือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 27.84 ระดับประกาศนียบัตร/อนุปริญญา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 6.70 ระดับปริญญาตรี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.61 และระดับปริญญาโท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.55

รายได้ครอบครัวเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 71.65 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 10,001-20,000 บาท จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 19.07 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 20,001-30,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8.25 และรายได้ครอบครัวเฉลี่ยมากกว่า 30,001 บาท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.03

สถานภาพสมรสของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่พบว่า มีสถานภาพสมรสจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 63.40 สถานภาพโสด จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 28.87 และมีสถานภาพหย่าร้าง จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.73

ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 73.20 และมีโรคประจำตัว จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 26.80

ด้านการปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เลือกที่จะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 54.12 ทำงานบ้าน จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 23.20 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 20.62 และควบคุมการรับประทานอาหาร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.06

ส่วนการได้รับข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการมาจากโทรทัศน์ จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 62.37 รองลงมา คือ อินเทอร์เน็ต จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 15.50 นิตยสาร จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 8.76 วิทยู จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.73 และหนังสือพิมพ์ จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 3.61

4.2 ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง

การวิเคราะห์ความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอบึงสามพัน จังหวัดสระแก้ว โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และนำเสนอข้อมูล ในรูปแบบตารางประกอบความเรียงแสดงผลดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามระดับความรู้และคะแนน

(n=194)

ระดับความรู้ด้านโภชนาการ	ช่วงคะแนน	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีมาก	14-15 คะแนน	0	0.00	9	4.64
ดี	11-13 คะแนน	1	0.51	101	52.06
ปานกลาง	8-10 คะแนน	89	45.88	84	43.30
ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	5-7 คะแนน	104	53.61	0	0.00
ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ	0-4 คะแนน	0	0.00	0	0.00
รวม		194	100.00	194	100.00

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (5-7 คะแนน) มากที่สุดจำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 53.61 รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88 และมีความรู้อยู่ในระดับดี (11-13 คะแนน) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51

หลังการทดลอง ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง มีความรู้ด้านโภชนาการสูงขึ้นในทุกระดับ โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี (11-13 คะแนน) จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 52.06 รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 และมีความรู้อยู่ในระดับดีมาก (14-15 คะแนน) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.64

4.3 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการแตกต่างกัน 3 วิธี คือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แสดงผลดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงก่อนและหลังการทดลอง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ

วิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	Sig.
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
1. การใช้คู่มือด้านโภชนาการ	7.42	1.34	12.06	1.24	32.26*	.00
2. การชี้แนะ	7.36	0.98	10.56	1.18	29.49*	.00
3. การใช้โทรศัพท์	7.57	0.95	10.33	1.03	28.05*	.00

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยวิธีการใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่แตกต่างกัน 3 วิธี คือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีระดับความรู้ด้านโภชนาการแตกต่างกันแสดงผลดังตารางที่ 4.4 ดังนี้

ตารางที่ 4.4 ผลการทดสอบ ความแตกต่างความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง
จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ
การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์

ความรู้ ด้านโภชนาการ	แหล่งข้อมูล	SS	df	MS	F	Sig.
วิธีการให้ความรู้ด้าน โภชนาการ	ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม	113.29	2	56.64	42.50*	.00
	ความแตกต่างภายในกลุ่ม	254.522	191	1.33		
	รวม	367.814	193			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 4.4 ผลการทดสอบความแตกต่างของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์มีระดับความรู้ด้านโภชนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเซฟเฟ้ (Scheffe's Method) แสดงดังตารางที่ 4.5 ดังนี้

ตารางที่ 4.5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธีคือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์

การให้ความรู้ ด้านโภชนาการ	ค่าเฉลี่ย	การใช้คู่มือ ด้านโภชนาการ	การชี้แนะ	การใช้โทรศัพท์
1. การใช้คู่มือ ด้านโภชนาการ	12.06	-	1.51*	1.74*
2. การชี้แนะ	10.55		-	.561
3. การใช้โทรศัพท์	10.32			-

ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

จากตารางที่ 4.5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี คือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง มีความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการชี้แนะ และผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้โดยใช้โทรศัพท์

4.4 สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน

4.4.1 ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.4.2 ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีระดับความรู้ด้านโภชนาการแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ด้วยวิธีการของเชฟเฟ (Scheffe's Method) พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการชี้แนะและผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้โทรศัพท์

4.5 อภิปรายผล

จากผลการวิจัย การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง การให้ความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะและการใช้โทรศัพท์ พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงมีความรู้ด้านโภชนาการก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน คือ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้านโภชนาการด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ มีความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง

ได้รับความรู้ด้านโภชนาการทำให้มีความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น จึงมีคะแนนที่สูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับงานวิจัยของธัญญารัตน์ (2558) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มอายุ 35-60 ปี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของรัตน (2553) ศึกษาวิจัยเรื่องการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพพนักงานห้างสรรพสินค้าคลังพลาซ่าที่มีภาวะอ้วนลงพุง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาได้ว่า ภายหลังการทดลองพนักงานห้างสรรพสินค้าคลังพลาซ่าที่มีภาวะอ้วนลงพุง กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษายังพบว่าผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการชี้แนะ และผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้โทรศัพท์



บทที่ 5

สรุปผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอกอเข่ง จังหวัดสระแก้ว จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ศึกษาสรุปได้ดังต่อไปนี้

5.1 สรุปผล

การศึกษาเรื่อง การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอกอเข่ง จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) เปรียบเทียบความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงก่อนและหลังวิธีการให้ความรู้ 3 วิธี ได้แก่ การใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ 2) เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง โดยจำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี ได้แก่ การใช้คู่มือด้านโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์ เครื่องมือที่ใช้ คือ คู่มือด้านโภชนาการ และแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอกอเข่ง จังหวัดสระแก้ว จำนวน 194 คน ผลการวิเคราะห์สรุปได้ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง สรุปได้ว่า

1. เพศ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.49
2. อายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง มีอายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.92 รองลงมาคือ อายุ 20-29 ปี และอายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.74 และ 22.17 ตามลำดับ
3. อาชีพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 48.45 รองลงมาคือ ค้าขาย ร้อยละ 21.13 และรับจ้าง ร้อยละ 12.37
4. การศึกษาสูงสุด พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงจบการศึกษาในระดับ

ประถมศึกษาศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.31 รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา และประกาศนียบัตร/อนุปริญญา ร้อยละ 27.84 และ 6.70 ตามลำดับ

5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยน้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 71.65 รองลงมา คือ 10,001-20,000 บาท และ 20,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 19.07 และ 8.25 ตามลำดับ

6. สถานภาพสมรส พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงสมรสแล้ว คิดเป็นร้อยละ 63.40 รองลงมา คือ โสด ร้อยละ 28.87 และหย่าร้าง ร้อยละ 7.73 ตามลำดับ

7. โรคประจำตัว พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 73.20

8. การปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงเลือกที่จะรับประทานอาหารที่มีประโยชน์คิดเป็นร้อยละ 54.12

9. การได้รับข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงได้รับความรู้ด้านโภชนาการมาจากการรับชมโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 62.37

5.1.2 ความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (5-7 คะแนน) มากที่สุดจำนวน 104 คน คิดเป็นร้อยละ 53.61 รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 45.88 และมีความรู้อยู่ในระดับดี (11-13 คะแนน) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.51 และหลังการทดลอง ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง มีความรู้ด้านโภชนาการสูงขึ้นในทุกระดับ โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี (11-13 คะแนน) จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 52.06 รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (8-10 คะแนน) จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 และมีความรู้อยู่ในระดับดีมาก (14-15 คะแนน) จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 4.64

5.1.3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความรู้ด้านโภชนาการของผู้มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามวิธีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ 3 วิธี คือ การใช้คู่มือโภชนาการ การชี้แนะ และการใช้โทรศัพท์พบว่า ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง มีความรู้ด้านโภชนาการหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ ได้แก่ ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการ

ใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับความรู้ด้วยการชี้แนะและผู้มีภาวะ
 อ้วนลงพุงที่ได้รับความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการมีความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าผู้ที่ได้รับ
 ความรู้โดยใช้โทรศัพท์

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

การให้ความรู้ด้านโภชนาการกับผู้มีภาวะอ้วนลงพุงจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ผู้มี
 ภาวะอ้วนลงพุงควรได้รับข้อมูลจากช่องทางที่เหมาะสม ซึ่งการให้ความรู้ด้วยการใช้คู่มือด้าน
 โภชนาการ เป็นวิธีการที่ดีที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 3 วิธี ที่ทำให้ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง สามารถ
 ศึกษาได้ด้วยตนเองตลอดเวลา และสามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ ควรมีการ
 ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติตนเป็นระยะ ๆ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผล
 ของกระบวนการให้ความรู้ให้ดียิ่งขึ้น

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

5.2.2.1 ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น เช่น อิทธิพลของสื่อโฆษณาต่างๆ การรับรู้
 ข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ความสนใจจากครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเรื่องอาหารและ
 โภชนาการ เป็นต้น ที่จะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความตระหนักตนด้านโภชนาการ

5.2.2.2 ควรมีการศึกษาต่อในเรื่อง ความตระหนัก เรื่องความรู้ด้านโภชนาการที่
 จะนำไปสู่การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการมีภาวะอ้วนลงพุง เพื่อใช้เป็น
 แนวทางในการส่งเสริมความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. 2552. **แนวทางการเฝ้าระวังเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด.** องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์, กรุงเทพฯ.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย. 2550. **โรคอ้วนลงพุง.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, นนทบุรี.
- กองโภชนาการกระทรวงสาธารณสุข. 2549. **พฤติกรรมสุขภาพและสาธารณสุข.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, กรุงเทพฯ.
- _____. 2554. **โรคอ้วนควบคุมได้.** โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, นนทบุรี.
- จำเนียร พรประยูทธ. 2554. “การศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อลดและควบคุมโรคอ้วนในประชาชนวัยผู้ใหญ่ ตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). คณะพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฬารักษ์ วังทิวา. 2555. “พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก กรณีศึกษาเขตบริการโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา.” ภาคนิพนธ์ปริญญาโท. คณะพยาบาลศาสตร์. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชนิตา ธรรมนิษฐาน และอนุกุล พลศิริ. 2551. “พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนวมินทราชินูทิศ สตรีวิทยา 2 สังกัดกรมสามัญศึกษากรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. (ภาควิชาบริหารธุรกิจ). คณะสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. 2550. “Metabolic syndrome (โรคอ้วนลงพุง).” **สารราชวิทยาลัยอายุรแพทย์.** ปีที่ 23, 1 (เดือนมกราคม - มีนาคม) : 5-15.
- ถาวร ศิริพัฒน์. 2553. “ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการบริโภคผงชูรสและโรคอ้วนลงพุงในมนุษย์.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. (สาขาวิชาชีวเคมีทางการแพทย์). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญญารัตน์ นวลประเสริฐ. 2558. “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงกลุ่มอายุ 35-60 ปี.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. (ภาควิชาบริหารธุรกิจ). คณะบริหารธุรกิจ. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

- นวลรัตดา ประเปรียว. 2555. “ผลการให้ความรู้และการปรึกษาด้านโภชนาการต่อการลดน้ำหนักรอบเอวดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมัน ผู้มีภาวะอ้วนลงพุงที่รับบริการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ.” กลุ่มงานโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- บุญเรือง วณิชชากร. 2550. ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนลงพุง. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9. พิษณุโลก.
- พรทิศา ชัยอำนาจ. 2543. แนวทางการป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประเทศไทย. ประกายพริก, กรุงเทพฯ.
- มธุรส บุญแสน. 2555. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุงค่ายนวมินทราชินีจังหวัดชลบุรี. ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.
- รชชรินทร์ ศิริเวิน และชุตินา ศิริกุลชยานนท์. 2551. Nutrition Review. วารสารโภชนาการ 43(4): 21-29
- รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร,เบญจลักษณ์ ผลรัตน์ และประณีต ผ่องแผ้ว. 2550. โรคอ้วน การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี. เจริญดีมีนคังการพิมพ์วัฒนา, กรุงเทพมหานคร.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ
- วณิชชา กิจวรพัฒน์. 2551. โปรแกรมควบคุมน้ำหนักลดความอ้วนภายใน 8 สัปดาห์. แพร์พิทยา, กรุงเทพมหานคร.
- _____. 2553. การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มวัยทำงานประเภทงานเบา เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 33(1): 89.
- วรรณีนินิยานันท์. 2554. ตารางโรคเบาหวาน. เรือนแก้วการพิมพ์, กรุงเทพฯ.
- วิชัย เอกพลาการ และ วุฒิพงษ์ หน่อตระกูล. 2553. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่4 ในปี พ.ศ. 2551-2552. บริษัทเดอะกราฟฟิคซิสเต็มส์ จำกัด, นนทบุรี.

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

- ศิวพร อุดมสิน. 2541. “การศึกษาบริการลดน้ำหนักตามการรับรู้ของผู้รับบริการที่สถานบริการลดน้ำหนักใน กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. (สาขาวิชาเอกการพยาบาลอนามัยชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภย์อนามย์ที่ 6 ขอนแก่น. 2553. โครงการค่าย 3 อ. พิษิตอ้วน พิษิตพุง. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ
- ศุภย์อนามย์ที่ 7 อุบลราชธานี. 2553. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของข้าราชการครูจังหวัดมุกดาหารที่ตรวจสุขภาพประจำปี 2553. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.
- สมจิต หนูเจริญกุล และอรสา พันธุ์ภักดี. 2543. การพยาบาลโรคความดันโลหิตสูง. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, นนทบุรี.
- สากลหอมทอง. 2555. โรคอ้วนกับวิธีการลดน้ำหนัก. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก <http://www.ipst.ac.th>, 1 สิงหาคม 2555.
- สายสมร พลดงนอก และอารี สกกุลวงศ์. 2558. ความรู้เรื่องอ้วนลงพุง Metabolic Syndrome. หน่วยสร้างส่งเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศรีนครินทร์.ขอนแก่น.
- สิทธิกร ลินลาวรรณ. 2554. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงในบุคลากรโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. โครงการวิจัย พ.บ. , ว.ว.อายุรกรรม. กรุงเทพมหานคร.
- สายชล บุญศิริ. 2546. “พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนใน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. (สาขาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สำนักงานนโยบายและแผนยุทธศาสตร์. 2553. คู่มือดำเนินโครงการประกันสังคม รวมถึงลดน้ำหนักป้องกันโรคในสถานประกอบการ. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. 2552. สรุปรายงานการควบคุมโรคเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. กำแพงเพชรการพิมพ์, กำแพงเพชร.

เอกสารอ้างอิง(ต่อ)

- หทัยกาญจน์ ไสตรดี และอัมพร ฉิมพลี. 2550. **พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม**. งานวิจัยปริญญาตรี. (สาขาสาธารณสุขชุมชน). คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- อังคณา สายยศ. 2558. **เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 5. สุวีริยาสาส์น, กรุงเทพฯ.
- ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง. 2550. **“พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี”**. งานวิจัยปริญญาตรี. (สาขาสาธารณสุขชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- Siamhealth.net. 2552. **โรคเบาหวานและโรคแทรกซ้อน**. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.siamhealth.net/publichtml/Disease/endocrine/DM/complication.htm>
5 กรกฎาคม 2558.



ภาคผนวก

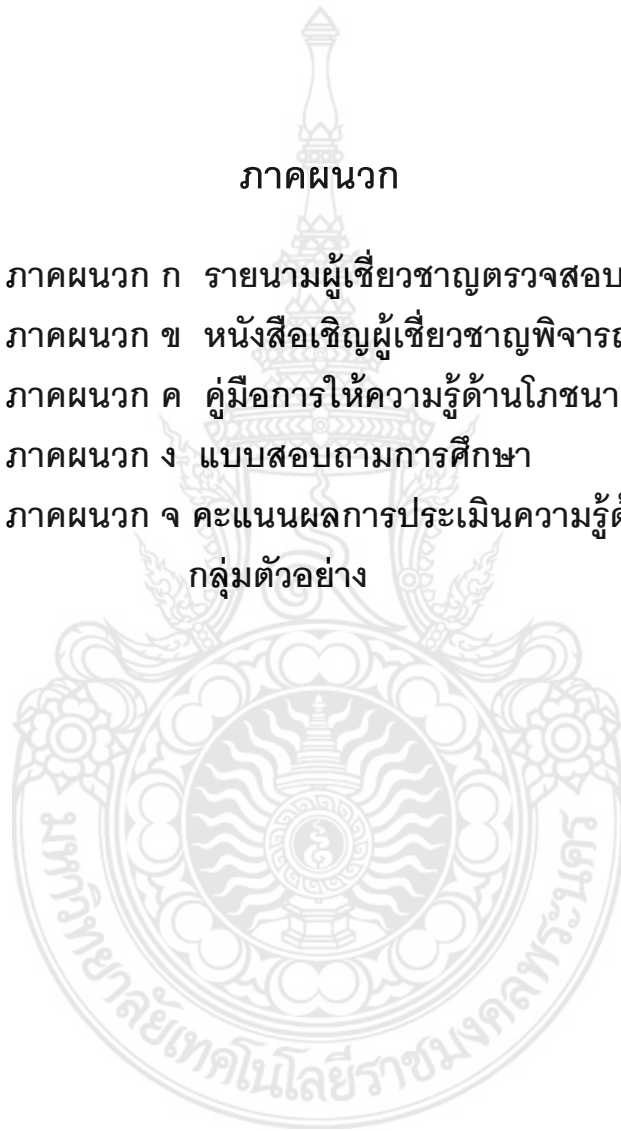
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ภาคผนวก ข หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือวิจัย

ภาคผนวก ค คู่มือการให้ความรู้ด้านโภชนาการ

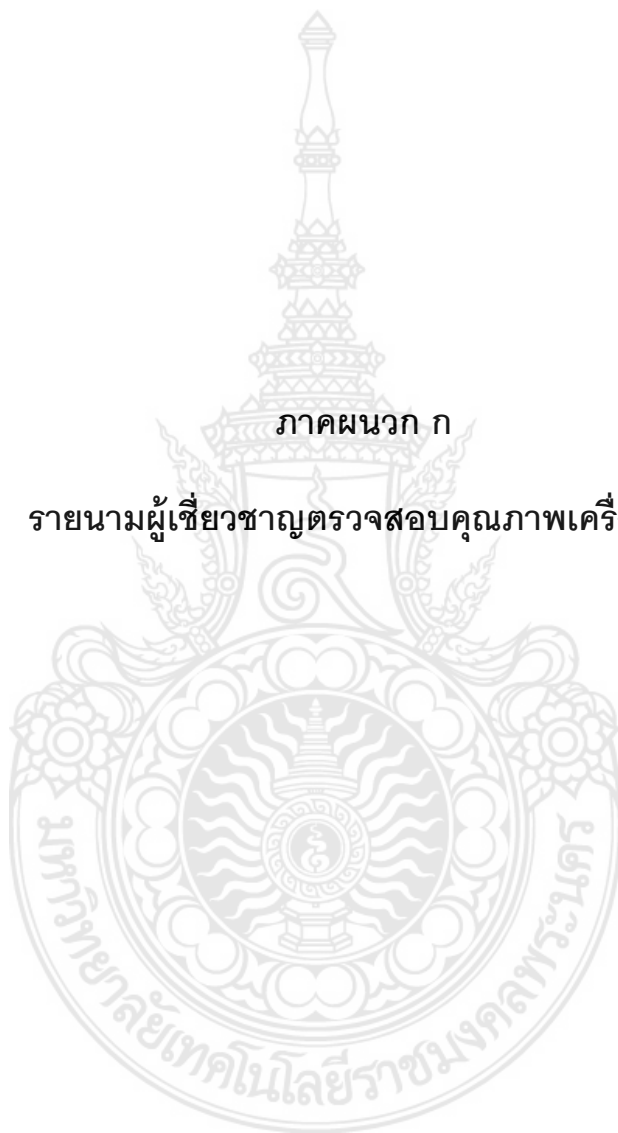
ภาคผนวก ง แบบสอบถามการศึกษา

ภาคผนวก จ คะแนนผลการประเมินความรู้ด้านโภชนาการของ
กลุ่มตัวอย่าง



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ



รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ เจริญชัย | ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์ประจำหลักสูตร
คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต |
| 2. คุณจุฬารัตน์ สุดเสนาหา | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอดอกสูง
จังหวัดสระแก้ว |
| 3. คุณสุรรัตน์ติกานต์ โสมะเคง | ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม
อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว |
| 4. คุณดารารัตน์ ศรีนวล | ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม
อำเภอดอกสูง จังหวัดสระแก้ว |
| 5. คุณอัมพร รุ่งเรือง | ตำแหน่งปัจจุบัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลหนองม่วง จังหวัดสระแก้ว |

ภาคผนวก ข

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือวิจัย



ที่ ศร ๐๕๘๑.๐๓/ ๑๗๓๐



คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
๑๖๘ ถนนศรีอยุธยา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือวิจัย

เรียน ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ เจริญชัย

ด้วย นางสาวฐานิช แก้วมะเร็ง รหัสประจำตัวนักศึกษา ๑๒๕๔๗๐๗๐๓๕๐๒-๐ นักศึกษา
ระดับปริญญาโท หลักสูตรคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต เลือกรียนแผน ก แบบ ก๒ กำลังดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ ในหัวข้อ การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอกอสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมีรองศาสตราจารย์ดวงสุดา เตโชติรส เป็นอาจารย์
ที่ปรึกษา

คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร เห็นว่า
ท่านเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและคุณสมบัติเหมาะสม จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือ
วิจัยให้กับ นางสาวฐานิช แก้วมะเร็ง จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอแสดงความขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิรติ ไสพศ)

รักษาราชการแทนคณบดีคณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

โทร. ๐ ๒๒๘๑ ๙๗๕๖-๘ ต่อ ๕๒๓๖

โทรสาร ๐ ๒๒๘๑ ๙๗๕๙

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนักศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๔๔๕๕ ๗๑๕๑

ที่ ศธ ๐๕๕๑.๐๓/ ๑๗ ๓ ๐



คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
๑๖๘ ถนนศรีอยุธยา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือวิจัย
เรียน คุณสุรัตน์ติกานต์ โสมะเคง

ด้วย นางสาวฐานิช แก้วมะเริง รหัสประจำตัวนักศึกษา ๑๒๕๔๗๐๗๐๓๕๐๒-๐ นักศึกษา
ระดับปริญญาโท หลักสูตรคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต เลือกเรียนแผน ก แบบ ก๒ กำลังดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ ในหัวข้อ การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอดงหลวง จังหวัดสระแก้ว โดยมีรองศาสตราจารย์ดวงสุดา เตโชติรส เป็นอาจารย์
ที่ปรึกษา

คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร เห็นว่า
ท่านเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและคุณสมบัติเหมาะสม จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือ
วิจัยให้กับ นางสาวฐานิช แก้วมะเริง จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอแสดงความขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิรดี โสฬศ)

รักษาราชการแทนคณบดีคณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

โทร. ๐ ๒๒๘๑ ๙๗๕๖-๘ ต่อ ๕๒๓๖

โทรสาร ๐ ๒๒๘๑ ๙๗๕๙

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนักศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๔๔๕๕ ๗๑๕๑

ที่ ศธ ๐๕๘๑.๐๓/ ๑๗/๑๐



คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร
๑๖๘ ถนนศรีอยุธยา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือวิจัย
เรียน คุณจุฬารัตน์ สุดเสนาห์

ด้วย นางสาวฐานิช แก้วมะเริง รหัสประจำตัวนักศึกษา ๑๒๕๔๗๐๗๐๓๕๐๒-๐ นักศึกษา
ระดับปริญญาโท หลักสูตรคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต เลือกเรียนแผน ก แบบ ก๒ กำลังดำเนินการทำ
วิทยานิพนธ์ ในหัวข้อ การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลไผ่งาม อำเภอกอสูง จังหวัดสระแก้ว โดยมีรองศาสตราจารย์ดวงสุดา เตโชติรส เป็นอาจารย์
ที่ปรึกษา

คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร เห็นว่า
ท่านเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและคุณสมบัติเหมาะสม จึงขอเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเครื่องมือ
วิจัยให้กับ นางสาวฐานิช แก้วมะเริง จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอแสดงความขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อภิรติ โสพฤ)

รักษาราชการแทนคณบดีคณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

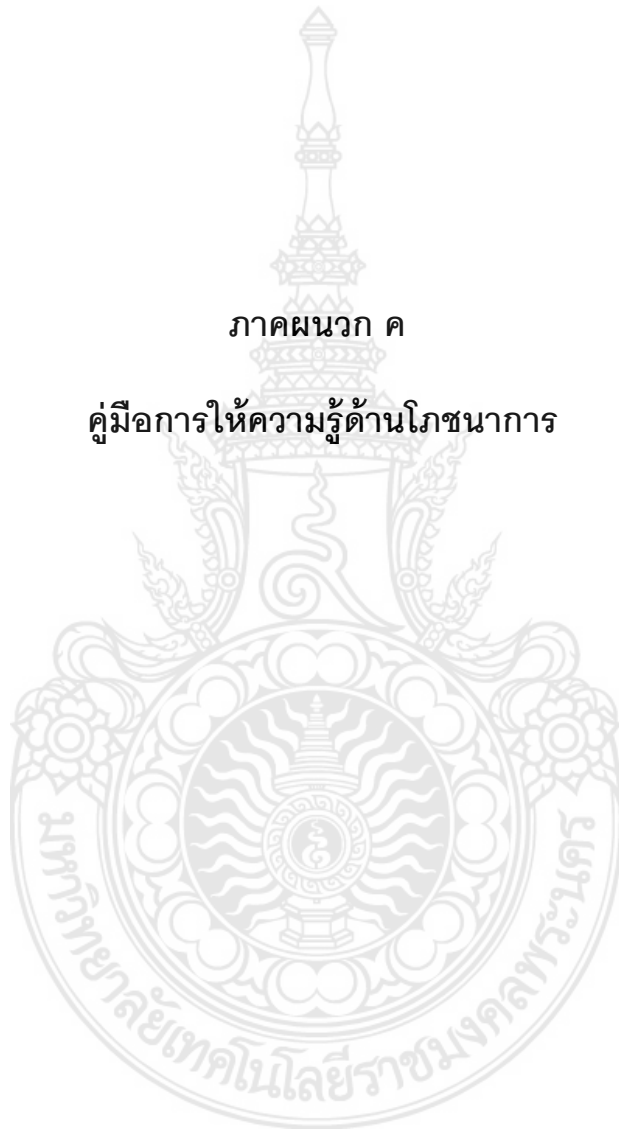
โทร. ๐ ๒๒๘๑ ๙๗๕๖-๘ ต่อ ๕๒๓๖

โทรสาร ๐ ๒๒๘๑ ๙๗๕๙

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกรุณาติดต่อนักศึกษา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๔๔๕๕ ๗๑๕๑

ภาคผนวก ค

คู่มือการให้ความรู้ด้านโภชนาการ

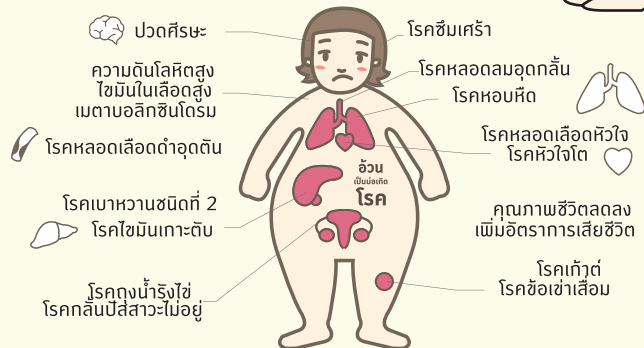


“อ้วนลงพุง”

มหันตภัยเงียบ
ที่คุณคาดไม่ถึง

อ้วนลงพุง

เกิดจากการมีไขมันสะสมในช่องท้องมากเกินไป ไขมันนี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระเข้าสู่ตับ มีผลให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่ดี เกิดเป็น “โรคอ้วนลงพุง” ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังต่างๆ



“ยิ่งพุงใหญ่เท่าไร ยิ่งตายเร็วเท่านั้น”

เกณฑ์การวินิจฉัย

ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน

พิจารณาจาก ดัชนีมวลกาย Body Mass Index (BMI)

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$$

ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร²)

- 23-24.9 น้ำหนักเกิน
- 25-34.9 อ้วน
- ตั้งแต่ 35 อ้วนรุนแรง

เกณฑ์การวินิจฉัย

ภาวะอ้วนลงพุงเมื่อวัดเส้นรอบพุง

แค่วัดเส้นรอบพุง (ผ่านสะดือ) ถ้าเกินส่วนสูงหารสอง คุณกำลังตกอยู่ในภาวะ “อ้วนลงพุง”

หากคุณมีความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง หรือระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง คุณกำลังเป็น “โรคอ้วนลงพุง”

“รอบพุงที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 ซม. จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวาน 3-5 เท่า”

ปฏิบัติการฝ่าวิกฤติ “พิชิตอ้วน พิชิตพุง”

1 อ. อาหาร

ควบคุมน้ำหนักโดยปรับเปลี่ยนการบริโภคตามโซนสี

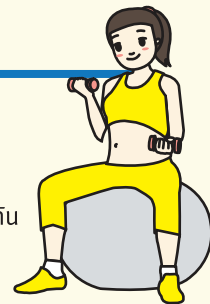
กลุ่มอาหาร	โซนสีเขียว เลือกกินให้มาก	โซนสีเหลือง กินแต่พอควร	โซนสีแดง กินให้น้อยที่สุด
ข้าว/แป้ง ลดลง 1 ใน 3 ส่วน	ข้าวกล้อง ข้าวโอ๊ต ขนมปังโฮลยีสต์ ข้าวโพดต้ม	ข้าวเหนียว ข้าวเจ้า ขนมจีน ขนมปังขาว มัน เตือก วัณเส้น เส้นก๋วยเตี๋ยว	หมี่กรอบ ข้าวมันไก่ คุกกี้ เค้ก พาย ท็อฟฟี่ ขนมหวาน
ผัก อย่างน้อย 9 ซอง/ดิ่/วัน	ผักสด ผักนึ่ง ผักลวก ผักใบเขียว ผักตระกูลกะหล่ำ	สะตอ ฟักทอง แครอท ผักกระป๋อง ชนิดจืด	มันฝรั่ง มันทอด มันนึ่ง มันผัด
ผลไม้ ไม่เกิน 9-10 คำ/มื้อ	ส้ม ชมพู ฝรั่ง แคนตาลูป มะละกอ แอปเปิ้ล สาลี แอปเปิ้ล	มะม่วงสุก กล้วย ทุเรียน น้อยหน่า ละมุด ลำไย สับปะรด องุ่น	ทุเรียน ลำไยแห้ง ผลไม้ตากแห้ง อะโวคาโด มะขามหวาน
เนื้อสัตว์ 12-16 ซอง/ดิ่/วัน	เนื้อปลา ไข่ขาว กุ้ง ไข่ เนื้อไก่ เต้าหู้ขาว ถั่วแดง ถั่วปากอ้า	เนื้อหมูแดง เล้าหมู ไก่ต้ม ฟอง ไก่บ่ง ปลากระป๋อง ในน้ำมัน	เนื้อติดมัน เครื่องในสัตว์ ไข่เจียว ไก่ทอด ปลาทอด แก้วหมู หมูกรอบ ไส้กรอก
นม 1-2 แก้ว/วัน	นมปราศจากไขมัน นมรสจืดทุกประเภท (สก็มมีลค์) นมถั่วเหลือง รสจืด	นมไขมันต่ำ นมเปรี้ยวไขมันต่ำ โยเกิร์ตไขมันต่ำ นมพร้อมดื่ม	นมสด นมเปรี้ยว ครีม นมข้นหวาน ไอศกรีม ช็อกโกแลต
ไขมันที่เติม ในอาหาร ไม่เกิน 3 ซอง/ดิ่/วัน	น้ำมันพืช ชนิดไม่มีน้ำมัน มายองเนส ไรโซลิน	น้ำมันพืช ชนิดดี น้ำมันหมู เนย	เนย มาการีนแข็ง เบคอน น้ำมันหมู
เครื่องดื่ม 8-10 แก้ว/ดิ่/วัน	น้ำเปล่า น้ำชา หรือ น้ำสมุนไพร ที่ไม่เติมน้ำตาล	กาแฟร้อน น้ำตาลและครีม เล็กน้อย	เหล้า เบียร์ ไวน์ น้ำอัดลม ไอศกรีม ชาดำเย็น เครื่องดื่มรสผลไม้
อาหารสำเร็จรูป (วิธีการปรุง)	ประเภทต้ม นึ่ง ยำ ลวก อบ ตุ๋น	ประเภทปิ้งย่าง ตัดส่วนที่ไหม้ ทิ้งไป	ประเภททอด ทอด ใช้กระทิ

2 อ. ออกกำลังกาย

หลักในการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักและรอบพุง



ควรเพิ่มการออกกำลังกายที่ช่วยเผาผลาญไขมัน
ออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลาง วันละ 30-60 นาที อย่างน้อย 5 วัน/สัปดาห์ ทำต่อเนื่องกันมากกว่า 20 นาที ทำน้ำหนักไม่ลด ค่อยๆ เพิ่มเวลาการออกกำลังกายให้ได้ประมาณ 60-90 นาที โดยเริ่มจากกิจกรรมที่ถนัดก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อย



ควรออกกำลังกายเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ

เช่น การยกน้ำหนัก การลุดนึ่ง วิดพื้น ซึ่งช่วยเพิ่มระดับการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ช่วยป้องกันไม่ให้น้ำหนักเพิ่มกลับขึ้นมาอีก



พยายามแทรกรูปแบบการออกกำลังกายให้เป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น

การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟท์ การเดินหรือปั่นจักรยานแทนการใช้รถทำงานบ้านด้วยตนเอง

ขั้นตอนการออกกำลังกาย



1 อุ่นร่างกาย (Warm up)
และยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบเคลื่อนไหว 5-10 นาที



2 เคลื่อนไหวออกแรง หรือออกกำลังกายปานกลาง**
จนหายใจเร็วขึ้น ดิ้นไม่เหนื่อย ไม่หอบจนสามารถพูดคุยได้



3 คลายกล้ามเนื้อ (Cool down)
และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5-10 นาที

**หัวใจควรเต้น 60-70% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด 220 - อายุ (ปี)

3 อ. อารมณ์ความรู้สึก

การควบคุมอารมณ์ความรู้สึก สำคัญที่สุด ในการลดน้ำหนักให้ประสบความสำเร็จ โดยใช้หลัก 3ส.

สกด
สังกะดันที่ก่อให้เกิด

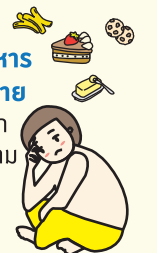
พยายามหลีกเลี่ยงการไปศูนย์อาหาร หรือจุดที่มีอาหารชวนกินหลากหลาย เพื่อจะได้ไม่กระตุ้นให้เราหิว หรืออยากชิมอาหาร หากเลี่ยงไม่ได้ อย่าพยายามนึกถึงความอร่อย หรือรสชาติของอาหารเหล่านั้น

สะกด
ใจไม่ให้บริโภคเกิน

พยายามสะกดอารมณ์ไม่ให้อยากลองหรือบริโภคมากเกินไป ต้องมีสติ ระลึกไว้เสมอว่าหากบริโภคอาหารมากเกินไปจะทำให้เราอ้วนขึ้น

สะกด
ให้คนรอบข้างช่วยเหลือ

ทำความเข้าใจกับครอบครัวและคนรอบข้าง ถึงความจำเป็นในการลดน้ำหนัก เพื่อคอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจขณะลดน้ำหนัก ไม่ซ้ำเติมหรือยั่วให้เรารับประทานอาหารเกิน



ลดอ้วนอย่างยั่งยืน



อาหารเมนูต่างๆ ให้พลังงานเทียบเท่า การวิ่งเหยาะๆ/เดินเร็ว/งานบ้านทั่วไป....นาที

อาหารตามสั่งยอดนิยม

รายการอาหาร	ปริมาณ	พลังงาน (Kcal)	วิ่งเหยาะๆ (นาที)	เดินเร็ว (นาที)	งานบ้าน (นาที)
ข้าวสวย	1 ถ้วย	80	10	25	35
ส้มตำ	1 ถ้วย	120	15	38	52
สุกี้กึ่งน้ำ	1 ชาม	221	27	70	96
บะหมี่หมูแดง	1 ชาม	231	28	72	100
โจ๊กหมู	1 ชาม	236	28	74	103
ก๋วยจั๊บน้ำข้น	1 ชาม	279	34	87	121
บะหมี่ต้มยำ	1 ชาม	310	37	97	135
ก๋วยเตี๋ยวเย็นตาโฟ	1 ชาม	352	42	110	153
ก๋วยเตี๋ยวราดหน้า	1 ถ้วย	387	48	124	173
ข้าวหน้าเป็ดย่าง	1 ถ้วย	423	51	132	184
หอยทอดใส่ไข่	1 ถ้วย	428	52	134	186
ข้าวขาหมู	1 ถ้วย	438	53	137	190
ข้าวกะเพราไก่	1 ถ้วย	478	58	150	208
ขนมจีนน้ำยา	1 ถ้วย	497	60	155	216
ขนมจีนแกงเขียวหวาน	1 ถ้วย	594	72	186	258
ข้าวไข่เจียวหมูสับ	1 ถ้วย	500	60	157	217
ผัดผักกาดโรนีย์	1 ถ้วย	514	62	161	223
ข้าวผัดหมูใส่ไข่	1 ถ้วย	557	67	174	242
ผัดไทใส่ไข่	1 ถ้วย	578	70	181	251
ข้าวมันไก่	1 ถ้วย	596	72	186	259
ข้าวคลุกกะปิ	1 ถ้วย	610	73	191	265
ข้าวคะน้าหมูกรอบ	1 ถ้วย	620	75	194	270
ผัดซีอิ๊วใส่ไข่	1 ถ้วย	679	82	212	295
ข้าวหมกไก่	1 ถ้วย	685	83	214	298

หลักเสียง

หลักเสียง

พลังงานที่ควรได้รับจากการบริโภคอาหารในแต่ละวัน

		
เด็กอายุ 6-13 ปี หญิงวัยทำงาน/ผู้สูงอายุ	วัยรุ่นชาย/หญิง ชายวัยทำงาน	ผู้ใช้แรงงาน ชาย/หญิง
1,600 kcal ต่อวัน	2,000 kcal ต่อวัน	2,400 kcal ต่อวัน

พลังงานจากของหวาน

รายการอาหาร	ปริมาณ	พลังงาน (Kcal)	วิ่งเหยาะๆ (นาที)	เดินเร็ว (นาที)	งานบ้าน (นาที)
เบ็ดขุ่น	1 เม็ด	30	4	9	13
ทองหยิม	1 ดอก	63	8	20	27
วุ้นกะทิ	1 ช้อน	100	12	31	43
ไอศกรีมวานิลลา	1/2 ถ้วย	100	12	31	43
ตัวดำแกงบวด	1 ถ้วย	154	19	48	67
ลูกเดือยเปียก	1 ถ้วย	159	19	50	70
ลอดช่องน้ำกะทิ	1 ถ้วย	167	20	52	73
บัวลอย	1 ถ้วย	211	25	66	92
กล้วยบวชชี	1 ถ้วย	225	27	70	98
บัวลอยเผือก	1 ถ้วย	230	28	72	100
ซ่าหริ่ม	1 ถ้วย	237	29	74	103
กล้วยไข่เชื่อม	3 ผล	265	32	83	115
ขนมชั้น	1 ช้อน	276	33	86	120
กัทิมกรอบ	1 ถ้วย	276	33	86	120
ฟักทองแกงบวด	1 ถ้วย	369	44	115	160

หลักเสียง

“ดื่มน้ำเปล่า” ดีที่สุด

ปริมาณน้ำตาลนอกมื้ออาหาร ไม่ควรเกิน 6 ช้อนชา/วัน

					
น้ำตาลไม้ 200 มล.	กาแฟสด 475 มล.	น้ำอัดลม 450 มล.	ชาสมุนไพร 350 มล.	ชาเขียว 500 มล.	นมเปรี้ยว 80 มล.
6.25 ช้อนชา	10.5 ช้อนชา	10.75 ช้อนชา	11.25 ช้อนชา	14.5 ช้อนชา	4 ช้อนชา

วิธีการปรุงกับปริมาณแคลอรี

		
ไข่ต้ม	ไข่ดาว	ไข่เจียว
70	160	250
กิโลแคลอรี	กิโลแคลอรี	กิโลแคลอรี

ปริมาณพลังงานที่ใช้

จากการมีกิจกรรมทางกายชนิดต่างๆ ในเวลา 1 ชั่วโมง

กิจกรรม	ค่าพลังงานที่ใช้ (กิโลแคลอรี/นาที)	ปริมาณพลังงานที่ใช้โดยเฉลี่ยของผู้ที่มีน้ำหนักตัว (กก.)				
		60	65	70	75	80
พิมพ์คอมพิวเตอร์	1.5	90	98	105	113	120
ซักผ้า	2.0	120	130	140	150	160
รีดผ้า	2.3	138	150	161	173	184
เดินจ่ายตลาด	2.3	138	150	161	173	184
ปรุงอาหาร	2.5	150	163	175	188	200
กวาดพื้น	2.5	150	163	175	188	200
สูบลูกบอล ซ้ำๆ	2.5	150	163	175	188	200
เดินในที่ทำงาน	3.0	180	195	210	225	240
เดินเร็วปานกลาง	3.5	210	228	245	263	280
ขี่จักรยานช้าๆ	4.0	240	260	280	300	320
เดินแอโรบิก	5.0	300	325	350	375	400
ตัดหญ้า	5.5	330	358	385	413	440
ว่ายน้ำ	8.0	480	520	560	600	640

การเผาผลาญพลังงาน

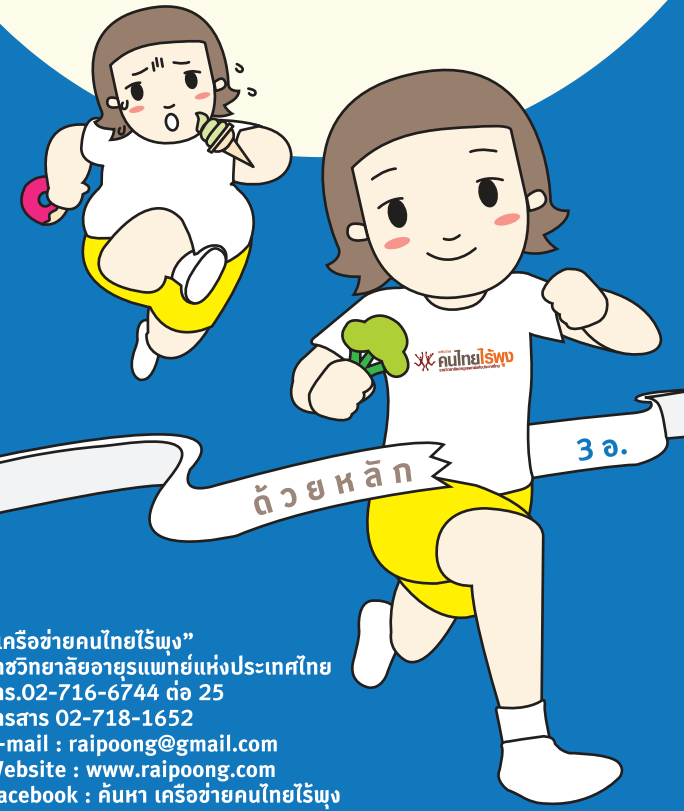
ส่วนที่เกินความต้องการของร่างกาย

	
ทำสวน 45-60 นาที	ปั่นจักรยาน 30-40 นาที
	
เช็ดล้างถูพื้น 45-60 นาที	เดินขึ้นบันได 15 นาที
	
เดิน 3.2 กม. 30-35 นาที	

กิจกรรมใช้พลังงาน 150 กิโลแคลอรี

ไร้พุง

ไร้โรค



“เครือข่ายคนไทยไร้พุง”
 ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
 โทร.02-716-6744 ต่อ 25
 โทรสาร 02-718-1652
 e-mail : raipoong@gmail.com
 Website : www.raipoong.com
 Facebook : ค้นหา เครือข่ายคนไทยไร้พุง



ภาคผนวก ง

แบบสอบถามการศึกษา

แบบสอบถาม

เรื่อง การให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้มีภาวะอ้วนลงพุง

กรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไผ่งาม อำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เพื่อประกอบการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต คณะเทคโนโลยีศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร ผู้ศึกษาขอความอนุเคราะห์จากท่านในตอบแบบสอบถามฉบับนี้ และโปรดตอบให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง เพราะคำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ซึ่งจะส่งผลของการศึกษาวิจัยมีความสมบูรณ์ เกิดประโยชน์สูงสุด โดยขอรับรองว่าข้อมูลที่ท่านตอบมาทั้งหมด ถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาวิจัยในลักษณะภาพรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่มีผลกระทบอันจะทำให้เกิดผลเสียหายต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ

ขอขอบคุณทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

นางสาวฐานิช แก้วมะเรียง

นักศึกษาระดับปริญญาโท

คณะเทคโนโลยีศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหน้าข้อความที่ตรงกับความจริง

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุปี

3. อาชีพ

() 1.ว่างงาน () 4.ค้าขาย
() 2.เกษตรกร () 5.รับจ้าง
() 3.แม่บ้าน () 6.อื่นๆ ระบุ

4. การศึกษาสูงสุด

() 1. ประถมศึกษา () 4.ปริญญาตรี
() 2.มัธยมศึกษา () 5. อื่นๆระบุ

() 3. ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา

5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

() 1. น้อยกว่า 10,000 บาท
() 2. 10,001 - 20,000 บาท
() 3. 20,001- 30,000 บาท
() 4. มากกว่า 30,001 บาท

6. สถานภาพสมรส

() 1. สมรส () 2. โสด () 3. หย่าร้าง

7. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

() 1. ไม่มี () 2. มี โปรดระบุ.....

8. ท่านปฏิบัติกิจกรรมที่ท่านปฏิบัติในแต่ละวันอย่างสม่ำเสมอ ที่จะช่วยส่งเสริมด้านสุขภาพ

- () 1. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์
- () 2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- () 3. ทำงานบ้าน
- () 4. อื่นๆ โปรดระบุ

9. ท่านเคยได้รับข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการ จากสื่อใด

- () 1. โทรทัศน์
- () 2. วิทยุ
- () 3. หนังสือพิมพ์
- () 4. นิตยสาร
- () 5. วิทยากร / เจ้าหน้าที่อบรมให้ความรู้
- () 6. อื่น ๆ ระบุ



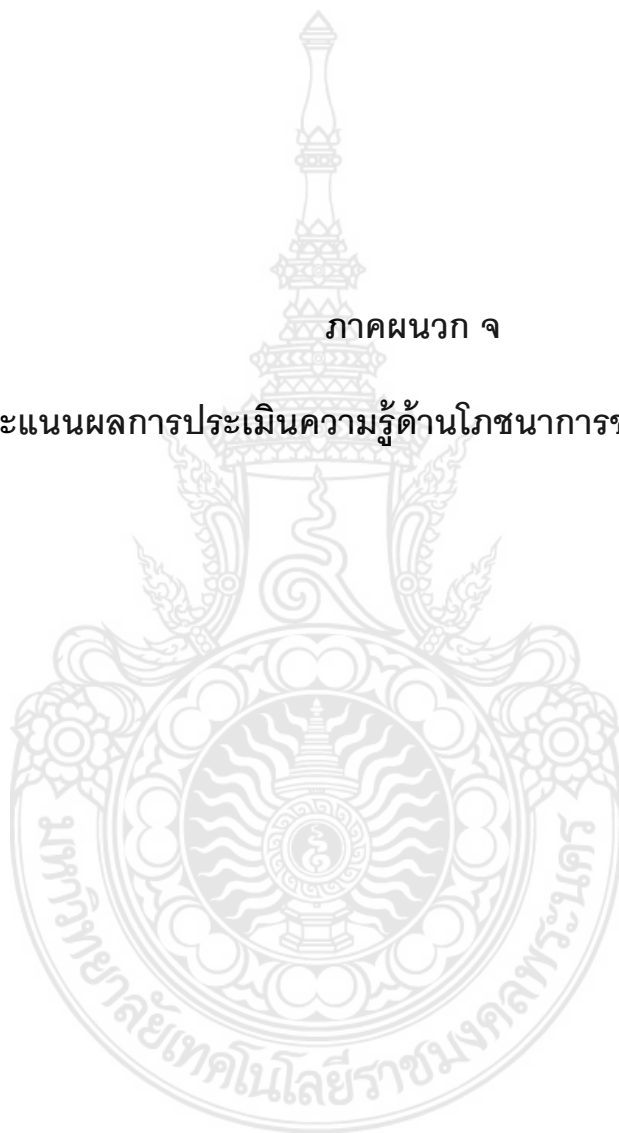
ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือตามข้อความที่ตรง

กับความรู้ของท่าน

ข้อ ที่	คำถาม	ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง
1	ควรรับประทานผักและผลไม้สดทุกมื้ออาหาร วันละครั้ง กิโลกรัม จะช่วยป้องกันโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต หัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็งได้		
2	การรับประทานอาหารทอดด้วยน้ำมันซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง เพราะจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง		
3	ใน 1 วัน ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และในปริมาณที่เหมาะสม		
4	สารอาหารประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน แร่ธาตุ และน้ำ		
5	ข้าวขาว มีวิตามิน แคลเซียม เส้นใยอาหารมากกว่าข้าวซ้อมมือ		
6	ในผัก ผลไม้มีเส้นใยอาหาร เมื่อกินเป็นประจำจะช่วยในการขับถ่าย		
7	การกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน ปริมาณมาก ทำให้เกิดโรคอ้วนได้		
8	โปรตีนจากไข่ และถั่วเมล็ดแห้งชนิดต่างๆ มีคุณค่าทางอาหารใกล้เคียงกับเนื้อสัตว์		
9	นมพว่องมันเนย ไม่เหมาะสำหรับผู้เป็นโรคอ้วน		
10	การใช้น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวันประกอบอาหาร จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ		
11	น้ำอัดลมเป็นเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นหลัก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน		
12	บุคคลที่มีภาวะโรคอ้วนลงพุง ควรได้รับอาหารที่มีไขมันสูง		
13	บุคคลที่มีภาวะโรคอ้วนลงพุง ควรเลือกรับประทานขนมหวานเป็นประจำ		
14	บุคคลที่มีภาวะโรคอ้วนลงพุง ควรเลือกรับประทานข้าวซ้อมมือ มากกว่าข้าวขาว		
15	บุคคลที่มีภาวะโรคอ้วนลงพุง ควรเลือกรับประทานอาหารจานเดียว เช่น ข้าวขาหมู ผัดซีอิ้ว ผัดไทย เพื่อความสะดวก รวดเร็ว		

ภาคผนวก จ
คะแนนผลการประเมินความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง



ตารางผนวกที่ 1 คะแนนผลการประเมินความรู้ด้านโภชนาการ ก่อนและหลัง การให้
ความรู้ด้านโภชนาการด้วยการใช้คู่มือด้านโภชนาการ

คนที่	คะแนนประเมิน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	8	12
2	7	11
3	7	11
4	8	14
5	8	14
6	7	12
7	6	12
8	9	12
9	10	14
10	8	12
11	8	12
12	7	10
13	8	12
14	6	12
15	6	12
16	8	12
17	7	13
18	5	10
19	7	10
20	7	11
21	7	10
22	8	12
23	7	10
24	9	13

ตารางผนวกที่ 1 (ต่อ)

คนที่	คะแนน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
25	6	10
26	10	13
27	7	12
28	7	12
29	7	12
30	7	14
31	8	13
32	8	14
33	8	12
34	8	13
35	8	12
36	8	14
37	9	12
38	9	13
39	9	12
40	9	13
41	6	10
42	9	13
43	10	13
44	7	10
45	7	13
46	5	10
47	11	14
48	6	12
49	8	13

ตารางผนวกที่ 1 (ต่อ)

คนที่	คะแนนประเมิน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
50	6	11
51	10	14
52	5	11
53	7	12
54	7	12
55	7	13
56	6	12
57	6	12
58	7	13
59	7	14
60	8	12
61	6	10
62	5	11
63	6	11
รวม	468	760
\bar{X}	7.43	12.06
S.D.	1.34	1.24

ตารางผนวกที่ 2 คะแนนประเมินความรู้ด้านโภชนาการก่อนและหลัง การให้ความรู้ด้วยการชี้แนะ

คนที่	คะแนนประเมิน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	7	12
2	8	11
3	7	10
4	7	11
5	7	11
6	8	12
7	7	10
8	7	12
9	10	13
10	7	10
11	8	12
12	8	13
13	7	11
14	7	9
15	7	9
16	7	11
17	7	10
18	7	9
19	8	12
20	7	11
21	7	10
22	8	11
23	7	10
24	9	12

ตารางผนวกที่ 2 (ต่อ)

คนที่	คะแนนประเมิน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
25	7	10
26	9	11
27	6	10
28	6	10
29	7	10
30	6	10
31	7	11
32	8	12
33	7	11
34	8	10
35	7	10
36	7	9
37	8	10
38	8	10
39	9	11
40	8	12
41	8	12
42	8	12
43	9	11
44	8	10
45	7	11
46	6	9
47	10	13
48	8	12
49	7	10

ตารางผนวกที่ 2 (ต่อ)

คนที่	คะแนนประเมิน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
50	7	10
51	9	12
52	6	9
53	6	9
54	6	9
55	8	10
56	6	8
57	7	9
58	8	11
59	8	10
60	7	10
61	5	8
62	6	10
63	7	11
รวม	464	665
\bar{X}	7.37	10.56
S.D.	0.99	1.19

ตารางผนวกที่ 3 คะแนนประเมินความรู้ด้านโภชนาการก่อนและหลัง การให้ความรู้ด้าน
โภชนาการด้วยการใช้โทรศัพท์

คนที่	คะแนน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
1	8	10
2	8	10
3	7	11
4	8	9
5	7	9
6	8	10
7	7	10
8	7	10
9	8	10
10	7	10
11	8	10
12	8	10
13	7	11
14	8	11
15	8	11
16	9	11
17	7	10
18	7	10
19	9	12
20	6	8
21	9	11
22	8	10
23	9	11
24	9	12

ตารางผนวกที่ 3 (ต่อ)

คนที่	คะแนนประเมิน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
25	7	9
26	9	11
27	8	11
28	7	10
29	8	10
30	6	9
31	8	10
32	8	10
33	9	10
34	10	13
35	7	10
36	7	10
37	8	11
38	7	11
39	7	9
40	7	9
41	7	9
42	8	10
43	7	9
44	8	11
45	9	11
46	7	10
47	7	12
48	7	10
49	8	12

ตารางผนวกที่ 3 (ต่อ)

คนที่	คะแนนประเมิน	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
50	8	12
51	8	10
52	6	9
53	6	10
54	5	9
55	6	9
56	7	10
57	8	12
58	8	12
59	7	10
60	7	10
61	9	11
62	6	9
63	8	11
64	6	9
65	8	12
66	8	11
67	8	11
68	8	12
รวม	477	654
\bar{X}	7.57	10.34
S.D.	0.98	1.04

ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ	น.ส.ฐานิช แก้วมะเรียง
วัน เดือน ปีเกิด	3 พฤศจิกายน 2528
ที่อยู่	218 ถ.เทศบาล 38 ต.หนองสาหร่าย อ. ปากช่อง จ. นครราชสีมา 30130
ประวัติการศึกษา	วิทยาศาสตรบัณฑิต วท.บ.(วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการอาหาร) มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง ปีการศึกษา 2550
ประวัติการทำงาน	ปัจจุบัน ตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริการทางการเงิน ประจำธนาคารกรุงไทย สาขามอบตาพุด จังหวัดระยอง

