

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ  
“คนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน” อำเภอแม่อาว จังหวัดเชียงใหม่



การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
พฤษภาคม 2555  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา

อาจารย์ที่ปรึกษา และคณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง ได้พิจารณาการศึกษา  
ต้นคว้าด้วยตนเอง เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วม  
โครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน” อำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่” เห็นสมควร  
รับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
ของมหาวิทยาลัยพะเยา

(ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ)

อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ดร.สมบัติ นพรัตน์)

คณบดีวิทยาลัยการศึกษาต่อเนื่อง

พฤษภาคม 2555

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณ ดร.ทวีวรรณ ซาลีเครีอ อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าด้วยตนเอง ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการวางแผนจัดทำสารนิพนธ์ ตลอดจนการให้คำแนะนำปรึกษา และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการทำการสารนิพนธ์ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ และนายอำเภอแม่เมาะที่อนุญาตให้ทำการศึกษา และอำนวยความสะดวกในการศึกษา ตลอดจนคณาจารย์ทุกท่านจากมหาวิทยาลัยพะเยา ที่ได้ประสิทธิประสาทความรู้ในด้านวิชาการ การวิเคราะห์ผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป รวมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในอำเภอแม่เมาะที่ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ยุทธนา สังขวรรณ



ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เทิดไท้องค์ราชัน” อำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่
ผู้ศึกษาค้นคว้า	ยุทธนา สังขวรรณ
ที่ปรึกษา	ดร.ทวิวรรณ ชาลีเครือ
ประเภทสารนิพนธ์	การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2555
คำสำคัญ	ดัชนีมวลกาย ผู้นำชุมชน

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้ที่ร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เทิดไท้องค์ราชัน” อำเภอแม่อายุจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาจำนวน 162 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นกลุ่มกลุ่มทดลองจำนวน 81 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 81 ราย ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างกุมภาพันธ์ 2555 ถึงเดือน มีนาคม 2555 เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงวุฒิ จากนั้นนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านพฤติกรรม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีระดับความเชื่อมั่น 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม การรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรค ระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.17$ , S.D.=0.35;  $\bar{x}=3.37$ , S.D.=0.51 และ  $\bar{x}=3.04$ , S.D.=0.29) ส่วนการรับรู้รุนแรงและการรับรู้ประโยชน์อยู่ระดับมาก ( $\bar{x}=3.86$ , S.D.=0.69 และ  $\bar{x}=3.91$ , S.D.=0.81) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ อายุ (odds ratio=0.941, 95%CI=0.901-0.983) และพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย (odds ratio=0.715, 95%CI=0.363-1.409)

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้กำหนดแนวทางในการส่งเสริมให้ความเชื่อ ด้านสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานในพื้นที่ต่อไป

Title FACTORS AFFECTING TO BODY MASS INDEX OF VILLAGE LEADERS IN “KON MAE-AI RI POONG TERD TAI ONGRACHUN PROJECT” AT MAE-AI DISTRICT, CHIANG-MAI PROVINCE.

Author yuthana sangkhawan

Advisor Dr.Taweewun Chaleekrua

Academic Paper Independent Study M.P.H., University of Phayao, 2012

Keywords body mass index, village leaders

### ABSTRACT

This cross-section study explored factors related to body mass index of village leaders of village leader in “Kon Mae-ai ri poong terd tai ongrachun project” at Mae-ai district, Chiang-mai province. One hundred sixty two samples were selected by purposive sampling technique which divided into eighty one cases and eighty one controls. Data were collected during February to March, 2012. Instruments consisted of a set of questionnaires question which verified content validity by experts and reliability were 0.76. Data were analyzed by using the descriptive statistics and Binary Logistic Regression.

The results shown that total of health behavior, perceived susceptibility and were and perceived barrier moderate ( $\bar{x}=3.17$ , S.D.=0.35;  $\bar{x}=3.37$ , S.D.=0.51 and  $\bar{x}=3.04$ , S.D.=0.29). Whereas perceived severity and perceived benefits were high level ( $\bar{x}=3.86$ , S.D.=0.69 and  $\bar{x}=3.91$ , S.D.=0.81). Factors significantly affected body mass index were age (odds ratio=0.941, 95%CI=0.901-0.983) and perceived behavior (odds ratio=0.715, 95%CI=0.363-1.409).

The result of this study should be used to encourage health belief in order to change behavior people in the area study.

## สารบัญ

บทที่	หน้า
<b>1 บทนำ</b> .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	2
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย .....	3
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	3
ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย .....	4
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b> .....	5
ดัชนีมวลกาย .....	5
ภาวะอ้วนลงพุง และผลกระทบจากภาวะอ้วนลงพุง.....	6
หลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก .....	7
การออกกำลังกาย.....	8
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	10
แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ .....	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	13
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	17
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b> .....	18
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	18
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	19
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	21
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	22

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	23
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	23
พฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย.....	30
การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ อุปสรรค ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย .....	33
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
5 บทสรุป .....	39
สรุปผลการวิจัย .....	39
อภิปรายผลการวิจัย .....	42
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	45
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป .....	45
บรรณานุกรม .....	46
ภาคผนวก .....	50
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ .....	51
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม .....	52
ภาคผนวก ค โครงการคนแม่อายุไร้พุง เท็ดไทม์องค์ราชัน .....	58
ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า .....	62

## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป .....	26
2	แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ .....	30
3	แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่อการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ ...	33
4	แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่อการรับรู้ความรุนแรงด้านสุขภาพ .	34
5	แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่อการรับรู้ประโยชน์ด้านสุขภาพ .....	35
6	แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่อการรับรู้อุปสรรคด้านสุขภาพ .....	36
8	แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง.	38





## สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดในวิจัยปัจจุบันที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้าน  
ที่ร่วม “โครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน” อ.แม่อายุ จ.เชียงใหม่.....17



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง นอกจากนี้การวิจัยพบว่าภาวะอ้วนลงพุง มีความสัมพันธ์กับภาวะต้านอินซูลิน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้ปีสุขภาวะลดลง จากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจากภาวะพิการและการตายก่อนวัยอันควร ในปี 2547

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) เป็นอันดับที่ 2 ในผู้หญิงไทย และเป็นอันดับ 6 ในผู้ชายไทย จากการศึกษาทางการแพทย์ พบว่าคนที่อ้วนลงพุง เนื่องจากมีไขมันสะสมที่ส่วนกลางลำตัว แม้ว่าดัชนีมวลกายยังไม่มากถึง 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและเบาหวานมากกว่าการมีไขมันสะสมที่สะโพก โดยเฉพาะผู้ชายที่มีเส้นรอบเอว 90 เซนติเมตรหรือมากกว่าและผู้หญิงที่มีเส้นรอบเอว 80 เซนติเมตรหรือมากกว่า เป็นดัชนีบ่งชี้การมีไขมันเกินในช่องท้อง และมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า ประชากรโลกราว 1.6 ล้านคน มีน้ำหนักตัวเกินหรือเป็นโรคอ้วนอันเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตมากถึงปีละ 2.5 ล้านคน และผู้เป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 อาศัยอยู่ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ข้อมูลจากกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ปี 2554 พบว่า จำนวนคนไทยที่กำลังเผชิญโรคอ้วนมีสูงถึง 10.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในเขตเมืองถึงเกือบหนึ่งในสาม ในรอบ 5-6 ปีที่ผ่านมา ผู้ชายไทยเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36 ผู้หญิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 โดยช่วงวัยทำงานอายุ 20-29 ปี มีอัตราการเพิ่มของโรคอ้วนสูงที่สุด ความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว มากกว่า 90 ซม. ในผู้ชาย และ มากกว่า 80 ซม. ในผู้หญิง) มีร้อยละ 18.6 ในผู้ชายและร้อยละ 45 ในผู้หญิง ความชุกในเขตเทศบาล (ชายร้อยละ 27.5 และหญิงร้อยละ 49.6) สูงกว่านอกเขตเทศบาล (ชายร้อยละ 14.8 และหญิงร้อยละ 42.8) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 3 เมื่อปี 2546-2547

ความชุกของภาวะอ้วน (BMI มากกว่า 25 กก./ตร. เมตร) มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในผู้หญิง ความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ในการสำรวจ 2552 ตามลำดับ ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงจากร้อยละ 36.1 และผู้ชายร้อยละ 15.4 ในปี 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 45 และ 18.6 ในปี 2552 ตามลำดับ

อำเภอแม่เมาะ เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ประสบปัญหาประชาชนมีภาวะอ้วนลงพุง และผลจากภาวะอ้วนลงพุง คือ โรคเบาหวาน ด้วยเช่นกัน มีความตระหนักถึงปัญหาและผลสืบเนื่องของภาวะอ้วนลงพุงดังกล่าว และได้จัดทำโครงการ “คนแม่เมาะไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน” อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่ เพื่อเป็นการสำรวจข้อมูลภาวะผู้มีความเสี่ยง และแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยดำเนินการในกลุ่มหัวหน้าส่วนราชการ และผู้นำหมู่บ้านซึ่งใช้เป็นกลุ่มแกนนำของหมู่บ้านของอำเภอแม่เมาะ เพื่อศึกษาความรุนแรงของปัญหา และดำเนินกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากร โดยโปรแกรมการให้ความรู้โดยการให้สุขศึกษารายกลุ่มและแสดงนิทรรศการพร้อมทั้งดำเนินการประเมินภาวะอ้วนโดยมีการคัดกรองและประเมินดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 339 คน อย่างต่อเนื่องทุกเดือนในวันประชุมประจำเดือนของผู้นำหมู่บ้าน ทุกเดือนตลอดโครงการ เมื่อสิ้นสุดโครงการแล้ว จากผลการสรุปของโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการคนแม่เมาะไร้พุงเทิดไถ้องค์ราชัน อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่ พบว่ามีผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ 23.89 ที่ค่าดัชนีมวลกายลดลง ได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้วิจัยมีความสนใจว่าอาจมีปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อการควบคุมระดับค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มประชากรที่เข้าร่วมโครงการจึงส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมโครงการมีความแตกต่างกัน โดยแยกเป็นกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายลดลง กับกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายไม่ลดซึ่งได้แก่กลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายที่มีค่าคงเดิมกับกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าค่าดัชนีมวลกายของผู้ที่เข้าร่วมจะมีภาวะโภชนาการเกินหรือไม่มาดำเนินการศึกษาเพื่อเป็นการค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับรูปแบบการดำเนินงานในลำดับต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้นำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการโครงการคนแม่เมาะไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโครงการโครงการคนแม่เมาะไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ มีความสัมพันธ์ต่อค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศให้องค์ราชัน อ.แม่อาว จ.เชียงใหม่
2. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการนอน มีความสัมพันธ์ต่อค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศให้องค์ราชัน อ.แม่อาว จ.เชียงใหม่
3. ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ต่อค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศให้องค์ราชัน อ.แม่อาว จ.เชียงใหม่

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดย ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เทศให้องค์ราชัน” อ.แม่อาว จ.เชียงใหม่ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นด้วยตนเอง ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2555 ถึงเดือน มีนาคม 2555 เป็นเวลา 2 เดือน

### นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ดัชนีมวลกาย หมายถึง การเปรียบเทียบระหว่างน้ำหนักเป็นกิโลกรัม กับส่วนสูงที่วัดเป็นเมตร มีหน่วยเป็นกิโลกรัม/ตารางเมตร

$$\text{คำนวณได้จากสูตร} \quad \text{ค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

2. น้ำหนัก หมายถึง น้ำหนักตัวที่ได้จากการชั่งน้ำหนักโดยใช้เครื่องชั่งวัดเป็นมาตราเมตริกใช้หน่วยเป็นกิโลกรัม

3. ส่วนสูง หมายถึง มาตรการวัดความสูงในแนวตั้ง ส่วนสูงของคนวัดจากสันเท้าถึงศีรษะในท่ายืนตรง หน่วยเป็นเซนติเมตร สามารถแปลงเป็น เมตรได้โดยหารด้วย 100

4. รอบเอว หมายถึง รอบเอวที่วัดผ่านสะดือได้จากการใช้สายวัด หน่วยเป็นเซนติเมตร วิธีการวัดทำดังนี้

- 4.1 ผู้ถูกวัดอยู่ในท่ายืน
- 4.2 ใช้สายวัด วัดรอบเอวโดยวัดผ่านสะดือ
- 4.3 วัดในช่วงหายใจออกโดยให้สายวัดแนบกับลำตัวไม่รัดแน่น

#### 4.4 ให้ระดับของสายวัดที่วัดรอบเอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น

5. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมหรือปฏิกิริยาของบุคคลแต่ละบุคคลที่แสดงออกด้านสุขภาพทั้งภายในและภายนอกทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตัวบุคคลเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอน และการปฏิบัติตัวอื่นที่ส่งผลต่อภาวะกับสุขภาพของตน

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทตไ้ทองคำชั้น อ.แม่อายุ จ.เชียงใหม่ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ และการรับรู้อุปสรรค

7. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้ภาวะอ้วนลงพุงเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วนลงพุง

8. การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคภาวะอ้วนลงพุงที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

9. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงถึงผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ที่ได้รับ เมื่อแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง

10. การรับรู้อุปสรรค หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความเข้าใจของผู้มีภาวะอ้วนลงพุงถึงอุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมดูแลตนเอง

11. ผู้เข้าร่วมโครงการ หมายถึง ผู้นำหมู่บ้าน ได้แก่ กำนัน, สารวัตรกำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ที่เข้าร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เทตไ้ทองคำชั้น” อำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่

#### ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพผู้เข้าร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เทตไ้ทองคำชั้น” อำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่

2. นำไปใช้วางแผน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ตามบริบทพื้นที่ อำเภอแม่อายุ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานได้ในอนาคต

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาทำการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้นำมาเป็นข้อมูลและแนวทางการศึกษา ดังต่อไปนี้

1. ดัชนีมวลกาย
2. ภาวะอ้วนลงพุง และผลกระทบจากภาวะอ้วนลงพุง
3. หลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก
4. การออกกำลังกาย
5. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
6. แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ดัชนีมวลกาย (BMI: Body mass index)

เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่ได้รับความนิยมสูงเพื่อใช้เปรียบเทียบความสมดุระหว่างน้ำหนักตัว ต่อความสูงของมนุษย์ ซึ่งคิดค้นโดย Adolphe Quetelet ชาวเบลเยียม โดยค่าดัชนีมวลกายคำนวณได้จากการนำน้ำหนักตัวหารด้วยกำลังสองของ ส่วนสูง โดยปกติใช้หน่วยน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และหน่วยส่วนสูงเป็นเมตร จะได้หน่วยเป็น กก./ม.<sup>2</sup>

สูตร 
$$\text{ดัชนีมวลกาย(BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก}}{\text{ส่วนสูง}^2}$$

การคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) เป็นวิธีง่ายๆ วิธีหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินภาวะทางโภชนาการของเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การนอนกรน การหยุดหายใจเป็นระยะๆ ในขณะหลับ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาพลักษณะ รูปร่าง ความสวยงาม ความหล่อเหลา ความกังวล ความไม่มั่นใจในตัวเองอีกด้วย การประเมินภาวะโภชนาการของโรคอ้วนมีหลายวิธี เช่น การวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (anthropometric measurements) ทั้งทางตรงและทางอ้อม การวัดความหนาแน่นของร่างกายโดยการชั่งน้ำหนักใต้น้ำ (body density measurement using under water weighing method) การวัดปริมาณโพแทสเซียมทั้งหมดในร่างกาย (total body potassium-40 measurement), Dual energy x-ray absorptiometry(DEXA), bioelectrical

impedance (BEI) measurement, การใช้ deuterium oxide dilution technique และอื่นๆ เป็นต้น วิธีการเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายสูง และบางวิธีไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในเด็ก จึงทำให้ผู้คนนิยมการวัดดัชนีมวลกายกันมากขึ้น องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้กำหนดค่าปกติ ค่าบอกร่างกายน้ำหนักเกิน และค่าบอกร่างกายเป็นโรคอ้วนสำหรับประเทศทางยุโรปและประเทศทางเอเชียของผู้ใหญ่ที่อายุ 20 ปีหรือมากกว่า ดังนี้ เมื่อได้คำนวณค่าดัชนีมวลกายแล้ว ลองนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (World Health Organization, 2009) ดังนี้

- ผอมเกินไป: น้อยกว่า 18.5 (<18.5)
- เหมาะสม: มากกว่าหรือเท่ากับ 18.5 แต่น้อยกว่า 25 ( $\geq 18.5$  แต่ <25)
- น้ำหนักเกิน: มากกว่าหรือเท่ากับ 25 แต่น้อยกว่า 30 ( $\geq 25$  แต่ <30)
- อ้วน: มากกว่าหรือเท่ากับ 30 แต่น้อยกว่า 40 ( $\geq 30$  แต่ <40)
- อ้วนทรายเป็นมาก: มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ( $\geq 40$ )

### ภาวะอ้วนลงพุงและผลกระทบจากภาวะอ้วนลงพุง

ภาวะความอ้วนเป็นโรคอย่างหนึ่ง หมายถึงบุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานปกติ 20 กิโลกรัมขึ้นไป ค่าดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 30 คำว่าอ้วน (obesity) กับคำว่าน้ำหนักเกินเกณฑ์ (overweight) แท้จริงเป็นคำที่มีความหมายต่างกัน เพราะคำว่าอ้วนหมายความว่าร่างกายมีปริมาณไขมันมาก จึงได้ตั้งเกณฑ์ไว้ว่าบุคคลมีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 20 ให้ถือว่าอ้วน ภาวะความอ้วนมีผลต่อสุขภาพของบุคคลนอกจากสมรรถภาพในการเคลื่อนไหวจะลดลงแล้วยังทำให้เกิดความอึดอัด เชื่องช้า ไม่คล่องตัว สามารถสรุปสาเหตุของความอ้วนได้ (พีระพงศ์ บุญศิริ และ ภร เสนาฤทธิ, 2538) ดังต่อไปนี้

1. กรรมพันธุ์ (Heredity)
2. การทำงานผิดปกติของต่อมไร้ท่อ โดยปกติต่อมไร้ท่อต่างๆในร่างกายซึ่งมีหลายต่อมทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเพื่อควบคุมกระบวนการเผาผลาญสารอาหารต่อมไร้ท่อที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนคือต่อมไร้ท่อที่ผลิตฮอร์โมน เช่น ต่อมไทรอยด์ ต่อมพิทูอิทารี ต่อมไร้ท่อในตับอ่อน ต่อมหมวกไต
3. การขาดการออกกำลังกาย จากสภาพร่างกายทั่วไปมีการบริโภคอาหารปกติ เพื่อสร้างพลังงานแต่พลังงานไม่ได้ถูกใช้อย่างสมดุล ทำให้สารอาหารที่จะสร้างพลังงานเหลือเก็บไว้ เช่นกลูโคสเหลือเก็บไว้ในรูปของไกลโคเจนหรือไขมัน ทำให้เกิดการพอกพูนไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ดังนั้นการออกกำลังกายจึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วน



4. การบริโภคอาหารเกินความต้องการของร่างกายเนื่องจากร่างกายไม่มีการใช้พลังงานเต็มที่ ดังนั้นอาหารที่บริโภคเข้าไปจึงไม่ถูกสลายส่วน อาจเกิดจากมีสุขนิสัยในการบริโภคที่เกินความต้องการของร่างกายจึงมีการนำพลังงานที่ได้จากอาหารเก็บไว้เป็นไขมันในส่วนต่างๆ ในร่างกายจนเกิดเป็นความอ้วน

ผลกระทบต่อภาวะอ้วน

โรคอ้วนก่อให้เกิดปัญหาต่อคนทุกวัย อันจะเกิดผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่ง น้ำฝน ทองตันไตรย์ (2541) ได้ให้ข้อมูลถึงผลกระทบต่อภาวะอ้วนไว้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะภาวะคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงทำให้เกิดเส้นโลหิตตีบหรือแข็ง หัวใจขาดเลือดหรือเป็นอัมพาต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เก๊าต์ เกิดข้ออักเสบเพราะน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นกระดูกอ่อนรับน้ำหนักไม่ไหวโดยเฉพาะข้อเข่าและข้อเท้าทำให้ข้อปลายนกระดูกที่ข้อเสียดสีกันเกิดการอักเสบวมและเจ็บมาก โรคผิวหนังโดยเฉพาะเชื้อราตามซอกผิวหนัง เปียกชื้นและเกิดผื่นคันบริเวณข้อพับต่างๆ ส่วนเนื้อเยื่อไขมันเพิ่มขึ้นจะห้อยเป็นชั้น ทำให้ผิวหนัง โดยเฉพาะที่หน้าท้องและขาหนีบอับเหม็นเกิดแผลเน่าเปื่อยได้ นอกจากนี้คนอ้วนจะประสบอุบัติเหตุได้ง่ายกว่าคนปกติทั่วไปเพราะ ขาดความคล่องตัว เป็นต้น

2. ผลเสียทางจิตใจและสังคม สังคมให้คุณค่ากับการมีบุคลิกดี รวมถึงการมีรูปร่างหน้าตาและท่าทางดี คนที่มีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน จะมีปัญหาทางจิตใจและสังคมได้ง่าย เพราะมักจะถูกเพื่อนหรือคนรอบข้างล้อเลียน ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง เกิดมีปมด้อยเก็บตัว ไม่มีเพื่อนและส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านจิตสังคมตามมา

### หลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก

1. บริโภคข้าวหรือแป้งได้ตามปกติ ถ้าไม่ทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น บริโภคน้ำตาล รวมทั้งน้ำผึ้ง ไม่เกิน 2 ช้อนชาต่อมื้อ
2. บริโภคผลไม้อย่างสม่ำเสมอแต่ไม่เกิน 10-15 คำต่อมื้อแล้วแต่หวานมากหรือหวานน้อย
3. บริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันที่สุดแล้ววันละประมาณ 12-16 ช้อนโต๊ะ และหลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์
4. บริโภคใบและก้านผักอย่างสม่ำเสมอวันละไม่ต่ำกว่า 9 ช้อนโต๊ะของผักต้ม หรือเทียบเท่า
5. เลือกอาหารที่เตรียมโดยการต้ม นึ่ง ย่าง โดยหลีกเลี่ยงอาหารทอดหรือผัด



6. บริโภคน้ำมันจากรำข้าว ถั่วเหลือง เมล็ดทานตะวัน งา หลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัวและไขมันแปรรูป เช่น ไขมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม มาการีน ครีมเทียม
7. บริโภคปลา ไข่ขาว เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองทุกวัน
8. ควรดื่มนมพร่องมันเนย หรือขาดมันเนย รสจืด วันละ 1-2 แก้ว หากดื่มนมไม่ได้ให้ใช้นมถั่วเหลืองรสจืดแทน
9. ลดการบริโภคเกลือ อาหารหมักดอง อาหารเค็ม และหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสใน อาหาร
10. ไม่ควรดื่มเหล้า เบียร์ ไวน์ ยาของเหล้า เกิน 6 ส่วน ต่อสัปดาห์ ไม่ควรบริโภคชา กาแฟ เกิน 3 ถ้วยต่อวัน

### การออกกำลังกาย

การเพิ่มกิจกรรมและการออกกำลังกายร่วมกับการควบคุมอาหาร เป็นส่วนประกอบสำคัญในการลดลดเส้นรอบเอวและน้ำหนัก น้ำหนักที่ลดมักจะเป็นไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อไม่หายไปและน้ำหนักไม่ขึ้นง่าย ช่วยการกระจายไขมันในร่างกาย ทำให้น้ำหนักที่ลดคงที่ และมีสภาพร่างกายและจิตใจดีขึ้น

1. การออกกำลังกายเพื่อลดรอบเอวและน้ำหนัก
2. การออกกำลังกายแบบแอโรบิกการออกกำลังกายเพื่อเผาผลาญไขมันส่วนเกิน (Burn Fat) ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในระดับปานกลาง อย่างน้อยประมาณ 30-60 นาที ต่อวัน อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยเริ่มจากกิจกรรม หรือการออกกำลังกายที่ถนัดแล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นทีละน้อยจนถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น การเดินแอโรบิก การจ็อกกิ้ง การเดินเร็ว การขี่จักรยาน และการว่ายน้ำ เป็นต้น

การออกกำลังกายที่ได้ประสิทธิภาพ จะเป็นการเผาผลาญพลังงาน และช่วยลดน้ำหนักและไขมันได้ดี และช่วยเพิ่มสมรรถภาพการทำงาน หรือความฟิตของหัวใจ ปอด ข้อต่อ กระดูก และกล้ามเนื้อ พร้อมทั้งลดไขมันในเลือดและความดันโลหิต ขั้นตอนการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีดังนี้

2.1 ควรจะมีการอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ประมาณ 5-10 นาที โดยการเดินหรือวิ่งเหยาะๆเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมที่จะออกกำลังกาย ควรจะมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนการออกกำลังกาย เพื่อให้กล้ามเนื้อพร้อมที่จะออกกำลังกาย และช่วยป้องกันกล้ามเนื้อเอ็นได้รับบาดเจ็บขณะออกกำลังกาย

2.2 ออกกำลังกายโดยให้หัวใจเต้นได้ 60-70% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ประมาณ 20-30 นาที ซึ่งก็เพียงพอที่จะกระตุ้นพัฒนาการของอวัยวะต่างๆ แต่หากต้องการลดน้ำหนักอาจต้องออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เป็น 30-60 นาทีเป็นอย่างน้อย ตัวอย่างการออกกำลังกาย ควรมีการคลายกล้ามเนื้อ (Cool down) โดยค่อย ๆ ลดระดับการออกกำลังกายลงเป็น เวลาประมาณ 5-10 นาที และควรมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออีกครั้งก่อนหยุดการออกกำลังกาย

3. การออกกำลังกายเฉพาะส่วนเพื่อกระชับกล้ามเนื้อหน้าท้อง เช่น ลุก-นั่ง (Sit-Up) หรือ เคนส์อัฟ คือ ให้นอนหงาย ชันเข่า ยกหัวไหล่ขึ้นค้างไว้ 10 วินาทีแล้ววางหัวไหล่ลงทำวันละ ไม่น้อยกว่า 150 ครั้ง จะทำให้กล้ามเนื้อหน้าท้องกระชับได้

#### 4. การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน

การออกกำลังกายนั้นไม่จำเป็นต้องเป็นการเล่นกีฬา การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์เสริม แต่อยู่ที่บ้านออกกำลังกายเพิ่มขึ้น หรือทำกายบริหาร การทำงานบ้าน ก็สามารถช่วยให้ลดน้ำหนักได้ เพียงแค่เพิ่มกิจกรรมประจำวันเล็กน้อยก็สามารถเพิ่มการออกกำลังกายได้ ผู้ที่ไม่ชอบการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน หรือความแรงหนักหน่วงติดต่อกันก็สามารถเลือกกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ เช่น เดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ เดินแทนการใช้รถในระยะสั้นๆ การเดินไปหน้าปากซอยที่บ้านแทนการนั่งมอเตอร์ไซด์รับจ้าง บริหารร่างกายต่อเมืองหรือปั่นจักรยานขณะดูโทรทัศน์ ทำสวน ทำงานบ้าน คราดหญ้า เดินรำ หรือแม้กระทั่งการเล่นกับเด็กๆ อย่างกระฉับกระเฉง ประมาณ 30 นาที โดยทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยความแรงระดับปานกลาง ประมาณเท่ากับการเดินเร็ว 2.4-3.2 กิโลเมตรในครึ่งชั่วโมงมีการใช้พลังงานเฉลี่ย 150 แคลลอรี่ต่อวัน ก็จัดเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ไม่เป็นแบบแผน ถ้าเขาไปก็ควรทำบ่อยๆ และทำนานๆ การกระตุ้นให้ร่างกายเคลื่อนไหวระหว่างวันเสมอๆ แม้ยืนเพียง 3 ชม. แทนการนั่งก็จะเพิ่มการเผาผลาญพลังงานจากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 35 ได้

#### 5. เทคนิคการออกกำลังกาย

5.1 ตั้งเป้าหมายในการออกกำลังกายอย่างชัดเจน แต่ต้องมีลักษณะค่อยเป็น ค่อยไป หากทำได้ถึงเป้าหมายก็เพิ่มเป้าหมายขึ้นทีละน้อยจนถึงเกณฑ์ที่ตั้งไว้ เพื่อเป็นกำลังใจในการลดน้ำหนัก

5.2 ควรวางแผนการออกกำลังกายล่วงหน้าพร้อมทั้งทำสมุดโน้ตเพื่อเตือนให้ตัวเองไปออกกำลังกายตามปฏิทินที่กำหนด และเพื่อปรับนิสัยของการออกกำลังกายมากขึ้นในวิถีชีวิตของผู้ปฏิบัติ

5.3 การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องเป็นประจำจะทำให้ร่างกายเคยชิน และเมื่อไม่ได้มีออกกำลังกายบางคนอาจรู้สึกหงุดหงิดได้ ดังนั้น อย่างลัวที่จะออกกำลังกายหรือคิดว่า เป็นการฝืนร่างกาย

5.4 เลือกวิธีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์และควรยุติการออกกำลังกายทันทีเมื่อรู้สึกว่าร่างกายผิดปกติ หรือเกิดความไม่สบาย

5.5 อุปกรณ์ออกกำลังกาย ให้วางไว้ในตำแหน่งที่สังเกตเห็นได้ง่ายเพื่อกระตุ้นเตือนให้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

5.6 หากเริ่มออกกำลังกายไม่ควรออกกำลังกายอย่างหักโหมในช่วงแรก เพราะอาจทำให้เกิดผลกระทบหรือได้รับบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ทำให้กลัวที่จะออกกำลังกายต่อไป

5.7 ผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากให้หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่รับน้ำหนักมากๆ บริเวณเข้าหรือหลัง อาจจะทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือเป็นอันตรายต่อโครงสร้างของร่างกาย เช่น วิ่ง กระโดด เป็นต้น

5.8 ควรเลือกอุปกรณ์การออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น เลือกซื้อรองเท้าให้มีขนาดพอดีกับเท้าโดยไม่คับหรือหลวมมากเกินไป

5.9 ควรดื่มน้ำก่อนออกกำลังกาย 20 นาที

### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model)

แนวคิดของทฤษฎีนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับขอบเขตหรืออาณาบริเวณของชีวิต (life space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา เคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งมีสมมติฐานว่าการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ โดยบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบอธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าจะโรครุคคามตนและจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ต่อมาโรเซนสโตก (Rosenstock, 1974) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรม การป้องกันของบุคคล ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ คือ การรับรู้ของบุคคลแลแรงจูงใจที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค โดยได้อธิบาย

ไว้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วย ลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ โดยไม่ควรมียุทธศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น เบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันและพฤติกรรมอื่นๆ โดยเพิ่มปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มี อิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ได้แก่ สิ่งจูงใจการรับรู้ต่อการปฏิบัติและปัจจัยร่วม การเพิ่มเติมตัวแปรใหม่ๆ เข้าไปจะช่วยให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีขึ้น และทำให้แบบ ความเชื่อสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งแนวคิดหรือรูปแบบที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาทดลองใช้กัน อย่างแพร่หลายคือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) โดยนำมาเป็นกรอบ ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) พฤติกรรม การเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (sick role behavior) เพื่อหา แนวทางในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Janz & Becker, 1984) แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ (health belief model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) เป็นแนวคิดซึ่งมี จุดเน้นที่ พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยและการปรับพฤติกรรม ช่วยวินิจฉัย สาเหตุของพฤติกรรมและการค้นหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (วัลลา ตันตโยทัย, 2543) โดยมีส่วนประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ มา จากทฤษฎีจิตวิทยาและพฤติกรรมที่มีแบบแผนหลากหลาย และได้นำมาใช้ในด้านพฤติกรรมที่ สัมพันธ์กับสุขภาพ (health related behavior) ได้แก่ ความต้องการที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย หรือถ้าอยู่ในความเจ็บป่วยก็จะมี การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีหายจากโรค และเชื่อว่าการปฏิบัติ ทางด้านสุขภาพจะป้องกันหรือเยียวยาความเจ็บป่วยได้ ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะ เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย มีองค์ประกอบอยู่ทั้งหมด 4 ด้าน ดังนี้ (Becker, 1974)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility) คือความรู้สึก หรือความคิดเห็นของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่า ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมากน้อยเพียงใด เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและได้รับ ทราบการวินิจฉัยโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะแตกต่างกันไปจากผู้ที่มีสุขภาพดี ทั่วไป

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (perceived severity คือความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลต่อความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้น ซึ่งพิจารณาจากผลที่เกิดตามมาในทุกๆ ด้าน ทั้งนี้บุคคลจะต้องรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived benefits) คือความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ในการลดภาวะเสี่ยงหรือความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (perceived barrier) คือความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ถ้าบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น มีความยากลำบาก ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกไม่พร้อม งบประมาณการดำเนินชีวิตประจำวันก็จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หากบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีมากกว่าการรับรู้ประโยชน์ก็จะไม่เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในองค์ประกอบต่างๆ นั้นการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรู้ว่าตนเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังไม่ได้แน่ชัดว่าเป็นพฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคน้อย ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีขึ้น แต่ถ้าความพร้อมมีน้อยในขณะที่ข้อเสียมีมาก ก็จะไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น (วัลลา ตันตโยทัย, 2543) ซึ่งการรับรู้ภาวะเสี่ยงรวมกับการรับรู้ความรุนแรงทำให้มีพลังหรือแรงขับที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางการปฏิบัติได้ แต่การปฏิบัติจะยังไม่ปรากฏแต่ต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นซึ่งแต่ละคนจะต้องการการกระตุ้นในระดับที่ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงกล่าวคือถ้าระดับของการรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงต่ำก็ ต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นอย่างมากในทางกลับกัน ถ้าระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงสูง หากมีการกระตุ้นเพียงเล็กน้อย

ก็อาจจะเพียงพอ ส่วนปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางด้านจิตสังคมและปัจจัยทางด้านโครงสร้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลและการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

### แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ

แนวคิดสุขภาพตามการรับรู้ของสามัญชนและเจ้าหน้าที่สุขภาพ (The emicetic health grid) เป็นแนวคิดที่เสนอโดยทริพพ์ ไรเมอร์ (Tripp-Rimer, 1984 อ้างตามศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2548) โดยแยกการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพดี ความเจ็บป่วย และการเกิดโรคบนเส้นตรงสองเส้นที่ตัดกันตามการรับรู้ของสามัญชนหรือประชาชนทั่วไป (emic view) ที่มีต่อสุขภาพ คือ สุขภาพดี และความเจ็บป่วย (wellness and illness) ตามการรับรู้ของบุคคลในแต่ละกลุ่มที่มีวัฒนธรรมและความเชื่อสืบทอดกันมา ส่วนการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (etic view) ที่มีต่อสุขภาพคือ การเกิดโรคและปราศจากโรค โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ที่มีความเป็นปรนัย ทั้งสองเส้นที่ตัดกันสามารถแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. บุคคลรู้ว่าตนสุขภาพดี และเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้วไม่พบโรค แสดงว่ามีการรับรู้ ตรงกัน การปฏิบัติที่ตามมาคือการส่งเสริมสุขภาพ
2. บุคคลรู้ว่าตนเจ็บป่วย แต่เจ้าหน้าที่สุขภาพทำการตรวจแล้วไม่พบโรคหรืออาการผิดปกติ แสดงว่ามีการรับรู้ที่ไม่ตรงกัน อาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ใช้บริการ และเจ้าหน้าที่ในด้านการดูแลรักษา
3. บุคคลรู้ว่าตนเจ็บป่วย และเจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้ว พบโรคหรือความผิดปกติ แสดงว่าการรับรู้ความเจ็บป่วยตรงกัน ผู้ให้บริการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
4. บุคคลรู้ว่าตนสุขภาพดีแต่เจ้าหน้าที่สุขภาพตรวจแล้ว พบโรคหรือความผิดปกติ แสดงการรับรู้ที่ไม่ตรงกัน อาจทำให้เกิดการไม่ยอมรับในการรักษาพยาบาล

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นาคยา เกรียงชัยพุกฤษ (2543) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียด ของผู้สูงอายุ ณ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผล โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 76 คน



ซึ่งมีอายุระหว่าง 55-76 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มอย่างง่าย ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 38 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 38 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

กานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษา ที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า เมื่อสิ้นสุดการทำกิจกรรมกลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องโภชนาการและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้ยังคงอยู่ในระยะติดตามผล แต่โปรแกรมไม่สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหารและพฤติกรรมรับประทาน อาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าระดับการรับรู้จะเพิ่มขึ้นหลังการดำเนินกิจกรรมก็ตามในทางตรงกันข้ามการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ลดลงในระยะติดตามผล และไม่มี ความแตกต่างจากก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีความรู้ด้านโภชนาการและโรคอ้วนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ส่วนการรับรู้ ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของภาวะอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมอาหารของกลุ่มเปรียบเทียบเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติภายหลังการทดลองแต่ในระยะติดตามผลการรับรู้ดังกล่าวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นการรับรู้อุปสรรคที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าหลังการทดลอง จะพบว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พฤติกรรมนี้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะติดตามผลเช่นกัน

ดาวลอย กลิ่นศรีสุข (2551) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง การเสริมศักยภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้ใช้บริการ ที่มีภาวะอ้วนลงพุงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย

ด้วยภาวะอ้วนลงพุงหรือไขมันในช่องท้องมากเกินไป (Metabolic syndrome) คือ กลุ่มของปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วยดัชนีมวลกายเกิน 24.9 กก./ตรม. รอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซม. ในผู้ชาย รอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ซม. ในผู้หญิง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งทางการแพทย์พบว่า เป็นภาวะที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ คือ โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด กรมนอนมักระทรวงสาธาณสุข จึงมีนโยบายเชิงรุกได้ดำเนินโครงการ “คนไทยไร้พุง” ขึ้นในปีงบประมาณ 2550 โดยให้มีการดำเนินการตั้งคลินิกคนไทยไร้พุงในศูนย์อนามัยทุกเขต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากรณีผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุงเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักตัวและรอบเอว และเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุง กรณีศึกษาเป็นหญิงไทยอายุ 57 ปีอาชีพกสิกรรมผลการตรวจสุขภาพพบว่า มีภาวะอ้วนลงพุงน้ำหนัก 81.4 กก. ดัชนีมวลกาย 35.2 กก./ตรม. มีรอบเอว 102 ซม. ความดันโลหิต 130/80 มม.ปรอทน้ำตาลในเลือด 102 มก./ดล. ไขมันโคเลสเตอรอล 323 มก./ดล. ไขมันไตรกลีเซอไรด์ 391 มก./ดล. ไขมันเอช ดี แอล 40.9 มก./ดล. ไขมันแอล ดี แอล 203.9 มก./ดล. สาเหตุของปัญหาเนื่องจากผู้ใช้บริการยังขาดความตระหนัก จึงต้องสร้างความตระหนักและแรงจูงใจ มีการเสริมศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้กับผู้ใช้บริการ ผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักตัวลดลงได้ร้อยละ 15.8 ของน้ำหนักตัวเดิม ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ คือลดลงได้ 13.1 กก. เส้นรอบเอวลดลง 7 ซม. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการลดลงในเกณฑ์ปกติ มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม พฤติกรรมออกกำลังกายมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์

เจสสิกา ราเพลและเนล คูลสัน (Rapley and Coulson, 2005) ได้ทำการศึกษาถึงขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในหมู่วัยรุ่นโดยขึ้นอยู่กับทัศนคติและความสามารถของตนเองโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หมู่วัยรุ่นหญิงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยสามารถรับประทานผักและผลไม้ได้ในปริมาณ 5 ส่วนต่อวัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วงอายุ 11-16 ปี จำนวน 501 คน จากผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นกลยุทธ์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองในการบริโภคอาหารและสามารถรับประทานผักและผลไม้ได้ในปริมาณ 5 ส่วนต่อวันและสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการวางแผนการศึกษาและพัฒนาโภชนาการ

โจริส เอิร์ตเซนส์ (Aertsens, 2009) เป็นการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอินทรีย์ โดยกระตุ้นให้ผู้บริโภคมีความรู้ ทักษะคติและความรู้สึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอินทรีย์ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการควบคุมพฤติกรรม ผู้บริโภคมีการ

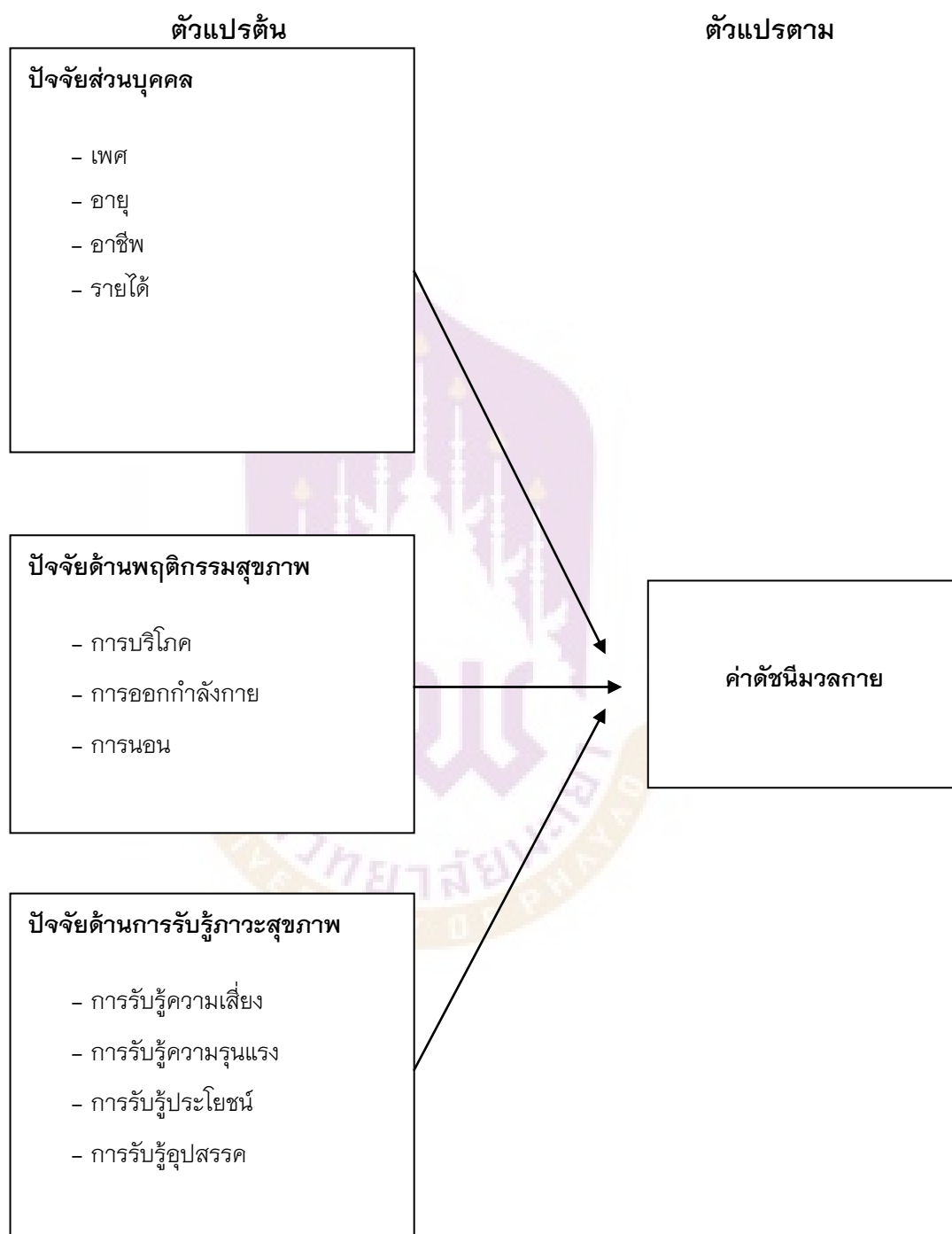


วางแผนการเลือกอาหารอินทรีย์ที่มีคุณค่า ปลอดภัยต่อร่างกาย แล้วยังมีความรู้ ทักษะคติและ ความรู้ลึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอินทรีย์

เมลิสสา เนลสัน ( Nelson, 2009) สํารวจและเปรียบเทียบการเลือกรับประทาน อาหารของนักศึกษาปี 2 นักศึกษาปี 4 และบุคคลวัยผู้ใหญ่ พบว่าบุคคลวัยผู้ใหญ่มีวิธีการเลือก รับประทานอาหารที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับนักศึกษาปี 4 และนักศึกษาปี 2 ซึ่งนักศึกษาปี 4 และ นักศึกษาปี 2 มีวิธีการเลือกรับประทานอาหารที่ดีน้อยกว่าบุคคลวัยผู้ใหญ่หลังจากการสํารวจ ครั้งนี้พบว่าประชาชนมากกว่าครึ่งให้ความสำคัญกับสารอาหารที่จำเป็นในแต่ละวัยโดยเฉพาะ กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค

ราเชล วิดอม (Widome, 2009) ได้ทำการสํารวจความแตกต่างกันของวัยรุ่นในกิจวัตร ประจำวันเกี่ยวกับการรับรู้การควบคุมปริมาณอาหารให้อยู่ในปริมาณที่พอเหมาะโดยทำการ สํารวจจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่อาศัยอยู่ในเมืองมินเนียโพลิส ในระหว่าง ปี 1998-1999 จากการศึกษาพบว่าอาหารกลุ่มที่ไม่ปลอดภัยจะทำให้ได้รับไขมันในปริมาณที่สูง และส่งผลให้ร่างกายมีค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 95% จึงได้การมีการส่งเสริมให้วัยรุ่นนั้น สมควรได้รับปริมาณอาหารที่เหมาะสม

## กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง(Cross-sectional study) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน” อำเภอ แม่อายุจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามช่วงระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2555 ถึงเดือน มีนาคม 2555 เป็นระยะเวลา 2 เดือน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชนในอำเภอแม่อายุ ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน อ.แม่อายุ จ.เชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 339 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณขนาดโดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างของ Cochran (1997)

$$\text{สูตร } n = \frac{Z^2 \alpha / 2 N P q}{Z^2 \alpha / 2 N P q + N d^2}$$

เมื่อ  $n$  =ขนาดตัวอย่าง

$Z^2 \alpha / 2$  =ค่าคะแนนมาตรฐาน เมื่อ  $\alpha=0.05=1.96$

$N$  =ประชากรในการศึกษา=339 คน

$P$  =สัดส่วนของประชากรที่สนใจ 23.89=0.24

$q$  =1-P=1-0.24=0.76

$d$  =ค่าความคลาดเคลื่อน=0.05

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{(1.96)^2(339)(.24)(.76)}{(1.96)^2(.76)(.24)+339(0.05)^2} \\
 &= \frac{237.50}{1.55} \\
 &= 153.22 \\
 n &= 153 \text{ ราย}
 \end{aligned}$$

เพื่อป้องกันการเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วนผู้ศึกษาจึงได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างอีก 8 ราย เป็นตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา 162 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยทำการเลือกกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบระหว่างก่อนดำเนินโครงการ กับ ดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง (case) และกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายไม่ลด (control) ใช้ สัดส่วนเป็น 1:1 (Supanvanich and Podhipok, 1994) เป็นจำนวน 81 คน ต่อ 81 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติดังนี้

1. กลุ่ม case ได้แก่ผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เท็ดไ้ทองคำรัช” อำเภอ แม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการแปรผลค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบระหว่างก่อนดำเนินโครงการ กับดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็น ลดลง โดยไม่คำนึงว่าค่าดัชนีมวลกายจะอยู่ในระดับใดก็ตาม

2. กลุ่ม control ได้แก่กลุ่มผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เท็ดไ้ทองคำรัช อำเภอ แม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีการแปรผลค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบระหว่างก่อนดำเนินโครงการ กับ ดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็น ไม่ลดลง คือ มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือเพิ่มขึ้น โดยไม่คำนึงว่าค่าดัชนีมวลกายจะอยู่ในระดับใด โดยผู้วิจัยจะทำการคัดเลือกแบบเจาะจง ตัวอย่างที่มีเลขที่ลำดับต่อจากกลุ่ม case

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพรายได้ ส่วนสูง รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย ผลของค่าดัชนีมวลกายเมื่อสิ้นสุดโครงการคนแม่อายุไร้พุง เท็ดไ้ทองคำรัช อ.แม่อายุ จ.เชียงใหม่

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นได้จัดทำขึ้นเอง มีจำนวน 32 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีระดับ 5 ระดับ ดังนี้

- 5 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด (ปฏิบัติทุกวัน)
- 4 หมายถึง มีการปฏิบัติมาก (ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์)
- 3 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง (ปฏิบัติ 4 วัน ต่อสัปดาห์)
- 2 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย (ปฏิบัติ 2-3 วัน ต่อสัปดาห์)
- 1 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด (ปฏิบัติไม่เกิน 1 วันต่อสัปดาห์หรือไม่ได้ปฏิบัติ)

การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00	พฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นการรับรู้ภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ การรับรู้ความเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ ความรุนแรงจำนวน 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์จำนวน 5 ข้อและการรับรู้อุปสรรคต่อการเจ็บป่วยด้วยภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(1 คะแนน)
ไม่เห็นด้วย	(2 คะแนน)
ไม่แน่ใจ	(3 คะแนน)
เห็นด้วย	(4 คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(5 คะแนน)

การแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามแต่ละด้าน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49	ระดับการรับรู้อยู่ในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49	ระดับการรับรู้อยู่ในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49	ระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49	ระดับการรับรู้อยู่ในระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00	ระดับการรับรู้อยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ภาควิชาสุขอนามัย 1 ท่าน และ พยาบาลชำนาญการ 2 ท่าน ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงและแก้ไขตาม ข้อเสนอแนะก่อนนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 ตัวอย่าง ในหมู่ที่ 1 ตำบลแม่ยาว อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ศึกษานำหนังสือจากคณะบดีบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยพะเยา ยื่นเสนอหนังสือต่อ ภาควิชาสุขอนามัยแม่และเด็ก และนายอำเภอแม่สาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้า และขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

2. ผู้ศึกษาทำการศึกษาและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นจากสรุปผลการดำเนินงานตาม โครงการ “คนแม่สายไร้พุง เทิดไถ่องค์ราชัน” อ.แม่สาย จ.เชียงใหม่

3. วางแผนการเก็บกลุ่มตัวอย่าง ตามที่คำนวณได้

4. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและการพิทักษ์สิทธิ์ เมื่อได้รับความยินยอม จึงเก็บข้อมูล กรณีตัวอย่างไม่สามารถติดตามได้ จะทำการเลื่อนลำดับเป็นลำดับหลังจาก ตัวอย่างนั้นไปอีก 1 ลำดับ จนครบตามจำนวนที่ต้องการ (ในแบบสอบถาม ไม่ระบุชื่อ ชื่อสกุล ของผู้ตอบแบบสอบถาม)

5. ผู้ศึกษารวบรวมข้อมูล พร้อมตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อเตรียมการวิเคราะห์โดยภาพรวม โดยไม่ระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression)



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศไทรงศ์ราชน อ.แม่เฒ่า จ.เชียงใหม่ จำนวน 339 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สาวตorkำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศไทรงศ์ราชน อ.แม่เฒ่า จ.เชียงใหม่ โดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างของ Cochran (1997) จำนวนทั้งสิ้น 162 คน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถาม ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2555 ถึงเดือนมีนาคม 2555 เป็นระยะเวลา 2 เดือน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มแบบเจาะจงโดยทำการเลือกกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบระหว่างก่อนดำเนินโครงการ กับดำเนินโครงการเสร็จสิ้น แบ่งกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายมีผลเป็นลดลง (case) และกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายไม่ลด (control) ใช้สัดส่วนเป็น 1:1 (Supanvanich and Podhipok, 1994) เป็นจำนวน 81 คน ต่อ 81 คน รวมจำนวน 162 คน ผลการวิจัยที่ได้นำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย แบ่งออกเป็น 4 ส่วนตามลำดับดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรง พฤติกรรมความเสี่ยง พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 4 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์ กับค่าดัชนีมวลกาย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศไทรงศ์ราชน อ.แม่เฒ่า จ.เชียงใหม่ จำนวน 162 คน ซึ่งได้แยกกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้ผลต่างของค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังการดำเนินโครงการเป็นตัวจำแนกกลุ่มได้ เป็น กลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง (case) จำนวน 81 คน และกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายไม่ลดลง (control) จำนวน 81 คน ได้ผลการศึกษาดังนี้

เพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.44 และเพศหญิง ร้อยละ 5.56 เมื่อจำแนกเป็นกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายลดลง และกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกาย



ไม่ลดลง พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นกัน คือ ร้อยละ 96.30 และ ร้อยละ 92.26 ตามลำดับ

อายุ พบว่าภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่จะมีอายุในช่วง 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.79 อายุเฉลี่ย 44.48 ปี จำแนกเป็นกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายลดลง และกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายไม่ลดลง พบว่า ส่วนใหญ่จะมีอายุในช่วง 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.73 และในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง ส่วนใหญ่อายุจะอยู่ในช่วง 30-45 ปี และ ร้อยละ 45.68

สถานภาพสมรส พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็น คู่ ร้อยละ 78.40 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 85.31 ส่วนในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลงส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นคู่ ร้อยละ 81.48

ศาสนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.65 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 90.12 ส่วนในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลงนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.19

ระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.23 กลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง ส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 58.02 รองลงมาจะมีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.51 ส่วนในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลงส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.91 รองลงมาจะมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 44.44

อาชีพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีอาชีพทำเกษตรกรรม ร้อยละ 53.47 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง มีอาชีพทำเกษตรกรรม ร้อยละ 50.62 ส่วนในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลงมีอาชีพทำเกษตรกรรม ร้อยละ 54.32

ตำแหน่งของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 75.93 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 74.07 ส่วนในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 77.78

รายได้ต่อเดือนของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 ถึง 9,999 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 78.40 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000 ถึง 9,999 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 71.60 ส่วนในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง มีรายได้ อยู่ในช่วง 5,000 ถึง 9,999 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 85.19

ส่วนสูง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีส่วนสูงระหว่าง 160-169 เซ็นติเมตร ร้อยละ 64.20 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง มีส่วนสูง ระหว่าง 160-169 เซ็นติเมตร ร้อยละ 62.96 ส่วนในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง มีส่วนสูงระหว่าง 160-169 เซ็นติเมตร ร้อยละ 65.43

น้ำหนักก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีน้ำหนักระหว่าง 60-69 กิโลกรัม ร้อยละ 36.42 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผล เป็นลดลง มีน้ำหนักระหว่าง 60-69 กิโลกรัม ร้อยละ 38.27 ลำดับถัดมาจะมีน้ำหนักระหว่าง 70-79 กิโลกรัม ร้อยละ 30.86 และในส่วนกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการ เสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง มีน้ำหนักระหว่าง 60-69 กิโลกรัม ร้อยละ 34.57 ลำดับถัดมาจะมี น้ำหนักระหว่าง 50-59 กิโลกรัม ร้อยละ 37.04 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกาย หลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง

รอบเอวก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีรอบเอวระหว่าง 80- 89 เซ็นติเมตร ร้อยละ 45.68 โดยกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง มีรอบเอวระหว่าง 80-89 เซ็นติเมตร ร้อยละ 45.68 ลำดับถัดมาจะมีรอบเอว ระหว่าง 90-99 เซนติเมตร ร้อยละ 35.80 และในส่วนกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง มีรอบเอวระหว่าง 80-89 เซ็นติเมตร ร้อยละ 45.68 ลำดับ ถัดมาจะมีรอบเอวระหว่าง 70-79 เซนติเมตร ร้อยละ 38.27 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ค่าของดัชนี มวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง

ค่าดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโครงการ ตัวอย่างทั้งหมด มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับ ปกติ ร้อยละ 32.72 และระดับปกติค่อนข้างสูง ร้อยละ 26.54 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ค่าของดัชนี มวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ค่อนข้างสูง ร้อยละ 29.63 และมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับเกินเกณฑ์ ร้อยละ 25.93 ในลำดับ ถัดมา ในส่วนอยู่ในระดับปกติมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 45.68 ลำดับถัดมาจะมี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติค่อนข้างสูง ร้อยละ 23.46 ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ค่าของดัชนี มวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง

ผลต่างของค่าดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีผลต่างของค่าดัชนีมวลกาย มีผลเป็นลดลง 81 รายซึ่งเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และอีกร้อยละ 50 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ค่าดัชนีมวลกายมีผลเป็นไม่ลดลงทั้งหมดแยกเป็น ไม่มีผลต่างคือค่าดัชนีมวลกายคงที่ ร้อยละ 90.12 และค่าดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น 9.88

การเข้าร่วมกิจกรรมให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่ครบทุกครั้ง ร้อยละ 54.94 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกาย หลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง เข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่ครบทุกครั้งร้อยละ 51.85 และในส่วนของกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง ร่วมกิจกรรมแต่ไม่ครบทุกครั้งร้อยละ 58.02 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ BMI ลดลง		กลุ่มที่ BMI ไม่ลดลง		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
1) หญิง	3	3.70	6	7.40	9	5.56
2) ชาย	78	96.30	75	92.60	153	94.44
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
2. อายุ						
1) ต่ำกว่า 30 ปี	2	2.47	8	9.88	10	6.17
2) 30 – 45 ปี	23	28.40	37	45.68	60	37.04
3) 45 ปีขึ้นไป	56	69.13	36	44.44	92	56.79
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
3. สถานภาพสมรส						
1) โสด	17	20.99	12	14.81	29	17.90
2) คู่	61	75.31	66	81.48	127	78.40
3) หม้าย	2	2.47	0	0	2	1.23
4) หย่า/แยก	1	1.23	3	3.71	4	2.47
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00

## ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ BMI ลดลง		กลุ่มที่ BMI ไม่ลดลง		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ศาสนา						
1) พุทธ	73	90.12	69	85.19	142	87.65
2) คริสต์	7	8.64	12	14.81	19	11.73
3) อื่นๆ	1	1.24	0	0	1	0.62
รวม	81	100.00	81	100		100.00
5. ระดับการศึกษา						
1) ประถมศึกษา	47	58.02	36	44.44	83	51.23
2) มัธยมศึกษา	32	39.50	38	46.91	70	43.21
3) ปริญญาตรี	1	1.24	3	3.71	4	2.47
4) อื่นๆ ไม่ได้เรียน	1	1.24	4	4.94	5	3.09
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
6. อาชีพ						
1) รับจ้าง	29	35.80	20	24.69	49	30.25
2) ค้าขาย	10	12.35	13	16.05	23	14.20
3) พ่อบ้าน/แม่บ้าน	1	1.24	2	2.47	3	1.85
4) เกษตรกรรม	41	50.61	44	54.31	85	52.47
5) อื่นๆ ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.00	2	2.48	2	1.23
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
7. ตำแหน่ง						
1) กำนัน	2	2.47	1	1.23	3	1.85
2) สาวัดรกำนัน	4	4.94	3	3.70	7	4.32
3) ผู้ใหญ่บ้าน	14	17.28	11	13.58	25	15.43
4) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	60	74.07	63	77.78	123	75.93

## ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ BMI ลดลง		กลุ่มที่ BMI ไม่ลดลง		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5) กรรมการหมู่บ้าน	1	1.24	3	3.71	4	2.47
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
8. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว						
1) ต่ำกว่า 5,000 บ.	2	2.47	0	0	2	1.23
2) 5,000-9,999 บ.	58	71.60	69	85.19	127	78.40
3) 10,000-14,999บ.	8	9.88	2	2.47	10	6.17
4) 15,000 บ. ขึ้นไป	13	16.05	10	12.34	23	14.20
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
9. ส่วนสูง						
1) ต่ำกว่า 159 ซม.	13	16.05	17	20.99	30	18.52
2) 160-169 ซม.	51	62.96	53	65.43	104	64.20
3) 170 ซม.ขึ้นไป	17	20.99	11	13.58	28	17.28
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
10. น้ำหนักก่อนเข้าร่วมโครงการ						
1) ต่ำกว่า 49 ก.ก.	0	0.00	4	4.94	4	2.47
2) 50-59 ก.ก.	13	16.05	30	37.04	43	26.54
3) 60-69 ก.ก.	31	38.27	28	34.57	59	36.42
4) 70-79 ก.ก.	25	30.86	14	17.28	39	24.08
5) 80 ก.ก.ขึ้นไป	12	14.82	5	6.17	17	10.49
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ BMI ลดลง		กลุ่มที่ BMI ไม่ลดลง		กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11. รอบเววก่อนเข้าร่วมโครงการ						
1) ต่ำกว่า 69 ซม.	1	1.23	0	0	1	0.62
2) 70-79 ซม.	12	14.81	31	38.27	43	26.54
3) 80-89 ซม.	37	45.68	37	45.68	74	45.68
4) 90-99 ซม.	29	35.80	12	14.81	41	25.31
5) 100 ซม.ขึ้นไป	2	2.48	1	1.24	3	1.85
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
12. ดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโครงการ						
1) ต่ำกว่าเกณฑ์	0	0.00	2	2.47	2	1.23
2) ปกติ	16	19.75	37	45.68	53	32.72
3) ปกติค่อนข้างสูง	24	29.63	19	23.46	43	26.54
4) น้ำหนักเกินเกณฑ์	21	25.93	9	11.11	30	18.52
5) น้ำหนักเกินเกณฑ์ เกือบเป็นโรคอ้วน	12	14.81	10	12.34	22	13.58
6) เป็นโรคอ้วน	8	9.88	4	4.94	12	7.41
รวม	81	100.00	81	100.00	162	100.00
13. การเข้าร่วมกิจกรรมให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม						
1) เข้าร่วมทุกครั้ง	28	34.57	26	32.10		
2) เข้าร่วมแต่ไม่ครบ ทุกครั้ง	42	51.85	47	58.02		
3) ไม่เคยเข้าร่วม	11	13.58	8	9.88		
รวม	81	100.00	81	100.00		

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาค้นคว้านี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เติบโตองค์กรฯ อ.แม่สาย จ.เชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ค่าดัชนีมวลกายลดลงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.17$ , S.D.=0.35) เมื่อจำแนกตามรายข้อเรียงลำดับคะแนนจาก 5 อันดับที่มีคะแนนมากที่สุด และ 5 อันดับที่มีคะแนนน้อยที่สุด พบว่า 5 อันดับที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ทานรับประทานอาหารที่ใส่เนย มากาριν เบเกอรี่ทุกชนิดอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.22$ , S.D.=1.42), ทานรับประทานอาหารมื้อดึก ก่อนนอนอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.17$ , S.D.=1.11), ทานดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.10$ , S.D.=1.06), ทานรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันจากสัตว์อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.84$ , S.D.=1.14) และทานรับประทานอาหารรสหวานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.71$ , S.D.=1.14) ส่วน 5 อันดับที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ทานรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}=1.96$ , S.D.=1.11), ทานดื่มนม วันละ 1-2 แก้วอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}=2.25$ , S.D.=1.32), ปกติทานงีบหลับหรือนอนกลางวันอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}=2.27$ , S.D.=1.06), ทานรับประทานอาหารรสจัดอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}=2.46$ , S.D.=1.09) และทานออกกำลังกายต่อเนื่องกันอย่างน้อย 30 นาทีอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}=2.52$ , S.D.=1.15) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ทานรับประทานอาหารครบ 5 หมู่	3.41	1.12	ปานกลาง
2. ทานรับประทานอาหารเช้าเป็นอาหารประเภท ข้าวหรือแป้ง	3.44	1.39	ปานกลาง
3. ทานดื่มชา กาแฟ เป็นอาหารมื้อเช้า	3.54	1.47	มาก
4. ทานดื่มนม วันละ 1-2 แก้ว	2.25	1.32	น้อย
5. ทานรับประทานอาหารประเภท ผัก อย่างน้อย 1 ชนิดต่อวัน	3.52	1.32	มาก
6. ทานรับประทานผลไม้ วันละ 1 ครั้ง	2.88	1.33	ปานกลาง
7. ทานรับประทานประเภทปลาอย่างน้อย วันละมื้อ	2.65	1.13	ปานกลาง

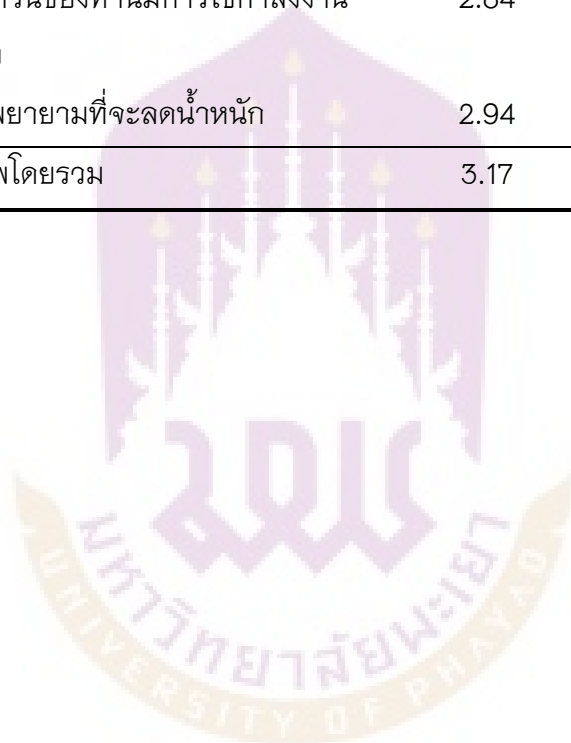
ตาราง 2 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
8.. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์	2.54	1.16	ปานกลาง
9. ท่านรับประทานอาหารประเภท ทอด ,ผัด	3.28	1.10	ปานกลาง
10. ท่านรับประทานอาหารประเภท ต้ม,นึ่ง, ลวก,อบ	2.87	1.08	ปานกลาง
11. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน จากสัตว์	3.84	1.14	มาก
12. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมัน จากพืช	3.29	1.30	ปานกลาง
13. ท่านรับประทานอาหารรสจืด	2.46	1.09	น้อย
14. ท่านรับประทานอาหารรสหวาน	3.71	1.14	มาก
15. ท่านดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน	4.10	1.06	มาก
16. ท่านรับประทานอาหารเกินวันละ 3 มื้อ	3.40	1.34	ปานกลาง
17. ท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อต่อ วัน	3.49	1.39	ปานกลาง
18. ท่านรับประทานมื้อเย็นห่างจากเวลานอน ไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	2.94	1.30	ปานกลาง
19. ท่านรับประทานอาหารเช้าดีก่อนนอน	4.17	1.11	มาก
20. ท่านรับประทานอาหารเช้าที่ใส่เนย มากาρίน เบเกอรี่ทุกชนิด	4.22	1.42	มาก
21. ท่านรับประทานอาหารตรงต่อเวลา	3.07	1.24	ปานกลาง
22. ท่านรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา	3.67	1.22	มาก
23. ท่านเสียดายอาหารจะรับประทานจนหมด แม้ว่าท่านอิ่มแล้ว	3.69	1.26	มาก
24. ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องกันอย่างน้อย 30 นาที	2.52	1.15	ปานกลาง
25. ท่านใช้เวลาอนหลับ เกิน วันละ 8 ชั่วโมง	2.90	1.28	ปานกลาง
26. ปกติท่านงีบหลับหรือนอนกลางวัน	2.27	1.06	น้อย



ตาราง 2 (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
27. ท่านรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก	1.96	1.11	น้อย
28. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.52	1.14	มาก
29. ท่านใช้เวลาว่างนอนดูโทรทัศน์	3.22	1.23	ปานกลาง
30. ท่านใช้เวลาว่างเล่นกีฬา ออกกำลังกาย	2.59	1.16	ปานกลาง
31. กิจกรรมประจำวันของท่านมีการใช้กำลังงานอย่างต่อเนื่อง	2.84	1.30	ปานกลาง
32. ท่านมีความพยายามที่จะลดน้ำหนัก	2.94	1.34	ปานกลาง
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	3.17	0.35	ปานกลาง



### ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้

#### อุปสรรค ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย

ผลการศึกษาคั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง ต่อการควบคุมค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทตให้องค์ราชัน อ.แม่อายุ จ.เชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.37$ , S.D.=0.51) เมื่อจำแนกตามรายข้อเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ท่านคิดว่าคนไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการทำให้มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าคนออกกำลังกายสม่ำเสมอ อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.80$ , S.D.=0.97), ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสมีค่าดัชนีมวลกายเกิน เพราะท่านชอบรับประทานขนมขบเคี้ยวอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.54$ , S.D.=0.97), ท่านคิดว่ารับประทานน้ำอัดลมเป็นประจำทำให้ท่านมีค่าดัชนีมวลกายเกินอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.51$ , S.D.=1.07), ท่านคิดว่าการมีญาติพี่น้องที่มีภาวะอ้วนทำให้ท่านมีโอกาสมีค่าดัชนีมวลกายเกินได้ เช่นกันอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $\bar{x}=3.36$ , S.D.=0.99) และท่านคิดว่าการรับประทานอาหารเกินวันละ 3 มื้อจะไม่ทำให้ท่านมีค่าดัชนีมวลกายเกินอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $\bar{x}=2.62$ , S.D.=1.06) ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่อการรับรู้ความเสี่ยงด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1.ท่านคิดว่าการรับประทานอาหารเกินวันละ 3 มื้อจะไม่ทำให้ท่านมีค่าดัชนีมวลกายเกิน	2.62	1.06	ปานกลาง
2.ท่านคิดว่าการมีญาติพี่น้องที่มีภาวะอ้วนทำให้ท่านมีโอกาสมีค่าดัชนีมวลกายเกินได้ เช่นกัน	3.36	0.99	ปานกลาง
3.ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสมีค่าดัชนีมวลกายเกิน เพราะท่านชอบรับประทานขนมขบเคี้ยว	3.54	0.97	มาก
4.ท่านคิดว่าการรับประทานน้ำอัดลมเป็นประจำ ทำให้ท่านมีค่าดัชนีมวลกายเกิน	3.51	1.07	มาก
5.ท่านคิดว่าคนไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการทำให้มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าคนออกกำลังกายสม่ำเสมอ	3.80	0.97	มาก
การรับรู้ความเสี่ยงรวม	3.37	0.51	ปานกลาง

ผลการศึกษาคั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรง ต่อการควบคุมค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน อ.แม่สาย จ.เชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.85$ , S.D.=0.69) เมื่อจำแนกตามรายข้อเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ท่านคิดว่าคนอ้วนมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=4.41$ , S.D.=0.90), ท่านคิดว่าคนอ้วนมักเหนื่อยง่ายและทำงานได้น้อยกว่าคนปกติอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=4.06$ , S.D.=0.84), ท่านคิดว่าคนอ้วนเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนปกติอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.84$ , S.D.=0.86), ท่านคิดว่าความอ้วนเป็นบ่อเกิดของความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.67$ , S.D.=0.87) และท่านคิดว่าคนอ้วนมักเสียชีวิตเร็วกว่าคนปกติอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.56$ , S.D.=0.84) ดังตาราง 4

**ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่อการรับรู้ความรุนแรงด้านสุขภาพ**

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านคิดว่าคนอ้วนมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	4.41	0.90	มาก
2. ท่านคิดว่าความอ้วนเป็นบ่อเกิดของความเครียด	3.67	0.87	มาก
3. ท่านคิดว่าคนอ้วนเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนปกติ	3.84	0.86	มาก
4. ท่านคิดว่าคนอ้วนมักเหนื่อยง่ายและทำงานได้น้อยกว่าคนปกติ	4.06	0.84	มาก
5.ท่านคิดว่าคนอ้วนมักเสียชีวิตเร็วกว่าคนปกติ	3.56	0.84	มาก
การรับรู้ความรุนแรงรวม	3.85	0.69	มาก

ผลการศึกษาคั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ ต่อการควบคุม ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เท็ดให้องค์ราชั้น อ.แม่อายุ จ.เชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.91$ , S.D.=0.51) เมื่อจำแนกตามรายข้อเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ท่านคิดว่าออกกำลังกายสม่ำเสมอป้องกันภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.91$ , S.D.=0.91), ท่านคิดว่าคนที่มีภาวะโภชนาการที่ดีจะเป็นแบบอย่างที่ดีในครอบครัวและในชุมชน อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.91$ , S.D.=0.81), ท่านคิดว่า การควบคุมค่าดัชนีมวลกายช่วยควบคุมลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่อ โรคเบาหวานความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.86$ , S.D.=0.88), คนที่มีภาวะโภชนาการดีมักสวมเสื้อผ้าได้สวยงามอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.69$ , S.D.=0.92) และท่านคิดว่า การลดน้ำหนักเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{x}=3.67$ , S.D.=0.90) ดังตาราง 5

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่อการรับรู้ประโยชน์ด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านคิดว่าออกกำลังกายสม่ำเสมอป้องกันภาวะค่าดัชนีมวลกายเกิน	3.91	0.91	มาก
2. ท่านคิดว่า การควบคุมค่าดัชนีมวลกายช่วยควบคุมลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	3.86	0.88	มาก
3. ท่านคิดว่า การลดน้ำหนักเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	3.67	0.90	มาก
4. ท่านคิดว่าคนที่มีภาวะโภชนาการที่ดีจะเป็นแบบอย่างที่ดีในครอบครัวและในชุมชน	3.91	0.81	มาก
5. คนที่มีภาวะโภชนาการดีมักสวมเสื้อผ้าได้สวยงาม	3.69	0.92	มาก
การรับรู้ประโยชน์รวม	3.80	0.68	มาก

ผลการศึกษาคั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ห้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรค ต่อการควบคุม ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ้องค์ราชัน อ.แม่สาย จ.เชียงราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.04$ , S.D.=0.29) เมื่อจำแนกตามรายชื่อเรียงลำดับคะแนนจากมากไปน้อย ท่านคิดว่าการ ออกกำลังกายเป็นเรื่องเหน็ดเหนื่อยอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $\bar{x}=3.42$ , S.D.=0.95), ท่าน คิดว่าการควบคุมดัชนีมวลกายเป็นสิ่งที่ท่านทำได้ยากอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $\bar{x}=3.20$ , S.D.=0.88), ท่านคิดว่าท่านงานยุ่งไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกายอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $\bar{x}=2.96$ , S.D.=0.93), ท่านคิดว่าการควบคุมดัชนีมวลกายเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาานอยู่ในระดับ เหมาะสมปานกลาง ( $\bar{x}=2.90$ , S.D.=0.95) และท่านคิดว่าการควบคุมดัชนีมวลกายทำให้ท่านไม่ สบายกาย เช่นปวดเมื่อยอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ( $\bar{x}=2.72$ , S.D.=0.87) ดังตาราง 6

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานต่อการรับรู้อุปสรรคด้านสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
1. ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องเหน็ดเหนื่อย	3.42	0.95	ปานกลาง
2. ท่านคิดว่าการควบคุมดัชนีมวลกายทำให้ท่านไม่สบายกายเช่นปวดเมื่อย	2.72	0.87	ปานกลาง
3. ท่านคิดว่าท่านงานยุ่งไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย	2.96	0.93	ปานกลาง
4. ท่านคิดว่าการควบคุมดัชนีมวลกายเป็นสิ่งที่ท่านทำได้ยาก	3.20	0.88	ปานกลาง
5. ท่านคิดว่าการควบคุมดัชนีมวลกายเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาาน	2.90	0.95	ปานกลาง
การรับรู้อุปสรรครวม	3.04	0.29	ปานกลาง

#### ส่วนที่ 4 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์มีทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงของค่าดัชนีมวลกายเกิน พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของค่าดัชนีมวลกายเกิน พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย และพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ดังตาราง 7

เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ ต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.517, 95%CI=0.103–2.593)

อายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.941, 95%CI=0.901–0.983) โดยพบว่ากลุ่มที่มีอายุมาก มีโอกาสทำให้ค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่า 0.49 เท่าของกลุ่มที่มีอายุน้อย

พฤติกรรมการรับรู้สุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.992, 95%CI=0.376–2.618)

พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงของค่าดัชนีมวลกายเกิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงต่อค่าดัชนีมวลกายเกินไม่มีความสัมพันธ์ต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.615, 95%CI=0.309–1.227)

พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของค่าดัชนีมวลกายเกิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงต่อค่าดัชนีมวลกายเกินไม่มีความสัมพันธ์ต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.715, 95%CI=0.363–1.409)

พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของควบคุมค่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา(odds ratio =2.934, 95%CI=1.490–6.111) โดยพบว่ากลุ่มที่มีคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของควบคุมค่าดัชนีมวลกายสูง มีโอกาสทำให้ค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่า 2.93 เท่าของกลุ่มที่มีคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของควบคุมค่าดัชนีมวลกายต่ำ

พฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์ต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=1.149, 95%CI=0.347–3.799)

ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่ม  
ตัวอย่าง

ปัจจัย	b	Odds ratio	95%CI	p-value
Constant	2.429			
เพศ	-0.659	0.517	0.103-2.593	0.423
อายุ	-0.061	0.941	0.901-0.983	0.006**
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม	-0.008	0.992	0.376-2.618	0.987
พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยง	-0.486	0.615	0.309-1.227	0.168
พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรง	-0.336	0.715	0.363-1.409	0.332
พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์	1.076	2.934	1.490-6.111	0.004**
พฤติกรรมการรับรู้อุปสรรค	0.139	1.149	0.347-3.799	0.82
-2 log Likelihood	203.270			
Pseudo R <sup>2</sup>	12.30%			
N	162			

\*\*p-value<0.01

## บทที่ 5

### บทสรุป

#### สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เท็ดไ้ทองคำชั้น” อำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ผู้ที่เข้าร่วมโครงการ “คนแม่อายุไร้พุง เท็ดไ้ทองคำชั้น” อำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้แก่ผู้นำชุมชนในอำเภอแม่อายุ คือ กำนันผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 339 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้คำนวณขนาดโดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างของ Cochran (1997) ได้ขนาดตัวอย่าง 162 คน ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างที่มีการแปรผลค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบระหว่างก่อนดำเนินโครงการ กับ ดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็น ลดลง จำนวน 81 คน และกลุ่มตัวอย่างที่มีการแปรผลค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบระหว่างก่อนดำเนินโครงการ กับ ดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็น ไม่ลดลง จำนวน 81 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นเองได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาความเที่ยงด้านเนื้อหา ค่าดัชนีความสอดคล้อง ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbachs alpha coefficient) มีระดับความเชื่อมั่น ค่า  $\text{Alpha}=0.76$  ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2555 ถึงเดือน มีนาคม 2555 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อค่าดัชนีมวลกาย โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression)

ผลการศึกษาพบว่า

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.44 มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.79 อายุเฉลี่ย 44.48 ปี มีสถานภาพสมรสเป็น คู่ ร้อยละ 78.40 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.65 ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.23 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.47 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 75.93 มีรายได้อยู่ในช่วง



5,000 ถึง 9,999 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 78.40 มีส่วนสูงระหว่าง 160–169 เซนติเมตร ร้อยละ 64.20 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักก่อนเข้าร่วมโครงการระหว่าง 60–69 กิโลกรัม ร้อยละ 36.42 มีรอบเอวก่อนเข้าร่วมโครงการระหว่าง 80–89 เซนติเมตร ร้อยละ 45.68 มีค่าดัชนีมวลกายก่อนเข้าร่วมโครงการ อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 32.72 และระดับปกติค่อนข้างสูง ร้อยละ 26.54 การเข้าร่วมกิจกรรมให้สุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่ครบทุกครั้ง ร้อยละ 54.94

### ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย

การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เขตใต้ท้องศราชนอำเภอมะออย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.17$ , S.D.=0.35) เมื่อจำแนกกลุ่มตัวอย่างที่ค่าดัชนีมวลกายลดลงมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.16$ , S.D.=0.36) โดยมีข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือท่านรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักอยู่ในระดับน้อย ( $\bar{x}=1.96$ , S.D.=1.11), คือภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักแสดงถึงกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรง พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ และพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรค ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างมี ดังนี้

พฤติกรรมการรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงพบว่ากลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายลดลงมีคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.38$ , S.D.=0.50) และกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายไม่ลดมีคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.36$ , S.D.=0.51) โดยพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือท่านคิดว่าคนไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการทำให้มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าคนออกกำลังกายสม่ำเสมออยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.80$ , S.D.=0.97), และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านคิดว่าการรับประทานอาหาร เกินวันละ 3 มื้อจะไม่ทำให้ท่านมีค่าดัชนีมวลกายเกินอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.62$ , S.D.=1.06)

พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงพบว่ากลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายลดลงมีคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.38$ , S.D.=0.50) กลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายไม่ลดมีคะแนนพฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.36$ , S.D.=0.51) โดยพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือท่านคิดว่าคนอ้วนมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดัน

โลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.41$ , S.D.=0.90) และข้อความที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือท่านคิดว่าคนอ้วนมักเสียชีวิตเร็วกว่าคนปกติอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.56$ , S.D.=0.84)

พฤติกรรมกรรมการรับรู้ประโยชน์พบว่ากลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายลดลงมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.65$ , S.D.=0.67) กลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายไม่ลดคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.97$ , S.D.=0.66) โดยพบว่าข้อความที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือท่านคิดว่าออกกำลังกายสม่ำเสมอป้องกันภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.91$ , S.D.=0.91) และข้อความที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือท่านคิดว่า การลดน้ำหนักเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=3.67$ , S.D.=0.90)

พฤติกรรมกรรมการรับรู้ความอุปสรรคพบว่ากลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายลดลงมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับรู้ความอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.02$ , S.D.=0.28) กลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกายไม่ลดคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับรู้ความอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.06$ , S.D.=0.29) โดยพบว่าข้อความที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นเรื่องเหน็ดเหนื่อยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=3.42$ , S.D.=0.95) และข้อความที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ท่านคิดว่าการควบคุมดัชนีมวลกายทำให้ท่านไม่สบายกาย เช่นปวดเมื่อย อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}=2.72$ , S.D.=0.87)

ส่วนที่ 4 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์มีทั้งหมด 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมกรรมการรับรู้ความเสี่ยงของค่าดัชนีมวลกายเกิน พฤติกรรมกรรมการรับรู้ความรุนแรงของค่าดัชนีมวลกายเกิน พฤติกรรมกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมดัชนีมวลกายและพฤติกรรมกรรมการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมดัชนีมวลกาย พบว่า

อายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.941, 95%CI=0.901-0.983)

พฤติกรรมกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=2.934, 95%CI=1.490-6.111 )

### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายของ ผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไท้องค์ราชัน อำเภอแม่อายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ “คนแม่อายุ ไร้พุง เทิดไท้องค์ราชัน” อำเภอ แม่อายุจังหวัดเชียงใหม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ปัจจัย ได้แก่ อายุ และพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาค้างนี้ในประเด็นสำคัญดังนี้

1. เพศ ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.517, 95%CI=0.103-2.593) กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 94.44 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนฤมล เปียชื่อ อ่างในกานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร, (2550) พบว่าลักษณะพื้นฐานของนักเรียนได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโภชนาการและสัมฤทธิ์ผล ทาง การเรียนวิชาอาหาร นั้นไม่มีความสัมพันธ์กันกับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกันซึ่งเพศชายไม่ได้ มีความใส่ใจในรูปร่างมากเท่าเพศหญิงและสอดคล้องกับการศึกษาของ วันเพ็ญ ใจทน (2543) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคสำนักงานใหญ่ พบว่า พนักงานที่มีเพศต่างกันการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน

2. อายุ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าดัชนีมวล กายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.941, 95%CI=0.901-0.983) กลุ่มตัวอย่าง มีอายุ ในช่วง มากกว่า 45 ปี ร้อยละ 56.79 แยกเป็นกลุ่มที่ค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนิน โครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นลดลง ส่วนใหญ่จะมีอายุในช่วง 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 61.73 อายุเฉลี่ย 46.23 ปี และในกลุ่มค่าของดัชนีมวลกายหลังจากดำเนินโครงการเสร็จสิ้น มีผลเป็นไม่ลดลง อายุของกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในช่วง 30-45 ปี และ 45 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.68 และ 43.21 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 42.74 ปี ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกับการศึกษาของ นฤมล เปียชื่อ อ่างใน กานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร (2550) ที่พบว่าลักษณะพื้นฐานของนักเรียนได้แก่ เพศ อายุ ภาวะโภชนาการ และสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนวิชาอาหาร นั้นไม่มีความสัมพันธ์กันกับภาวะ โภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าของกลุ่มที่ค่าดัชนีมวลกายลดลงมีอายุเฉลี่ย สูงกว่ากลุ่มที่มี ค่าดัชนีมวลกายไม่ลดลง สอดคล้องกับ การศึกษาของทัศนีย์ บุญทวีสง (2549) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรม สุขภาพของประชาชนในโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก กรณีศึกษาเขตบริการโรงพยาบาลสิงหนคร

จังหวัดสงขลา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่ามีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เมลิสสา เนลสัน (2009) ที่พบว่าบุคคลวัยผู้ใหญ่มีวิธีการเลือกรับประทานอาหารที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับนักศึกษาปี 4 และนักศึกษาปี 2 และแตกต่างกับการศึกษาของณัททวิ ศิริรัตน์และคณะ (2548) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

3. พฤติกรรมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.992, 95%CI=0.376-2.618) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของโจริส เอิร์ทเฮนส์ (2009) ที่กระตุ้นให้ผู้บริโภคมีความรู้ ทักษะคติและความรู้สึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอินทรีย์ จากการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการควบคุมพฤติกรรม ผู้บริโภคมีการวางแผนการเลือกอาหารอินทรีย์ที่มีคุณค่าปลอดภัยต่อร่างกาย แล้วยังมีความรู้ ทักษะคติและความรู้สึกที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารอินทรีย์

4. พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงของค่าดัชนีมวลกายเกิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับรู้ความเสี่ยงต่อค่าดัชนีมวลกายเกินไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.615, 95%CI=0.309-1.227) ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของกานต์ธิดา ตันวัฒนถาวร (2550) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของความอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับศึกษาของอัจฉราณี สังสะนะ (2552) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงของค่าดัชนีมวลกายเกิน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับรู้ความรุนแรงต่อค่าดัชนีมวลกายเกินไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=0.715, 95%CI=0.363-1.409) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิดา ตันวัฒนถาวร (2550) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อน

ของความอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับศึกษาของอัจฉราณี สังชนะ (2552) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ) กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

6. พฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับรู้ประโยชน์ของควบคุมค่าดัชนีมวลกาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=2.934, 95%CI=1.490-6.111) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร (2550) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ร้อยนาและคณะ (2546) ที่ศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีราชบุรี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำเมื่อเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และแตกต่างกับการศึกษาของพนเอกหญิง สุนทรี ไตรภูมิ (2548) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหาร สังกัดกองทัพหน่วยที่ 2 พบว่าการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

7. พฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับรู้อุปสรรคต่อการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติต่อค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (odds ratio=1.149, 95%CI=0.347-3.799) ซึ่งพบว่าแตกต่างกับการศึกษาของกานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร, (2550) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ประชาชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้ครอบคลุมในทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มแม่บ้านเพราะเป็นกลุ่มที่ทำหน้าที่ประกอบอาหารหรือจัดหาในครัวเรือนโดยการพัฒนาสื่อและรูปแบบการให้ความรู้ให้เหมาะสมในแต่ละกลุ่ม และควรส่งเสริมมีนวัตกรรมใหม่ๆ ในชุมชน ให้ประชาชนมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย เช่นส่งเสริมให้มีบุคคลตัวอย่างด้านการควบคุมค่าดัชนีมวลกายได้สำเร็จให้เกิดขึ้นในทุกชุมชน

2. จากการศึกษาช่วงอายุที่ดัชนีมวลกายลดลงนั้นจะมีอายุมากกว่า 45 ปี และอายุมากขึ้นการส่งเสริมให้ค่าดัชนีมวลกายลดลงได้ง่ายกว่าอายุน้อยกว่า หากในทางกลับกันหากต้องการให้ประชาชนให้สามารถควบคุมค่าดัชนีมวลกายให้เหมาะสมควรกำหนดเป้าหมายในการรณรงค์ในกลุ่มช่วงอายุน้อยๆ ให้ตระหนักถึงอันตรายของค่าดัชนีมวลกายเกินเพราะเป็นวัยที่ไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาทริคสร้างเสริม และให้กำลังใจแก่กลุ่มเป้าหมายที่ควบคุมค่าดัชนีมวลกายในชุมชน เช่นการรางวัล การยกย่องให้กำลังใจในโอกาสต่างๆ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการให้ความรู้ที่ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มผู้นำชุมชน



บรรณานุกรม



## บรรณานุกรม

- กองโภชนาการ. (2550). **ตระหนัก รักรักษาสุขภาพ ลดรอบเอว**. จดหมายข่าวกรมอนามัย ปีที่ 8 ฉบับที่ 4 มกราคม.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2541). **คู่มือการดูแลตนเองเบื้องต้นเรื่องเบาหวาน**. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กฤษดา ศิรามพุช. (2548). **Obesity ทำอย่างไรให้ห่างไกลโรคอ้วน**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ไกล่หมอ.
- กาญจนา ร้อยขนาดและคณะ. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล**. งานวิจัยเพื่อพัฒนาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, ราชบุรี.
- กานต์ธิดา ต้นวัฒนถาวร. (2550). **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกิน**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ณัทกวี ศิริรัตน์. (2548). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- ดาวลอย กลิ่นศรีสุข. (2551). **การเสริมศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายในผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุง**. ศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข.
- ทัศนีย์ บุญทวีสง. (2549). **พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรกกรณีศึกษาเขตบริการโรงพยาบาลสิงหนคร จังหวัดสงขลา**. ภาคนิพนธ์ ศศ.ม., สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- นาตยา เกรียงชัยพฤษ. (2544). **ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียดของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี**. ปริญญานิพนธ์ ศษ.ม., มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพฯ.



- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, และ สวิง สุวรรณ. (2536). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและ สุขศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประสาน หอมพูล, และ ทิพย์วรรณ หอมพูล. (2537). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ: พิเศษการพิมพ์.
- พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และคณะ. (2009). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการกินอาหารของ วัยรุ่นตอนต้น. *Journal of nurse science* vol.27.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. (2540). **พฤติกรรมมนุษย์และพฤติกรรมสุขภาพ: ระบาดวิทยาสังคม**. กรุงเทพฯ: พี เอ ลีฟวิง จำกัด.
- วันเพ็ญ ใจทน. (2549). **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพนักงานการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคสำนักงานใหญ่**. ภาควิชา คศ.ม., สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ
- วัลลา ตันตโยทัย. (2543). **ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ**. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และ รอมพร คงกำเนิด(บรรณาธิการ), การส่งเสริมสุขภาพ. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2529). **พฤติกรรมบริโภคอาหารของคนไทย**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาย ประเสริฐศิริพันธ์ และคณะ. (2546). **การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: วัฒนาพานิช.
- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552**
- สุนทรี ไตรภูมิ. (2548). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการทหารในสังกัด กองทัพอากาศที่ 2. **รายงานการวิจัย นักศึกษา วทบ.สบส. ชุดที่ 52**.
- อัจฉราณี สังชนะ. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลสุขภาพและความเชื่อ ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา**. วิทยานิพนธ์ วท.ม., มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- Becker MH. (1974). **The health belief model and sick role behavior**. Health Educ Monographs. 2, 409-419.

- Becker Marshall H., Robert H. Drachman, and John P. Kirscht. (1974). A New Approach to Explaining Sick– Role Behavior in Low–income Populations. **American Journal of Public Health**, 64, 3:409–414.
- Cochran, W.G.(1977). **Sample technique (3th edition)**. New York: John Wiley & son.
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). **The health belief model: A decade later**. Health Education Quarterly, 11(1), 1–47.
- Jessica Rapley, Neil S. Coulson. (2005). Stages of change and consumption of fruit and vegetables among adolescent females: Associations with decisional balance and self–efficacy. **British Food Journal**, Vol. 107 Iss: 9, pp.663–669.
- Joris Aertsens. (2009). **Predicting aggregated demand for organic food products** Department of Agricultural Economics, Ghent University.
- Melissa C. Nelson. (2009). Disparities in Dietary Intake, Meal Patterning, and Home Food Environments Among Young Adult Nonstudents and 2–and 4–Year College Students. **American Journal of Public Health**, July 2009, Vol. 99, No. 7, pp. 1216–1219.
- Rosenstock, I. M., Stretcher, V. J., & Becker, M. H. (1988). **Social learning theory and the health belief model**. Health Education Quarterly, 15, 175–183.
- Supanvanich, S. and Podhipak, A. (1994). **Principle of Epidemiology**. Bangkok: Faculty Of Public Health, Mahidol University.



## ภาคผนวก ก เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์



### เอกสารการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้านที่ร่วมโครงการ คนแม่อายุไร่พุง เท็ดไท้องค์ราชนัน อำเภอมะแมะ จังหวัดเชียงใหม่ Factors affecting to body mass index of the village leader in “Kon Maeai ri poog terd tai ongrachun project” at Maeai distric, Chiangmai province
ชื่อนิสิต	นายยุทธนา สังฆวรรณ
ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา	ดร.ทวีวรรณ ชาลีเครือ
เลขที่โครงการ/รหัส	55 02 02 0002
สังกัดหน่วยงาน/คณะ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยพะเยา ครั้งที่ 1/2555 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2555
วันสิ้นสุดการรับรอง	วันที่ 20 มกราคม 2556
ประเภทการรับรอง	รับรองแบบเร่งรัด

ลงนาม

วิบูลย์ วัฒนาร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิบูลย์ วัฒนาร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยพะเยา

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้าน ที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุ  
ไร้พุง เทศบาลเมืองลำปาง อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่

คำชี้แจงในการตอบคำถามในแบบสอบถาม

1. การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกาย รวมถึง  
พฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศบาลเมืองลำปาง อ.แม่สาย  
จ.เชียงใหม่ แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2. ผู้ตอบแบบสอบถามคือ ผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เทศบาลเมืองลำปาง อ.  
แม่สาย จ.เชียงใหม่ โดยให้ท่านประเมินผลพฤติกรรม และพฤติกรรมการรับรู้ภาวะสุขภาพ  
ต่อภาวะอ้วนลงพุง

3. ข้อมูลจากการเก็บรวบรวมในครั้งนี้ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการลดหรือแก้ไข  
ปัจจัยที่มีผลต่อค่าดัชนีมวลกาย และจะถือเป็นความลับตามจรรยาบรรณการวิจัยโดยจะ  
นำไปวิเคราะห์เป็นภาพรวมและนำเสนอเป็นภาพรวมซึ่งไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านและ  
หน่วยงานของท่าน จึงขอความร่วมมือจากท่านในการให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม  
ตามความเป็นจริงมากที่สุด

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้

นายยุทธนา สังขวรรณ

ผู้วิจัย

ชื่อ/สกุล.....ที่อยู่.....ม.....ต.....

แบบสอบถามงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของผู้นำหมู่บ้าน  
ที่เข้าร่วมโครงการคนแม่อายุไร้พุง เติบโตองค์กราชน อำเภอ แม่อายุจังหวัดเชียงใหม่  
แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 2	พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	25	ข้อ
ส่วนที่ 3	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	20	ข้อ

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

**คำชี้แจง** กรุณาเติมคำลงในช่องว่าง หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) หน้าข้อความเพียง  
ตัวเดียว และเติมคำลงในช่องว่าง ให้ตรงกับข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

1. เพศ ( ) 1. หญิง ( ) 2. ชาย
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. สถานภาพสมรส ( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หม้าย ( ) 4. หย่า/แยก
4. ศาสนา ( ) 1. พุทธ ( ) 2. คริสต์ ( ) 3. อิสลาม ( ) 4. อื่นๆระบุ.....
5. ระดับการศึกษา ( ) 1. ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา ( ) 3.ปริญญาตรี  
( ) 4. อื่นๆโปรดระบุ.....
6. อาชีพ ( ) 1. รับจ้าง ( ) 2. ค้าขาย ( ) 3. พ่อบ้าน/แม่บ้าน  
( ) 4. เกษตรกรรม ( ) 5. อื่นๆโปรดระบุ.....
7. ตำแหน่ง ( ) 1. กำนัน ( ) 2. สารวัตรกำนัน ( ) 3. ผู้ใหญ่บ้าน ( ) 4. ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน  
( ) 5. กรรมการหมู่บ้าน ( ) 6. อื่นๆระบุ.....
8. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวของท่าน ..... บาท
9. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
10. น้ำหนัก ก่อนร่วมโครงการ.....กิโลกรัม  
หลังรวมโครงการ.....กิโลกรัม
11. รอบเอว ก่อนร่วมโครงการ.....เซนติเมตร  
หลังรวมโครงการ.....เซนติเมตร
12. ค่าดัชนีมวลกาย ก่อนร่วมโครงการ.....  
หลังร่วมโครงการ.....
13. เมื่อสิ้นสุดโครงการค่าดัชนีมวลกายของท่าน ( ) 1. ลดลง ( ) 2. คงที่ ( ) 3. เพิ่มขึ้น

14. เมื่อมีการให้ความรู้ช่วงที่มีกิจกรรมตามโครงการฯ ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรม

( ) 1. ทุกครั้ง ( ) 2. บางครั้ง ( ) 3. ไม่เคย

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามที่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □

ให้ตรงกับข้อมูลของท่านเพียงคำตอบเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด (ปฏิบัติทุกวัน)
- 4 หมายถึง มีการปฏิบัติมาก (ปฏิบัติ 5-6 วัน ต่อสัปดาห์)
- 3 หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง (ปฏิบัติ 4 วัน ต่อสัปดาห์)
- 2 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย (ปฏิบัติ 2-3 วัน ต่อสัปดาห์)
- 1 หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด (ปฏิบัติไม่เกิน 1 วัน ต่อสัปดาห์หรือ ไม่ได้ปฏิบัติ)

พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติตัวของท่าน				
	1	2	3	4	5
1. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ (โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน เกลือแร่)					
2. ท่านรับประทานอาหารเช้าเป็นอาหารประเภท ข้าวหรือ แป้ง					
3. ท่านดื่มชา กาแฟ เป็นอาหารมื้อเช้า					
4. ท่านดื่มนม วันละ 1-2 แก้ว					
5. ท่านรับประทานอาหารเช้าประเภท ผัก อย่างน้อย 1 ชนิดต่อวัน					
6. ท่านรับประทานผลไม้ วันละ 1 ครั้ง					
7. ท่านรับประทานประเภทปลาอย่างน้อยวันละมื้อ					
8. ท่านรับประทานเครื่องในสัตว์					
9. ท่านรับประทานอาหารเช้าประเภท ทอด, ผัด					
10. ท่านรับประทานอาหารเช้าประเภท ต้ม, นึ่ง, ลวก, อบ					
11. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันจากสัตว์					
12. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยน้ำมันจากพืช					
13. ท่านรับประทานอาหารรสจืด					

พฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติตัวของท่าน				
	1	2	3	4	5
14. ท่านรับประทานอาหารรสหวาน					
15. ท่านดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวาน					
16. ท่านรับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อ					
17. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อต่อวัน					
18. ท่านรับประทานมื้อเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง					
19. ท่านรับประทานอาหารเช้าดีก่อนนอน					
20. ท่านรับประทานอาหารเช้าที่ใส่เนย มาการีน เบเกอรี่ทุกชนิด					
21. ท่านรับประทานอาหารเช้าตรงต่อเวลา					
22. ท่านรับประทานอาหารเช้าไม่เป็นเวลา					
23. ท่านเสียชีวิตอาหารจะรับประทานจนหมดแม้ว่าท่านอิ่มแล้ว					
24. ท่านออกกำลังกายต่อเนื่องกันอย่างน้อย 30 นาที					
25. ท่านใช้เวลานอนหลับ เกิน วันละ 8 ชั่วโมง					
26. ปกติท่านเจ็บหลับหรือนอนกลางวัน					
27. ท่านรับประทานยาหรือผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัก					
28. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
29. ท่านใช้เวลาว่างนอนดูโทรทัศน์					
30. ท่านใช้เวลาว่างเล่นกีฬา ออกกำลังกาย					
31. กิจกรรมประจำวันของท่านมีการใช้กำลังงานอย่างต่อเนื่อง					
32. ท่านมีความพยายามที่จะลดน้ำหนัก					



### ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพได้แก่ การรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการเจ็บป่วยด้วย ภาวะอ้วนลงพุง โดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ให้ตรงกับ ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือ ความเชื่อของท่านเพียงคำตอบเดียว

#### 3.1 การรับรู้ความเสี่ยงต่อภาวะดัชนีมวลกายเกิน

ข้อความ	ความคิดเห็นของท่าน				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่ากรรับประทานอาหารเกินวันละ 3 มื้อจะไม่ทำให้ท่านมีค่าดัชนีมวลกายเกิน					
2. ท่านคิดว่ากรมีญาติพี่น้องที่มีภาวะอ้วนทำให้ท่านมีโอกาสมีค่าดัชนีมวลกายเกินได้ เช่นกัน					
3. ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสมีค่าดัชนีมวลกายเกินเพราะท่านชอบรับประทานขนมขบเคี้ยว					
4. ท่านคิดว่ากรรับประทานน้ำอัดลมเป็นประจำทำให้ท่านมีค่าดัชนีมวลกายเกิน					
5. ท่านคิดว่าคนไม่ออกกำลังกายมีโอกาสเสี่ยงต่อการทำให้มีค่าดัชนีมวลกายเกินกว่าคนออกกำลังกายสม่ำเสมอ					

#### 3.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะดัชนีมวลกายเกิน

ข้อความ	ความคิดเห็นของท่าน				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าคนอ้วนมีโอกาสป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
2. ท่านคิดว่าความอ้วนเป็นบ่อเกิดของความเครียด					
3. ท่านคิดว่าคนอ้วนเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนปกติ					
4. ท่านคิดว่าคนอ้วนมักเหนื่อยง่ายและทำงานได้น้อยกว่าคนปกติ					
5. ท่านคิดว่าคนอ้วนมักเสียชีวิตเร็วกว่าคนปกติ					

## 3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย

ข้อความ	ความคิดเห็นของท่าน				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าออกกำลังกายสม่ำเสมอป้องกันภาวะค่าดัชนีมวลกายเกิน					
2. ท่านคิดว่า การควบคุมค่าดัชนีมวลกายช่วยควบคุมลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง					
3. ท่านคิดว่า การลดน้ำหนักเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง					
4. ท่านคิดว่าคนที่มีภาวะโภชนาการที่ดีจะเป็นแบบอย่างที่ดีในครอบครัวและในชุมชน					
5. คนที่มีภาวะโภชนาการดีมักสวมเสื้อผ้าได้สวยงาม					

## 3.4 การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมค่าดัชนีมวลกาย

ข้อความ	ความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่า การออกกำลังกายเป็นเรื่องเหน็ดเหนื่อย					
2. ท่านคิดว่า การควบคุมดัชนีมวลกายทำให้ท่านไม่สบายกายเช่นปวดเมื่อย					
3. ท่านคิดว่า ท่านงานยุ่งไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกาย					
4. ท่านคิดว่า การควบคุมดัชนีมวลกายเป็นสิ่งที่ท่านทำได้ยาก					
5. ท่านคิดว่า การควบคุมดัชนีมวลกายเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลานาน					

## ภาคผนวก ค โครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ่องค์ราชัน

### ชื่อโครงการ โครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ่องค์ราชัน

อำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2554

โครงการเพื่อตอบสนอง

( / ) ยุทธศาสตร์ของจังหวัด ( / ) แก้ไขปัญหาในพื้นที่ ( ) ภารกิจประจำ

แหล่งที่มาของงบประมาณ

1. ค่าเวชภัณฑ์ จากโรงพยาบาลแม่อายุ
2. หมวดยาค่าตอบแทน ใช้สอย วัสดุ อุปกรณ์ในการตรวจรักษา จาก โรงพยาบาลแม่อายุ

#### 1. รายละเอียดโครงการ

1.1 โครงการคนแม่อายุไร้พุง เทิดไถ่องค์ราชันอำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2554

หน่วยงานรับผิดชอบ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอแม่อายุ

ผู้รับผิดชอบ 1. นางทักษิณา สิทธิธรรม

2. นางสาวรุ่งนภา มหาวรรณศรี

สถานที่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่อายุ โทรศัพท์ 0 5345 9508

#### หลักการและเหตุผล

ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว และมีแนวโน้มที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ อาทิเช่น โรคหัวใจเพิ่มจาก 318 ราย เป็น 682 รายต่อประชากรแสนคน โรคเบาหวานจาก 278 ราย เป็น 587 รายต่อประชากรแสนคน และโรคมะเร็งจาก 80 ราย เป็น 124 รายต่อประชากรแสนคน สำหรับอำเภอแม่อายุในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงสะสมจำนวน 11,626 ราย ผู้ป่วยเบาหวานสะสมจำนวน 4,917 ราย และโรคหัวใจสะสมจำนวน 342 ราย ที่กล่าวเบื้องต้นว่าเป็นโรคเรื้อรัง คือ ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโรค แต่เกิดมาจากสาเหตุการใช้วิถีชีวิตแบบสังคมเมืองสมัยใหม่ ที่มีพฤติกรรมการกินเปลี่ยนแปลงไป โดยบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มเพิ่มขึ้น กินผักผลไม้ไม่พอ และขาดการออกกำลังกาย จึงส่งผลให้คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น ซึ่งในรอบทศวรรษที่ผ่านมา คนไทยอายุ 20-29 ปี มีภาวะโรคอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 21.7 หรือเพิ่มขึ้น 7.5 เท่า ในกลุ่มอายุ 40-49 ปี เพิ่มขึ้น 1.7 เท่า ล่าสุดปี พ.ศ. 2550 ผลการสำรวจของกรมอนามัย ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ พบภาวะอ้วนลงพุงในเพศชายร้อยละ 24.0 และหญิง ร้อยละ 61.5

อำเภอแม่เมาะ ก็ประสบปัญหาประชาชนมีภาวะโรคอ้วนลงพุงด้วยเช่นกัน จึงได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวและได้จัดทำโครงการคนแม่เมาะไร้พุง เพื่อเป็นการสำรวจข้อมูลภาวะผู้มีความเสี่ยง และแก้ไขปัญหาดังกล่าว

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของภาวะอ้วนลงพุงในหัวหน้าส่วนราชการและกลุ่มผู้นำในอำเภอแม่เมาะ
2. เพื่อให้พากลุ่มหัวหน้าส่วนราชการและกลุ่มผู้นำในอำเภอแม่เมาะ มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จนสามารถลดภาวะอ้วนลงพุงได้

### กลวิธีการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงโครงการแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อความเข้าใจและดำเนินงานเป็นแนวทางเดียวกัน จำนวน 6 ครั้ง (เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน เดือนละ 1 ครั้ง)
2. รณรงค์วัดรอบเอวแก่หัวหน้าส่วนราชการและผู้นำชุมชนในพื้นที่อำเภอแม่เมาะ (7 ตำบล) เก็บข้อมูล 8 ครั้ง คือ เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน เดือนละ 1 ครั้ง แล้วรวบรวมข้อมูลลงในแบบฟอร์มส่ง เพื่อรวบรวม
3. ส่งมอบข้อมูลผู้มีความเสี่ยงภาวะอ้วนลงพุงและผู้มีภาวะอ้วนลงพุง เพื่อให้เจ้าตัวทราบเพื่อนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. จัดทำโครงการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก่หัวหน้าส่วนราชการและผู้นำชุมชน
5. ประเมิน เก็บรวบรวมฐานข้อมูล โดยแยกเป็นรายตำบล
6. มอบโล่แก่บุคคลต้นแบบคนแม่เมาะไร้พุงและใบประกาศแก่ผู้ที่สามารถลดพุงหรือดูแลตัวเองไม่ให้พุงเพิ่มขึ้น
7. สรุปผลการดำเนินงาน

### พื้นที่ดำเนินการ

อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่

### ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนมีนาคม-เดือน กันยายน 2554

### กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มหัวหน้าส่วนราชการอำเภอแม่เมาะ จำนวน 30 คน
2. กลุ่มผู้นำชุมชนอำเภอแม่เมาะ จำนวน 339 คน

### งบประมาณ

ใช้งบประมาณจากงบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลแม่เมาะ จำนวน ๘,๓๕๐ บาท รายละเอียดดังนี้

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. ค่าถ่ายเอกสาร(ทำสมุดประจำตัว+แผ่นพับ) | เป็นเงิน ๕,๐๐๐ บาท  |
| 2. บ้ายประชาสัมพันธ์                     | เป็นเงิน ๓,๐๐๐ บาท  |
| 3. ค่าวัสดุอุปกรณ์                       | เป็นเงิน ๑๓,๓๐๐ บาท |
| - ใบประกาศ                               |                     |
| - โล่เกียติคุณ                           |                     |
| - รางวัลบุคคลคนแบบ                       |                     |
| - กรอบรูป                                |                     |
| - หมวกปรีณสี                             |                     |
| - ปากกา                                  |                     |
| 4. ค่าอาหารว่าง ราคา 25 บาท จำนวน 350 คน | เป็นเงิน ๘,๓๕๐ บาท  |

รวมเป็นเงิน ๓๔,๒๕๐ บาท (สามหมื่นสี่พันสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน)

### การติดตามประเมินผล

- การประเมินวัตรอบเວ 6 ครั้ง ตั้งแต่เดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน เดือนละ 1 ครั้ง 2554 โดยเปรียบเทียบกัน โดยครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 6 ว่าควรมีรอบเວลดลง อย่างน้อย ร้อยละ 10

- ประเมินค่าน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ไม่สูงกว่า 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป และระดับไขมันเอชดีแอล คอเลสเตอรอลน้อยกว่า 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หัวหน้าส่วนราชการและกลุ่มผู้นำในอำเภอแม่เมาะที่มีภาวะปกติและเสี่ยงต่อภาวะ  
อ้วนลงพุงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 90
2. หัวหน้าส่วนราชการและกลุ่มผู้นำในอำเภอแม่เมาะที่มีภาวะอ้วนลงพุงสามารถ  
ควบคุมภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 20

### หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ

ลงนาม..... ผู้เสนอโครงการ  
(นางสาวรุ่งนภา มหาวรรณศรี)  
นักวิชาการสาธารณสุข

ลงนาม ..... ผู้เห็นชอบโครงการ  
(นายเอกชัย สมบัติรัตนกร)  
ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ

ลงนาม..... ผู้เห็นชอบโครงการ  
(นายสมเดช สายสุด)  
สาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ

ลงนาม.....ผู้อนุมัติโครงการ  
(นางสาวกชพร อินทวงศ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำเภอแม่เมาะ

ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า



## ประวัติผู้ศึกษาค้นคว้า

ชื่อ นามสกุล	นายยุทธนา สังขวรรณ
วัน เดือน ปี เกิด	20 เมษายน 2515
ที่อยู่ปัจจุบัน	15 หมู่ 2 ต.पालาน อ.ดอยสะเก็ด จ.เชียงใหม่
ที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคายน ตำบลแม่ยาว อำเภอแม่ยาว จังหวัดเชียงใหม่
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคายน
ประสบการณ์การทำงาน	
พ.ศ. 2553	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคายน ตำบลแม่ยาว อำเภอแม่ยาว จังหวัดเชียงใหม่
พ.ศ. 2537	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัยท่าตอน ตำบลท่าตอน อำเภอแม่ยาว จังหวัดเชียงใหม่
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2549	ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
พ.ศ. 2537	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรภาคเหนือ จังหวัดพิษณุโลก