

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดี

ปริญญาณิพนธ์
ของ
จำปี ประสิทธิ์ชัย

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา

มกราคม 2548

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖๑๓.๖๔
๗๓๖๑๒
๘.๓

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ

บทคัดย่อ

ของ

จำปี ประสิทธิ์ชัย

28 เม.ย. 2548

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มกราคม 2548

h 264-45

จำปี ประสิทธิ์ชัย. (2547). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ปรินต์ฉบับพิมพ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี, อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อเน.

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Case-control study เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดีตามตัวแปร ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็น บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วย จำนวน 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 100 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 200 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test) ค่า Odds Ratio ช่วงความเชื่อมั่นของ Odds Ratio (95% confidence interval of OR) และ Multiple logistic regression โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ โดยพบว่า บุคลากรที่มีอายุ 30-39 ปี 40-49 ปี และอายุ 50 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เท่ากับ 3.01 7.84 5.49 เท่า ตามลำดับ, (95%CI(OR) = 1.68-5.38 3.38-18.14 2.26-13.31) ตามลำดับ รายได้ พบว่า บุคลากรที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท 15,001-20,000 บาท และรายได้มากกว่า 20,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,001 บาท เท่ากับ 2.25 3.73 5.02 เท่า ตามลำดับ, (95%CI(OR) = 1.18-4.27 1.74-7.96 2.02-12.48 ตามลำดับ) สถานภาพสมรส พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรส คู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยกกันอยู่ เท่ากับ 3.94 เท่า, (95%CI(OR) = 2.25-6.86) การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ระดับต่ำและปานกลางมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ระดับสูง เท่ากับ 11.02 2.50 เท่า ตามลำดับ, (95%CI(OR) = 4.90-24.73 1.02-6.05 ตามลำดับ)

2. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ ประวัติครอบครัวมีบุคคล น้ำหนักเกินมาตรฐาน การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

FACTORS RELATED TO OVERWEIGHT NURSES AT RAMATHIBODI HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

JUMPEE PRASITCHAI

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Science degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

January 2005

Jumpee Prasitchai. (2004). *Factors Related to Overweight Nurses at Ramathibodi Hospital* Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee : Assoc. Prof. Chutamat Tapchaisri, Dr. Songpol Tornee.

This case – control research was designed to study factors related to overweight nurses at Ramathibodi Hospital. The studied variables were personal factors , i.e. age, income, marital status, history of overweight members in the family, behavioral factors, i.e., eating, exercise, relaxation, perceived factors, i.e., perceived overweight situation, perceived health problems from overweight, perceived barrier in weight control.

The studied samples were 300 people who work at Ramathibodi Hospital. They were divided into two groups by purposive sampling. i.e., 100 for overweight cases and 200 for control group.

Questionnaires constructed by the researcher were used to collect data. Percentage, Chi-square test, Odds Ratio, 95% confidence interval of Odds Ratio, multiple logistic regression were used to analyze the data by a computer program.

The results were as follow :

1. The factors relating to overweight (at 0.05 level of significance) were 1. age , i.e. , 30-39 , 40-49 and over 50 years old nurses had higher risk of overweight than those under 30 years old by 3.01 7.84 5.49 times , respectively (95% CI (OR) = 1.68-5.38 , 3.38-18.14 and 2.26-13.31 respectively); 2. income , it was found that nurses who had income between 10,001-15,000 , 15,001-20,000 and over 20,000 baht had higher risk to overweight than those who had income less than 10,001 baht by 2.25 , 3.73 and 5.02 times respectively (95% CI (OR) = 1.18-4.27 , 1.74-7.96 and 2.02-12.48 , respectively);
3. marital status, it was found that nurses who got married had higher risk to overweight than those who were single widow divorced or separated by 3.94 times (95% CI (OR) = 2.25-6.68); and 4. perceived overweight status , it was found that nurses who perceived overweight status at low and moderate level had higher risk to overweight than those who perceived overweight status at high level by 11.02 and 2.50 times, respectively (95%CI (OR) = 4.90-24.73 and 1.07-6.05, respectively).

2. The factors with no significant differences in relation to overweight were history of overweight members in the family, eating, exercise, relaxation, perceived health problems from overweight and perceived barrier in weight control.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดี

ของ
นางสาวจำปี ประสิทธิ์ชัย

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

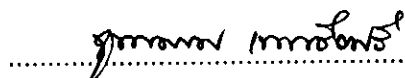


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

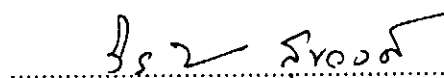
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

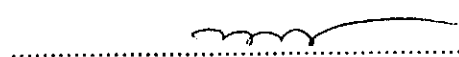
วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2548

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

 ประธาน
(รองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี)

 กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี่)

 กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)

 กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ นภาพร มัชฌิมานุกร)

ประกาศขอบคุณ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ ด้วยความกรุณาอย่างสูง จากรองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี, อาจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพรณ์ มัชฌิมานุกร, รองศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆจนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ

ขอขอบคุณ คุณสุธิดา ชาทิวัฒน์ อาจารย์ สุธีรา เมืองนาโพธิ์ รองศาสตราจารย์ ผาณิต บิลมาศ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรณู พุกบุญมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและปรึกษาในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ พี่น้องๆฝั่งศิริราช ทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการ try out ข้อมูล

ขอขอบคุณ พี่น้องๆชาวรามาริบัติ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

ขอขอบคุณ วิทยา ก้องกาน เป็นกำลังใจในการทำงาน

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ซึ่งส่งเสริมและสนับสนุนด้านการศึกษา รวมทั้งน้องอ้วนที่ช่วยงานทุกขั้นตอนและเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยมาตลอด

จำปี ประสิทธิ์ชัย

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	ภูมิหลัง.....	1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	3
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	4
	ขอบเขตการศึกษาค้นคว้า.....	4
	การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	4
	ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	8
	สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	9
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	10
	ความหมายของภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน.....	10
	เกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน.....	11
	สภาวะการณ์ของผู้ที่มีน้ำหนักรเกินมาตรฐานในปัจจุบัน.....	17
	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน.....	20
	การบริโภคอาหาร.....	26
	การออกกำลังกาย.....	34
	การผ่อนคลายความเครียด.....	46
	การรับรู้ภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน.....	64
	การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน.....	64
	การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก.....	67
	ลักษณะอาชีพของพยาบาล.....	69
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	76
	งานวิจัยในต่างประเทศ.....	76
	งานวิจัยในประเทศ.....	77

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	80
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	80
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	82
ลักษณะของเครื่องมือ.....	82
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	83
เกณฑ์ในการให้คะแนนและการแปลความหมาย.....	83
การหาคุณภาพเครื่องมือ.....	85
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	86
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	92
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	93
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	107
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	107
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	107
สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	107
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	108
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	109
อภิปรายผล.....	111
ข้อเสนอแนะ.....	117
บรรณานุกรม.....	118
ภาคผนวก.....	126
ภาคผนวก ก.....	126
ภาคผนวก ข.....	133

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
(ต่อ) ภาคผนวก ก.....	138
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	143

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 น้ำหนักตัวมาตรฐานของผู้ใหญ่ไทยตามความสูงและอายุ.....	13
2 ค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวมาตรฐานเมื่อเทียบกับส่วนสูงในผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป....	14
3 อัตราการเกิดโรคอ้วนในต่างประเทศ.....	18
4 ปริมาณกากใยอาหารแต่ละชนิด.....	33
5 แสดงคุณค่าอาหารของผักผลไม้ไทย.....	34
6 การใช้พลังงานในกิจกรรมต่างๆ.....	41
7 แบบวัดสัญญาณเตือนความเครียด.....	56
8 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์ Yate's correction.....	90
9 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Fisher's exact test.....	90
10 แสดงการคำนวณ Odds Ratio.....	91
11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคลได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคคลที่น้ำหนัก เกินมาตรฐาน ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะน้ำหนัก เกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก.....	93
12 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับรู้ภาวะน้ำหนัก เกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามธิบดี.....	101
13 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อายุ รายได้ สถานภาพสมรส และการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามธิบดี โดยใช้ Multiple logistic regression.....	105
14 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมบริโภค.....	143
15 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมออกกำลังกาย.....	144

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
16 คำอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมการณ์ผ่อนคลาย ความเครียด.....	144
17 คำอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านการรับรู้ภาวะน้ำหนั เกินมาตรฐาน.....	145
18 คำอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน.....	145
19 คำอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านการรับรู้อุปสรรคในการ ควบคุมน้ำหนัก.....	146

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	8
2	อัตราความชุกโรคอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2538..	18
3	จำนวนร้อยละของประชากรที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วนในประเทศ- สหรัฐอเมริกา.....	20
4	กลไกที่ทำให้เกิดการอ้วน.....	23
5	เส้นทางของการตอบสนองต่อความเครียด.....	48
6	กลไกการเกิดความเจ็บป่วย จากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิต....	50
7	ตาราง $(Z_{\omega_2} + Z_{\beta})^2$	80

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศที่กำลังพัฒนาไปสู่ประเทศอุตสาหกรรม ประชากรต่างมีการดำรงชีวิตที่แตกต่างจากเดิมทั้งสภาพความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ทำให้เกิดพฤติกรรมทางด้านต่างๆเปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมสุขภาพ การบริโภคอาหารจะมีลักษณะที่เร่งรีบมักเป็นอาหารจานเดียว และนิยมซื้อรับประทานมากกว่าปรุงเอง ซึ่งอาหารเหล่านี้มักเป็นประเภทที่มีปริมาณไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง อีกทั้งการนำเครื่องมือและเทคโนโลยีอำนวยความสะดวกต่างๆมาใช้มากขึ้น จึงทำให้กิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานลดลง ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจที่ต้องแข่งขัน ทำให้ทุกคนเร่งรีบทำงานจนเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ และการออกกำลังกายไม่เหมาะสม จากเหตุผลดังกล่าว ส่งผลให้ร่างกายได้รับอาหารมากเกินไปที่ร่างกายจำเป็นต้องใช้ จึงทำให้น้ำหนักร่างกายมากเกินไป (Overweight) และเกิดการสะสมไขมันมากกว่าปกติ หรือภาวะอ้วน (Obesity) ขึ้นได้

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา พบว่า การเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ได้แก่ โรคเกี่ยวกับหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคอ้วน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2539 : 16) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีคนตายด้วยโรคอ้วนปีละกว่า 300,000 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ใหญ่ร้อยละ 20 และเด็กอีกร้อยละ 20 ในประเทศอังกฤษผู้ชาย ร้อยละ 60 และผู้หญิง ร้อยละ 54 มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน โดยปัญหาโรคอ้วนในเด็กผู้ชายเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 9 และในเด็กผู้หญิง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 9.3 เป็น 13.5 (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์ 2547 : online)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งที่เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม และนับวันปัญหานี้จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคตซึ่งภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง ความดันโลหิตสูง อัมพาต และอาจหยุดหายใจขณะหลับจนเกิดภาวะพ่วงออกซิเจนเมื่อตื่นนอนจะมีอาการมีน ตาเป็นต้อหินง่ายเนื่องจากขาดออกซิเจน โรคข้อเพราะแบกรับน้ำหนักมาก โรคเกาต์ นิ้วในถุงน้ำดี มีลูกยาก เกิดความบกพร่องของระบบทางเดินอาหาร ภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์หรือคลอด (พริตตา ชัยอำนาจ. 2546 : 3) จากรายงานของศูนย์วิจัย 18 แห่งในสหรัฐอเมริกาได้เฝ้าติดตามดูคนอ้วน พบว่า คนกลุ่มนี้จะมีสมรรถภาพทางเพศลดลงมากถึงร้อยละ 40 รวมทั้งเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานมากกว่าคนน้ำหนักปกติถึง 30 เท่า นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนทั่วไป 15 เท่า

โรคอัมพาต 11 เท่าและโรคมะเร็งลำไส้ 2 เท่า (Thaihealth.info. 2000 : online) ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนอกจากจะทำให้เกิดโรคต่างๆแล้ว ยังทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เกิดปมด้อย เกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองเป็นผลเสียต่อบุคคลิกภาพเมื่ออยู่ในสังคม ผลกระทบเหล่านี้ก่อให้เกิดการสูญเสียอย่างมากมาทั้งเวลา ค่าใช้จ่าย ศักยภาพในการทำงานของบุคคล การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งทรัพยากรมนุษย์นั้นเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาประเทศ ดังนั้นจึงเป็นการสูญเสียที่ประมาณค่าไม่ได้ การป้องกันหรือควบคุมการเกิดภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐานจึงเป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกันการสูญเสียดังกล่าว(วิชัย ดันไพจิตร 2530 : 28)

สำหรับประเทศไทยในอดีตความอ้วนไม่ถือว่าเป็นโรคภัยไข้เจ็บ แต่ถือว่าเป็นภาวะที่มีน้ำหนักตัวมากเกินไปซึ่งเกิดจากการรับประทานอาหารจำนวนมาก ออกกำลังกายน้อย ทำให้เกิดการสะสมของพลังงานส่วนเกินที่ได้จากอาหารไว้ในรูปของไขมัน แต่ปัจจุบันวงการแพทย์ถือว่าโรคอ้วน เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ต้องเร่งแก้ไขซึ่งพบว่าคนที่โรคอ้วนจะมีอัตราการตายและเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรงมากกว่าและรวดเร็วกว่าคนปกติ โดยในเพศชายที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 จะมีอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือด หัวใจตีบตัน และโรคอัมพาต มากกว่าคนน้ำหนักปกติ และหากผู้นั้นมี น้ำหนักเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 40 ก็จะมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 มีโอกาสเป็นโรค หลอดเลือดหัวใจตีบตันได้ถึงร้อยละ 70 และเสี่ยงต่อการเป็นอัมพาตสูงถึงร้อยละ 75 จากการสำรวจสภาวะสุขภาพ ทุก 5 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ขวบ เป็นโรคอ้วนประมาณร้อยละ 9 (นิตยา—มหาผล 2546 : 3) และจากการสำรวจภาวะโภชนาการของข้าราชการ และ ลูกจ้างกรมอนามัย พบว่ามีน้ำหนักเกิน มาตรฐานร้อยละ 15.56 (สุขมา รักวานิช และคณะ. 2531 : 7) นอกจากนี้จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ 1 ในปี 2534-2535 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยพบในเพศชาย ร้อยละ 12 และในเพศหญิง ร้อยละ 19.5 และจะมีอัตราการเกิดสูงขึ้นตามอายุ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2539 : 55)

โรงพยาบาลรามธิบดีเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่มีขนาดใหญ่ เป็นศูนย์กลางของการศึกษาค้นคว้าวิจัย เป็นสถาบันที่มีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ มีการบริการในระดับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา มีอุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยเป็นที่ยอมรับของประชาชนทั่วไป ทำให้มีผู้มาขอรับบริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความสำคัญในการให้บริการ ได้แก่ แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ ฯลฯ โดยเฉพาะ บุคลากรทางการแพทย์ นอกจากต้องปฏิบัติงานตามวิชาชีพแล้ว จะต้องเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ลุล่วงตามวัตถุประสงค์ในการให้บริการ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ตามลักษณะวิชาชีพ เป็นการรับผิดชอบต่อชีวิตมนุษย์ซึ่งเป็นงานหนักและเสี่ยงโดยไม่มีจำกัดเวลาและแรงงาน ต้องให้บริการอย่างต่อเนื่อง

เนื่องตลอดเวลา 24 ชั่วโมงด้วยความรอบคอบถูกต้องปลอดภัยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวตามความคาดหวังของสังคม (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2516 : 16) ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงจำเป็นต้องมีความสามารถและทักษะหลายด้าน อาทิ ด้านสติปัญญา ด้านการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและด้านความชำนาญในการปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความสามารถ ตลอดจนประสบการณ์รวมทั้งจิตวิทยาในการปฏิบัติงาน ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องอาศัยความคล่องตัวในการปฏิบัติงานอยู่ตลอดเวลา ทั้งยังต้องเป็นแบบอย่างของการรักษาสุขภาพให้ดียิ่งเสมอ จากเหตุผลดังกล่าว น้ำหนักและส่วนสูงจึงเป็นเกณฑ์อีกประการหนึ่งเพื่อคัดเลือกบุคคลเข้าสู่วิชาชีพ และเนื่องจากวิชาชีพดังกล่าวมีลักษณะที่ แตกต่างจากวิชาชีพอื่นที่ต้องทำงานต่อเนื่องและผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันตลอดเวลา ทั้ง ผลัดเช้า ผลัดบ่าย ผลัดดึก (แสงทอง ประสุพรรณ. 2541 : 3) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ลักษณะการทำงานดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานอย่างมาก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม รวมถึงประสิทธิภาพการทำงาน เนื่องจากการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ นอกจากนั้นระบบการทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. 2542 :2)ถ้าผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ โดยทำให้เกิดความไม่ผาสุกของร่างกาย (สมจิต หนูเจริญกุล, ประคอง อินทรสมบัติ และ พรรณวดี พุทธิวัฒน์ 2532 : 3) เกิดความเหนื่อยหน่าย อ่อนล้า มีอาการอ่อนเพลีย การทรงตัวไม่ดี ความคล่องตัวลดลง (พิริยะ พงศ์สังกา และ สิริลักษณ์ สมพลกรัง 2542 ; 4) และมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร มักเกิดจากการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จึงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคกระเพาะอาหารและทำให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ปวดท้อง เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องอืด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียน มักชอบรับประทานอาหารที่มีกากน้อยและรับประทานอาหารที่ประเภทแป้งและน้ำตาลมาก รวมถึงไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ และจากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่ามีบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ประมาณร้อยละ 8 ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางป้องกันและ แก้ไขต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางแก้ไขภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
3. เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นอื่นๆต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case-control study โดยศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติ ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและน้ำหนักมาตรฐาน

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพ ประจำการหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 1,274 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพ ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 135 คน และ บุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพ ที่มีน้ำหนักมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 1,139 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพประจำการหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติแบ่งเป็น กลุ่มศึกษา (Case group) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) ได้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพที่มีน้ำหนักมาตรฐาน (มีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ

- 1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 1.1.1 อายุ
 - 1.1.2 รายได้
 - 1.1.3 สถานภาพสมรส
 - 1.1.4 ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน
- 1.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรม
 - 1.2.1 พฤติกรรมการบริโภค
 - 1.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย
 - 1.2.3 พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด
- 1.3 ปัจจัยด้านการรับรู้
 - 1.3.1 การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - 1.3.2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - 1.3.3 การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

นิยามศัพท์เฉพาะ

กลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Case) หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพศหญิงที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยมีดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลเพศหญิงที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ที่มีน้ำหนักมาตรฐาน โดยมีดัชนีมวลกาย ระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

1. อายุ

หมายถึง จำนวนเต็มปีอายุของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี โดย แบ่งตามกลุ่มอายุเป็น 4 กลุ่มดังนี้

- 1.1 ต่ำกว่า 30 ปี
- 1.2 อายุ 30-39 ปี
- 1.3 อายุ 40-49 ปี
- 1.4 อายุ 50 ปีขึ้นไป

2. รายได้

หมายถึง จำนวนรายรับทั้งหมดต่อเดือนของบุคลากรทางการแพทย์
โรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งได้ดังนี้

- 2.1 ต่ำกว่า 10,001 บาท
- 2.2 10,001-15,000 บาท
- 2.3 15,001-20,000 บาท
- 2.4 มากกว่า 20,000 บาท

3. สถานภาพสมรส

หมายถึง สถานภาพทางสังคมซึ่งเป็นลักษณะความสัมพันธ์กับคู่สมรสในปัจจุบัน
ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งได้ดังนี้

- 3.1 โสด ม่าย หย่าร้าง แยกกันอยู่
- 3.2 คู่

4. ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน

หมายถึง การที่บุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มีบุคคลใน
ครอบครัวหรือญาติมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทั้งในอดีตและปัจจุบันแบ่งเป็น

- 4.1 มี
- 4.2 ไม่มี

5. พฤติกรรมการบริโภค

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่ จำนวนมื้ออาหาร การรับประทานอาหารระหว่างมื้ออาหาร การรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไปทุกมื้อ การรับประทานอาหารประเภทแป้ง ไขมันและอาหารรสหวาน การดื่มน้ำอัดลมและแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ใช้ในการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อ การดื่มเครื่องดื่มก่อนและหลังรับประทานอาหาร ฯลฯ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

6. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

หมายถึง การออกกำลังกายชนิดที่ทำให้ร่างกายเพิ่มพูนความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน (Aerobic capacity) เป็นเวลานานพอที่จะทำให้หายใจเร็ว เพื่อให้ได้ปริมาณอากาศมากที่สุด หัวใจเต้นเร็วขึ้นและสูบฉีดเลือดแรงขึ้น เลือดในร่างกายมีการไหลเวียนมากขึ้น และออกซิเจนถูกส่งไปยังส่วนต่างๆของร่างกายเพิ่มขึ้น ทั้งนี้จะต้องออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที ใน 3 วันต่อสัปดาห์ (ใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

7. พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการปรับอารมณ์ หรือ ความรู้สึกเพื่อลดความเครียด ได้แก่ การพักผ่อน การนอนหลับ การมีกิจกรรมสันทนาการ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

8. การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

หมายถึง ความรู้สึกหรือความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อ น้ำหนักของตนเองว่าเกินมาตรฐานหรือไม่ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

9. การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

หมายถึง การรับรู้ถึงผลเสียจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน โรคกระดูกและข้อ การหายใจ มะเร็ง โรคตับและทางเดินน้ำดี โรคผิวหนัง ปัญหาทางด้านจิตใจ ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

10. การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งที่มาขัดขวางต่อการควบคุมน้ำหนัก ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เวลา เศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ และ ความไม่สะดวก ประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

11. ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

12. ภาวะน้ำหนักมาตรฐาน

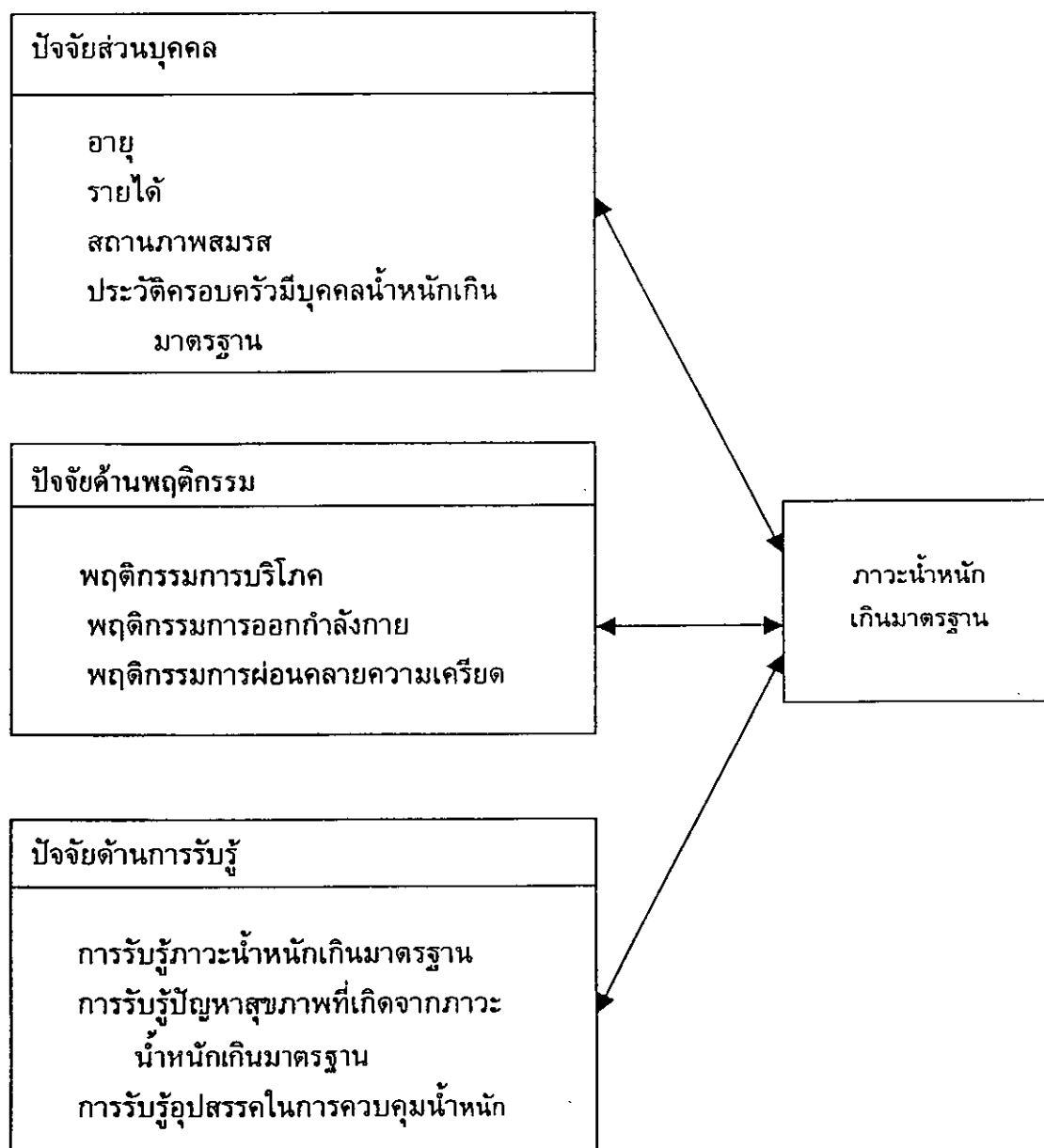
หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50–24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

13. บุคลากรทางการแพทย์

หมายถึง พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลเพศหญิงที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการพยาบาล ปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
2. รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
3. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
4. ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักรเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
5. พฤติกรรมการบริโภค มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
6. พฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
7. พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
8. การรับรู้ภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
9. การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
10. การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์
พยาบาลโรงพยาบาลรามธิบดี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - ✓ 1.1 ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - ✓ 1.2 เกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - 1.3 สภาวะการณ์ของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน
 - ✓ 1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - ✓ 1.5 การบริโภคอาหาร
 - ✓ 1.6 การออกกำลังกาย
 - 1.7 การผ่อนคลายความเครียด
 - ✓ 1.8 การรับรู้ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - ✓ 1.9 การรับรู้ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - ✓ 1.10 การรับรู้ อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก
 - 1.11 ลักษณะอาชีพของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

✓ ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

คำว่า “น้ำหนักเกินมาตรฐาน” (Overweight) และ “โรคอ้วน” (Obesity) โดยทั่วไปแล้ว มักจะใช้ในความหมายเดียวกัน แต่ความจริงแล้ว น้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง จำนวนน้ำหนักทั้งหมดของร่างกายซึ่งประกอบด้วย เนื้อเยื่อ ไขมัน กระดูก กล้ามเนื้อ และน้ำในร่างกาย แต่โรคอ้วน หมายถึง เฉพาะเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายเท่านั้น ดังนั้น จึงเป็นไปได้ที่คนมีน้ำหนักเกินจะไม่ใช่โรคอ้วน เนื่องจากคนนั้นมีโครงสร้างของกระดูกใหญ่หรือมีปริมาณของกล้ามเนื้อ มากจึงมีโอกาสน้ำหนักจะมากขึ้นด้วย และก็อาจจะเป็นไปได้เช่นกันที่คนที่เป็นโรคอ้วนโดยที่ น้ำหนักไม่เกินมาตรฐาน แต่ค่อนข้างจะพบได้น้อยมาก เช่น คนที่ไม่ชอบการทำกิจกรรมใดๆ ได้แต่นั่ง ๆ นอน ๆ ตลอดทั้งวัน หรือคนสูงอายุบางคน แต่คนส่วนใหญ่ที่มีน้ำหนักเกิน

มาตรฐานก็มักจะเป็นโรคอ้วนด้วย (นัยนา หนูนิล 2543 : 158) อย่างไรก็ตามในเชิงวิชาการหรือหลักทางการแพทย์แล้ว พบว่า มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 10-20 ของน้ำหนักมาตรฐาน (พัชนี ปฐมวาณิชย์ 2535 : 21)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การมีดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 24-30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับเพศหญิง และอยู่ในช่วง 25-30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับเพศชาย (Kaplan, et al. 1993 : 397)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานเมื่อเทียบกับความสูง และอาจจะมีเนื้อเยื่อไขมันมากเกินไปจนผิดปกติหรือไม่ก็ได้ ซึ่งคนที่มีภาวะอ้วนทุกคนถือว่าเป็นคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน แต่คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานบางคนอาจจะไม่มีภาวะอ้วน (Lewis. 1994 : 313)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักที่ควรจะเป็นสำหรับความสูงและเพศนั้น ๆ (Luke. 1984 : 483)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Garrow. 1988 : 2)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักตัวที่ควรเป็นเมื่อเทียบมาตรฐานเกินร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 19 ของน้ำหนักมาตรฐาน ส่วนโรคอ้วน หมายถึง การมีน้ำหนักตัวมากกว่าน้ำหนักที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับน้ำหนักมาตรฐานร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐานขึ้นไป (นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2532 : 87)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การที่ร่างกายมีน้ำหนัก เมื่อเทียบกับส่วนสูงแล้วเกินกว่ามาตรฐาน แต่ไม่เกินร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัว ถ้ามีน้ำหนักตัวเกินกว่านี้ถือว่าอ้วน (William. 1989 : 564)

จากหลาย ๆ ความหมาย อาจกล่าวได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง การที่ร่างกายมีน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐานเมื่อเทียบกับส่วนสูง ร้อยละ 10 แต่ไม่เกินร้อยละ 20 หรือมีค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งอาจจะมีเนื้อเยื่อไขมันมากหรือกล้ามเนื้อมาก หรือทั้งสองอย่าง ซึ่งผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานบางคนอาจไม่เป็นโรคอ้วนก็ได้

✓ เกณฑ์ในการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

เกณฑ์ในการตัดสินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความซับซ้อนและอาจมีข้อโต้แย้งกันได้ เพราะไม่มีวิธีการใดที่จะวัดไขมันในร่างกายได้โดยตรง (Walcott McQuigg. 1997 : 309) การชั่งน้ำหนักร่างกายได้น้ำ เป็นวิธีการสำหรับการวัดไขมันในร่างกายที่ได้ผลใกล้เคียงที่สุด

โดยการให้คนลงไปแช่น้ำทั้งตัว ในอุณหภูมิขนาดใหญ่ น้ำที่ล้นออกมา หมายถึง น้ำหนักของไขมันในร่างกาย แต่วิธีการนี้เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก และไม่สามารถปฏิบัติได้ในการศึกษาประชากรกลุ่มใหญ่ และคนที่ไม่สามารถแช่ตัวอยู่ในน้ำได้ อย่างไรก็ตามก็มีเกณฑ์ที่ใช้วัดไขมันในร่างกายโดยอ้อมซึ่งสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี ดังต่อไปนี้ (กมลพรรณ เมฆวรรุฒิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์. 2538 : 27)

1. น้ำหนัก-ส่วนสูง โดยใช้ส่วนสูงเป็นเซนติเมตรลบด้วย 100 ผลลัพธ์ที่ได้ คือ น้ำหนักมาตรฐาน แต่ในเพศหญิง หลังจากลบด้วย 100 แล้ว จะต้องลบออกอีกร้อยละ 10 ของน้ำหนักที่หาได้ ตัวอย่างเช่น หญิงคนหนึ่งสูง 155 ซม. น้ำหนักมาตรฐานที่ควรจะเป็นตามวิธีการนี้คือ

$$\text{น้ำหนักมาตรฐาน} = 155 - 100 = 55 \text{ กิโลกรัม}$$

ลบด้วยร้อยละ 10 ของน้ำหนักมาตรฐานที่หาได้ เท่ากับ 5.5 กิโลกรัม

$$\text{น้ำหนักมาตรฐาน} = 55 - 5.5 = 49.5 \text{ กิโลกรัม}$$

การคำนวณหาด้วยวิธีนี้เป็น การคำนวณอย่างคร่าว ๆ น้ำหนักมาตรฐานที่ได้ อาจवलบได้ 3-5 กิโลกรัม

2. สูตรสำเร็จที่ได้จากการศึกษาความสูงและน้ำหนักของ พญ. พวงมณี วิเศษกุล เสนอสูตร คำนวณดังนี้ (ดำรง กิจกุล. 2538 : 9)

$$\text{น้ำหนักตัวที่เหมาะสม (กิโลกรัม)} = (0.7 \times \text{ความสูงเป็นเซนติเมตร}) - 60$$

เนื่องจากสูตรนี้ได้ใช้จากการศึกษาผู้หญิง จึงควรใช้กับผู้หญิง เพราะอาจไม่เหมาะสมผู้ชาย

3. การนำค่าน้ำหนักตัวที่ซึ่งได้จริง ๆ มาเทียบกับตารางมาตรฐานดูว่า คนสูงขนาดนี้ควรมีน้ำหนักตัวเท่าใด ตารางมาตรฐานที่นิยมใช้ คือ

3.1 Metropolitan Life Insurance Company ได้กำหนดให้น้ำหนักตัวมาตรฐานที่ ส่วนสูงใดส่วนสูงหนึ่ง คือ น้ำหนักที่สัมพันธ์กับอัตราตายต่ำที่สุดของผู้ที่ประกันชีวิต ข้อจำกัดของตารางนี้ คือ การแบ่งโครงสร้าง (Frame size) ของคนเป็นขนาดเล็ก (Small frame) ขนาดกลาง (Medium frame) และขนาดใหญ่ (Large frame) สำหรับวิธีที่จะทำให้ทราบว่า มีโครงกระดูกใหญ่หรือโครงกระดูกเล็กนั้น ทำโดยให้วัดจากรอบกระดูกข้อมือ เพราะเป็นส่วนของกระดูกในตัวเราที่จะวัดได้ใกล้เคียงกับกระดูกจริงมากที่สุด คือ มีกล้ามเนื้อหรือไขมันมาขังน้อยที่สุด การวัดให้วัดจากแขนข้างที่ถนัด หรือแขนข้างที่ใช้งานอยู่เป็นประจำ

สำหรับผู้หญิง ถ้าวัดได้น้อยกว่า 5.5 นิ้ว ถือว่า โครงกระดูกเล็ก

ถ้าวัดได้ระหว่าง 5.5-6.5 นิ้ว ถือว่าโครงกระดูกปานกลาง

ถ้าวัดได้มากกว่า 6.5 นิ้วขึ้นไป ถือว่าโครงกระดูกใหญ่

สำหรับผู้ชาย ถ้าวัดได้น้อยกว่า 6.5 นิ้ว ถือว่า โครงกระดูกเล็ก

ถ้าวัดได้ระหว่าง 6.5-7 นิ้ว ถือว่าโครงกระดูกปานกลาง

ถ้าวัดได้มากกว่า 7 นิ้วขึ้นไป ถือว่าโครงกระดูกใหญ่

สำหรับน้ำหนักมาตรฐานที่ควรจะเป็นแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 น้ำหนักตัวมาตรฐานของผู้ใหญ่ไทยตามความสูงและอายุ

ความสูง (เซนติเมตร)	น้ำหนัก (กิโลกรัม)				
	คนไทย	องค์การ อนามัยโลก	คนอเมริกัน		
			โครงร่าง เล็ก	โครงร่างปานกลาง	โครงร่างใหญ่
เพศชาย					
150-154	45-51	54-57	-	-	-
155-159	49-55	57-60	56-60	57-63	59-68
160-164	52-58	60-63	58-62	59-66	62-71
165-169	55-63	63-66	59-64	61-68	64-74
170-174	58-66	67-69	61-67	62-71	66-78
175-179	59-67	70-73	63-70	66-74	68-81
เพศหญิง					
140-144	39-45	45-47	-	-	-
145-149	44-50	47-50	44-50	48-55	52-60
150-154	46-52	50-52	46-53	49-58	53-63
155-159	49-57	53-55	47-55	51-60	56-65
160-164	52-60	56-59	49-58	54-63	58-70
165-169	53-65	59-62	52-61	57-66	61-73

ที่มา: อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. (2528). หมอชาวบ้าน : 65

3.2 ตารางของ Fogarty center conference ซึ่งไม่ต้องคำนึงถึงโครงสร้างแต่กำหนดน้ำหนักมัชฌาน (Median weight) สำหรับส่วนสูงใดส่วนหนึ่ง ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่ามัธยฐานของน้ำหนักตัวมาตรฐานเมื่อเทียบกับส่วนสูงในผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป

ส่วนสูง (เมตร)	น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	
	ชาย	หญิง
1.45		46.0
1.48		46.5
1.50		47.0
1.52		48.5
1.54		49.5
1.56		50.4
1.58	55.8	51.8
1.60	57.6	52.6
1.62	58.6	54.0
1.64	59.6	55.4
1.66	60.6	56.8
1.68	61.7	58.1
1.70	63.5	60.0
1.72	65.0	61.3
1.74	66.5	62.6
1.76	68.0	64.0
1.78	69.4	65.3
1.80	71.0	
1.82	72.6	
1.84	74.2	
1.86	75.8	
1.88	77.6	
1.90	79.3	
1.92	81.0	

ที่มา: Bray, G.A. Kaplan, et al. (1993). *Health and Human Behavior* : 398

4. การคำนวณหาดัชนีมวลกายของร่างกาย (Body Mass Index) โดยใช้สูตร (Garrow. 1988 : 2)

ดัชนีมวลกายของร่างกาย = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม/ส่วนสูงเป็นเมตร²

ดัชนีมวลกายของคนปกติอยู่ระหว่าง 20-25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในเพศชาย และ 19-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตรในเพศหญิง บุคคลที่มีน้ำหนักเกินดัชนีนี้อยู่ 20 ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ปกติจากการประชุมของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้แบ่งดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ดังนี้ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2539 : 31)

น้อยกว่า 16.00 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า ผอมระดับ 3

16.00-16.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า ผอมระดับ 2

17.00-18.49 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า ผอมระดับ 1

18.50-24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ

25.00-29.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า อ้วนระดับ 1

30.00-39.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า อ้วนระดับ 2

มากกว่า 40.00 กิโลกรัม/ตารางเมตร แสดงว่า อ้วนระดับ 3

5. การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Tricep skin fold) เนื่องจากไขมันกระจายอยู่ตามใต้ผิวหนังทั่วร่างกายไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ฉะนั้นการวัดความหนาของผิวหนังจึงใช้เป็นเครื่องวัดจำนวนไขมันได้ การวัดต้องใช้เครื่องมือพิเศษที่มีแรงกดดันที่สม่ำเสมอ เครื่องมือที่ใช้วัดเรียกว่า สกินโฟลด์ แคลิเปอร์ (Skinfold caliper) มีแรงกด 10 กรัม ต่อเนื้อที่หนึ่งตารางเซนติเมตร ความหนาของผิวหนังชั้นเดียวปกติจะหนาประมาณ 1 เซนติเมตร ถ้าสองชั้นจะหนา 2 เซนติเมตร การวัดทำได้โดยใช้นิ้วหัวแม่มือ และนิ้วชี้หีบผิวหนังทั้งสองชั้นขึ้นมา แล้ววัดด้วยแคลิเปอร์ โดยให้หน้าของแคลิเปอร์แตะผิวหนังและทำมุมฉากกับผิวหนังที่จับซ้อนกัน ตำแหน่งที่นิยมวัดคือด้านหลังของต้นแขน (Tricep) ซึ่งถ้าผู้ชาย และผู้หญิงที่มีค่า Tricep skin fold เกิน 18 และ 25 มิลลิเมตร จัดว่าเป็นโรคอ้วน (วิชัย ดันไพจิตร. 2530 : 26 ; อ้างอิงจาก Bray 1982)

6. การวัดรอบอกและรอบเอว (Chest-waist measurement) ก็อาจใช้เป็นเครื่องมือบอกถึงภาวะน้ำหนักเกินได้ แต่ไม่นิยมใช้ในผู้ที่เข้าสู่วัยกลางคนแล้วเพราะจะประเมินได้ยาก วิธีวัดโดย วัดรอบอกส่วนที่อยู่ใต้รักแร้งมา แล้ววัดที่บริเวณรอบเอวระดับสะดือในท่าที่สบาย หากวัดรอบอกได้มากกว่ารอบเอว 10 นิ้วถือว่าน้ำหนักเกินมาตรฐาน ถ้ารอบอกและรอบเอวต่างกันน้อยกว่า 5 นิ้ว ถือว่าอ้วน

7. การวัดเส้นรอบวงเอวและตะโพก (Waist-to hip ratio: WHR)

$$\text{WHR} = \frac{\text{เส้นรอบเอว}}{\text{เส้นรอบตะโพก}}$$

โดยแบ่งคนอ้วนเป็น 2 ประเภท คือ

อ้วนแบบหญิง (Gynoid obesity) จะมีไขมันมากบริเวณตะโพก และช่วงล่างของท้อง

อ้วนแบบชาย (Android obesity) จะมีไขมันมากบริเวณอก แขน และลงพุง

การวัดรอบวงเอวและตะโพก ผู้ชายหรือผู้หญิงที่อ้วน จะมีอัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอวต่อตะโพกเกิน 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ (Walcott-Mcquigg. 1996 : 312 ; citing Bjorntop 1986)

ในการเลือกใช้เกณฑ์ในการพิจารณาภาวะน้ำหนักของบุคคลควรมีการศึกษาโดยละเอียดถึงวิธีการและการปฏิบัติ จะทำให้ทราบถึงภาวะน้ำหนักที่แท้จริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการเลือกใช้วิธีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการ

8. วัดรอบอกและรอบท้อง สามารถบอกภาวะไขมันเกินในเพศชายได้ โดยวัดรอบอกระดับราวนมควรมีขนาดกว้างกว่ารอบท้องที่วัดได้ตรงระดับสะดือ คือ ประมาณ 2-3 นิ้ว หรือ 2.5-4 เซนติเมตร เป็นวิธีการประเมินที่ทำได้ง่าย ไม่สัมพันธ์กับส่วนสูง มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับค่าดัชนีมวลกาย และเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด (Grodner, Anderson & DeYoung. 2000 : 10)

วิธีการประเมินภาวะน้ำหนักยังมีอีกหลายวิธี ซึ่งจะไม่กล่าวในที่นี้เนื่องจากยุ่งยากและไม่นิยม สำหรับวิธีการประเมินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในการศึกษาค้างนี้ ใช้การคำนวณจากดัชนีมวลกายเนื่องจาก

1. การคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย ไม่ยุ่งยาก สามารถประเมินได้สะดวกและแม่นยำ นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย

2. ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับส่วนสูงน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับดัชนีอื่นๆ ที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการ ทำให้ทราบว่าเมื่อดัชนีมวลกายเพิ่มเป็นผลมาจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นเพราะในวัยผู้ใหญ่ความสูงมักจะคงที่ จากการศึกษาของคีย์และคณะ (Keys, et al. 1972 : 12) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงกับค่าดัชนีมวลกายในประชากรเพศหญิงที่มีอายุ 31-60 ปี มีค่าสูงสุดเพียง 0.245 และมีค่าต่ำสุด 0.001 ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ในทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 19-61 ปี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างส่วนสูงกับค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ -0.1385 ซึ่งน้อยมากในขณะที่น้ำหนักมีความสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 0.358 (Tanphichitr & Leelahakul. 1995 : 20)

3. ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน เดอร์นิน (Durnin, 1974) พบว่า ค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายคิดเป็นร้อยละของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.49-0.62$ ในเพศชาย และ $r = 0.64-0.91$ ในเพศหญิง) สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย ดันไพจิตร และปรียา ลิพพกุล (Tanphichitr & Leelahakul. 1995 :

217) ที่พบว่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับปริมาณไขมันในร่างกายคิดเป็นร้อยละของน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.6852$ ในเพศชาย และ $r = 0.6722$ ในเพศหญิง)

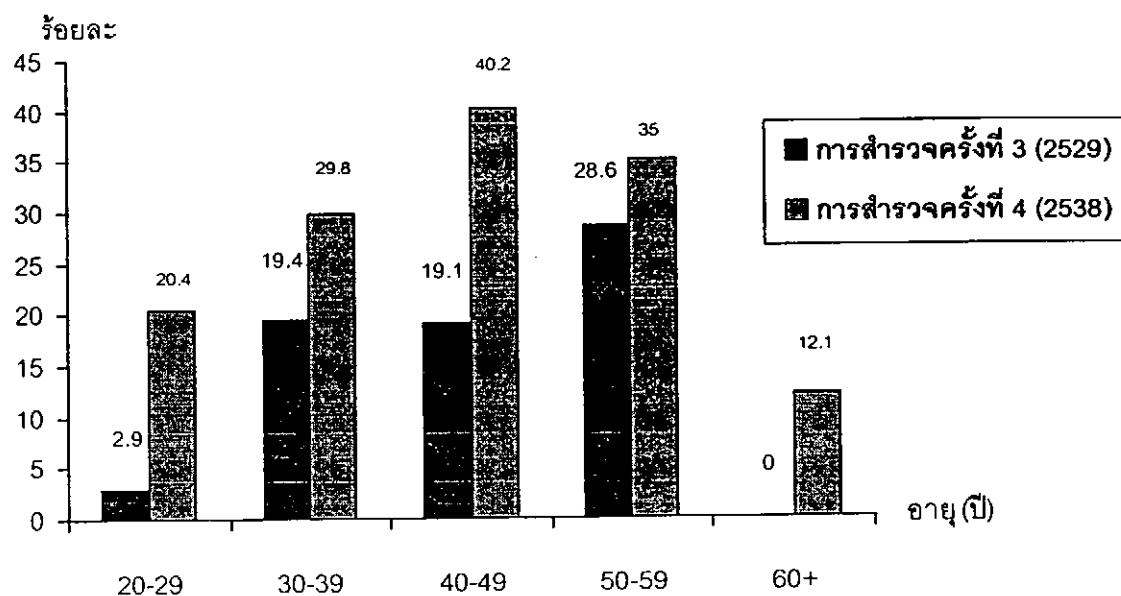
สภาวะการของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในปัจจุบัน

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย จำนวน 601 คน พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 26.80 และดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 44.40 (มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์, 2540 : 57)

ปัจจุบันโรคอ้วนเป็นปัญหาที่พบในเด็กมาก โดยเฉพาะเด็กในโรงเรียนสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 31.5 ร้อยละของเด็กที่เป็นโรคอ้วนแยกตามประเภทของโรงเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร นักเรียนสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย 25.9-31.5 นักเรียนในโรงเรียนเอกชน 25.7-28.1 นักเรียนในโรงเรียนสังกัด สปช. 23.3-27.4 นักเรียนในโรงเรียนสังกัด กทม. 11.2-14.6 ภาพรวมทั้งประเทศ 6.7 (กรมอนามัย, 2540 : 5)

จากการเก็บข้อมูลในผู้ใหญ่ที่อ้วน พบว่า ประมาณร้อยละ 50-65 เคยเป็นเด็กอ้วนมาก่อนซึ่งแปลความได้ว่า โรคอ้วนในเด็กเป็นสาเหตุหรือต้นตอของโรคอ้วนในผู้ใหญ่ โดยเฉพาะรายที่อ้วนมากมีการศึกษาติดตามเด็กช่วงวัยก่อนเรียนไปเป็นระยะเวลา 20 ปี พบว่า ร้อยละ 25 ของเด็กวัยก่อนเรียนที่อ้วนจะเป็นผู้ใหญ่อ้วน หากอ้วนมาตั้งแต่เล็กและยังคงอ้วนอยู่ในช่วงที่เป็นวัยรุ่น พบว่า ร้อยละ 75 ของเด็กจะเป็นผู้ใหญ่อ้วนเมื่อติดตามไป 7 ถึง 35 ปี เด็กที่อ้วนในช่วงอายุ 1 ถึง 2 ขวบ ไม่เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนในผู้ใหญ่

การสำรวจของกรมอนามัย พบว่า คนไทยเป็นโรคอ้วนมากขึ้นในช่วง 1-2 ทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 40-49 ปี และ 20-29 ปี มีความชุกของโรคนี้เพิ่มสูงขึ้นมาก ดังแสดงภาพประกอบ 2 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540 : 8)



ภาพประกอบ 2 อัตราความชุกโรคอ้วนในประเทศไทย จำแนกตามอายุ พ.ศ. 2529 และ พ.ศ. 2538

หมายเหตุ : โรคอ้วนในประชากรอายุ > 20 ปี หมายถึง คนที่มีดัชนีมวลกาย BMI > 25 กก./ตร.ม.

ตาราง 3 อัตราการเกิดโรคอ้วนในต่างประเทศ

ประเทศ	ชาย	หญิง
ฟินแลนด์	19.0	19.0
รัสเซีย	10.8	27.9
อังกฤษ	17.0	20.0
เยอรมัน	17.2	19.3
ยูเครน	16.3	20.0
สกอตแลนด์	15.9	17.3
เบลเยียม	12.1	18.4
สเปน	11.5	15.2
สวีเดน	10.0	11.9

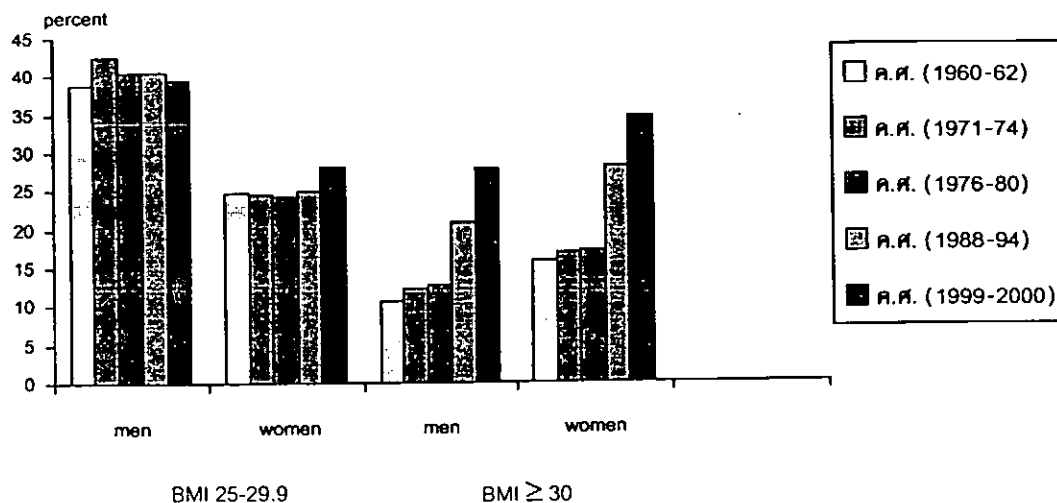
ตาราง 3 (ต่อ) อัตราการเกิดโรคอ้วนในต่างประเทศ

ประเทศ	ชาย	หญิง
ฝรั่งเศส	9.6	10.5
เดนมาร์ก	10.0	9.0
เนเธอร์แลนด์	8.4	8.3
อิตาลี	6.5	6.3
สหรัฐอเมริกา	19.5	25.0
ออสเตรเลีย	18.0	18.0
โซมาเลีย	56.0	74.3
จีนไต้หวัน	15.7	23.0
เม็กซิโก	14.9	25.1
ซาอุดีอาระเบีย	13.0	20.0
แคนาดา	11.8	13.7
ตูนีเซีย	10.0	25.0
ญี่ปุ่น	1.9	2.9
ไอร์แลนด์	1.7	5.6
จีน	1.0	1.7

* BMI > 30

ที่มา bbc.co.uk. (2545) : online

สถิติประชากรที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วน ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำแนกตามเพศ, ค.ศ. และค่า BMI ดังภาพประกอบ 3 (CDC/NCHS, Health, United states. 2000. online)



ภาพประกอบ 3 จำนวนร้อยละของประชากรที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วนในประเทศสหรัฐอเมริกา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

1.1 เพศ การเกิดภาวะน้ำหนักเกินจะมีอัตราการเกิดแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทยครั้งที่ 1 ในปี 2534-2535 พบว่า เพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าเพศชายเกือบสองเท่า (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2539: 57) ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติครั้งที่ 1 ของสหรัฐอเมริกาที่พบว่า เพศหญิงมีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของเพศชาย (Walcott-McQuigg. 1996 : 310 ; citing Williamson 1993. *Weight loss a hamp in adoult*) ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายของ ผู้หญิง ฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสเตอโรนจะเร่งให้มีการสร้างเซลล์ไขมันเก็บสะสมไว้โดยไม่มีการเสื่อมสลายเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการมีบุตร (อุษณีย์ ดันตรีบูรณ์. 2536 : 69)

1.2 อายุ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น หลังจากอายุ 20 ปีไปแล้ว อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายจะลดลงประมาณ 2 เปอร์เซ็นต์ ทุก 10 ปี โดยเฉพาะในเพศหญิงจะมีการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักมากกว่าเพศชาย (Shils, et al. 1994 : 987) ในเพศชายน้ำหนักตัวจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 25 ปี ส่วนเพศหญิงมักเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี (นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2532: 97) การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเมื่อมีอายุ

มากขึ้น อาจเกิดเนื่องจากการมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งมีการเผาผลาญพลังงานหรือใช้แคลอรีของร่างกายน้อยลง (อินทวิภา วงศ์อัฒมณีกุล. 2537 : 66)

1.3 พันธุกรรม ปัจจัยทางพันธุกรรมพบว่า มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 10 (สุภาพ สอนปาน. 2538 : 12) และจากการศึกษาของลีวิส (Lewis. 1986 : 35) พบว่า ถ้าบิดาหรือมารดา คนใดคนหนึ่งน้ำหนักเกินมาตรฐาน บุตรมีโอกาสที่จะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20-40 และถ้าทั้งบิดาและมารดามีน้ำหนักเกินมาตรฐาน บุตรมีโอกาสมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 40-80 ในขณะที่บุตรที่มีบิดาและมารดาน้ำหนักตัวปกติ จะมีโอกาสมีน้ำหนักเกินมาตรฐานน้อยกว่าร้อยละ 10 และสตันการ์ด (Stunkard. 1980 : 5-6) ได้รายงานการศึกษาภาวะน้ำหนักเกินของฝาแฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน โดยนำมาเลี้ยงดูในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ผลปรากฏว่าแฝดดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้พันธุกรรมยังเป็นตัวกำหนดรูปร่างของมนุษย์และมีการพัฒนาไปสู่ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน คนในกลุ่ม เอกโตมอร์ฟ (Ectomorph) ซึ่งมีรูปร่างผอมสูง โครงกระดูกเล็ก กล้ามเนื้อตามตัวมีไขมันน้อย มีแนวโน้มที่จะมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานน้อยกว่า กลุ่มเอนโดมอร์ฟ (Endomorph) ซึ่งจะมีรูปร่างกลม เนื้อนุ่ม มีไขมันกระจายอยู่ทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าอก พุง ตะโพก และโคนขา ลำตัวจะดูใหญ่ แต่ความจริงมีโครงกระดูกเล็ก (ดำรง กิจกุล. 2538: 1-4 ; อ้างอิงจาก Lewis. 1986) จึงทำให้กลุ่มเอนโดมอร์ฟ มีแนวโน้มที่จะมีภาวะ น้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และทำให้ผอมได้ยากกว่า แม้กระทั่งลำไส้เล็กของคนเราที่ยาว 21 ฟุต ที่จริงก็เป็นเพียงค่าประมาณ บางคนอาจยาวเพียง 20 ฟุต บางคนอาจถึง 23 ฟุต และความยาวของลำไส้เล็กที่ใช้ในการดูดซึมอาหารนี้เองที่มีผลต่อน้ำหนักในแต่ละคน การต่างกันถึง 3 ฟุต นี้จะเป็นผลถึงร้อยละ 15 และถ้าคิดกันแบบดอกเบี๋ยทบตัน ภายในเวลาเพียง 5 ปี เขาก็จะมีน้ำหนักตัวถึง 2 เท่าของปัจจุบัน (ไกล์หมอ. 2540: 56)

1.4 ปัญหาของสรีระของร่างกาย เช่น การที่ท้องผูกเป็นประจำ ก็จะเป็นการช่วยเพิ่มเวลาในการดูดซึมอาหารเข้าสู่ร่างกาย ทางแก้ที่ดีประการหนึ่งก็คือ การพยายามทานอาหารที่เป็นประเภทผักผลไม้มากขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มกากอาหาร จะได้ช่วยเร่งอัตราการเคลื่อนตัวของสารอาหารในลำไส้ให้ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนช่วยโอบอุ้มไขมันทำให้ยากแก่การดูดซึม (ไกล์หมอ. 2540 : 56)

1.5 จำนวนเซลล์ไขมัน จากทฤษฎีเซลล์ไขมัน (Fat cell theory) อธิบายว่าน้ำหนักของคนเราเกิดจากการเพิ่มขนาดของเซลล์ไขมัน (Hypertrophic) หรือจำนวนของเซลล์ไขมัน (Hyperplastic) หรือทั้งสองอย่าง เซลล์จะมีขนาดใหญ่เมื่อมีไขมันสะสม และมีการสร้างเซลล์ไขมันขึ้นมาใหม่เมื่อมีไขมันมากกว่าขนาดของเซลล์ไขมันที่มีอยู่ (อุษณีย์ ตันตรีบุรณ. 2536 : 70) การเพิ่มขึ้นของเซลล์ไขมันจะเกิดขึ้นในระยะอยู่ในครรภ์และจะมีการสร้างหรือหยุดเป็นบางระยะ และจะมาหยุดเพิ่มจำนวนในวัยผู้ใหญ่ ในวัยเด็กภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เกิดขึ้น จะมีทั้งเพิ่มจำนวนและขนาดของเซลล์ไขมัน เด็กที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีจำนวนเซลล์ไขมัน

เป็น 5 เท่าของเด็กปกติ (Kaplan. 1993 : 404) ดังนั้นคนที่น้ำหนักเกินในวัยเด็กจะมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานต่อไปในวัยผู้ใหญ่

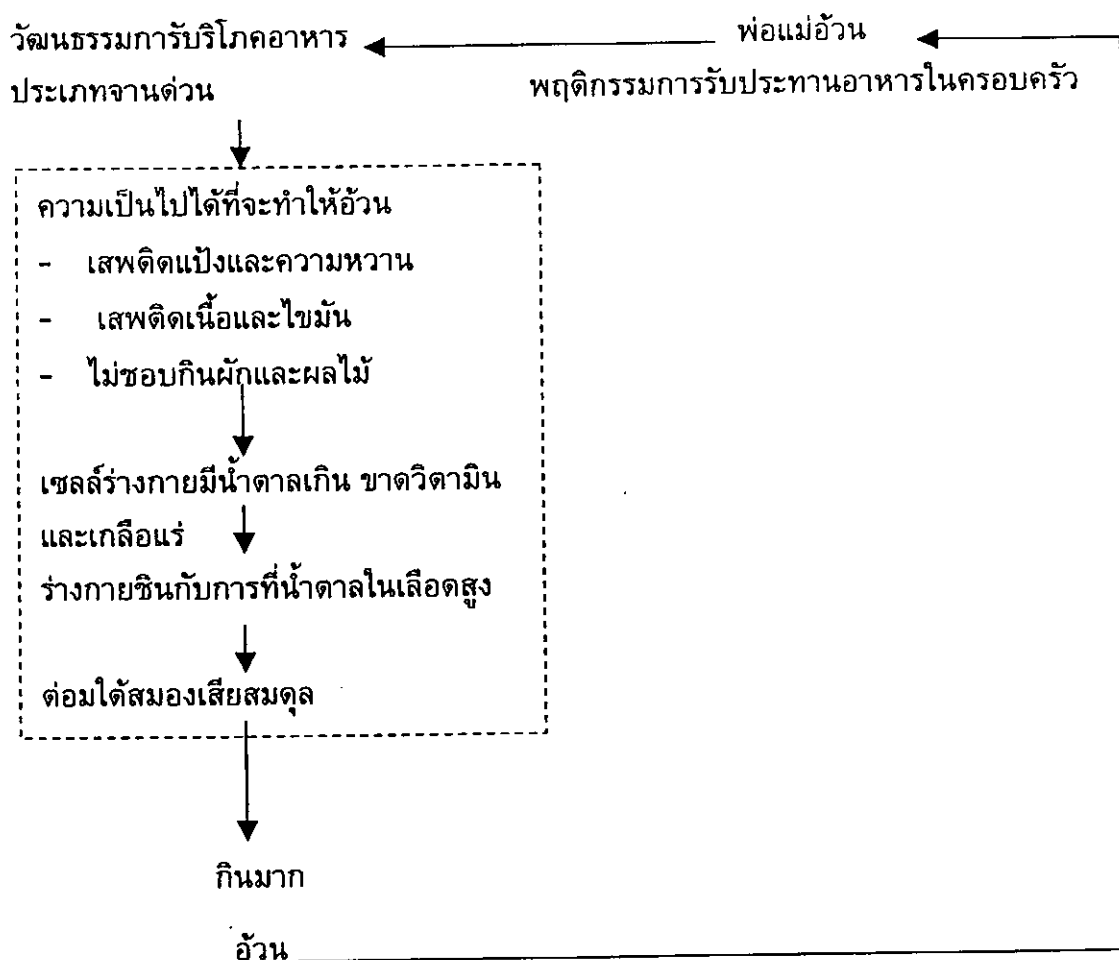
1.6 ความผิดปกติในการผลิตความร้อนในร่างกาย มีรายงานว่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการผลิตความร้อนในร่างกาย (Heat production) และเพิ่มการสะสมของพลังงานในรูปของไขมัน ซึ่งเกิดจากการบกพร่องในการทำหน้าที่ของเนื้อเยื่อไขมันสีน้ำตาล (Brown adipose tissue) ซึ่งเป็นรูปแบบที่จำเพาะของเนื้อเยื่อไขมัน มีบทบาทในการสร้างความอบอุ่นแก่ร่างกายในทารกแรกเกิดเมื่อต้องสัมผัสกับอากาศหนาวเย็น ป้องกันการหนาวสั่นและเพิ่มการผลิตความร้อนภายในร่างกาย เพื่อรักษาอุณหภูมิของร่างกายให้คงที่ ถ้าจำนวนเนื้อเยื่อไขมันสีน้ำตาลมีจำนวนน้อย ทำให้มีการผลิตความร้อนใน ร่างกายน้อย ร่างกายก็นำพลังงานจากอาหารมาใช้น้อย จึงเกิดการสะสมของพลังงานในรูปของไขมันเกิดเป็นภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Lewis. 1986 : 315)

1.7 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ มีผู้ป่วยจำนวนน้อยที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานอันเนื่องมาจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ซึ่งได้แก่ การทำงานที่ผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ ที่สร้างฮอร์โมนออกมาน้อย ทำให้ร่างกายใช้พลังงานเพื่อเบสัลเมตาบอลิซึม (Basal metabolism) น้อยลง มีการสะสม พลังงานมากขึ้น นอกจากนี้ อาจเกิดจากภาวะร่างกายมีฮอร์โมนอินซูลินมากเกินไป (hyperinsulin)

2. ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่

2.1 บริโภคนิสัยหรือพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เนื่องจากการรับประทานอาหารให้พลังงานมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย จะทำให้มีการสะสมของไขมัน จนเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในเวลาต่อมา พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ การรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไปทุกครั้ง ซึ่งทำให้ศูนย์ควบคุมความอิ่มกำหนดระดับของสารเคมี ได้แก่ กลูโคส กรดไขมัน และกรดอะมิโนให้สูงกว่าเดิม หากเกิดขึ้นบ่อยครั้งก็จะทำให้ศูนย์ควบคุมดังกล่าวศูนย์เสียหน้าที่ในที่สุด การรับประทานอาหารด้วยอัตราเร็วซึ่งอาหารที่รับประทานเข้าไปยังไม่ได้เปลี่ยนเป็นสารเคมีในระดับที่เพียงพอจะกระตุ้นศูนย์ควบคุมความอิ่ม ทำให้บุคคลรับประทานอาหารต่อไปเรื่อย ๆ จนมากเกินไปจนเกินความต้องการ นอกจากนี้ ได้แก่ การกินจุบจิบตลอดเวลา การรับประทานอาหารบ่อยครั้งหรือรับประทานอาหารระหว่างมื้อ ซึ่งจำนวนมื้ออาหารที่เหมาะสมในแต่ละวันคือ วันละ 3-4 มื้อ (Russ Ciararuea & Atkinson. 1984 : 444-446) ถ้ารับประทานอาหารจำนวนมื้อมากกว่านี้แนวโน้มที่จะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ลักษณะนิสัยที่สำคัญอีกประการหนึ่งทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน คือ การชอบรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง เช่น ขนมหวานหรืออาหารที่มีไขมันและแคลอรีสูง เช่น อาหารจานด่วน หรือ บางครั้งอาจจะเป็นความต้องการทางจิตใจ

บ่อยครั้งที่หลังทานอาหารมาอย่างอิ่มเต็มที่แล้ว ถ้าเราพบไอศกรีมที่เราชอบ ก็ สามารถได้อีกทั้งที่ยังคงรู้สึกอึดอยู่ สิ่งนี้เป็นผลมาจากความรู้สึกต้องการ ไม่ใช่ความต้องการจริง ของ ร่างกาย และเราเองมักมองข้ามสิ่งเหล่านี้ ซึ่งพฤติกรรมนี้มักจะถูกปลูกฝังมาจากในครอบครัว ดังภาพประกอบ 4 (พัชนี ปฐมวานิชย์. 24(1-2) : 22)



ภาพประกอบ 4 กลไกที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน

2.2 สิ่งแวดล้อม มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นอย่างมาก เช่น ความอุดมสมบูรณ์ของอาหาร การหาซื้ออาหารได้ง่ายและมีให้เลือกมากมายหลายชนิด นอกจากนี้สภาพแวดล้อมภายในครอบครัวก็เป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน โดยเฉพาะครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันและมีการรับประทานอาหารร่วมกัน ถ้าพ่อแม่ชอบอาหารที่มีไขมัน ลูกก็มีแนวโน้มที่จะชอบอาหารที่มีไขมันตามไปด้วย (นิตยา ตั้งชูรัตน์. 2532 : 92) เนื่องจากมีการถ่ายทอด

ทอดลักษณะนิสัยกันมาทั้งความนิยมในชนิดของอาหารและรสชาติในการปรุง ทำให้เกิดนิสัยการบริโภคที่คล้ายคลึงกัน นอกจากนี้อาจเกิดจากการประกอบอาหารที่รสชาติถูกใจหรือถูกปากจากบุคคลในครอบครัว ทำให้รับประทานอาหารได้มาก จนเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้

2.3 การออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การใช้พลังงานในร่างกายของคนปกติประกอบด้วย 3 ทาง คือ พลังงานที่ร่างกายใช้ไปเพื่อการดำรงชีวิต เช่น การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ พลังงานที่สูญเสียเมื่อมีอาหารเข้าไปในร่างกายเมื่อเผาผลาญสารอาหาร และพลังงานสำหรับทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสัดส่วนของพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละทางคือ ร้อยละ 60-70 : ร้อยละ 10 : ร้อยละ 20-30 ของการใช้พลังงานทั้งหมดในร่างกายตามลำดับ หากเกิดความไม่สมดุลของพลังงานที่เข้าสู่ร่างกายและพลังงานที่ใช้ไปจะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ แต่อย่างไรก็ตามพลังงานที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ พลังงานสำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำงาน เล่นกีฬา หากมีการใช้พลังงานส่วนนี้น้อย แม้จะรับประทานอาหารเท่าเดิมก็อาจจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะพบน้อยในบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้นกระฉับกระเฉง (Active live) และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่จะพบได้ทั่วไปในบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตแบบสบาย ๆ (Largely secondary)

2.4 ความเครียด ผลการวิจัยล่าสุดระบุว่า ความเครียดนอกจากจะส่งผลร้าย ต่อสุขภาพจิตของคุณแล้ว มันยังนำไปสู่ความอ้วนได้ด้วย โดยเฉพาะผู้ที่มีความเครียดบ่อย ๆ หรือประเภทเครียดเรื้อรังนั้นยิ่งน่าเป็นห่วงเพราะมันทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างน่ากลัว ซึ่งอาการดังกล่าวนี้เห็นได้บ่อย จากทั้งชายและหญิงวัยกลางคน

เมื่อคนเกิดเครียด สมองจะหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวกับความเครียด หรือ Stress hormone ออกมา ซึ่งฮอร์โมนดังกล่าวนี้จะไปกระตุ้นเซลล์ในร่างกายเก็บไขมันมากขึ้น

ในช่องท้องจะมีเซลล์รับไขมันที่มีความเกี่ยวพันอยู่กับ Stress hormone และ Stress hormone นี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้มันรับไขมันมากขึ้น นอกจากนี้ยังย้ำว่า ร่างกายมนุษย์จะเก็บสะสมไขมัน เมื่อถูกกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกของการต่อสู้ เหมือนกับเป็นกลไกในการปกป้องตนเอง

กลไกดังกล่าวนี้ทำงานได้เหมาะสมดีกับมนุษย์ยุคบรรพบุรุษ แต่สมองของเราไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างความเครียดที่เกิดจากการเอาตัวรอด และความเครียดแบบเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับบางคนในทุก ๆ วัน ดังนั้นผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำ จึงสะสมไขมันมากกว่าคนปกติ หรือคนที่มีอารมณ์ผ่อนคลาย

อย่างไรก็ตาม เทคนิคในการผ่อนคลายความเครียดนั้นอาจไม่เพียงพอที่จะขจัดปัญหาความอ้วนอันเนื่องมาจากความเครียดได้ แต่วิธีที่ดีที่สุดคือ การป้องกันการผลิต Stress hormone ด้วยการออกกำลังกาย เพราะในเวลาที่ยออกกำลังกายนั้นร่างกายจะผลิต Beta endorphin ซึ่งจะเป็นตัวป้องกันการหลั่ง Stress hormone โดยการออกกำลังกายนั้น ก็ควรเป็นไปในลักษณะของการทำเป็นประจำ คือ อย่างน้อยสัปดาห์ละสองครั้ง ครั้งละประมาณ 30-40

นาที่ ทั้งสำหรับผู้ชายและผู้หญิง นอกจากนี้ การรับประทานอาหารที่ดีก็มีส่วน คือ พยายามจำกัดอาหารประเภทโปรตีนและแป้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงหลัง 5 โมงเย็นเป็นต้นไป

ความอ้วนอันเนื่องมาจากความเครียดเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือเราจะต้องมีความเข้าใจถึงสิ่งที่ทำให้เราเกิดความเครียดให้ได้ก่อน ซึ่งถ้าหากสามารถแก้ไขจุดที่ก่อให้เกิดความเครียดได้นั้นหมายความว่า เราสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2547 : Online)

2.5 เศรษฐกิจและสังคม ในประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นประเทศตะวันตก พบว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะพบในกลุ่มคนที่มีเศรษฐกิจและฐานะทางสังคมต่ำ (Sherman et al., 1995 : 28-36) และจากการศึกษาของเบย์ (Bray, 1982 : 1052-1062) พบว่า ระดับเงินเดือนมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักตัว คือ จะพบความชุกของโรคอ้วนเพียงร้อยละ 9 ในกลุ่มที่รายได้มากกว่า 20,000 เหรียญ/ปี และพบร้อยละ 40 ในกลุ่มที่มีรายได้ไม่เกิน 20,000 เหรียญ/ปี สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาของดุชนี สุทธิปริยาศรี (2532 : 18) พบว่า คนที่มีน้ำหนักเกิน คือ คนที่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีและอาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสและอำนาจในการซื้อบริการต่าง ๆ ตามความพอใจ ในด้านอาชีพ จากการศึกษานี้ของ คัมภีร์ มัลลิกะมาส (2522 : ค) พบว่า กลุ่มอาชีพที่ใช้แรงกายในการทำงานน้อย ทำงานนั่งโต๊ะเช่นผู้บริหาร จะมีปัญหาการเพิ่มของน้ำหนัก ในขณะที่อาชีพที่เกี่ยวข้องกับธรรมเนียมของสังคม เช่นต้องรับประทานอาหารว่าง การรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน จะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ (Lewis, 19894 : 316)

2.6 ความรู้ความเข้าใจของบุคคล การขาดความรู้ทางโภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จากการศึกษานี้ของกองโภชนาการกระทรวงสาธารณสุข (2532 : 8) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาขาดความรู้ทางด้านโภชนาการถึงร้อยละ 40.98 ทำให้ไม่สามารถเลือกรับประทานได้ถูกต้อง นอกจากนี้ยังเป็นผลมาจากความเชื่อและค่านิยมที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา คนไทยและคนจีนมีความเชื่อว่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นเครื่องบ่งชี้ความแข็งแรงสมบูรณ์ ความมีบุญ และอำนาจวาสนาของบุคคล ทำให้มีการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวให้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน แต่ในปัจจุบันความเชื่อและค่านิยมนี้ลดลงจากเดิม

2.7 การรับประทานยาบางชนิด มียาบางชนิดที่ร่างกายได้รับเข้าไปแล้วจะทำให้เกิดความอยากอาหาร หรือ ทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น เช่น ยาเจริญอาหาร (Cypohrpladine, Pizotifen) ยาในกลุ่ม Phenothiazine ยาคุมกำเนิดทั้งชนิดเม็ด และ ชนิดฉีด ยาพวงสเดียรอยด์ (ประณีต หงส์ประภาส, 2538 : 33; กมลพรรณ เมฆวรวิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์, 2538 : 42)

2.8 การเลิกสูบบุหรี่ (ในผู้ที่สูบบุหรี่) สำหรับผู้ที่สูบบุหรี่สารนิโคตินในบุหรี่ จะทำให้มีการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย (Crrroll & Smith, 1992 : 89) วารสารการ

แพทย์นิวอิงแลนด์ รายงานว่า การสูบบุหรี่วันละ 24 มวนนั้น จะต้องใช้แคลอรีมากขึ้นถึงร้อยละ 10 คนที่สูบบุหรี่มากจะยิ่งใช้พลังงานมาก ดังนั้น ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่จะทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลง อีกทั้งอาจทดแทนการสูบบุหรี่ด้วยการรับประทานอาหารมากขึ้น (Carroll Smith. 1992 : 89) เพื่อให้ปากไม่ว่างที่จะไปสูบบุหรี่ จึงทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้

จากปัจจัยดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาอันเนื่องมาจากการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานตามมากมาย ทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลที่ถูกต้อง เพื่อให้บุคคลสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

การบริโภคอาหาร

การรู้จักเลือกบริโภคอาหารอย่างเพียงพอและถูกสัดส่วนทั้ง คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ นั้น จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและป้องกันโรคต่าง ๆ ได้ ดังแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ต่อไปนี้

โภชนบัญญัติ 9 ประการ

ในหลายประเทศได้มีการหาแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับประชาชน สำหรับประเทศไทย กองโภชนาการร่วมกับสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดลได้กำหนดแนวทางการบริโภคขึ้น เรียกว่า “โภชนบัญญัติ 9 ประการ” โดยเน้นถึงความหลากหลายของอาหารที่บริโภคเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นสำหรับร่างกายอย่างเพียงพอและเหมาะสม ดังนี้

1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว เนื่องจากร่างกายต้องการสารอาหารต่าง ๆ ที่มีอยู่ในอาหาร ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน แร่ธาตุ วิตามิน รวมทั้งน้ำ และใยอาหาร ซึ่งไม่มีอาหารเพียงชนิดใดชนิดเดียวที่ให้สารอาหารต่าง ๆ ครบถ้วนในปริมาณที่ร่างกายต้องการ จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ให้หลากหลายจึงจะได้รับสารอาหารต่าง ๆ ครบถ้วนและเพียงพอ และควรหมั่นชั่งน้ำหนักตัวเสมอเพื่อตรวจสอบไม่ให้น้ำหนักเกินมาตรฐานเพราะอาจเกิดโรคอ้วนหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ได้

2. รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยแต่บางครั้งอาจบริโภคอาหารประเภทแป้งอื่น ๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือขนมปัง สลับกันได้ สำหรับการบริโภคข้าวนั้นควรเป็นข้าวซ้อมหรือข้าวกล้องที่ขัดสีแต่น้อย เนื่องจากมีคุณค่าทางสารอาหารและกากใยอาหารในปริมาณที่สูง

3. รับประทานอาหารผักและผลไม้ให้มากเป็นประจำ ผักและผลไม้ นอกจากให้วิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหาร ยังมีสารอื่น ๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือด และช่วยให้เยื่อของเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ แข็งแรงอีกด้วย

4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเหลืองเป็นประจำ ดังนี้

4.1 เนื้อสัตว์ทุกชนิดมีโปรตีน แต่ควรรับประทานชนิดไม่ติดมัน เพื่อลดการสะสมไขมันในร่างกายและควรรับประทานปลาอย่างสม่ำเสมอ

4.2 ไข่เป็นอาหารโปรตีนราคาถูกหาซื้อได้ง่าย เด็กสามารถรับประทานได้ทุกวัน แต่ผู้ใหญ่ควรรับประทานไม่เกินสัปดาห์ละ 2-3 ฟอง

4.3 ถั่วเหลืองโปรตีนที่ดีและราคาถูก ควรกินสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมมีโปรตีน วิตามินดี และแคลเซียม ซึ่งสำคัญต่อการเจริญเติบโตและเสริมสร้างความแข็งแรงให้กระดูกและฟัน จึงเป็นอาหารที่เหมาะสมกับบุคคลทุกวัย ในผู้สูงอายุและคนอ้วนควรดื่มนมพร่องมันเนย

6. รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทั้งช่วยดูดซึมวิตามิน เอ ดี และเค แต่ควรรับประทานในปริมาณที่จำกัด ดังนี้

กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) พบมากในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ กะทิ และน้ำมันปาล์ม ถ้ารับประทานมากเกินไปร่างกายจะเปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลได้ จึงแนะนำให้รับประทาน ร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโน (Monosaturated fats) มีอยู่มากในน้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันข้าวโพด เป็นต้น ถ้าสัดส่วนไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโนเพิ่มขึ้นจะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลลดลง ควรรับประทานประมาณ ร้อยละ 10 ของพลังงานแต่ละวัน นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ความดันโลหิตลดลงและการควบคุมน้ำตาลดีขึ้น (สุนันท์ พันธุ์แพ และคณะ. 2541 : 23)

กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโพลี (Polysaturated fats) ได้จากพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด เมล็ดฝ้าย เมล็ดทานตะวัน น้ำมันงา และน้ำมันถั่วเหลือง เป็นต้น เพราะเป็นไขมันที่ช่วยให้ระดับโคเลสเตอรอลลดลงได้โดยให้ในสัดส่วนประมาณ ร้อยละ 10 ของพลังงาน ไขมันจากปลาทะเลต่าง ๆ เช่น ปลาทูน่า ปลาซอลมอน ปลาทู มีคุณสมบัติทำให้ระดับไตรกรีเซอไรด์ลดลง และความดันโลหิตลดลงแต่ถ้ารับประทานมากเกินไปทำให้ระดับโคเลสเตอรอลสูงขึ้นได้ (สุนันท์ พันธุ์แพ และคณะ. 2541 : 23 อ้างอิงจาก Nestel. *American Journal Epidemiology*. 28) จึงควรรับประทานปลาทะเลเพียง 2-3 มื้อต่อสัปดาห์

ดังนั้น การบริโภคไขมันของบุคคลทั่วไปในแต่ละวัน จึงควรมีสัดส่วนของไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโพลี : ไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโน : ไขมันชนิดอิ่มตัว เท่ากับ 1:1:1 ซึ่งรวมแล้วไม่ควรเกิน ร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งวัน (สุนันท์ พันธุ์แพ และคณะ. 2541 : 23) และควรบริโภคอาหารประเภท คัม เนื้ ย่าง และอบ แทนการทอดหรือผัด เพื่อลดปริมาณไขมันในอาหาร

7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด และเผ็ดจัด การรับประทานอาหารรสจัดมากจนเป็นนิสัยทำให้เกิดโทษเกิดแก่ร่างกายได้ เนื่องจากรสหวานจัดทำให้ได้พลัง

งานเพิ่ม ทำให้อ้วน รสเค็มจัดอาจทำให้ผู้ป่วยโรคเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และอาหารรสเผ็ดจัดอาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ เป็นต้น

8. รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน อาหารที่สะอาด ประสุกใหม่ ๆ มีการปกปิดป้องกันเชื้อโรคแมลงวันและบรรจุในภาชนะที่สะอาด มีอุปกรณ์หยิบจับที่ถูกต้อง ย่อมทำให้ปลอดภัยจากการเจ็บป่วย และร่างกายได้รับประโยชน์จากอาหารอย่างเต็มที่

9. จดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำเป็นโทษแก่ร่างกาย ทำให้สมรรถภาพการทำงานลดลง ขาดสติ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ตลอดจนชีวิต เสี่ยงต่อการเป็นโรคตับแข็ง แผลในกระเพาะอาหาร จึงควรงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อาหารมังสวิรัต

อาหารมังสวิรัต เป็นอาหารอายุวัฒนะแบบอายุรเวทของอินเดีย หรือกลุ่มคนจีนที่อยู่ในเมืองไทยโดยเรียกอาหารประเภทนี้ว่า “อาหารเจ” มีความเชื่อว่า “อาหารพวกพืช ผัก ผลไม้ เป็นอาหารของมนุษย์ หากบริโภคเป็นประจำจะทำให้ร่างกายบริสุทธิ์สามารถป้องกันและรักษาโรคได้ทุกชนิด”

จากผลการสำรวจผู้ที่บริโภคอาหารมังสวิรัต (Edlin, Golanty and Bown. 1997 : 89) จะพบอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจ หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน และโรคอ้วนต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้บริโภคมังสวิรัต และพบว่า ประเทศที่มีการบริโภคเนื้อสัตว์มากจะมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคมะเร็งที่สูงกว่าประเทศที่มีการบริโภคเนื้อสัตว์น้อย อย่างไรก็ตาม ไม่ควรแนะนำให้เลิกบริโภคอาหารมังสวิรัตเป็นประจำ เพราะทำให้ขาดสารอาหารโปรตีนที่มีคุณค่าต่อการเจริญเติบโตได้ เช่น ไอโอดีน ทอรีน วิตามินบี 12 และกรดไขมัน ดี เอช เอ เป็นต้น เนื่องจากสารอาหารเหล่านี้ไม่พบในพืชผักมากนัก หรือแม้แต่ผู้ใหญ่อายุก็อาจจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กได้ เนื่องจากอาหารจากพืชมักจะมีสารโพลีฟีนอล และไฟเตท ที่ขัดขวางการดูดซึม เหล็ก สังกะสี และแคลเซียม เช่น ธัญพืชที่ไม่ได้ผ่านการขัดสี ถั่วเมล็ดแห้ง ถั่วที่มีเปลือกแข็ง และเมล็ดต่าง ๆ โดยไฟเตทจะไปจับกับเหล็กทำให้เหล็กลดลง (สมใจ วิชัยดิษฐ์. 2541 : 33-34) ดังนั้น ผู้ที่รับประทานเต้าหู้มาก ๆ จึงมีปัญหการดูดซึมเหล็กได้

ผู้บริโภคอาหารมังสวิรัตจึงควรมีความรู้ที่จะเลือกอาหารที่มีแหล่งของสารอาหารเหล็กเพียงพอ และบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมการดูดซึมเหล็ก เช่น วิตามินซี (Ascorbic acid) กรดซิตริก (Citric acid) ซึ่งพบในผักผลไม้ หรือกรดแลกติก (Lactic acid) ที่พบในผักกาดดอง เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมเหล็กได้ดีขึ้น

อาหารแมคโครไบโอติกส์

แมคโครไบโอติกส์ เป็นอาหารอายุวัฒนะแบบญี่ปุ่นคล้าย ๆ กับอาหารมังสวิรัต โดยที่มาจากอาหารของพระวัดเซน และต่อมานายจอร์จโอซาวา (ยูคิกาสึ ซากุระซาวา) ได้เขียนหนังสือ "แมคโครไบโอติกส์" เป็นการนำข้อดีแห่งวิถีตะวันออกกับตะวันตกมาผสมผสานกันเป็นพื้นฐานของการมีชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติรอบตัวและจักรวาลมากที่สุด เพราะอาหารธรรมชาติเป็นแหล่งรวมของมูลฐานชีวิต แก่ แสงแดด ดิน น้ำ และอากาศ ถูกนำมาผสมผสานกันอยู่ในอาหารนั้น สามารถเสริมสร้างดุลยภาพให้แก่ร่างกายได้ดีที่สุด ซึ่งจะทำให้ร่างกายแข็งแรง

หลักสำคัญในการบริโภคอาหารแมคโครไบโอติกส์ (วิจิตร บุญยะโหดระ. 2537 : 57-58) คือ การรับประทานอาหารหลักที่มีอยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ ได้แก่ อาหารต่อไปนี้

1. ข้าวกล้องและเมล็ดธัญพืชที่ยังไม่ขัดขาว ประมาณ ร้อยละ 50 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ ได้แก่ ข้าวซ้อมมือ ข้าวโพด ข้าวสาลี ข้าวโอ๊ต ข้าวบาร์เลย์ เป็นต้น
2. ผักต้ม ประมาณ ร้อยละ 25 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ แต่ผักนั้นต้องปลูกในดินบริสุทธิ์ที่ได้รับสารเคมียาฆ่าแมลงหรือยากำจัดศัตรูพืช
3. สาหร่ายทะเลและถั่วต่าง ๆ โดยเฉพาะ ถั่วเหลือง ประมาณ ร้อยละ 15 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ
4. ซุปเต้าหู้ และเครื่องปรุงธรรมชาติ ในบางกรณีอาจมีปลาและของหวานที่เป็นผลไม้ ร้อยละ 10 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ

อาหารชีวจิต

อาหารชีวจิต เป็นอาหารจากธรรมชาติ ยึดหลักการเดียวกับอาหารแมคโครไบโอติกส์ โดยเน้นอาหารที่มาจากท้องถิ่นนั้น ๆ และเพื่อให้สอดคล้องกับสังคมไทย ดร.สาทิส อินทรกำแหง (2541 : 57-58) จึงได้กำหนดสูตรซึ่งใกล้เคียงกับอาหารแมคโครไบโอติกส์ ไว้ดังนี้

1. อาหารประเภทแป้ง ประมาณ ร้อยละ 50 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ แก่ ข้าวซ้อมมือ หรือข้าวกล้องซึ่งเป็นข้าวที่ไม่ผ่านการขัดสี เนื่องจากการขัดสีนั้นจะทำลายเยื่อของเมล็ดข้าวที่อยู่ใต้เปลือกข้าว ซึ่งมีโปรตีน ธาตุฟอสฟอรัสเจือปน รกข้าวที่อุดมด้วยวิตามินบี 1 วิตามินอี ฟอสฟอรัส ทองแดง เหล็ก และไขมันเจือปนอยู่ ถ้าเป็นข้าวโพดก็ควรเป็นทั้งเมล็ดหรือทั้งฝัก ถ้าเป็นขนมปังก็ต้องเป็นขนมปังโฮลวีท (Whole wheat) เป็นต้น
2. ผัก ประมาณ ร้อยละ 25 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ ใช้ผักดิบ ผักสุก อย่างละครึ่ง ทำเป็นสลัดผัก ผักลวกจิ้มน้ำพริก หรือผัดใช้น้ำมันพืชแต่น้อย ผักควรจะปลูกเองไม่ใช่สารเคมีต่าง ๆ จะดีที่สุด แต่ถ้าต้องซื้อก็ต้องเลือกผักที่มั่นใจว่าปลอดสารพิษแช่น้ำนาน ๆ และแช่ด้วยน้ำส้มสายชู

3. ถั่วต่าง ๆ ประมาณ ร้อยละ 15 ของปริมาณอาหารแต่ละมื้อ เช่น ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วเหลือง ถั่วดำ และผลิตผลจากถั่ว เช่น เต้าหู้ โปรตีนเกษตร หรือผลผลิตซึ่งดัดแปลงจากถั่วในรูปต่าง ๆ อาจจะใช้โปรตีนได้เป็นครั้งคราว คือ ปลา และอาหารทะเลประมาณอาทิตย์ละครั้ง

4. เบ็ตเตล็ด ได้แก่ แกง ของกินเล่น และผลไม้ ประมาณร้อยละ 10 เช่น แกงจืด แกงเลียง หรือซูป ทำจากเต้าเจี้ยวญี่ปุ่นผสมในน้ำแกง สำหรับทะเลใส่แกงและผัดผักต่าง ๆ งามสด และงาคั่วใช้โรยอาหารได้ทุกอย่าง ถั่วต่าง ๆ สามารถใช้เป็นของคบเคี้ยวหรือของกินเล่นได้ ถ้าเป็นผลไม้ควรเป็นผลไม้เขียวและไม่หวาน เช่น ฝรั่ง มะม่วงดิบ เป็นต้น

ข้อห้ามสำหรับผู้บริโภคอาหารชีวิตที่ต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัด คือ

1. ห้ามสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า และสิ่งเสพติดต่าง ๆ
2. งดอาหารเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อ หมู ไก่
3. งดน้ำตาลขาวทุกชนิด รวมทั้งอาหารขนม และเครื่องดื่มที่ผลิตจากน้ำตาล เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง เค้ก ไอศกรีม น้ำหวานต่าง ๆ
4. งดอาหารที่ใช้ไขมัน นม เนย กะทิ
5. งดแป้งขาวทุกชนิด เช่น ข้าวขาว ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปังขาว เป็นต้น

ความต้องการสารอาหารในวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่จะต้องการสารอาหารต่าง ๆ เพื่อเสริมสร้างเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายให้ทำงานเป็นปกติ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารต่าง ๆ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายดังต่อไปนี้

1. ความต้องการพลังงาน ความต้องการพลังงานของบุคคลในวัยนี้จะขึ้นกับแรงงานที่ใช้ โครงร่างของร่างกายและน้ำหนัก ผู้ใหญ่ปกติจะต้องการพลังงานประมาณวันละ 30-35 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมของร่างกาย ถ้าเป็นผู้ที่ทำงานหนัก ก็จะต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเป็น 40-45 แคลอรีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมของร่างกาย พลังงานที่ได้รับและกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันต้องมีความสมดุลย์กัน ถ้าได้พลังงานจากอาหารมาก แต่ใช้แรงงานในการทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อย น้ำหนักจะเพิ่มมากขึ้น และเกิดโรคอ้วนดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้ใหญ่จึงควรได้รับพลังงานให้เหมาะสมกับแรงงานที่ใช้ อาหารที่ให้พลังงานที่สำคัญได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และไขมัน ในวัยผู้ใหญ่ ควรกินน้ำตาลแต่พอควรเพราะน้ำตาลให้แต่พลังงานเป็นส่วนใหญ่และทำให้อ้วนได้มาก ไขมันหรือน้ำมันก็ควรกินแต่พอควรเช่นเดียวกัน เพราะไขมันให้พลังงานมาก ไขมันหรือน้ำมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี วัยผู้ใหญ่จึงไม่ควรกินอาหารที่มีไขมันมากนัก

2. ความต้องการโปรตีน เนื่องจากในวัยนี้ร่างกายไม่เจริญเติบโตแล้ว จึงต้องการโปรตีนเพียงพอเพื่อเสริมสร้างเซลล์ต่าง ๆ ให้ทำงานเป็นปกติ ในวันหนึ่งควรได้รับโปรตีนประมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และประมาณ 1 ใน 3 ของปริมาณโปรตีนที่ได้รับควรมาจากเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น ไข่ นม เนย ส่วนที่เหลืออีก 2 ใน 3 ควรได้จาก

ถั่วเมล็ดแห้ง และข้าว ข้าวแม้จะมีโปรตีนน้อยแต่ปริมาณที่ได้รับในแต่ละวันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในชนบท กินข้าวประมาณ วันละ 800-1,000 กรัม ข้าวสาร 100 กรัมมีโปรตีน 7 กรัม ดังนั้นถ้ากินข้าวในปริมาณดังกล่าว จะได้โปรตีนจากข้าวถึงวันละ 50-70 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่มากพอสำหรับความต้องการของร่างกายใน 1 วัน แต่เนื่องจากโปรตีนในข้าวมีคุณภาพไม่ดีพอ จึงควรกินข้าวร่วมกับถั่วเมล็ดแห้งหรือเนื้อสัตว์ด้วย

3. ความต้องการวิตามินและเกลือแร่ ผู้ใหญ่จำเป็นที่จะต้องได้รับอาหารที่ให้วิตามินและเกลือแร่ให้เพียงพอ เพื่อใช้ในการเสริมสร้างเซลล์ที่สึกหรอ วิตามินและเกลือแร่ที่พบว่าเป็นปัญหาโภชนาการในวัยผู้ใหญ่ ได้แก่

3.1 วิตามินเอ การขาดวิตามินเอ เป็นปัญหาโภชนาการของประเทศไทยปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพบว่ามีโรคขาดวิตามินเอเป็นจำนวนมาก เนื่องจากได้รับไขมันน้อยทำให้วิตามินเอถูกดูดซึมได้น้อย ผู้ใหญ่ควรได้รับวิตามินเอวันละ 2500 หน่วยสากล

3.2 วิตามินบีหนึ่ง เป็นปัญหาโภชนาการที่พบบ่อยในประเทศไทยโดยเฉพาะในประชากรที่ทำงานใช้แรงงาน เช่น ชาวลาว ชาวนา กรรมกร เนื่องจากวิตามินบีหนึ่งมีความสัมพันธ์กับพลังงานมากก็จำเป็นต้องได้รับวิตามินบีหนึ่งเพิ่ม ผู้ใหญ่ควรได้รับวิตามินบีหนึ่งวันละ 0.7 มิลลิกรัม

3.3 วิตามินบีสอง มีความสัมพันธ์กับอาหารที่ให้พลังงานผู้ใหญ่ควรได้รับวันละ 0.9 มิลลิกรัม พบมากในเครื่องในสัตว์ น้านมถั่วเหลือง ถั่วเมล็ดแห้ง

3.4 วิตามินซี ผู้ใหญ่ต้องการประมาณวันละ 30 มิลลิกรัมซึ่งได้จาก ผักสด ผลไม้สด เช่น ส้ม สับปะรด มะละกอสุก

3.5 แคลเซียม ผู้ใหญ่ต้องการประมาณวันละ 400 มิลลิกรัม จะได้จากน้านม ผักใบเขียว สัตว์เล็กๆ ที่กินได้ทั้งกระดูก

3.6 เหล็ก การขาดเหล็กเป็นปัญหาโภชนาการปัญหาหนึ่ง และพบในคนไทยทุกวัย วัยผู้ใหญ่พบเฉลี่ยร้อยละ 37 ดังนั้นจึงควรกินอาหารที่มีธาตุเหล็กให้เพียงพอโดยเฉพาะในหญิงวัยเจริญพันธุ์ในวัยนี้ควรได้รับเหล็กวันละ 16 มิลลิกรัม ซึ่งจะได้จากไข่แดง ตับสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว

3.7 ไอโอดีน พบว่าขาดมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ เนื่องจากห่างจากทะเล ควรได้รับปลาทะเลบ่อยๆ และใช้เกลือที่ผสมไอโอดีน

อาหารและปริมาณอาหารที่ผู้ใหญ่ควรได้รับ

1. เนื้อสัตว์ เนื้อสัตว์ควรได้รับทุกวันและทุกมื้อจะเป็นเนื้อสัตว์ชนิดใดก็ได้ เช่น เนื้อหมู เป็ด ไก่ ปู ปลา กุ้ง หอย ในวันหนึ่งควรได้รับประมาณ 120 กรัม หรือ ประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะ ในสัปดาห์หนึ่ง ควรมีเครื่องในสัตว์และปลาทะเลประมาณ 2 ครั้ง

2. น้านม ควรได้รับประมาณวันละ 1 ถ้วยตวง หรือสัปดาห์ละ 3-4 ถ้วยตวง จะดื่มนมถั่วเหลืองแทนก็ได้ หรือใช้นมผงใส่เครื่องดื่มจำพวก โอวัลติน ไมโล ก็ได้
3. ไข่ ควรได้รับเฉลี่ยวันละ 1/2 ฟอง หรือประมาณสัปดาห์ละ 4-5 ฟอง จะเป็นไข่เปิดหรือ ไข่ไก่ ก็ได้
4. ถั่วเมล็ดแห้ง จะเป็นในรูปของเต้าหู้ เต้าฮวย หรือถั่วทั้งเมล็ดก็ได้ เช่น ถั่วแดง ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ควรได้รับทุกวัน วันละ 1/2 ถ้วยตวง อาจใช้ทำอาหารคาวและอาหารหวาน
5. ผักสีเขียวและสีเหลือง ได้แก่ ผักบุ้ง ผักคะน้า ผักทอง วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 1/2 ถ้วยตวง
6. ผลไม้สด ควรได้รับทุกวัน เพื่อจะได้วิตามินเพียงพอับความต้องการ ถ้าเป็น ส้ม ควรได้รับวันละ 2-3 ผล หรือ มะละกอสุก ประมาณครั้งละ 1/2 ถ้วยตวง
7. ข้าวสูก หรือผลิตภัณฑ์จากข้าว เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง ควรได้รับประมาณวันละ 4-5 ถ้วยตวง
8. ไขมันหรือน้ำมัน ควรได้รับประมาณวันละ 3 ช้อนโต๊ะ และควรเป็นไขมันที่มาจากพืชอย่างน้อย 1 ใน 3 ของไขมันที่ได้รับทั้งหมด

คุณค่าทางโภชนาการ

อาหารกากใย (Fiber) เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนถูกย่อยในลำไส้ แบ่งเป็น 2 จำพวก คือ พวกที่ละลายน้ำได้ (Soluble fiber) เห็นเป็นเมือกใส ๆ หรือข้นคล้ายยาง พบมากในผลไม้ เช่น แอปเปิ้ล ส้ม ข้าวโอ๊ต และถั่วต่าง ๆ สามารถช่วยลดการดูดซึมของกลูโคสและไขมันในทางเดินอาหาร จึงลดกลูโคสและระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ทำให้อัตราการเกิดเบาหวานและโรคหัวใจลดลงได้ และพวกที่ไม่ละลายน้ำ (Insoluble fiber) พบมากในข้าวซ้อมมือ รำข้าวทุกชนิด เม็ดแมงลัก หัวบุก และเส้นใยผักต่าง ๆ ที่เรารับประทานในชีวิตประจำวัน เป็นต้น ช่วยเพิ่มปริมาณในกระเพาะลำไส้ ทำให้รู้สึกอิ่ม โดยไม่เพิ่มแคลอรี กระตุ้นการทำงานของลำไส้ ตัวอย่างอาหารกากใยแสดงไว้ในตาราง 4

การบริโภคอาหารที่มีกากใยสูงจะช่วยลดการเกิดมะเร็งลำไส้ เนื่องจากกากใยอาหารจะทำหน้าที่เสมือนฟองน้ำซึ่งจะดูดน้ำจากภายนอกเข้าสู่ลำไส้ ทำให้อุจจาระอ่อนตัวและช่วยเร่งให้การขับถ่ายเร็วขึ้น จึงลดโอกาสที่สารก่อมะเร็งจะสัมผัสกับผนังลำไส้ให้น้อยลงเป็นการลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้และท้องผูกได้ แต่ควรบริโภคในปริมาณที่เหมาะสม คือ ประมาณวันละ 25 กรัม และควรค่อย ๆ เพิ่มอาหารกากใยให้มากขึ้นเรื่อย ๆ จนร่างกายรู้สึกชินและสบาย พร้อมทั้งเพิ่มปริมาณน้ำดื่มให้มากขึ้นด้วย เนื่องจากอาหารกากใยย่อยยากจึงมีข้อเสียคือทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อได้ ดังนั้นจึงควรมีหลักในการบริโภคอาหารกากใย (วิจิตร บุญยะโทตระ, 2537 : 137-138) ดังนี้

1. พยายามค่อย ๆ เพิ่มปริมาณการบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง โดยเฉพาะข้าวกล้องที่ละน้อย
2. เพิ่มการบริโภคถั่ว เมล็ดพืช คนที่กินแล้วท้องอืดและผายลมมาก อาจป้องกันได้โดยแช่ถั่วคั่วคืน รุ่งขึ้นค่อยต้มโดยใช้อุณหภูมิต่ำ ๆ
3. บริโภคผลไม้ทั้งลูก รวมทั้งเปลือกและเมล็ด (หากกินได้)
4. เพิ่มการบริโภคผัก และพืชเมล็ด เช่น ข้าวโพด พยายามบริโภคผักสด หรือผักลวกที่ใช้ความร้อนต่ำ

ตาราง 4 ปริมาณกากใยอาหารแต่ละชนิด

ประเภทอาหาร	จำนวน	ปริมาณกากใยอาหาร (กรัม)	ประเภทอาหาร	จำนวน	ปริมาณกากใยอาหาร (กรัม)
ขนมปังโฮลวีท	1 แผ่น	1.6	ข้าวโพด	½ ถ้วย	3.9
ขนมปังขาว	1 แผ่น	1.0	กะหล่ำปลี	½ ถ้วย	0.3
ข้าวสาลี(ขาว)	½ ถ้วย	0.1	กล้วย	ขนาดกลาง	2.0
ข้าวสาลี	½ ถ้วย	2.4	แอปเปิ้ล	ขนาดกลาง	2.6
(ข้าวกล้อง)			(ทั้งเปลือก)		
ถั่วเหลือง(สุก)	½ ถ้วย	5.8	ส้ม	ขนาดเล็ก	1.2
มะเขือเทศ	ขนาดกลาง	3.8	แตงโม	1 ชิ้น	0.4
ฝรั่ง	ขนาดเล็ก	6.0			

ที่มา : Edlin, Golanty and Brown. (1996). *Health and Wellness*. : 95

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Food Supplement) เช่น นมผึ้ง (Royal jelly) น้ำมันตับปลา กระเทียมสังเคราะห์ กากใยอาหาร รำข้าว สาหร่ายเกลียวทอง เลซิติน น้ำมันอีเวนนิ่งพริมโรส (Evening primrose oil) วิตามินอี แคลเซียม เห็ดหลินจือ ชูบโกสกัต และวิตามินซี เป็นต้น คือ ผลิตภัณฑ์ที่กินเพื่อเสริมอาหารหลักที่กินตามปกติเท่านั้น (อำนาจ บาลี และคณะ, 2540 : 12-13) ไม่ใช่อาหารเสริมสุขภาพ ซึ่งไม่มีความจำเป็นต่อร่างกายถ้ารับประทานอาหารครบถ้วนตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว เนื่องจากประเทศไทยมีผักและผลไม้ราคาถูก มากพอที่จะบริโภคได้ตลอดทั้งปี ซึ่งผักผลไม้เหล่านั้นล้วนให้สารอาหารที่มีคุณค่าต่อ

ร่างกาย ในตาราง 5 แสดงคุณค่าอาหารของผักผลไม้ไทย โดยที่ไม่ต้องพึ่งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีราคาแพงและมีการโฆษณาเกินมากเกินความเป็นจริง

ตาราง 5 แสดงคุณค่าอาหารของผักผลไม้ไทย

ผักและผลไม้ (100 กรัม)	แคลอรี (หน่วย)	ไขมัน (กรัม)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	กากใย (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	แคลเซียม (มิลลิกรัม)	ฟอสฟอรัส (มิลลิกรัม)	เหล็ก (มิลลิกรัม)	วิตามิน				
									เอ	บี1	บี2	ไนอาซิน	ซี
แตง	38	0.4	8.5	1.2	1.6	16	32	0.6	117	0.10	0.08	1.6	52
ตำลึง	28	0.4	4.2	1.0	4.1	158	30	4.6	11,075	0.17	0.13	3.8	48
กระเจต	43	0.2	6.1	1.6	4.1	123	49	2.5	-	0.12	0.17	-	32
ผักบุ้งไทย	30	0.9	2.2	1.3	3.2	30	45	1.2	-	0.08	0.09	-	-
ผักปราง	19	0.3	3.5	0.6	1.6	106	39	1.6	5,817	0.06	0.17	0.6	86
ผักทอง	50	0.2	12.5	0.8	1.4	27	43	0.6	2,458	0.09	0.06	1	14
หัวปลี	26	0.2	5.7	0.9	1.6	37	52	1.0	283	0.04	0.03	0.4	12
กล้วยน้ำว้า	100	0.3	26.1	0.6	1.2	12	32	0.8	375	0.03	0.04	0.6	14
ฝรั่ง	51	0.1	11.5	6.0	1.9	13	25	0.5	89	0.06	0.13	-	130
มะละกอ	45	0.1	11.8	0.5	0.5	24	22	0.7	1,183	0.03	0.05	0.4	73

ที่มา : บาลี และคณะ. (2540) : 12-13 ;อ้างอิงจาก กองโภชนาการ กรมอนามัย ปี 2541

การออกกำลังกาย

วัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายโดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์หลัก ดังนี้ (รัตนวดี ณ นคร. 2538 : 143)

1. การออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรง (Health related fitness) เช่น วายน้ำ วิ่ง เดิน ขี่จักรยาน โยคะ และรำมวยจีน เป็นต้น เป็นการออกกำลังกายที่มีผลทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานดีขึ้น เช่น ช่วยให้หัวใจ ปอด และระบบการไหลเวียนโลหิตของร่างกายทำงานดีขึ้น ควบคุมปริมาณไขมันในร่างกายให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม เพิ่มความแข็งแรงของโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการเสื่อมสภาพทางร่างกาย เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคเบาหวาน เป็นต้น จึงนับว่าเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับคนทุกเพศ ทุกวัยทุกอาชีพ และฐานะ

2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย (Performance related fitness) เป็นการฝึกฝนร่างกายเฉพาะส่วนเพื่อทำให้กล้ามเนื้อเกิดความแข็งแรงทนทาน (Endurance) และมีกำลัง (Power) หรือเพื่อให้เกิดความคล่องแคล่วว่องไว (Agility) และมีความเร็ว (Speed) เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับนักกีฬาซึ่งต้องลงแข่งขันหรือเพื่อการฝึกสำหรับทหารมากกว่าที่จะใช้สำหรับกลุ่มประชาชนทั่วไป

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อระบบของร่างกาย

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมีประโยชน์โดยตรงต่อการทำงานของหัวใจ ปอด และระบบการไหลเวียนโลหิต รวมทั้งระบบต่าง ๆ ของร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายทำงานได้ดีและแข็งแรงขึ้น ดังนี้

1. ระบบการไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 6-12 เดือน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต คือ

1.1 อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง (Bradycardia)

1.2 กล้ามเนื้อหัวใจมีขนาดโตขึ้น (Cardiac hypertrophy) ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายต่อครั้ง (Stroke volume : SV) ได้มากขึ้นถึง 4-5 เท่าของคนปกติ จึงมีผลทำให้ฮีโมโกลบิน (Hemoglobin) ในเลือดสามารถขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายได้เพิ่มขึ้น

1.3 ค่าความดันโลหิตช่วงบน (Systolic) และช่วงล่าง (Diastolic) ลดลง ทำให้ลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้

1.4 เพิ่มขนาดและความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ทำให้ช่วยลดการเกิดภาวะเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจแข็งและอุดตัน (Atherosclerosis) ได้

1.5 ช่วยเพิ่มระดับไขมัน HDL (High density lipoprotein) แต่ลดระดับไขมัน LDL (Low density lipoprotein) และไขมันไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ลง ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) (Edlin, Golanty and Brown. 1997 : 131) แต่การออกกำลังกายต้องสม่ำเสมอ เช่น วิ่ง 20 กิโลเมตรต่อสัปดาห์ติดต่อกัน (สุนันท์ พันธุ์แพ และคณะ. 2541 : 26 ; อ้างอิงจาก Williams, et al. 1982. *The Journal of Nursing Administration*)

2. ระบบทางเดินหายใจ การออกกำลังกายทำให้ปอดขยายใหญ่ขึ้น และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ ได้แก่ กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง (พิชิต ภูติจันทร์. 2539 : 38) ทำให้เพิ่มปริมาณและประสิทธิภาพการระบายอากาศของปอด (Pulmonary ventilation) มากขึ้น

3. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก การออกกำลังกายโดยการยกน้ำหนัก (Weight training) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ คือ จะช่วยเพิ่มความทนทานให้กับกล้ามเนื้อและทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น (Hypertrophy) เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในส่วนของกล้ามเนื้อ (ธรรมบุญ นวลใจ. 2537 : 17-18) ดังนี้

3.1 มีการเพิ่มจำนวนและขนาดของไมโอไฟบริน (Myofibrin) ในเส้นใยกล้ามเนื้อ

3.2 เพิ่มปริมาณของไมโอโกลบิน (Myoglobin) ที่ทำหน้าที่เก็บออกซิเจนในเซลล์กล้ามเนื้อ

3.3 เพิ่มขนาดและจำนวนของไมโทคอนเดรีย (Mitochondria) ในเซลล์กล้ามเนื้อ มีหน้าที่สร้างเอทีพี (ATP = Adenosine triphosphate) ซึ่งเป็นแหล่งพลังงานของเซลล์

3.4 เพิ่มความหนาแน่นของหลอดเลือดฝอยต่อเส้นใยกล้ามเนื้อมากขึ้น และเพิ่มจำนวนเส้นใยกล้ามเนื้อโดยการแยกตัวตามยาว (Longitudinal fiber splitting)

3.5 เพิ่มการแตกตัวของไขมัน (Oxidation) ภายหลังจากการฝึกเพื่อความทนทาน มีผลทำให้ไขมันถูกใช้เป็นเชื้อเพลิงเพิ่มขึ้น เป็นการลดปริมาณไขมันในร่างกายทำให้สัดส่วนดีขึ้นและน้ำหนักตัวโดยรวมลดลง

3.6 เพิ่มความแข็งแรงให้กับเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เช่น เอ็นกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อต่ออีกด้วย

การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูก พบว่า การลงน้ำหนักของกระดูกโดยการออกกำลังกาย เช่น การเดินการยืน หรือการบริหารร่างกาย ทำให้กระดูกทุกชิ้นในร่างกายได้รับแรงถ่วงน้ำหนักร่วมกับการเกร็งกล้ามเนื้อเป็นระยะ ๆ จะมีผลเพิ่มการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงส่วนของกระดูกและกล้ามเนื้อนั้น ๆ และเชื่อว่า มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงประจุไฟฟ้าบนผิวกระดูก ซึ่งสามารถกระตุ้นให้เซลล์กระดูกอ่อนสร้างมวลกระดูกเพิ่มขึ้น (พัสมัณท์ คุ่มทวีพร, 2539 : 34-35) ดังเช่นนักกีฬาหรือผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะมีมวลกระดูกและมวลกล้ามเนื้อมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (Schultz, 1995 : 62) การออกกำลังกายจึงสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ได้

4. ระบบภูมิคุ้มกันโรค การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณ 4 ชั่วโมง หรือมากกว่านี้ต่อสัปดาห์ตั้งแต่เด็กวัยรุ่นจนโตเป็นผู้ใหญ่ สามารถช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทาน ป้องกันการเกิดสารก่อมะเร็ง และเพิ่มการไหลเวียนของเม็ดเลือดโลหิตขาวทำให้ลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งได้ สำหรับกลไกของการเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านทานนั้นยังไม่ได้มีการกำหนดชัดเจนซึ่งต้องทำการวิจัยต่อไป (Pender, 1996 : 188)

5. ระบบต่อมไร้ท่อ การออกกำลังกายมีผลทำให้ระบบต่อมไร้ท่อผลิตระดับฮอร์โมนเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ ดังเช่น

5.1 ส่งเสริมการหลั่งโกร๊ธฮอร์โมน(Growth hormone)จากต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) เพิ่มขึ้น ซึ่งช่วยในการเผาผลาญและการทำงานของร่างกาย

5.2 ฮอร์โมนเทสโตสเตอโรน (Testosterone) และโปรเจสเตอโรน (Progesterone) เพิ่มขึ้น ทำให้สมรรถภาพทางเพศเพิ่มขึ้นด้วย แต่ในทางกลับกันการออกกำลังกายที่หนักเกินไป ก็มีผลทำให้ฮอร์โมนเพศลดลงได้เช่นกัน (ดำรง กิจกุลศล. 2537 : 16)

6. สภาพจิตใจ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก พบว่า ทำให้ร่างกายหลั่งสารเอ็นดอร์ฟิน (Endorphines) และสารเอ็นเคฟาลิน (Enkephalins) ซึ่งมีฤทธิ์เหมือนกับมอร์ฟิน ทำให้เกิดอาการสดชื่นอัมเอบ (Euphoria) และสารนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ช่วยให้

อารมณ์ดีขึ้น นอนหลับได้ดี ลดความตึงเครียด และรู้สึกสนุกสนานอยากออกกำลังกายมากขึ้น (Edlin, Golanty and Brown. 1997 : 132) การออกกำลังกายจึงเป็นนันทนาการได้ดี

ผลการวิจัยกลุ่มวัยรุ่นชาวอเมริกา จำนวน 1,057 คน ที่สนใจการเล่นกีฬา พบว่า มีอารมณ์ซึมเศร้าน้อยความมั่นใจตนเองสูง และมีสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนในระดับที่สูง เช่นเดียวกับผลวิจัยของกลุ่มวัยรุ่นชาวไอซ์แลนด์ (Iceland) ที่สนใจกีฬา พบว่า มีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้า น้อย สุขภาพดี และเข้าไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรำน้อยด้วย (Pender. 1996 : 187)

หลักสำคัญของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายที่จะมีผลดีต่อสุขภาพนั้น ต้องมีความพอดีที่จะทำให้ร่างกายฟิตและรักษาความสมบูรณ์ไว้ได้ซึ่งศาสตราจารย์นายแพทย์โพลล็อก (จรรยาพร ธรณินทร์. 2535 : 32 ; อ้างอิงจาก Pollock. *The New Aerobics*: 68) ให้ความหมายคำว่า ฟิต หรือสมรรถภาพทางร่างกาย หมายถึง “ความสามารถสูงสุดของการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ สัดส่วนของร่างกาย ความแข็งแรง ความอดทน และความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ” โดยสมาคมกีฬาวissenschaftlerของสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine) ได้กำหนดปริมาณและคุณภาพในการออกกำลังกายที่สำคัญ คือ FIT ได้แก่ บ่อย (Frequency) หนัก (Intensity) และนาน (Time) สำหรับบุคคลทั่วไปดังต่อไปนี้

FREQUENCY การออกกำลังกายเพียงสัปดาห์ละ 3-5 วัน วันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็นับว่าเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอ

INTENSITY ดัชนีบ่งชี้ความหนักของการออกกำลังกายที่เพียงพอในแต่ละครั้ง คือ

1. การสังเกตอย่างง่าย คือ การมีเหงื่อออกทั่วร่างกาย และมีอาการเหนื่อย หอบ แต่ยังพูดคุยกับเพื่อน ๆ ได้นั้นถือว่าหนักพอดี ซึ่งบ่งชี้ถึงสมรรถภาพความทนทานของหัวใจ ปอด และระบบไหลเวียนโลหิต ถ้าออกกำลังกายเพียงแค่น้อยแต่ไม่มีอาการหอบแสดงถึงความหนักที่น้อยเกินไป และถ้าเหนื่อยจนพูดไม่ออกถึงจะแสดงถึงการออกกำลังกายที่หนักมากเกินไปซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

2. การวัดอัตราการเต้นของหัวใจ การออกกำลังกายจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจจะสูงขึ้นกว่าขณะที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ดังนั้นจึงต้องกำหนดอัตราการเต้นของหัวใจไว้ เรียกว่า “เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจ” (Target heart rate = THR) ซึ่งในแต่ละคนจะไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับอายุ และวัตถุประสงค์ของการออกกำลังกาย ดังเช่น ผู้ที่เริ่มออกกำลังกายเป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจควรเพิ่มเพียงร้อยละ 55-65 ของอัตราการเต้นหัวใจปกติ สำหรับผู้ที่เคยออกกำลังกายมาแล้วและต้องการเพิ่มสมรรถภาพความทนทานของปอดและหัวใจให้ดียิ่งขึ้น เป้าหมายอัตราการเต้นหัวใจควรเพิ่มเป็นร้อยละ 65-85 ของอัตราการเต้นหัวใจปกติ แต่เป้าหมายอัตราการเต้นหัวใจ

ไม่ควรเพิ่มมากเกินไปกว่านี้ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อระบบการทำงานของหัวใจและสุขภาพได้
(มนู วาทีสุนทร. 2541 : 56)

สูตร เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย

$$= \text{อัตราเต้นหัวใจสูงสุด} \times \text{เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจที่ต้องการเพิ่ม}/100$$

$$\text{อัตราการเต้นหัวใจสูงสุด} = 220 - \text{จำนวนอายุ (ปี)}$$

 ดังนั้น เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย

$$= (220 - \text{จำนวนอายุ}) \times \text{เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจที่ต้องการเพิ่ม}/100$$

ตัวอย่าง นางสาวมฤดี อัยรา อายุ 20 ปี มีสุขภาพแข็งแรง ขณะออกกำลังกาย
 หากต้องการให้หัวใจเต้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 75 ของอัตราการเต้นหัวใจปกติ จงคำนวณหา
 เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย

จากสูตร เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกาย

$$= (220 - \text{จำนวนอายุ}) \times \text{เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจที่ต้องการเพิ่ม}/100$$

$$= (220 - 20) \times 75/100$$

$$= 150$$

ดังนั้น เป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจขณะออกกำลังกายจึงต้องเท่ากับ 150 ครั้ง/นาที

TIME การออกกำลังกายแต่ละครั้งควรใช้เวลาอย่างน้อยประมาณ 30-60 นาที โดยให้
 แบ่งระยะเวลาของการฝึกออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

1. ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warming-up) คือ การทำให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นซึ่งทำให้เกิดผลดีต่อร่างกาย ดังนี้

1.1 ทำให้การประสานงานระหว่างประสาทและกล้ามเนื้อ หรือระหว่างกลุ่ม
 กล้ามเนื้อด้วยกัน เป็นไปอย่างถูกต้องและราบรื่น

1.2 เพิ่มอุณหภูมิในกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อหดตัวได้ประสิทธิภาพสูงสุด

1.3 ปรับการหายใจและเพิ่มการไหลเวียนโลหิตไปสู่หัวใจ กระดูก และกล้ามเนื้อ

1.4 เพิ่มออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อต่าง ๆ

1.5 เพิ่มความสามารถในการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ

1.6 เพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ลดการเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ

(Arrhythmia) ระหว่างการออกกำลังกาย

1.7 การค่อย ๆ เพิ่มอุณหภูมิในร่างกายช่วยป้องกันการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ และอันตรายที่เกิดจากการดึงตัวของกล้ามเนื้อให้เข้าใกล้ระยะคงที่ เป็นการย่นระยะการปรับตัว ในระหว่างการฝึกซ้อม

วิธีการอบอุ่นร่างกาย 5 นาที

ก่อนการออกกำลังกาย มีวิธีการอบอุ่นร่างกายสามารถทำได้ ดังนี้

1. นาทีแรก เขยียดหรือยืดแขน ขา และหลัง
2. นาทีที่สอง ฝึกท่าลูกนั่งเข่างอเพื่อฝึกกล้ามเนื้อท้องและวิดพื้นเพื่อฝึก

กล้ามเนื้อไหล่และแขน

3. นาทีที่สาม เดินเป็นวงกลมเดินอย่างรวดเร็ว

4. นาทีที่สี่ เดินเร็ว 15 วินาที สลับวิ่งเหยาะ 15 วินาที

5. นาทีที่ห้า วิ่งช้าติดต่อกันไป ในขณะที่วิ่งให้ลงเต็มฝ่าเท้า เพื่อให้ขาและข้อเท้าได้เหยียดยืดอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันมิให้เกิดบาดเจ็บจากการวิ่งอย่างทันทีทันใด

2. ช่วงเข้มข้นของการออกกำลังกาย (Endurance exercise) มีเป้าหมาย เพื่อเพิ่มเป้าหมายอัตราการเต้นของหัวใจ (THR) ให้ขึ้นถึงที่ต้องการประมาณร้อยละ 60-80 ซึ่งเท่ากับการออกกำลังกายระดับกลาง (Moderate exercise) จากนั้นให้ฝึกติดต่อกันไปอีกนานประมาณ 15-30 นาที เพื่อให้ร่างกายได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากการออกกำลังกาย

การยืดเส้นยืดสาย (Stretching exercise) หลังจากการฝึกอย่างเต็มที่แล้วก่อนจะเข้าสู่ช่วงของการผ่อนคลายควรมีการยืดเส้นยืดสาย เพื่อช่วยยืดกล้ามเนื้อหลังจากการฝึก ทำให้เพิ่มความยืดหยุ่นให้แก่ข้อต่าง ๆ ลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อจึงช่วยป้องกันการบาดเจ็บที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น และทำให้รู้สึกผ่อนคลายขึ้น แต่การยืดเส้นยืดสายที่รุนแรงเกินไปจะกลายเป็นการเพิ่มความตึงให้กับกล้ามเนื้อได้เช่นกัน

3. ช่วงผ่อนคลาย (Cooling down) คือ การพยายามให้อวัยวะส่วนปลายคือมือและเท้า เคลื่อนไหวตลอดเวลาด้วยการเดินช้า ๆ หรือการวิ่งช้า ๆ ประมาณ 5-10 นาที เพื่อลดระดับการเต้นของหัวใจให้น้อยกว่า 100 ครั้งต่อนาที ช่วงนี้มีความสำคัญต่อร่างกาย คือ ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ป้องกันการเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ ลดระดับความดันโลหิต ลดอุณหภูมิและการลดกรดแลคติกในกล้ามเนื้อ ป้องกันการปวดศีรษะเนื่องจากความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและช่วยรักษาระดับการไหลเวียนของเลือดที่ไปสู่กล้ามเนื้อ

ระยะเวลาของการฝึกทั้ง 3 ช่วงเวลาที่ได้กล่าวมาแล้วขึ้นอยู่กับรูปแบบหรือกิจกรรมของการออกกำลังกาย เช่น การเดินเร็วต้องใช้เวลาช้านกว่าการวิ่งเหยาะ และการวิ่งเหยาะใช้เวลาช้านกว่าการกระโดดเชือกและขึ้นอยู่กับสภาพของร่างกายว่าสมรรถภาพดีพอหรือไม่

รูปแบบการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายแม้ว่าได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางในทุกกลุ่มอายุ แต่ปรากฏว่ามีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้นที่ได้ปฏิบัติอย่างจริงจังและสม่ำเสมอเพียงพอต่อสุขภาพของร่างกาย บางคนเสียเงินซื้ออุปกรณ์กีฬาและเครื่องแต่งกายไปแล้วมากมายก็ยังคงล้มเลิกไป ข้อแก้ตัวที่มักอ้างถึงคือ “ไม่มีเวลา” ดังนั้นจึงควรเสนอทางเลือกในการออกกำลังกาย เช่นไม่จำเป็นต้องใช้เวลาว่างเสมอไป (Leisure-time exercise) แต่สามารถทำกิจกรรมให้ใกล้เคียงกับการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันได้ (Lifestyle exercise) ดังนี้

การออกกำลังกายในวิถีชีวิตประจำวัน (Lifestyle exercise)

สมัยก่อนการออกกำลังกายก็คือการทำงาน ทุกคนต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีวิตตนเองและครอบครัว เช่น ดอนเช้าต้องออกขุดดิน ทำไร่ ไถนา ฝ่าฟัน ดอนเย็นต้องตกน้ำ ดำข้าว บั่นฝ้าย ทอผ้า เป็นต้น ซึ่งต้องทำงานตลอดทั้งวัน การออกกำลังกายจึงเป็นไปตามธรรมชาติในวิถีชีวิตประจำวัน จนกระทั่งสังคมเปลี่ยนไปการออกกำลังกายของคนบางกลุ่มจึงเปลี่ยนไป คือเมื่อต้องการออกกำลังกายต้องหาช่วงเวลาเพื่อเข้าไปเป็นสมาชิกสปอร์ตคลับ สนามกอล์ฟ สนามเทนนิส สนามแบดมินตัน สระว่ายน้ำ และสถานที่เดินแอโรบิก เป็นต้น

สำหรับผู้ที่ต้องการออกกำลังกายแต่หาเวลาว่างไม่ได้ หรือไม่ชอบการออกกำลังกายอย่างที่กล่าวมาแล้ว สามารถออกกำลังกายได้โดยการเพิ่มกิจกรรมในชีวิตประจำวัน โดยการให้ร่างกายได้ใช้พลังงานเพิ่มขึ้นแทนการนั่งเฉย ๆ ตลอดทั้งวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการขึ้นลิฟท์ การเดินออกไปพูดธุระกับเพื่อนที่อยู่ในตึกทำงานเดียวกันแทนการใช้โทรศัพท์ การเดินไปรับประทานอาหารกลางวันแทนการนั่งรถ ในขณะที่ต้องทำงานบนโต๊ะนาน ๆ ควรหาเวลา 4-5 นาทีออกกำลังกาย เพื่อเป็นการยืดเส้นยืดสายบนเก้าอี้ ส่วนช่วงเวลาพักควรหาเวลาเดินเล่น และเมื่อกลับกลับบ้านก็ควรทำงานบ้านด้วยตนเอง และหากมีเวลาเหลือก็ควรหางานอดิเรกทำ เช่น การปลูกต้นไม้หรือผักสวนครัว ล้างรถ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วในกิจวัตรประจำวันหรือการออกกำลังกาย พลังงานที่ใช้ไปรวมแล้วต้องไม่น้อยกว่า 200 แคลอรีต่อวัน (Edlin, Golanty and Brown. 1997 : 132) จึงจะสามารถช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ หรือเป็นส่วนเสริมในการลดน้ำหนักได้ส่วนหนึ่ง ดังในตาราง 6

ตาราง 6 การใช้พลังงานในกิจกรรมต่าง ๆ

กิจกรรม	แคลอรีต่อนาที	กิจกรรม	แคลอรีต่อนาที
นอนหลับ	0.9	เดินลงบันได	5.2
นอนหงาย	1.0	เดินขึ้นบันได(27 ฟุต/นาที)	9.0
นั่งสบาย ๆ	1.2 - 1.6	เดินขึ้นบันได(54 ฟุต/นาที)	16.2
ยืนสบาย ๆ	1.4 - 2.0	ขับรถ	2.8
รับประทานอาหาร	1.4	โบว์ลิ่ง	4.4
คุย	1.4	เล่นกอล์ฟ	5.0
แต่งตัว	2.3 - 3.3	ว่ายน้ำ(20 หลา/นาที)	5.0
เดินตามสบาย	2.3	วิ่ง	11.0
ล้างมือล้างหน้า	2.5	เล่นเทนนิส	7.1
เดินเร็ว	3.1	พายเรือ	10.1
ถีบจักรยานอยู่กับที่	8.3	ถีบจักรยาน(40 กก./นาที)	11.0

ที่มา : วิทยา ศรีดามา. (2541). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน : 27.

อย่างไรก็ตามวิธีดังกล่าวนี้ได้เป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับการเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ หรือรักษาผู้ป่วยเบาหวานได้ เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นถึงแม้จะเป็นการเพิ่มการใช้พลังงาน แต่ระดับความหนักของการออกกำลังกายซึ่งสามารถวัดได้จากอัตราการเต้นของหัวใจ ยังไม่เพียงพอที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงและได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่

การออกกำลังกายเมื่อมีเวลาว่าง (Leisure-time exercise)

การออกกำลังกายเมื่อมีเวลาว่าง ส่วนใหญ่จะเป็นการออกกำลังกายที่คำนึงถึงความแข็งแรงของร่างกาย (Health related fitness) เป็นหลัก ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 4 ประเภท คือ

1. การออกกำลังกายชนิดที่ไม่ใช้ออกซิเจน (Anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ต้องออกแรงมาก ๆ ภายในระยะเวลาสั้น ๆ เพื่อเพิ่มกำลังและความทนทานของกล้ามเนื้อ เช่น การวิ่ง 100 เมตร การกระโดดสูง ยกน้ำหนัก และทุ่มน้ำหนัก เป็นต้น ซึ่งการออกกำลังกายชนิดนี้จะใช้พลังงานน้อยกว่าการแอโรบิกถึง 19 เท่า จึงไม่เกิดประโยชน์ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด และผลจากการสันดาปสารพลังงานโดยไม่ใช้ออกซิเจนนี้ จะทำให้เกิดกรดแลคติก (Lactic acid) สะสมอยู่ในกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการล้าและเกิดเป็นตะคริวได้ ดังนั้นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ จึงไม่ควรออกกำลังกายประเภทนี้ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อการทำงานของหัวใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และก่อให้เกิดการบาดเจ็บ

เจ็บตอกกล้ามเนื้อและข้อต่อได้ง่าย การออกกำลังกายชนิดนี้จึงเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดี หรือเป็นนักกีฬาเท่านั้น

2. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายเพิ่มพูนความสามารถสูงสุดในการรับออกซิเจน (Aerobic capacity) เป็นเวลานานพอที่จะทำให้ปอดหายใจเร็วเพื่อให้ได้ปริมาณอากาศมากที่สุด หัวใจเต้นเร็วขึ้น และสูบฉีดเลือดเร็วขึ้น เลือดในร่างกายมีการไหลเวียนมากขึ้น และออกซิเจนถูกจ่ายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจึงมีผลทำให้การทำงานของปอด หัวใจ และหลอดเลือดมีประสิทธิภาพขึ้น เป็นประโยชน์ต่อความสมบูรณ์ของร่างกายสูงสุดดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งในส่วนนี้ขอเสนอแนะตัวอย่างกิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ดังนี้

การว่ายน้ำ การว่ายน้ำดีกว่าการวิ่ง เนื่องจากการว่ายน้ำใช้กล้ามเนื้อทั่วร่างกายมากกว่าการวิ่ง และโอกาสที่จะบาดเจ็บก็น้อยกว่าด้วยเพราะน้ำจะช่วยพยุงร่างกายไว้ แต่มีข้อระวังสำหรับผู้ว่ายน้ำไม่แข็งและผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคลมชัก ลมบ้าหมู ห้ามว่ายน้ำคนเดียวเด็ดขาด หรือผู้ที่มีอาการปวดหลังหรือปวดต้นคอต้องหลีกเลี่ยงท่าที่ต้องแอ่นหลัง หรือแหงนคอมาก ๆ เพราะอาจทำให้ปวดมากขึ้นได้ ควรว่ายน้ำด้วยท่ากรรเชียงนอนหงายหรือถ้าต้องการว่ายน้ำในท่าคว่ำก็ควรมีหน้ากากและท่อหายใจ เพื่อไม่ต้องบิดคอหันหน้ามาหายใจบ่อย ๆ พร้อมกับมีแผ่นโฟมรองที่หน้าอกให้ลอยตัวได้อย่างสบายโดยไม่ต้องแอ่นหลังและแหงนคอ

ปัญหาที่พบได้บ่อยของการว่ายน้ำคือ หูอักเสบ หูน้ำหนวก ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อของน้ำในสระหรือในลำคลอง จึงควรป้องกันด้วยการใช้ไม้พันธุส์าลิซุบแอลกอฮอล์เช็ดช่องหูเบา ๆ ทุกครั้งหลังว่ายน้ำ และบางคนอาจพบปัญหาโพรงจมูกอักเสบควรป้องกันด้วยการใช้คลิพหนีบจมูกขณะว่ายน้ำ

การวิ่ง เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่ทำได้ง่ายที่สุดและประหยัดที่สุด โดยหลักของการวิ่ง คือ “วิ่งบ่อย วิ่งช้า วิ่งไกล วิ่งเพื่อสุขภาพ วิ่งอย่างมีความสุข”

ผู้วิ่งต้องคำนึงถึงสภาพร่างกายของตนเองโดยการทดสอบสมรรถภาพก่อนการวิ่ง เช่น การทดสอบวิ่ง 1.5 ไมล์ (2.4 กิโลเมตร) และจดบันทึกสถิติของตนเองไว้เพื่อใช้ในการประเมินผลการออกกำลังกายต่อไป และวิ่งอย่างถูกวิธี เช่น วิ่งไม่เกินวันละ 3 ไมล์ (4.8 กิโลเมตร) ใครที่วิ่งมากกว่านี้ถือว่าไม่ใช่การวิ่งเพื่อสุขภาพ แต่เป็นการวิ่งเพื่อการแข่งขันหรือวิ่งเป็นอาชีพ และควรวิ่งในระยะทางไม่มากเกินไป สำหรับรองเท้าก็ไม่ควรเป็นรองเท้าส้นแข็ง แต่ควรใช้รองเท้าบุส้นเท้าหนาเพื่อช่วยป้องกันปัญหาของเข่าและข้อเท้าลงได้ ส่วนสถานที่ที่ใช้วิ่งก็ไม่ควรเป็นพื้นแข็ง เช่น ถนนคอนกรีต เพราะมักจะเกิดปัญหาปวดหลังท่อนต่ำกว่าบั้นเอวลงมา วิธีป้องกันอาการดังกล่าวคือ การอบอุ่นร่างกายด้วยท่าลุก-นั่ง (เข่างอ) และวิดพื้น 15-20 เที้ยว เพื่อช่วยให้หลังแข็งแรงขึ้น ข้อห้ามสำหรับการวิ่งคือ ผู้ที่มีร่างกายผิดปกติ เช่น ขาทั้งสองข้างยาวไม่เท่ากัน ข้อเข่าโก่ง อุ้งเท้าสูงหรือต่ำมากเกินไป หรือคนที่อ้วนมากไม่ควรจะวิ่ง เพราะอาจเกิดการบาดเจ็บได้ เนื่องจากการวิ่งมีช่วงที่เท้าลอยจากพื้นและมีช่วงที่เท้ากลับลงมากระทบพื้น ด้วยแรงกระทบ

ประมาณ 3-4 เท่าของน้ำหนักตัวของผู้วิ่ง ซึ่งถ้าคนที่วิ่งมีน้ำหนัก 70 กิโลกรัม เท้าก็ต้องรับแรงกระแทกลงมามากกว่า 200 กิโลกรัม ซึ่งต่างกันมากกับการเดินที่เท้าหรือขาจะรับแรงเพียง 1-1.5 เท่า ของน้ำหนักตัวเท่านั้น เพราะมีเท้าข้างหนึ่งยันพื้นอยู่เสมอ

การวิ่งจักรยาน มีอยู่ 2 ประเภท คือ การวิ่งจักรยานนอกบ้านค่อนข้างจะเสี่ยงต่อการที่จะถูกรถเฉี่ยวหรือรถชนเป็นอย่างมาก จึงควรต้องหาทางจักรยานที่ปลอดภัยจริง ๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่สามารถเล่นเป็นทีมได้และยังให้ความเพลิดเพลินจากการชมทิวทัศน์ข้างทางไปด้วย และการวิ่งจักรยานชนิดนี้ตั้งอยู่กับที่ กำลังได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อย ๆ เพราะสามารถทำได้ในบ้านและจักรยานชนิดนี้สามารถขี่ได้โดยไม่ต้องหัด

การวิ่งจักรยานทั้งสองประเภทนี้ควรใช้เวลาอย่างน้อย 30-35 นาที และควรให้ได้ระยะทางอย่างน้อยประมาณ 10 กม. จากนั้นให้ลดอัตราการถีบจักรยานลงอีก 5 นาที หรือให้ชีพจรลดลงมาถึง 100 ครั้ง/นาที จึงหยุดสนิทได้

ข้อควรระวังสำหรับการวิ่งจักรยาน คือ การปรับอานให้มีความสูงที่พอดี ในขณะที่เท้าถีบลงมาสุดนั้นข้อเข่าจะต้องเหยียดจนเกือบตรงแต่ไม่ถึงกับเหยียดจนสุดทีเดียว เพราะหากปรับไม่ถูกต้องอาจเป็นเหตุให้เจ็บข้อเข่าได้ และควรมีการอุ่นร่างกายเช่นเดียวกับการวิ่งเพื่อให้หลังแข็งแรงขึ้น และป้องกันอาการปวดหลังจากการวิ่งจักรยานได้

การเดิน ถ้าจะเปรียบเทียบการเดินกับการวิ่งแล้ว การเดินมีข้อได้เปรียบกว่า คือ เกิดความชอกช้ำตอกล้มเนื้อ เอ็น กระดูก และข้อต่อน้อยกว่า ทำได้ง่าย และมีความปลอดภัยมากกว่าทั้งในแง่ของอุบัติเหตุและสุขภาพทั่วไป

สำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนแต่สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ควรเริ่มออกกำลังกายด้วยการเดินระยะทาง 1 ไมล์ (1.6 กิโลเมตร) ให้ได้ภายในระยะเวลา 20 นาที หลังจากออกกำลังกายไปแล้ว 1 เดือนควรเพิ่มความเร็วในการเดินขึ้นใช้เวลาเพียง 15 นาที เพื่อให้ระบบไหลเวียนโลหิตได้ประโยชน์เต็มที่จากการออกกำลังกาย ส่วนการเดินช้า ๆ คือใช้เวลาประมาณ 40 นาที ในระยะทาง 1.6 กิโลเมตร จะเหมาะกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจ หรือผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ส่วนผู้ที่ต้องการลดความอ้วน การเดินเป็นวิธีที่ดีและปลอดภัยที่สุด หากไม่สามารถออกไปว่ายนน้ำได้ แต่ต้องเดินให้เร็วถึงชั่วโมงละประมาณ 6 กิโลเมตร หรือนาทีละ 100 เมตร ก็จะสามารถใช้พลังงานได้ถึงชั่วโมงละประมาณ 350 แคลอรี ซึ่งนับว่าไม่น้อย เดินอย่างนี้ราว 10 ชั่วโมงก็จะลดไขมันลงได้ประมาณเกือบครึ่งกิโลกรัม

หลักสำคัญของการเดิน คือ ต้องเดินให้เร็ว ก้าวขายาว ๆ แกว่งแขนให้แรง เพื่อให้ร่างกายได้ใช้พลังงานมาก ๆ หัวใจจะได้เต้นเร็วขึ้นจนถึงอัตราที่เป็นเป้าหมาย คือ ประมาณ ร้อยละ 70 ของอัตราเต้นสูงสุด แต่ถ้าเดินแล้วหัวใจยังเต้นไม่เร็วพอแสดงว่ายังเดินเหนื่อยไม่พอต้องเพิ่มความเร็วหรือเพิ่มการแกว่งแขนขาให้มากยิ่งขึ้น หรือใช้วิธีเดินขึ้นทางลาด หรือขึ้นบันได หรือใช้น้ำหนักช่วยก็ได้ ต้องเดินติดต่อกันไปเรื่อย ๆ อย่างน้อย 30 นาที และต้องเดินให้ได้สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง

แอโรบิกแดนซ์ เป็นการออกกำลังกายที่ได้รับความนิยมอย่างมากในกลุ่มผู้หญิงเพื่อลดความอ้วน หลักสำคัญของการเต้นแอโรบิก คือ การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อรักษาระดับการเต้นของหัวใจให้อยู่ตามเป้าหมายที่ต้องการและต้องเดินติดต่อกันไปประมาณ 25-30 นาที มีข้อดีคือร่างกายทุกส่วนได้เคลื่อนไหวและสามารถบังคับให้อวัยวะเคลื่อนไหวช้าหรือเร็ว หรือไปด้านซ้ายหรือขวาก็ได้ตามความต้องการของผู้เล่น แต่ก็ยังมีข้อเสียคือ เรื่องของการบาดเจ็บ เพราะต้องเดินให้มากพอมีจะนั้นหัวใจก็จะเดินไม่ถึงเป้าหมาย อีกทั้งยังต้องเดินติดต่อกันเป็นเวลานานอีกด้วย

มีผู้บาดเจ็บที่ เท้า ขา สะโพก และหลัง จากการเต้นแอโรบิกจำนวนมาก มีสาเหตุเนื่องมาจากขาดการอุ่นร่างกายที่ถูกต้อง ไม่ได้ยืดกล้ามเนื้อและเอ็น เดินผิดวิธี เดินบนพื้นที่แข็งมากเกินไป ทำให้กางเขนหรือเขยียดขาไม่ถนัด และผู้เต้นมีน้ำหนักมากเกินไปเป็นต้น เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บดังกล่าวจึงควรฝึกแต่พอดี คือเป้าหมายการเต้นหัวใจไม่เกินร้อยละ 75 ของอัตราการเต้นหัวใจปกติ และฝึกไม่นานเกิน 30 นาที ซึ่งมีผู้ดัดแปลงการเต้นแบบเดิม จากการกระโดดและใช้เข่าค่อนข้างมาก มาเป็น “การเต้นแอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำ” (Low impact aerobic dance) หรือ “แบบนุ่มนวล” (Soft aerobic) โดยการใช้เข่าทั้ง 2 ข้างให้มากขึ้น ส่วนขายังคงเคลื่อนไหวแต่ต้องให้มีขาข้างหนึ่งอยู่บนพื้น คือ การเต้นโดยไม่มีการกระโดดตัวลอยนั่นเอง เพื่อลดการกระแทกกระหว่างเท้าและพื้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการบาดเจ็บ

3. การดัดตัวหรือการยืดเส้น (Relaxation exercise) เป็นการฝึกเพื่อควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายร่วมกับการฝึกสมาธิและการหายใจ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งถ้าปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมจะช่วยเพิ่มแรงตึงตัวของกล้ามเนื้อ (Muscular tone) ช่วยยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อให้เคลื่อนไหวได้อย่างเต็มที่

การออกกำลังกายชนิดนี้จะใช้พลังงานน้อยมาก แต่มีความปลอดภัยปราศจากการกระทบกระแทก จึงเหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่คุ้นเคยกับการออกกำลังกายมาก่อน แต่จะไม่ค่อยมีผลต่อการทำงานของหัวใจ ปอด และการไหลเวียนโลหิตในร่างกายมากนัก ตัวอย่างของการออกกำลังกายชนิดนี้ที่นิยมกันมาก ได้แก่

การรำมวยจีนหรือไทเก๊ก เป็นศิลปะชนิดหนึ่งของจีนสามารถแบ่งออกได้ 3 ประเภท คือ ศิลปะเพื่อการกีฬา ศิลปะเพื่อการป้องกันตัว และศิลปะเพื่อสุขภาพแข็งแรง ซึ่งจัดว่าเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สูงอายุประเภทหนึ่ง โดยยึดหลักวิชาการแพทย์จีนที่สำคัญ 5 ประการ (เสก อักษรานุเคราะห์. 2536 : 7-8) คือ

1. ความเป็นหนึ่งเดียวของร่างกาย คือ การใช้สมาธิที่มั่นคง ในการที่จะเคลื่อนไหวร่างกายให้ไปในทิศทางเดียวกันอย่างต่อเนื่องและทุกส่วนจะต้องเคลื่อนไหวสัมพันธ์กันหมด

2. ความกลมกลืนระหว่างความว่างเปล่ากับการปรากฏตัว โดยอาศัยสมาธิที่ดี สายตาที่ว่องไวสมองตัดสินใจได้ทันทีที่จะใช้การโต้ตอบความว่างเปล่าหรือการปรากฏตัว เป็นการฝึกสมาธิ ฝึกการตัดสินใจ ฝึกปฏิบัติโต้ตอบ และฝึกกล้ามเนื้อให้ทำงานโดยฉับไว สามารถ

ประยุกต์ใช้กับงานประจำวันได้ เช่น ทำให้จิตใจปลอดโปร่ง การตัดสินใจดีและเร็ว ถูกต้องและทำงานได้อย่างกระฉับกระเฉง

3. เวลาของการฝึกออกกำลังกาย ที่มีท่าร่ายอยู่ประมาณ 128 ท่า ใช้เวลาประมาณ 20-25 นาที ในอัตราความเร็วของการเคลื่อนไหวปกติ

4. การเคลื่อนไหวที่แผ่วเบาแต่หนักแน่น โดยการเกร็งของกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ ซึ่งมีผลดีต่อระบบไหลเวียนเลือดเหมาะกับผู้สูงอายุอย่างยิ่ง

5. อัตราความเร็วของการเคลื่อนไหวจะต้องไหลไปช้า ๆ อย่างสม่ำเสมอตลอดของการฝึกและทุกท่าจะต้องเคลื่อนไปด้วยความเร็วที่เท่าเทียมกัน

ข้อสังเกตของการร่ำมวยจีน คือ ครูผู้สอนจะต้องรู้จริงและสามารถสอนได้อย่างถูกต้องตามหลักการซึ่งค่อนข้างจะหาได้ยาก การฝึกร่ำมวยจีนนี้จะต้องมีพรสวรรค์ แต่หากไม่มีก็ต้องมีความเพียรพยายามและความตั้งใจจริงที่จะเรียนจึงจะประสบความสำเร็จได้

การฝึกโยคะ คือ การทำให้ร่างกายเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับวิญญาณ เป็นการสร้างร่างกายให้สมบูรณ์ ในคติของฮินดู การฝึกโยคะนอกจากเป็นการบริหารร่างกายแล้ว ชาวฮินดูยังเชื่อว่าเป็นการทำร่างกายให้เหมาะสมที่จะเป็นทอถ์ของพระผู้เป็นเจ้าให้มาสถิต ซึ่งการฝึกโยคะจะประกอบด้วยหลักการใหญ่ ๆ 5 ข้อ (ธรรมนุญ นวลใจ. 2537 : 11-12) คือ

1. อาสนะหรือการบริหารร่างกาย โดยเริ่มตั้งแต่ท่าง่าย ๆ ไปจนถึงท่ายากมาก ๆ และต้องบริหารให้ครบทุกส่วนไม่ละเลยร่างกายส่วนไหน ทำให้กล้ามเนื้อ กระดูก เอ็น และข้อ แข็งแรง มีความยืดหยุ่นดีขึ้น และยังกระตุ้นระบบไหลเวียนของโลหิตและระบบหายใจอีกด้วย

2. การหายใจ จะช่วยฝึกการหายใจให้เต็มปอดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่ร่างกายได้รับ เนื้อเยื่อต่าง ๆ รวมทั้งสมองก็จะได้รับออกซิเจนมากขึ้นไปด้วย นอกจากนี้ การฝึกการหายใจนั้นจะช่วยกระตุ้นลมปราณหรือพลังจิตที่ไหลเวียนอยู่รอบ ๆ ร่างกายอีกด้วย

3. การผ่อนคลาย โยคะจะช่วยให้สามารถผ่อนคลายทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างเต็มที่ ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากในภาวะการณปัจจุบัน เนื่องจากบางครั้งการพักผ่อนตามปกติก็ไม่สามารถผ่อนคลายให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติได้

4. การรับประทานอาหาร เนื่องจากโยคะมาจากศาสนาจึงเน้นความเมตตา ดังนั้นจึงนิยมอาหารมังสวิรัตเพื่อเว้นการเบียดเบียนเพื่อนร่วมโลกทั้งหลาย และเน้นการบริโภคอาหารอย่างสมดุลซึ่งจะทำให้ได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วน สุขภาพจึงแข็งแรงสมบูรณ์ได้

5. การคิดในเชิงบวกและการทำสมาธิ ซึ่งเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้ในการฝึกโยคะ เนื่องจากสมาธิทำให้รู้สึกสงบทั้งทางร่างกายและจิตใจ และความสงบนี้เองที่จะทำให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพสมดุลและมีสุขภาพที่ดีได้

4. กายบริหาร (Calisthenics exercises) เป็นการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อพร้อมกับช่วยยืดกล้ามเนื้อและทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวได้คล่องตัว ตัวอย่าง เช่น การแกว่งแขน ยืนก้มหลังใช้มือแตะพื้น วิดพื้น หรือบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องโดยการลุกจากท่านอนเป็นนั่งในขณะนอนหงาย (Sit-up) เป็นต้น

การบริหารร่างกายถ้าปฏิบัติได้อย่างถูกต้องจะไม่ทำให้เกิดแรงกระแทกกระทั้น หรือเกิดความเครียดต่อข้อต่อมากนัก จึงเหมาะสำหรับผู้ที่ไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนหรือผู้ที่มีปัญหาทางกระดูกและข้ออยู่เดิม แต่จะไม่มีผลในการลดน้ำหนักหรือไขมันส่วนเกินในร่างกาย เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายที่ใช้พลังงานน้อย เว้นแต่จะใช้ร่วมกับการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก

ข้อควรระวังในการออกกำลังกาย

ผู้ออกกำลังกายควรต้องระวังการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการออกกำลังกายได้ ดังนั้น การออกกำลังกายที่ดีควรต้องฝึกอย่างสม่ำเสมอและค่อยเป็นค่อยไป ไม่หักโหมหรือผลักดันตนเองจนเกินความสามารถ แต่เมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เช่น ปวดบริเวณคอ หลัง และแขน รู้สึกวิงเวียนศีรษะ เป็นลม การเต้นของหัวใจผิดปกติ หายใจสั้นและเร็ว คลื่นไส้ อาเจียนทั้งขณะและหลังการออกกำลังกายและรู้สึกเหนื่อยเป็นเวลานาน ควรต้องรีบไปปรึกษาแพทย์ทันที หรือเมื่อรู้สึกปวดบริเวณใดก็ได้กระบังลมซึ่งแสดงว่าการออกกำลังกายกำลังอยู่ในระดับที่รุนแรงเกินไปหรือมากเกินไปเกินกว่าที่ร่างกายจะปรับสภาพได้ ควรต้องลดระดับหรือหยุดการออกกำลังกาย เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อ เท้า ข้อต่อ เอ็น หัวเข่า และขาได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายมากเกินไปจนถึงจุดที่ไม่มีการตกของไข หรือไม่มีประจำเดือนจะมีผลทำให้มวลกระดูกลดลงได้ เนื่องจากการออกกำลังกายที่หนักเกินไปอาจทำให้มีความพร่องในการหลั่ง ฮอร์โมนโกนาโดทรอปิน (Gonadotropine) จากไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งจะไปยับยั้งการหลั่งโกรธฮอร์โมน (Growth hormone) จึงทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนได้แทนที่จะเป็นการป้องกันดังที่ได้กล่าวมาแล้ว (สมจิต หนูเจริญกุล. 1997 : 140 ; อ้างอิงจาก Sinaki. 1989) การออกกำลังกายที่ดีควรอยู่ในระดับปานกลางโดยการใช้แรงกระแทกในขนาดที่ต่ำ เพื่อป้องกันการเสื่อมของเข่าจากแรงกระแทกขณะออกกำลังกาย และมีการอบอุ่นร่างกายและการผ่อนคลายทุกครั้งจะช่วยลดปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ลงได้

การผ่อนคลายความเครียด

การเรียนรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด ควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีความเครียดและการจัดการกับความเครียดซึ่งรายละเอียดจะกล่าวถึงในแต่ละทฤษฎีต่อไป

ทฤษฎีที่ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการกับความเครียดเป็นที่ยอมรับและรู้จักกันอย่างแพร่หลาย คือ ทฤษฎีความเครียดของเซเย ทฤษฎีความเครียดของโฮมและเรย์ และทฤษฎีความเครียดของลาซารัส

1. ทฤษฎีความเครียดของเซเย

เซเย (Selye. 1983 : 1-20) ให้ความหมายของความเครียดเป็นการตอบสนอง (Response) ของบุคคลต่อตัวกระตุ้น (Stressor) ซึ่งการตอบสนองนั้นจะแสดงออกในลักษณะของกลุ่มอาการที่เรียกว่า กลุ่มอาการการปรับตัวโดยทั่วไป (General Adaptation Syndrome = GAS) ดังภาพประกอบ 5 กลุ่มอาการนี้เกิดขึ้นเป็น 3 ระยะ ในแต่ละระยะมีกลไกและอาการแสดงโดยสังเขปดังนี้

1. ระยะเตือน (Alarm reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองในการต่อสู้หรือถอยหนีของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในระยะแรก ปฏิกิริยาในระยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ตั้งแต่เพียงไม่กี่นาทีถึง 48 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของตัวกระตุ้น อาการแสดงเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ Sympathetic และต่อม Pituitary ส่วนหน้า ระยะเตือนนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ คือ

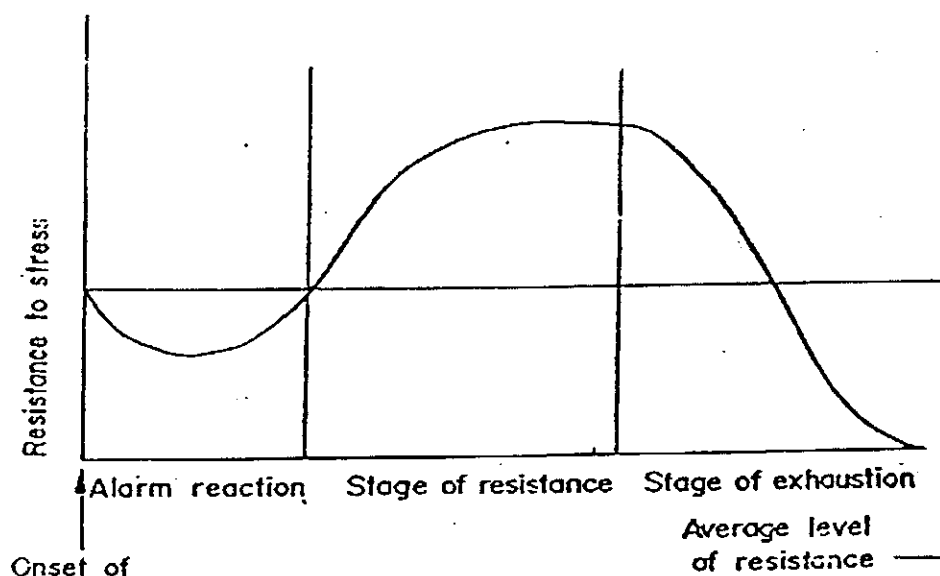
1.1 ระยะช็อก (Shock phase) เป็นระยะแรกของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งบุคคลที่ถูกรบกวนจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ปฏิกิริยาจะเกิดขึ้นเป็นอันดับแรกที่สมองส่วน Cortex แล้วจึงส่งคลื่นประสาทมากระตุ้นต่อม Pituitary ส่วนหน้า ประสาทอัตโนมัติ Sympathetic และต่อมหมวกไต ตามลำดับ ทำให้มีการผลิต Hormone catecholamine corticoid corticotrophic and gonadotrophic เข้าสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น จะพบว่าการสลายของโปรตีนของกล้ามเนื้อ มีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น และเซลล์ตับมีการหลั่ง Histamine เพิ่มขึ้น มีน้ำและเกลือคั่งระหว่างเซลล์ ระดับ Potassium ในเลือดสูงขึ้น ซึ่ง Potassium ที่สูงนี้จะมีผลกดสมองส่วนกลาง ทำให้การดึงตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อขยายตัว ในขณะที่หลอดเลือดฝอยส่วนปลายตามผิวหนังและช่องท้องหดรัดตัว ถ้าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นรุนแรงมาก อุณหภูมิร่างกายและความดันโลหิตจะลดต่ำลง อาจมีอาการช็อกหรือหัวใจหยุดเต้นได้ การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ร่างกายยังไม่พร้อมที่จะมีการปรับตัว และถ้ายังดำเนินต่อไปร่างกายจะถูกใช้พลังงานจนหมดภายใน 24-48 ชั่วโมง นอกจากจะมีกลไกการป้องกันตนเองซึ่งจะเข้าสู่ระยะต้านช็อก

1.2 ระยะต้านช็อก (Countershock phase) เป็นระยะถัดจากระยะช็อก ซึ่งร่างกายเริ่มปรับตัวกลับเข้าสู่สมดุล โดยจะมีการดึงเอากลไกการต่อสู้ของร่างกายออกมาช่วยเหลือ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มประสานงานกันอย่างมีระเบียบ ต่อมา Pituitary จะขับ Hormone Corticotrophic เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายสูงขึ้น ร่วมกับการเร่งของประสาทอัตโนมัติ Sympathetic อาการแสดงที่ตรวจพบ คือ อัตราการเต้นของหัวใจจะแรงและ

เร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว มีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียน ม่านตาขยาย และเหงื่อออกมา ผิดปกติ

2. ระยะต่อต้าน (Stage of resistance) สิ่งมีชีวิตจะปรับตัวอย่างเต็มที่ต่อตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดและผลที่ตามมาคืออาการจะดีขึ้นหรือหายไป ลักษณะที่ปรากฏในระยะนี้จะแตกต่างหรือมีลักษณะตรงข้ามกับระยะเตือน เช่น ในระยะเตือน Cell cortex ของต่อมหมวกไต (Adrenal cortex) จะปล่อย Hormone เข้าสู่กระแสเลือด เพราะฉะนั้นจะไม่มี Hormone corticoid เก็บสะสมไว้ แต่ในระยะต่อต้าน Cortex จะมี Hormone เก็บไว้มาก ในระยะเตือนเลือดจะเข้มข้น (Hemoconcentration) และคลอไรด์ต่ำ (Hypochloremia) และมีการทำลายของเนื้อเยื่อมาก แต่ในระยะต่อต้านเลือดจะเจือจาง คลอไรด์สูง (Hyperchloremia) และ Cell มีการซ่อมแซมทำให้กลับเข้าสู่ Cell แต่ถ้าสิ่งมีชีวิตยังได้รับการกระตุ้นจากสิ่งที่ย่อให้เกิดความเครียดอยู่ สิ่งมีชีวิตนั้นจะสูญเสียการปรับตัวอีก และจะเข้าสู่ระยะที่ 3 คือ ระยะหมดกำลัง (Stage of exhaustion)

3. ระยะหมดกำลัง (The Stage of exhaustion) เนื่องจากความสามารถในการปรับตัวของสิ่งมีชีวิตต้องมีจุดจบ ถ้าตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดรุนแรงและไม่สามารถขจัดออกไปได้ สิ่งมีชีวิตนั้นจะเกิดการหมดกำลัง อาการต่าง ๆ ที่เกิดในระยะเตือนก็จะกลับมาอีก และถ้าหากไม่ได้รับความช่วยเหลือ หรือประคับประคองจากภายนอกอย่างเพียงพอกลไกการปรับตัวจะล้มเหลว เกิดโรคและเสียชีวิตได้ในที่สุด ดังภาพประกอบ 5 (Selye, 1983 : 19)

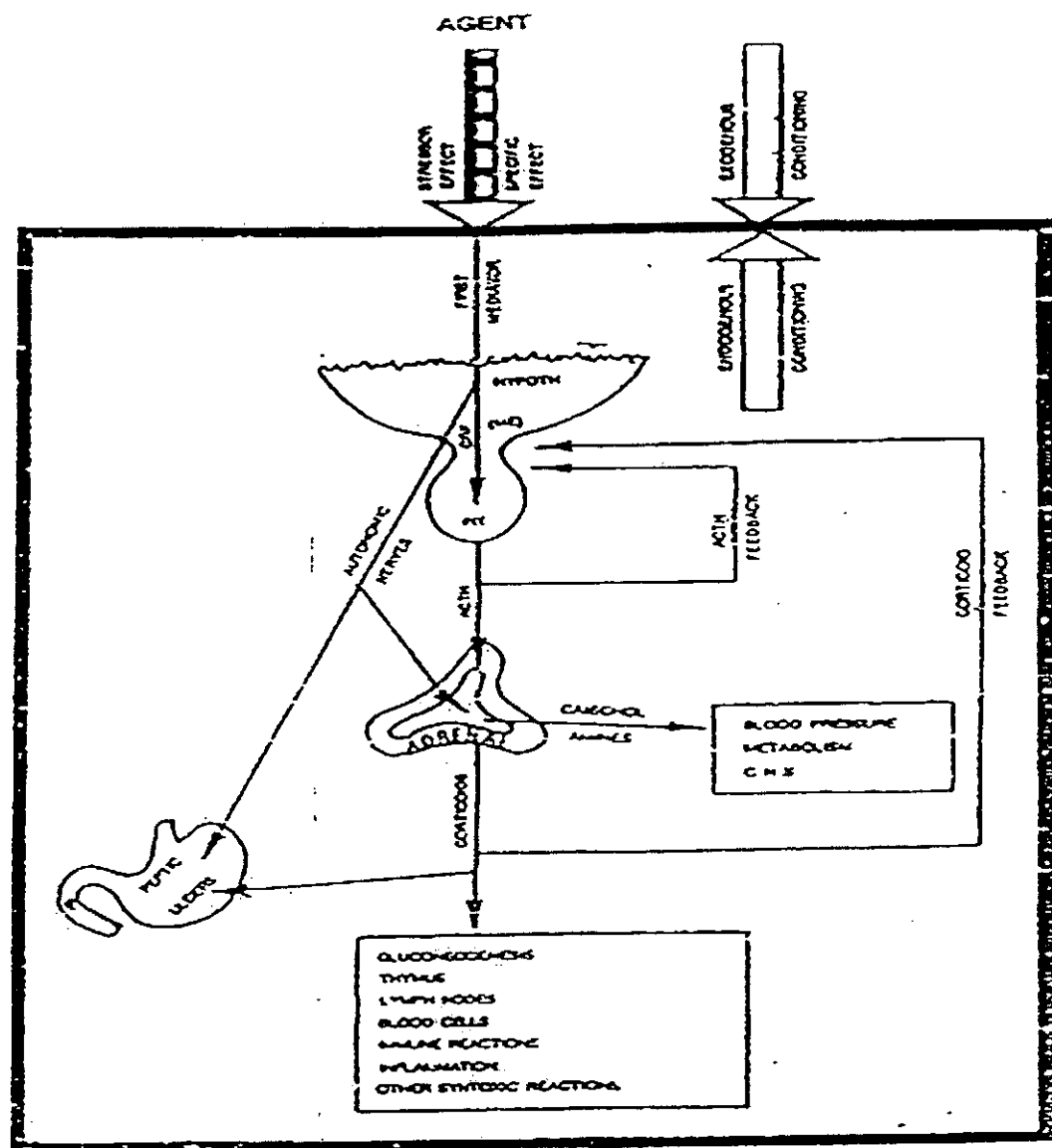


ภาพประกอบ 5 General adaptation syndrome

การที่มีภาวะเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานานมีผลทำให้ประสาท Vagus ถูกกระตุ้น รวมทั้งการมี Glucocorticoid หลังนาน ๆ มีผลให้เพิ่มการหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบของกระเพาะอาหารหรือเกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ และการเพิ่มจำนวนของกรดไขมันในกระแสเลือด มีผลให้เกิดหลอดเลือดแข็ง (Arteriosclerosis) ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจได้

การตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยเงื่อนไขทั้งภายในและภายนอกของแต่ละบุคคล ปัจจัยในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ หรือกรรมพันธุ์ เช่น บุคคลที่มีอายุน้อยหรือบุคคลที่สูงอายุจะมีความทนต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดได้น้อย ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การรักษาด้วยฮอร์โมน ยา และอาหารสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อความทนต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้มีความเจ็บป่วยและเป็นสาเหตุของโรคที่เกิดจากการปรับตัวเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นความเครียดหลาย ๆ ชนิดที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันจะให้ผลร่วมกัน ซึ่งจะเพิ่มกำลังของตัวกระตุ้นความเครียด มีผลให้ความต้านทาน (Resistance) ของผู้ป่วยต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง และพลังงานในการปรับตัว (Adaptation energy) เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิต คือ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับความเครียดอยู่ตลอดเวลา ทำให้ร่างกายต้องใช้พลังงานในการปรับตัว จะทำให้เกิดความอ่อนล้า การพักผ่อนนอนหลับจะทำให้ร่างกายมีกำลังในการต่อสู้ ความสามารถในการปรับตัวจะกลับคืนมา

ทฤษฎีความเครียดของเซเย แสดงให้เห็นการตอบสนองทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายต่อตัวกระตุ้น ทำให้มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในขณะที่มีความเครียด ซึ่งอาจส่งผลให้มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ และเซเย (Selye. 1983 : 15-16) ได้กล่าวถึงการผลิตสารเคมีในสมองมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน (Morphine) เรียกว่า เอนดอร์ฟินส์ (Endorphines) จะมีปริมาณเพิ่มขึ้นเมื่อบุคคลมีอารมณ์สุข สามารถลดความเครียด ลดปวดได้ นั่น คือ การทำให้จิตใจเป็นสุข ปริมาณของเอนดอร์ฟินส์จะเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความเครียดลดลง และการจัดการกับความเครียดที่สำคัญ คือ การขจัดตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดออกจากชีวิต ไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด พัฒนาความสามารถในการเผชิญกับสภาพการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีวิธีการผ่อนคลายที่เหมาะสม ดังภาพประกอบ 6 (Selye 1983 : 20)



ภาพประกอบ 6 เส้นทางของการตอบสนองต่อความเครียด

2. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตกับการเจ็บป่วย

ผู้สร้างทฤษฎีนี้คือโฮล์มและเรย์ (Holm & Rahe. 1967 : 100-106) ทฤษฎีนี้ให้ความหมายของความเครียดเป็นสิ่งเร้า (Stimulus) เชื่อว่าเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ถือว่าเป็นภาวะเครียดที่ทำให้มนุษย์ต้องปรับตัว ดังนั้นบุคคลที่มีเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงมากจะมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยได้สูง

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นไปในทางที่ดีหรือเลว เหตุการณ์จะเข้ามากระทบบุคคลโดย

ขั้นที่ 1 การรับรู้ (Perception) เป็นตัวกลั่นกรองหรือเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของเหตุการณ์นั้น ๆ ต่อตนเอง ซึ่งบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์นั้นรุนแรงมาก หรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ คือ ประสพการณ์ที่ผ่านมา แรงสนับสนุนทางสังคม และความแข็งแรงของบุคคล

ขั้นที่ 2 ผลของการรับรู้ของบุคคลจะผ่านกลไกการป้องกันตนเอง (Ego defense) คือ กลไกการป้องกันตัวเองบางอย่างจะป้องกันไม่ให้เหตุการณ์ที่บุคคลรับรู้ นั้น กระแทกกับตัวบุคคล เช่น การปฏิเสธ (Denial) การโทษคนอื่นหรือสิ่งอื่น (Displacement) การเก็บกด (Repression) การกระทำตรงข้ามกับที่คิด (Reaction formation) และการแยกตัว (Isolation) แต่เหตุการณ์บางอย่างจะมีผลผ่านไปถึงขั้นที่ 3

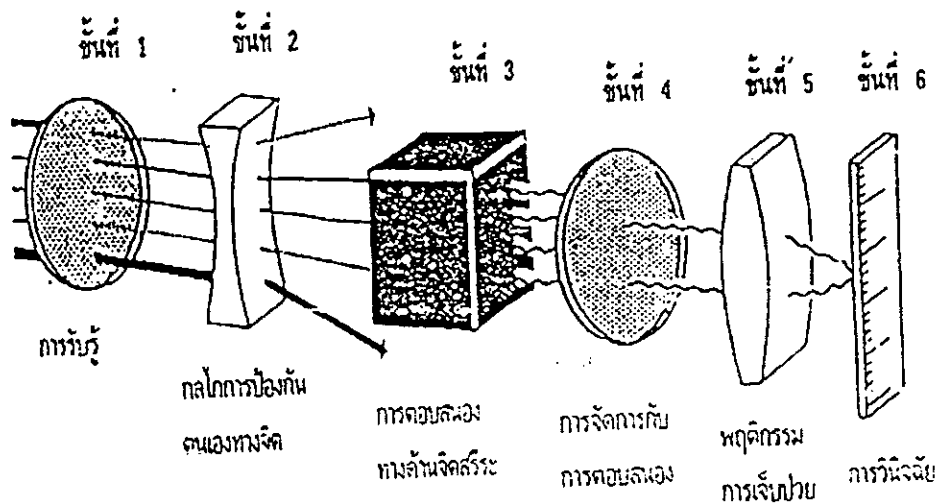
ขั้นที่ 3 การตอบสนองทางจิตสรีระของบุคคล มี 2 ลักษณะ คือ

1. การตอบสนองที่บุคคลรับรู้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ปวดศีรษะ และกล้ามเนื้อตึงเครียด
2. การตอบสนองที่บุคคลไม่รับรู้ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง และน้ำตาลในเลือดสูง

ขั้นที่ 4 ถ้าบุคคลตระหนักถึงอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตและสรีระของตน บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้น ๆ เช่น การหาทางผ่อนคลายเพื่อลดความตึงเครียดของกล้ามเนื้อการออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในกระแสเลือด การใช้ยา หรือการปรับอารมณ์ และความนึกคิด เช่น หันเหความสนใจไปสู่สิ่งอื่น

ขั้นที่ 5 ในขั้นนี้บุคคลจะมุ่งความสนใจอยู่ที่อาการแสดงที่ไม่หายไป และจะแสดงพฤติกรรมของการเจ็บป่วย ได้แก่ หยุดงาน ไปปรึกษาแพทย์ และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

ขั้นที่ 6 เมื่อบุคคลไปพบแพทย์แล้ว แพทย์ได้ให้การวินิจฉัยและบันทึกความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังภาพประกอบ 7 (Rahe & Arthur.1978 : 110)



ภาพประกอบ 7 กลไกการเกิดความเจ็บป่วย จากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในชีวิต

2. ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส

ลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984 : 106-112) ได้ให้ความหมายของความเครียด คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลัง นั่นคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้น การตัดสินใจว่าเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด

การประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใดรุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพันของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ๆ

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์เกินกว่าธรรมดา เป็นกระบวนการที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และจะไม่มีการตัดสินใจก่อนว่าวิธีการใดมีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบท (Context) บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่รู้จักเลือกใช้วิธีที่เหมาะสม

กับสถานการณ์ การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์

1. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นการเผชิญกับความเครียด โดยการเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม โดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รู้จักจัดการกับแหล่งของความเครียด หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหา

2. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการปรับอารมณ์หรือความรู้สึก เพื่อไม่ให้ความเครียดทำลายขวัญและกำลังใจ หรือลดประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล

ผลลัพธ์ของการปรับตัว ลาซารัส และฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984 : 112) มองผลของการประเมินตัดสินและการเผชิญกับความเครียดต่อผลลัพธ์ของการปรับตัวใน 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางด้านสังคม ขวัญและกำลังใจ อลภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ทางด้านสังคม หมายถึง การดำรงบทบาทต่าง ๆ ของบุคคลความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ประสิทธิภาพของการประเมินตัดสินและการเผชิญกับความเครียดจะเป็นตัวกำหนดการรักษาไว้ซึ่งบทบาทในหน้าที่ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ตลอดจนสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล

ขวัญและกำลังใจ คือ ความพึงพอใจในการกระทำของตนเองและการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ เป็นผลที่เกิดในระยะยาว ซึ่งผลในระยะสั้นคืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะในเหตุการณ์ที่เผชิญ และอารมณ์จะแปรเปลี่ยนไปตามเหตุการณ์

ภาวะสุขภาพ การประเมินตัดสินและการเผชิญกับความเครียดจะมีผลต่อภาวะสุขภาพซึ่งภาวะเครียดมีโอกาสนำให้บุคคลเกิดเจ็บป่วยได้

ผลลัพธ์ของการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมองผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน คนที่ปรับตัวได้ดีจะต้องรู้จักประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง มีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ รู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญกับความเครียดทั้งมุ่งแก้ปัญหา และจัดการกับอารมณ์ รวมทั้งรู้จักจัดการกับความรู้สึกที่ไม่เป็นผลดีกับตนเองและจะต้องทราบว่าเมื่อใดควรหยุดใช้ความพยายามเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ที่ไม่อาจเป็นจริงได้

ทฤษฎีความเครียดได้ให้แนวคิดว่าความเครียดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยจึงได้มีการศึกษาหาวิธีจัดการกับความเครียดอย่างมากมาย เช่น การมุ่งที่ปรับการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตน การเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต การพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียด ซึ่งแต่ละบุคคลควรพิจารณาเลือกวิธีจัดการกับความเครียดให้เหมาะสมกับตนเอง

วิธีการจัดการกับความเครียด

จากแนวคิดของความเครียดดังกล่าวข้างต้น ได้ให้แนวทางวิธีการจัดการกับความเครียด ในที่นี้จะกล่าวถึง การมองโลกในแง่ดี รู้จักสัญญาณเครียดของตนเองและรีบจัดการแก้ไข รู้จักการสร้างอารมณ์ขันและการสร้างมิตร และการบริหารเวลา

1. การมองโลกในแง่ดี

ในการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ทุกคนมีการเกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ มากมายทั้งสิ่งที่ดี และสิ่งที่ไม่ดี เช่น บุคคลแวดล้อมอาจทำให้เราเกิดความรู้สึกสุข ทุกข์ มีอารมณ์โกรธ กลัว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นผลมาจากความคิดของบุคคลในการแปลความหมาย เช่น การให้ความหมายเกี่ยวกับตนเอง การให้ความหมายของสิ่งที่อยู่รอบตัว ความสุขหรือความทุกข์เกิดจากความคิดของบุคคลซึ่งมีความเชื่อ ทศนคติ และความคาดหวังเป็นพื้นฐาน

การรู้จักมองโลกในแง่ดีหรือการคิดในด้านดี คือ การทำความเข้าใจว่าทุกสิ่งที่อยู่รอบตัวล้วนเป็นประสบการณ์การที่บุคคลเลือกเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ดี จะทำให้มีความสุข และถึงแม้ว่าจำเป็นต้องเผชิญกับประสบการณ์ที่ไม่ดี ถ้ามีการปรับความคิดโดยการให้ความหมายของประสบการณ์นั้นเป็นด้านดี ก็สามารถสร้างความคิดและสิ่งแวดล้อมที่ดีในใจได้ และจะทำให้บุคคลมีความสุขเช่นกัน (The power of the positive) (Kahn & Saulo. 1994 : 203) ควรเริ่มจากการมองตนเองในด้านดี ว่า มีความสามารถในทางใดทางหนึ่ง มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์ของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้ มีความเข้าใจในเรื่องที่ตนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการแก้ไขได้ควรมีการเตรียมพร้อมรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น มองเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวในด้านดี และมองบุคคลอื่นในแง่ดี นั่นคือการปรับความคิดเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับประสบการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข ตัวอย่างของวิธีการปรับความคิด คือ การบริหารจัดการและการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ

การบริหารจิตเพื่อคลายเครียด

การยึดมั่นในหลักศาสนา มีความเข้าใจ และสามารถนำหลักของศาสนามาใช้ในการปฏิบัติตน จะทำให้มีการบริหารจัดการอยู่เสมอจัดได้ว่าเป็นวิธีการปรับความคิดวิธีหนึ่งโดยใช้หลักของศาสนา ส่งผลให้บุคคลประเมินความหมายและความสำคัญของเหตุการณ์ในด้านดี ช่วยลดผลเสียที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้

ตัวอย่างการบริหารจิตตามหลักของศาสนา ศาสนาพุทธเชื่อว่าความเครียดเป็นอาการของความทุกข์ ตามกฎของไตรลักษณ์ คือ อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา ทุกชีวิตที่เกิดมาตั้งแต่เกิดจนตาย จะหนีความเครียดและความทุกข์ไม่พ้น ควรฝึกหลักการปฏิบัติให้มีสุขภาพดี ฝึกฝนจิตและบริหารจัดการเพื่อให้จิตนั้นมีสมรรถภาพ ไม่บ้งคับและไม่ปล่อยจิตตามอำนาจอารมณ์ เกิดความสุขเนื่องมาจากจิตปกติ (คมจักร พันธวิธ. 2541 : 78-83)

การบริหารจิตเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้อำนาจประกอบภายในตัวบุคคล โดยการตั้งใจบริหารจิต หรือการฝึกจิตในศาสนาพุทธทำให้เกิดผลต้องอาศัยการปฏิบัติธรรมภาวนา ผู้ปฏิบัติต้องมีความเพียร มีความพร้อม จิตใจมั่นคง มีหลักการปฏิบัติให้มีสุขภาพอนามัยทางจิตที่ดี มีผลให้ผู้ นั้นไม่มีความรู้สึกวุ่นวายภายในจิตใจ รู้จักที่จะปล่อยวาง ควบคุมตนเองไม่ให้มีอารมณ์โกรธ

การปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพ

พฤติกรรมการแสดงออก นิสัยหรือบุคลิกภาพของบุคคล เช่น การหงุดหงิดง่าย เก็บ กตหรือไม่พอใจในตนเองและสิ่งรอบตัว จัดเป็นสาเหตุภายในตนเองที่ทำให้เกิดความเครียดการ ศึกษาของ ฟรายด์แมนและโรเซนแมน (Kahn & Saulo. 1994 : 19 ; citing Friedman & Rosenman. 1974) ศึกษาในผู้ชายจำนวน 3,500 คน สามารถแบ่งบุคลิกภาพได้เป็น 2 ลักษณะ คือ บุคลิกภาพแบบ เอ (Type A personality) และบุคลิกภาพแบบ บี (Type B personality)

บุคลิกภาพแบบ เอ (Type A personality) เป็นบุคลิกภาพที่มีแนวโน้มที่จะเกิด ความเครียดได้มาก มีลักษณะก้าวร้าวทำงานหนัก เอาจริงเอาจังอย่างมาก มีการแข่งขันสูง มุ่งหวังความสำเร็จในระยะเวลายาวนาน ทะเยอทะยาน มักกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ค่อนข้างเร็ว ดัดสิน ความสำเร็จของงานด้วยปริมาณมากกว่าคุณภาพ ไม่ฟังบุคคลอื่นพูดจนจบประโยค มักขัด จังหวะการพูดของบุคคลอื่น ให้ความสำคัญกับตนเอง เป็นคนที่กังวลถึงสิ่งต่าง ๆ ล่วงหน้าเสมอ มีระดับของฮอร์โมนแอดรีนาลิน (Adrenalin) และคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) สูงทำให้ ร่างกายมีภาวะเครียดเรื้อรังและมีระดับของไขมันในเลือดสูง ส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาด เลือดได้

บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ ควรมีการปรับความคิดเกี่ยวกับเรื่องความพหุติ หรือมี ความเชื่อเรื่องทางสายกลางในศาสนาพุทธ เช่น ไม่ควรตั้งเป้าหมายในชีวิตสูงเกินไปจนเกิน ความสามารถของตนเอง มีความทะเยอทะยานแต่พอติ ซึ่งวางอยู่บนรากฐานของเหตุผลที่จะทำ ให้เกิดความก้าวหน้าในชีวิต ถ้ามีมากเกินไปจะทำให้มีปัญหาทางกายและจิตได้ (เทอดศักดิ์ เดชคง. 2541 : 55) และควรปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อร่างกาย ส่งผลให้สามารถดำรง ชีวิตได้อย่างมีความสุข

บุคลิกภาพแบบ บี (Type B personality) มีลักษณะผ่อนคลายกว่าบุคคลที่มีบุคลิก ภาพแบบ เอ มีความสนุกสนานเพลิดเพลินกับงานที่ทำ ผ่อนคลาย เป็นคนผู้ฟังที่ดี ใจเย็น ไม่ชอบ การแข่งขัน โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดค่อนข้างน้อย ชาลส์เวดท์และนา ธาน (Kahn & Saulo. 1994 : 21 ; Charlesworth & Nathan. 1984) ได้สร้างเครื่องมือประเมิน บุคลิกภาพซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพิจารณาพฤติกรรมและบุคลิกภาพ

บุคคลที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ เอ จึงควรมีการปรับความคิดและเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับรู้ของตน การลดการแข่งขัน รู้จักมองและประเมินเหตุการณ์ให้ตรงกับความเป็นจริง ไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ควรเรียนรู้ขีดจำกัดของตนเอง รู้

จักสัญญาณเครียดของตนเองที่บ่งบอกถึงความเครียดมากเกินไป และวิธีการจัดการแก้ไข (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 113)

2. รู้จักสัญญาณเครียดของตนเองและการแก้ไข

การรู้จักสัญญาณเครียดของตนเอง ก่อนที่ความเครียดจะส่งผลเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ และการที่บุคคลสามารถแก้ไขหรือจัดการกับความเครียดได้อย่างรวดเร็ว จะทำให้บุคคลได้รับผลกระทบจากความเครียดน้อยที่สุด การแก้ไขเมื่อบุคคลรับรู้สัญญาณเครียดของตน ในที่นี้จะกล่าวถึงการออกกำลังกาย งานอดิเรก การพักผ่อนนอนหลับ และการรู้จักเลือกรับประทานอาหาร การประเมินสัญญาณเครียดของตน สามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต

แบบวัดสัญญาณเตือนความเครียด นี้เป็นแบบวัดความเครียด (Stress Test) ด้วยตนเองของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต โดย นพ. อนุรักษ์ บัณฑิตชาติ พัฒนาเป็นรูปแบบทดสอบทาง Internet

“กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ แล้วเลือกตอบว่า ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โดยขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และน่าเชื่อถือ กรุณาตอบทุกข้อ

ตาราง 7 แบบวัดสัญญาณเตือนความเครียด

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเป็นเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย ๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับ เพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				

ตาราง 7 (ต่อ) แบบวัดสัญญาณเตือนความเครียด

-
-
12. รู้สึกเฟลีย ไม่มีแรงจะทำอะไร
 13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่ยากทำอะไร
 14. มีอาการหัวใจเต้นแรง
 15. เสี่ยงสั้น ปากสั้น หรือมือสั้น เวลาไม่พอใจ
 16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่าง ๆ
 17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อ บริเวณท้ายทอยหลัง หรือไหล่
 18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย
 19. มีนิมหรือเวียนศีรษะ
 20. ความสุขทางเพศลดลง
-
-

แหล่งที่มา : อนุรักษ์ บัณฑิตชาติ. กรมสุขภาพจิต.

การคิดคะแนน	ไม่เคยเป็นเลย = 0 คะแนน
	เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน
	เป็นบ่อย ๆ = 2 คะแนน
	เป็นประจำ = 3 คะแนน

การแปลผล

0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก ทฤษฎีถือว่ามีความเป็นไปได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่จะมีความเครียดในระดับต่ำมากเช่นนี้ อาจหมายความว่า ท่านตอบไม่ตรงตามความเป็นจริง หรือท่านอาจเข้าใจคำสั่งหรือข้อคำถามคลาดเคลื่อนไป หรือท่านอาจเป็นคนที่ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต มีความเฉชา ชีวิตประจำวันซ้ำซากจำเจ น่าเบื่อ ปราศจากความตื่นเต้น

6 - 17 คะแนน หมายถึง ปกติ/ไม่เครียด ท่านมีความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและสามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกพึงพอใจเกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างมาก รู้สึกมีพลัง มีชีวิตชีวา กระตือรือร้นมองสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์รอบตัวว่าเป็นสิ่งท้าทายความสามารถ มีความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม ผลผลิตของการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ความเครียดในระดับนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นแรงจูงใจที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตได้

18 - 25 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย (Mild stress) มีความไม่สบายใจอันเกิดจากปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยที่ปัญหาหรือข้อขัดแย้งของท่าน

อาจจะยังไม่ได้รับการคลี่คลายหรือแก้ไข ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่พบได้ในชีวิตประจำวันอาจไม่รู้ตัวว่ามีความเครียดหรืออาจรู้สึกได้จากการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพร่างกายอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมบ้างเล็กน้อยแต่ไม่ชัดเจนและยังพอสทนได้ แม้ว่าท่านจะมีความยุ่งยากในการจัดการกับปัญหาอยู่บ้างและอาจต้องใช้เวลาในการปรับตัวมากขึ้นกว่าเดิม ท่านก็สามารถจัดการกับความเครียดได้ และไม่เป็นผลเสียต่อการดำเนินชีวิต หากท่านรู้จักการผ่อนคลายความเครียดเป็นประจำ เช่น ออกกำลังกาย พักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรก ฯลฯ จะช่วยลดความตึงเครียดของท่านลงได้

26 – 29 คะแนน หมายถึง เครียดปานกลาง (Moderate stress) ขณะนี้ท่านเริ่มมีความตึงเครียดในระดับค่อนข้างสูงและได้รับความเดือดร้อนเป็นอย่างมาก เป็นสัญญาณเตือนขั้นต้นว่าท่านกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติ และความขัดแย้ง ซึ่งท่านจัดการแก้ไขด้วยความยากลำบาก ลักษณะอาการดังกล่าวจะเพิ่มความรุนแรงซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานจำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไขข้อขัดแย้งต่าง ๆ ให้ลดน้อยลง หรือหมดไปด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง ท่านอาจมีความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม อย่างเห็นได้ชัด เช่น มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ระบบขับถ่ายผิดปกติ หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ ทำงานผิดพลาด ตื่นสรวามากขึ้น ใช้จ่ายฟุ้งเฟ้อต่าง ๆ เป็นต้น ท่านจำเป็นต้องเร่งแก้ไขปัญหของท่านโดยเร็ว และควรฝึกเทคนิคการคลายเครียดแบบต่าง ๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้จินตนาการ การทำสมาธิ เป็นต้น ควบคู่ไปกับการผ่อนคลายความเครียดแบบทั่ว ๆ ไปด้วย

30 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เครียดมาก (Severe stress) อาจเนื่องมาจากท่านกำลังตกอยู่ในสภาวะตึงเครียดหรือกำลังเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิตอย่างรุนแรง เช่น เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเรื้อรัง ความพิการ การสูญเสียบุคคลที่รัก ล้มละลาย ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตอย่างชัดเจน ท่านอาจมีความเจ็บป่วยรุนแรง เช่น เป็นโรคกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง ด้านจิตใจมีจิตใจฟุ้งซ่าน คิดมากใจน้อย ตัดสินใจผิดพลาด มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือไม่ก็ซึมเศร้า คิดอยากตาย อาจเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ความเครียดในระดับนี้ถือว่ามีความรุนแรงสูงมากหากปล่อยไว้โดยไม่ดำเนินการแก้ไขอย่างเหมาะสมและถูกวิธีอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง อาจจำเป็นต้องไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต เพื่อปรึกษาปัญหาและขอรับความช่วยเหลือเป็นการเฉพาะด้วย

การออกกำลังกาย

จัดเป็นวิธีการผ่อนคลาย (Relaxation techniques) วิธีหนึ่งเป็นการแก้ไขและระบายความเครียดโดยอาศัยแรงของกล้ามเนื้อ และการลดการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการปลดปล่อยพลังงานเพื่อตอบสนองในภาวะการต่อสู้หรือการถอยหนี (Fight or flight) การออก

กำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดที่ดีที่สุด และมีคุณประโยชน์ต่อสุขภาพและยังสามารถป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และสามารถชะลอกระบวนการสูงอายุได้ (Biehm. 1996 ; The Anxiety Panic internet resource. 1997)

สำหรับรายละเอียดในเรื่องการออกกำลังกายจะกล่าวละเอียดในเรื่องการออกกำลังกายกับสุขภาพ

การพักผ่อนนอนหลับกับการคลายเครียด

การที่ต้องประสบกับความเครียดตลอดเวลาทำให้คนเราต้องใช้พลังงานในการปรับตัว การพักผ่อนโดยการทำงานอดิเรกที่ตนรัก เช่น การปลูกต้นไม้ การทำงานศิลปะ การอ่านหนังสือประเภทที่ชอบ การฟังเพลง การดูแลสัตว์เลี้ยง ฯลฯ จัดได้ว่าเป็นการให้รางวัลกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุขกับชีวิต เป็นการผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง

การนอนหลับจะทำให้พลังงานในการปรับตัวจะกลับคืนมา การนอนหลับจึงมีความสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์ การมีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับจะเพิ่มความเครียดทั้งกายและจิตส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย ขณะเดียวกันความเครียดเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับ เช่นกัน

การรู้จักเลือกรับประทานอาหารกับการคลายเครียด

การรับประทานอาหารอย่างมีคุณประโยชน์ ไม่มีสารพิษ ปราศจากสารก่อมะเร็ง ไม่รับประทานอย่างรีบเร่ง จะทำให้เพิ่มภูมิต้านทานโรคให้กับร่างกาย มีจิตใจที่แข็งแรง มีพลังขึ้น

สารอาหารที่มีผลลดความตึงเครียด ได้แก่ ทริปโตฟาน (Tryptophan) วิตามินบี 6 (Pyridoxine) วิตามินบี 3 (Niacinamide) และสารอาหารอื่น ๆ เช่น แคลเซียม (เทอดศักดิ์ เดชคง. 2541 : 102-106)

1. ทริปโตฟาน (Tryptophan) จัดเป็นกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกาย พบได้มากในอาหารจำพวกไข่ ถั่วเหลือง นมวัว เนื้อสัตว์ แต่การรับประทานไข่อาจทำให้ได้รับคอเรสเตอรอลสูง จึงควรรับประทานถั่วเหลือง นมถั่วเหลือง หรือนมสดไขมันต่ำแทน ทริปโตฟาน สามารถเปลี่ยนเป็นสารเคมีสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่เรียกว่า ซีโรโตนิน (Serotonin) ซึ่งพบว่า การเพิ่มขึ้นของซีโรโตนินในสมอง มีคุณสมบัติคลายกังวล สัมพันธ์กับความรู้สึกผ่อนคลายและเป็นสุข ถ้าหากมีระดับลดลงอาจทำให้เกิดอาการหงุดหงิดและซึมเศร้าได้

2. วิตามินบี 6 (Pyridoxine) การบริโภคอาหารจำพวกธัญพืช ยีสต์ ไข่ขาว เครื่องในสัตว์และเนื้อสัตว์ ถั่ว และผักสด จะทำให้ร่างกายได้รับวิตามินบี 6 เพิ่มขึ้น แต่การรับประทานเครื่องในสัตว์และเนื้อสัตว์มากเกินไปอาจส่งผลต่อตับและไต และมีผลให้ผู้ป่วยโรคเกาต์มีอาการกำเริบขึ้น จึงควรรับประทานธัญพืชและผักสดแทน วิตามินบี 6 เป็นสิ่งที่จำเป็นในการสร้างซีโรโตนินซึ่งเป็นสารเคมีสื่อประสาท (Neurotransmitter) จากกรดอะมิโนที่ชื่อทริปโตฟาน นั่นเอง

การรับประทานธัญพืชและผักสด นอกจากเป็นการเพิ่มปริมาณของซีโรโตนินแล้ว ยังมีผลทำให้ร่างกายได้รับใยอาหาร (Dietary fiber) ใยอาหารเป็นอาหารที่มีคอเลสเตอรอลต่ำหรือไม่มีเลย และมีความสามารถจับคอเลสเตอรอลได้ทำให้ปริมาณของคอเลสเตอรอลที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกายลดลง เป็นการลดกรดไขมันในกระแสเลือดได้วิธีหนึ่ง เป็นการป้องกันการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (Arteriosclerosis) ช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดอาการท้องผูก ลดแนวโน้มการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ควรบริโภค 25-35 กรัมต่อวัน (มณี อภานันท์กุล. 2538 : 79)

3. วิตามินบี 3 (Niacinamide) ปกติวิตามินบี 3 สามารถสังเคราะห์ในลำไส้ใหญ่ โดยอาศัยแบคทีเรียบางตัว แต่ปริมาณไม่เพียงพอ จำเป็นต้องได้รับจากอาหารประเภทตับ เครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ เป็ด ไก่ ปลา ถั่วเมล็ดแห้ง และยีสต์ มีการศึกษาพบว่าอาหารที่มีวิตามินบี 3 มากจะช่วยลดความหงุดหงิด กระวนกระวายใจและมีฤทธิ์ผ่อนคลายกล้ามเนื้อรวมทั้งเป็นยานอนหลับอ่อน ๆ ด้วย

4. สารอาหารอื่น ๆ เช่น แคลเซียม การที่มีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำเกินไป ผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลเรื้อรัง มีความเครียดทางจิตใจร่วมกับอาการของการขาดแคลเซียม

5. สมุนไพร สมุนไพรที่สามารถลดความเครียดได้ ได้แก่ ชีห์เล็ก และเซนต์จอห์นสเวิร์ท (St. John's wort)

5.1 ชีห์เล็ก (*Cassia siamea Lamik*) ในยอดอ่อน ใบอ่อน และดอกของชีห์เล็กสายพันธุ์ประเทศไทยมีสารจำพวกโครโมน (Chromone) ชื่อ บาราคอล (Barakol) มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง เป็นสารสงบประสาท (Sedative) ได้ดี บรรเทาอาการจิตฟุ้งซ่าน คลายเครียดได้และพบว่ามีพิษน้อย และเมื่อทดลองเปรียบเทียบฤทธิ์ระหว่างสารบาราคอลจากใบชีห์เล็กกับยา Diazepam พบว่า มีฤทธิ์ใกล้เคียงกัน (สรจักร ศิริบริรักษ์. 2542 : 92)

5.2 ดอกเซนต์จอห์นสเวิร์ท (St. John's wort) ในรูปยาเม็ด และชาสมุนไพรพบสารไฮเพอริซิน (Hyperisin) ในดอกเซนต์จอห์นสเวิร์ท สารนี้ทำปฏิกิริยาช่วยให้มีสารเซโรโทนินอย่างเพียงพอในสมอง ซึ่งสารเซโรโทนิน มีอิทธิพลกำหนดอารมณ์ของคน จึงสามารถลดอารมณ์ซึมเศร้าระดับไม่รุนแรง และลดความกังวลใจลงได้ (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2541 : 96)

อาหารที่มีอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ อาหารที่มีสารเคมีปรุงแต่งและเป็นสารเคมีที่ไม่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น สารเพิ่มความหวาน สารแต่งสี สารไนเตรดไนไตรท์ เป็นต้น สารเหล่านี้อาจทำให้เกิดมะเร็ง คาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดความเครียด การดื่มกาแฟวันละ 5 ถึง 6 ถ้วย เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ การดื่มแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อการทำหน้าที่ของตับและหัวใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองมากกว่าบุคคลที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ เกลือทำให้มีการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต อาหารไขมันสูง เป็นสาเหตุของระดับไขมันในเลือดสูง และในภาวะเครียดไขมันในเลือดจะสูงขึ้นทำให้เกิดอันตรายมากขึ้นและควบคุมยากขึ้น เป็นต้น

3. รู้จักการสร้างอารมณ์ขันและการสร้างมิตร

อารมณ์ขัน (Humor) หรือการยิ้ม (Smile) หรือ การหัวเราะ (Laugh) เป็นวิธีจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้ด้วยตนเอง (Wooten. 1998) และบุคคลที่รู้จักการสร้างอารมณ์ขัน จะเป็นบุคคลที่ผู้อื่นอยากมีปฏิสัมพันธ์ด้วย

อารมณ์ขัน การยิ้ม และการหัวเราะ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้สีกตัว มีความไม่แน่นอน สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน และมีการพัฒนาดังแต่เด็กจนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อารมณ์ขัน การยิ้ม และการหัวเราะ มีผลต่อร่างกายโดยมีการกระตุ้นการหลั่งเอนดอร์ฟินส์ (Endorphins) จากต่อมพิทูอิทารี (Pituitary gland) สารนี้มีฤทธิ์เช่นเดียวกับมอร์ฟิน (Morphine) ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ลดความเครียด เกิดความรู้สึกเป็นสุข ลดความปวด ทำให้หลอดเลือดขยายตัวเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และการหายใจเข้าออกลึก ๆ ขณะหัวเราะจะช่วยเพิ่มระดับของออกซิเจนในกระแสเลือด ช่วยเพิ่มพลังงานให้กับร่างกายและช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ช่วยบรรเทาความทุกข์ ช่วยให้เกิดการผ่อนคลาย เพราะขณะหัวเราะกล้ามเนื้อหน้าท้องและอกมีการหดและคลายตัว ในด้านสังคมช่วยคลี่คลายสถานการณ์ที่เคร่งเครียดให้ดีขึ้น สามารถใช้เพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ต่อกันเป็นการสร้างมิตรภาพและสามารถขจัดความวิตกกังวลได้ (ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธุ์. 2541 : 312-313)

มีรายงานกรณีศึกษาของผู้ป่วยที่ใช้การหัวเราะเป็นวิธีการเยียวยาตนเองให้หายจากโรคได้ (Norman Cousins 2540 : 87-89) โดยแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค Scleroderma และมีอาการกระดูกสันหลังเคลื่อนไหวไม่ได้ที่ละน้อย มีความพิการ รวมทั้งมีความเจ็บปวดอย่างมาก แพทย์ได้พยากรณ์โรคว่าอาจมีชีวิตอยู่ได้อีกประมาณ 2 ปี เมื่อพิจารณาว่าการรักษาไม่ได้ผล เขาจึงออกจากโรงพยาบาลไปพักในโรงแรม เนื่องจากมีบรรยากาศดีกว่า เขาเข้าวัดปฏิบัติภาวนาจนกระทั่งหายป่วย เพื่อให้อารมณ์ร่าเริงสดใส แล้วพบว่าทุกครั้งที่หัวเราะอาการปวดจะทุเลาลงประมาณ 2-3 สัปดาห์ หลังจากรักษาด้วยการหัวเราะเขาพบว่าอาการหัวเราะสามารถลดความพิการของเนื้อเยื่อข้อต่อและสามารถกลับมาเดินได้ในเวลาต่อมา เมื่อเรื่องของเขาถูกตีพิมพ์ ในปี ค.ศ. 1978 มีโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาหลายแห่งจัดให้มีห้องหัวเราะ ที่ผู้ป่วยสามารถทดลองรับการรักษาด้วยการหัวเราะ โดยการชมภาพยนตร์ตลกหรืออ่านหนังสือตลก จากรายงานกรณีศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภาวะทางจิตมีบทบาทสำคัญต่อภาวะทางกายและความเจ็บป่วย ภาวะอารมณ์สุขอาจจะสร้างสารเคมีที่ช่วยขจัดโรคและช่วยในการฟื้นฟูหาย บุคคลจึงควรเรียนรู้ที่จะมีอารมณ์ขัน มีรอยยิ้ม และการหัวเราะ การที่เป็นบุคคลที่มีอารมณ์ขันจะทำให้สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ และทำให้บุคคลอื่นมีความรู้สึกอยากเข้าใกล้

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

สัมพันธภาพ (Relationship) หมายถึง กระบวนการเกี่ยวข้องและติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลสองฝ่าย หรือบุคคลกับกลุ่มบุคคล หรือสังคม เช่น สัมพันธภาพทางสังคม (Social

relationship) และสัมพันธ์ภาพใกล้ชิด (Intimate relationship) เป็นสัมพันธ์ภาพที่พบได้ทั่ว ๆ ไปในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพทางสังคมต่อกันนั้นมีส่วนร่วมในการสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพเท่า ๆ กันทั้งสองฝ่าย แต่ละฝ่ายต้องการสนองความต้องการส่วนตัว เช่น มิตรภาพที่ดีต่อกัน มีความผูกพัน และความเอื้ออาทรต่อกันและกัน เป็นการสร้างความสุขและความพึงพอใจระหว่างบุคคล เช่น สัมพันธภาพระหว่างเพื่อนสนิท สมาชิกในครอบครัว ได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน คลายความเหงาหรือประโยชน์อื่น ๆ สัมพันธภาพนี้เป็นที่ต้องการของคนโดยทั่วไปเนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์สังคม ต้องอยู่เป็นกลุ่ม ต้องการมีพวกและหมู่เหล่า มีขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม เช่น การทักทาย การลาจาก การอวยพร เป็นต้น (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. 2540 : 2-5)

การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง เป็นวิธีการป้องกันความเครียด และแหล่งประโยชน์เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด เนื่องจากทำให้มีที่ปรึกษาและระบายเมื่อมีความทุกข์ หน่วยงานที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดี มีความสามัคคีจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ส่งผลให้บุคคลมีความสุขและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การรู้จักบริหารเวลา

การบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถควบคุมชีวิตได้ โดยการจัดเวลาสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสมจะสามารถรักษาดุลยภาพระหว่างการศึกษ งาน กิจกรรม กับเวลาที่มี และควรหยุดรับทำกิจกรรมหลายอย่างเมื่อมีเวลาจำกัด จัดวางจังหวะชีวิตให้เหมาะสม ให้เวลาตนเองที่จะตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น วางแผนการใช้เวลาอย่างรอบคอบ ประเมินความสามารถของตน เรียงลำดับความสำคัญสิ่งที่จะต้องทำ วิเคราะห์เวลา แบ่งเวลาให้สมดุลระหว่างการศึกษ การทำงานกับการพักผ่อน มีการวางแผนในระยะยาว เช่น แผนรายปี แผนรายครึ่งปี จัดทำตารางรายสัปดาห์กำหนดเวลาที่เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้มีการยืดหยุ่นของตารางเวลาได้ตามสมควร สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความสมดุลในร่างกาย สามารถเพิ่มพลังในการดำรงชีวิตให้กับตนเอง ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในงานและมีความพึงพอใจทั้งในการศึกษา งาน และการดำเนินชีวิต (นันทวรรณ นาวี. 2533 : 99-111)

5. คำแนะนำในการจัดการกับความเครียด

มีองค์กรหรือสถาบันต่าง ๆ ที่สนใจศึกษาในเรื่องการจัดการกับความเครียด เช่น Canadian Mental Health Association – Metro Toronto Branch ได้ระบุบัญญัติ 18 ข้อสำหรับการจัดการกับความเครียด ดังนี้

บัญญัติ 18 ข้อ สำหรับการจัดการกับความเครียด

Canadian Mental Health Association – Metro Toronto Branch ได้ระบุวิธีการจัดการกับความเครียด 18 ข้อ ดังนี้

1. ตระหนักถึงอาการแสดงของความเครียดของตนเอง
2. พิจารณาการดำเนินชีวิตและปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ต้องการการปรับเปลี่ยน เช่น สถานการณ์ที่ทำงาน สถานการณ์ที่บ้าน หรือ ตารางชีวิตของตนเอง
3. ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น โยคะ สมาธิ การนวด หรือการฝึกการหายใจ เป็นต้น
4. ออกกำลังกาย
5. จัดตารางเวลา
6. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน การดื่มเครื่องดื่มที่มี

แอลกอฮอล์ คาเฟอีน การสูบบุหรี่

7. พักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ
8. พูดคุยกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อน ผู้ให้คำปรึกษาในสิ่งที่กำลังรบกวนตนเองอยู่
9. ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น ทำงานอาสาสมัคร
10. เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ไปดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ เล่นเกมส์ ฟังเพลง หรือหยุดพักการทำงานชั่วคราว (พักผ่อน)

11. ระบายความโกรธ เช่น การออกกำลังกาย การขุดดิน-ทำสวน
12. หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับบุคคลอื่น
13. หลีกเลี่ยงการทำหลาย ๆ สิ่งในเวลาเดียวกัน
14. อย่าพยายามเป็นคนที่สมบูรณ์แบบ
15. ผ่อนคลาย ทำจิตใจให้สบายต่อการดำเนิน หรือการวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง

มีต่อตนเอง

16. ลดการแข่งขัน
17. รู้จักการสร้างมิตรภาพ
18. มีอารมณ์ขัน หัวเราะ และอยู่กับคนที่ทำให้ตนเองมีความสุข

กล่าวโดยสรุป ความเครียดเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนประสบแต่บุคคลสามารถจัดการกับความเครียดได้โดยมีการปรับความคิด ให้มีความคิดในด้านบวก มองโลกในแง่ดี ปรับลดพฤติกรรมที่จะทำให้เกิดความเครียด รู้จักสัญญาณเตือนความเครียดของตนเองและรีบจัดการแก้ไขโดยวิธีต่าง ๆ เช่น ออกกำลังกาย มีการพักผ่อนนอนหลับอย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย รู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์สามารถช่วยคลายเครียดได้ มีอารมณ์ขัน มีความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รู้จักการบริหารเวลาได้อย่างสมดุลในการดำรงชีวิต ถ้าปฏิบัติเช่นนี้ได้บุคคลนั้นจะเป็นผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอันเนื่องมาจากความเครียดได้ และเป็นที่ชื่นชอบของบุคคลอื่นที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย มีสุขภาพกายและจิตที่เข้มแข็ง สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังประโยชน์ให้กับตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติโดยรวม

การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ภาวะน้ำหนักเกินตามการรับรู้ เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลว่าตนเองมีภาวะน้ำหนักเกิน หรือมีไขมันส่วนเกินตามส่วนเกินต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งการประเมินเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินในบุคคลที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินอาจเกิดขึ้นจากการประเมินด้วยตนเองหรือจากสิ่งแวดล้อม

1. การประเมินด้วยตนเอง เช่น การชั่งน้ำหนัก การส่องกระจกดูสัดส่วนของร่างกาย การนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีรูปร่างเล็กกว่าหรือผอมกว่า
2. การประเมินจากสิ่งแวดล้อม เช่น การบอกกล่าวของเพื่อน ผู้ร่วมงาน การถูกหักว่าอ้วนขึ้น

บุคคลที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินที่ไม่ได้มีการเปรียบเทียบน้ำหนักของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็น อาจทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานที่ควรจะเป็น อาจทำให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักของตนเองในทิศทางที่ไม่ถูกต้อง

การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจาก ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การรับรู้ถึงผลเสียของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งเป็นสาเหตุทั้งโดยตรงและทางอ้อมของปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งได้แก่

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย ปัญหาทางด้านร่างกายที่เกิดเนื่องจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่ การเกิดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่าง ๆ การทำให้ภาวะโรครุนแรงขึ้น และการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร ซึ่งโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ได้แก่

1.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคหัวใจ ทั้งโรคหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจวาย รวมทั้งการเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน (Walcott-McQuigg. 1996 : 313 ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจะเพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจเพื่อสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งหากเกิดต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคหัวใจวายได้ โดยผู้ที่น้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 จะมีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายมากขึ้นถึงสามเท่า (ดำรง กิจกุลศ. 2538 : 28) อย่างไรก็ตาม การเกิดโรคหัวใจในผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มักมีปัจจัยร่วมมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เพราะทุก ๆ 10% ของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น จะทำให้ความดันซิสโตลิสเพิ่มขึ้น 6.6 มิลลิเมตรปรอท โคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น 12 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และกลูโคสเพิ่มขึ้น 2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Shills, et al. 1994: 989) ซึ่งความดันโลหิตที่สูงขึ้น จะทำให้หัวใจทำงานมากขึ้นจนอาจ

เกิดหัวใจวาย รวมทั้งระดับโคเลสเตอรอลในเลือดจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หลอดเลือดยิดหยุ่นได้ไม่เต็มที่หรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีบเพราะมีไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

1.2 โรคเบาหวาน การเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินพบว่าเกิดเนื่องจากการสะสมของไขมันในเซลล์ไขมันมากขึ้นความไวในการตอบสนองต่อการกระตุ้นของอินซูลินจะน้อยลง ร่างกายจึงต้องใช้อินซูลินมากขึ้น ทำให้เบต้าเซลล์ต้องทำงานหนักกว่าปกติ เมื่อเกิดขึ้นนาน ๆ เบต้าเซลล์ก็จะเสื่อมสมรรถภาพและตาย จึงทำให้เกิดโรคเบาหวาน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงขึ้น (วิชัย ดันไพจิตร. 2530 : 27) ซึ่งความเสี่ยงของการเกิดโรคจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าในคนอ้วนเล็กน้อย จะเพิ่มขึ้นเป็น 5 เท่า ถ้าอ้วนปานกลางและเพิ่มขึ้นเป็น 10 เท่าในคนที่อ้วน รุนแรง (Walcott-McQuigg. 1996 : 314 ; citing U.S International commission on diabetes. 1975) และจากการศึกษาของจันท์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2539 : 109) พบว่า อัตราการเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีน้ำหนักปกติ น้ำหนักเกินและอ้วน คือ ร้อยละ 2.1, 5.2 และ 6.3 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานจะทำให้มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานถึง 2 เท่าของผู้ที่มีน้ำหนักปกติ

1.3 การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมน ในผู้หญิงที่อ้วนอาจพบว่า เริ่มมีประจำเดือนตอนอายุน้อยหรือเข้าสู่ระยะวัยหมดประจำเดือนช้าและมีประจำเดือนโดยไม่มีการตกของไข่ที่สัมพันธ์กันในรอบเดือน ในผู้ชายอาจมีการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และมีเชื้อสุมิน้อย นอกจากนี้ อาจพบการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนอื่นอีกหลายชนิด เช่น ฮอร์โมนที่ควบคุมการเจริญเติบโต (Growth hormone) เป็นต้น

1.4 โรคกระดูกและข้อ ในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จะทำให้ข้อต่อต่าง ๆ ต้องรับน้ำหนักตัวที่มากเกินไปตลอดเวลา เมื่อนานเข้าจะทำให้กระดูกอ่อนที่บุอยู่ถูกทำลาย ทำให้ปลายกระดูกเสียดสีกัน ทำให้มีอาการปวดข้อ และข้อเสื่อมไปในที่สุด จากการศึกษาประสิทธิผลของการรักษาโรคข้อเข่าอักเสบในผู้ป่วยอ้วนด้วยการลดน้ำหนักของดุซณี สุทธิปริยาศรี (2534 : อัดสำเนา) พบว่า การลดน้ำหนักจะมีผลต่อการหายจากอาการของโรคข้อเข่าอักเสบดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ลดน้ำหนัก ในเด็กบางรายจะพบความผิดปกติของเข่า คือ เป็นเข่าชิดกัน (Knock knee) บางรายมีขาโก่ง (Bowleg) เพราะรับน้ำหนักมากในเด็กที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่นอาจเกิดการเสื่อมของส่วนหัวกระดูกสะโพก ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงและพิการได้ (จันท์จิตา พฤกษานนท์. 2545 : 90)

1.5 ปัญหาเกี่ยวกับการหายใจ คนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมาก ๆ จะพบว่า มักจะมีอาการง่วงซึม หลับง่าย หายใจบ่อยครั้งกว่าคนน้ำหนักปกติ ซึ่งกลุ่มอาการดังกล่าวเรียกว่า พิควิกเคียน ซินโดรม (Picwickian syndrome) สาเหตุพบว่า เกิดจากการทำงานของปอดถูกขัดขวางจากไขมันในช่องท้องและบริเวณกระบังลม ทำให้ไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ การแลกเปลี่ยนแก๊สภายในปอดไม่ดี ก่อให้เกิดการคั่งของแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในปอดและกระแส

เลือด ร่างกายจึงพยายามปรับตัวให้หายใจเพิ่มขึ้นและนอกจากนั้นยังต้องใช้แรงเพื่อช่วยในการหายใจ จึงพบว่าคนอ้วนจะรู้สึกหอบเหนื่อยอยู่ตลอดเวลา จากการแลกเปลี่ยนแก๊สไม่ดีทำให้เกิดการคั่งของแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด ทำให้ร่างกายพยายามสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น (Secondary polycytemia) และทำให้หัวใจห้องล่างขวาโตในที่สุด ซึ่งเป็นปัจจัยชี้้นำของภาวะหัวใจวาย (Shils, et al., 1994 : 991)

1.6 มะเร็ง มีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2558 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศพัฒนาแล้ว สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อัตราการตายใกล้เคียงกับโรคหัวใจ มะเร็งเกี่ยวข้องกับโรคอ้วนคือที่คนอ้วนมีเซลล์ไขมันมากกว่าคนปกติ ซึ่งนอกจากเซลล์ไขมันจะเป็นแหล่งสะสมฮอร์โมนแล้ว ไขมันเหล่านี้ยังสามารถกลายเป็นฮอร์โมนเพศได้ ซึ่งจะไปกระตุ้นอวัยวะสืบพันธุ์ในผู้หญิง ได้แก่ เยื่อบุโพรงมดลูก รังไข่ ต่อมและท่อนำนม หรือที่ต่อมลูกหมากของผู้ชาย เมื่อถูกกระตุ้นนานเข้าก็อาจกลายเป็นเนื้อร้าย โดยเฉพาะผู้หญิงอ้วนมักมีความเสี่ยงต่อมะเร็งเต้านมสูงกว่ามะเร็งอื่น ๆ

1.7 โรคของตับและทางเดินน้ำดี ในคนอ้วนมักพบว่า มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง โดยเฉพาะโคเลสเตอรอล โคเลสเตอรอลจะถูกทำลายโดยน้ำดี เมื่อมีมากเกินไปร่างกายไม่สามารถทำลายได้หมด นอกจากจะเกาะตามเส้นเลือดดำทำให้เส้นเลือดแข็งแล้ว บางส่วนจะตกตะกอนกลายเป็นนิ่วในถุงน้ำดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสเตอร์ดีแวนและคณะ (อาภรณ์ รัตนวิจิตร. 2533 : 22 ; อ้างอิงจาก Sturdevant. 1991) พบว่า คนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีโอกาสเป็นโรคนี้ในถุงน้ำดีมากกว่าคนที่น้ำหนักปกติ นอกจากนั้นยังพบว่า ผลจากภาวะไขมันสูง ยังก่อให้เกิดการสะสมของไขมันและแทรกเข้าไปในเนื้อตับ ทำให้เกิดภาวะไขมันในตับ ทำให้ตับเสียหายที่สุดในที่สุด

1.8 โรคของผิวหนัง คนอ้วนมักจะมีเหงื่อออกมามาก จะเกิดความอับชื้นของผิวหนัง โดยเฉพาะตามซอกคอ ซอกขา และข้อพับต่าง ๆ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้ผิวหนังบริเวณที่มีการเสียดสีขณะเคลื่อนไหวจะเกิดการอักเสบได้บ่อย ร้อยละ 50 ของเด็กที่อ้วนมาก ๆ จะพบว่า ผิวหนังที่คันคอหรือรักร้าวเป็นสีดำคล้ำ ซึ่งมักพบร่วมกับภาวะเบาหวานที่ติดต่อการรักษาด้วยยาฉีด Insulin (จันทร์จิตา พฤษยานานนท์ 2545 : 90)

2. ปัญหาทางด้านจิตใจ คนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าคนที่น้ำหนักปกติ (Drake. 1988 : 81) ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจะรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยอับอาย ถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ คนอื่นจะมองคนอ้วนว่าเป็นคนเชื่องช้า ทำงานได้ไม่ดี ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจจะเป็นสาเหตุให้มีปัญหาทางด้านจิตใจได้ นอกจากนั้นความเครียดจากสภาพแวดล้อม เช่น การถูกประเมินว่าเป็นคนอ่อนแอ การถูกปิดกั้นจากงานอาชีพบางอย่างที่ต้องการความคล่องแคล่ว สวยงาม ก็จะเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเครียดมากยิ่งขึ้น ถ้าไม่สามารถเผชิญและยอมรับปัญหาที่อาจเป็นผลทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจในที่สุด

การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การรับรู้ถึงสิ่งที่มาขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคนประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคด้านเวลา การรับรู้อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ การรับรู้อุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคด้านความไม่สะดวก และการรับรู้อุปสรรคด้านชนิดของอาหาร ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. อุปสรรคด้านเวลา หมายถึง การที่ต้องมีภาระรับผิดชอบทั้งงานในอาชีพและงานภายในบ้าน ส่งผลให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จากการศึกษาของ วอลคอตท์-แมคควิก และคณะ (Walcott-McQuigg, et al. 1995 : 15) พบว่า เวลาเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักมากที่สุด (ร้อยละ 78) เนื่องจากสตรีที่แต่งงานแล้วมีหน้าที่ในการดูแลบุตร ทำงานบ้าน จึงไม่มีเวลาในการเตรียมอาหารที่มีแคลอรีต่ำ รวมทั้งไม่มีเวลาออกกำลังกาย หากเกิดอาการหิวมักบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่มีในบ้าน เช่น มันทิ้งทอด สอดคล้องกับการศึกษาของเรลลี และคณะ (Reilli, et al. 1996 : 7) ที่พบว่า สตรีอายุ 45-74 ปี มี

การรับรู้อุปสรรคด้านเวลาต่อการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักมากกว่าสตรีอายุ 20-44 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และจิตอาวี ศรีอาคะ (2543) ได้ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลจำนวน 331 ราย พบว่า อุปสรรคด้านเวลาเป็นอุปสรรคที่ชัดเจนที่สุด โดยเฉพาะเวลาที่ใช้ในการทำงาน ซึ่งลักษณะงานของพยาบาลเป็นงานบริการที่หนักและเหนื่อย มีตารางเวลาที่ต้องผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน เวลาพักผ่อนจะ แตกต่างจากบุคคลที่ทำงานปกติ จึงมีผลต่อการจัดสรรเวลาในการออกกำลังกาย ไม่สามารถออกกำลังกายได้เท่าที่ควร ถึงแม้จะมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายมากก็ตาม ส่วนทางด้าน คอนน์ (Conn. 1998 : 28) พบว่า เวลาเป็นอุปสรรครองมาจากด้านข้อจำกัดของภาวะสุขภาพที่ขัดขวางไม่ให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย

2. อุปสรรคด้านภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการมีพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก ไม่ว่าจะเป็นอ่อนเพลีย เมื่อยล้าจากการทำงาน อาการหมดแรงปวดเมื่อยตามร่างกายหลังการออกกำลังกาย จากการศึกษาของ คอนน์ (Conn. 1998: 9) พบว่า อาการอ่อนเพลียและหมดแรงจากการทำงาน อาการเหนื่อยล้าและการได้รับการบาดเจ็บหลังการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่สำคัญ สอดคล้องกับวอลคอตท์-แมคควิก และคณะ (Walcott-McQuigg, et al. 1995 : 40) ที่พบว่า ภาวะเครียดจากการดูแลบุตร จากงานบ้าน ทำให้เกิดอาการหมดแรง ดังนั้นการพักผ่อนจึงเป็นสิ่งที่สตรีที่แต่งงานแล้วต้องการมากที่สุด นอกจากนี้โรคประจำตัวต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ หรืออาการเหนื่อยหอบ ก็มีผลต่อการออกกำลังกายเช่นกัน จากการศึกษาของ จิตอาวี ศรีอาคะ (2543) พบ

ว่า ความพร้อมของร่างกายก็มีความสำคัญสำหรับกลุ่มพยาบาล เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานตามตารางเวลา เข้า บ่าย ดึก ทำให้ต้องปรับแบบแผนการนอนให้เข้ากับตารางเวลาพักที่มีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม อ่อนเพลีย จึงทำให้ความพร้อมของร่างกายต่อการมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายลดลง

3. อุปสรรคด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นหากมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก ที่พบชัดเจนในการออกกำลังกายคือขาดการสนับสนุนทางการเงินเพื่อซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ค่าบริการของสถานที่ในการออกกำลังกาย รวมไปถึงค่าเดินทางเพื่อออกกำลังกาย เมื่อมีการเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทำให้ขาดแรงจูงใจและเลิกล้มความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในที่สุด (Nies, Vollman, & Cook. 1998 : 52) นอกจากนี้ การไม่มีเงินเพื่อซื้ออาหารที่มีประโยชน์ก็มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักได้เช่นกัน (Walcott-McQuigg, et al. 1995 : 42) ซึ่งต่างจากการศึกษาของรินลี และคณะ (Reilli, et al. 1996 : 28) ที่พบว่า เศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีชาวอเมริกันที่มีอายุระหว่าง 20-74 ปี

4. อุปสรรคด้านความไม่สะดวก หมายถึง อุปสรรคที่เกี่ยวกับการจัดการในการควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ ไม่มีสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งจูงใจ ไม่มีผู้สนับสนุนในการพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก รวมไปถึงการเตรียมอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักเป็นสิ่งที่ยุ่งยากกว่าการซื้ออาหารสำเร็จรูป ซึ่งมีแป้งและไขมันเป็นส่วนประกอบหลัก (Walcott-McQuigg, et al. 1995: 45) จากการศึกษาของรินลี และคณะ (Reilli, et al. 1996 : 30) พบว่าความไม่สะดวกเป็นอุปสรรคต่อบริโภคนิสัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีอัตราส่วนของสตรีที่มีอุปสรรคด้านความไม่สะดวกเมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่มีอุปสรรคด้านนี้ (Odds Ratio) เท่ากับ 2.2 ซึ่งถ้าอัตราส่วนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ถือว่ามีการรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้าน้อยกว่า 2 ถือว่ามีการรับรู้อุปสรรคต่ำ นอกจากนี้การที่ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกายอยู่ไกล การเดินทางไปออกกำลังกายไม่สะดวกไม่มีเพื่อน เกรงจะได้รับอันตรายจากการออกกำลังกายเพียงลำพัง หรือไม่สะดวกในการออกกำลังกายตามตารางเวลาของสถานออกกำลังกายที่มีแบบแผน สถานที่ออกกำลังกายบางแห่งอนุญาตเฉพาะสมาชิกเท่านั้น รู้สึกอายหรือขี้อายที่จะต้องสวมชุดออกกำลังกาย (Sechrist, Walker, & Pener. 1987 : 16) หรือการที่ไม่สามารถเลือกชนิดของการออกกำลังกายได้หรือไม่มีความหลากหลายของชนิดกีฬาทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย เช่น การวิ่งบนสายพานเลื่อน เป็นต้น (Nies, Vollman, & Cook. 1998 : 28) หรือภาวะสภาพภูมิอากาศที่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป ก็นับเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายได้เช่นกัน (Conn. 1998 : 26)

ลักษณะอาชีพของบุคลากรทางการพยาบาล

ลักษณะงานของพยาบาล

งานพยาบาลเป็นงานที่ต้องมีการเกี่ยวข้องกับบุคคลหลายแขนงอาชีพ เพื่อให้การบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วย และชุมชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สุปราณี วศินอมร. 2531 : 5) โดยการใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจโดยไม่คำนึงถึง เพศ อายุ เชื้อชาติ ลักษณะ ฐานะ ตลอดจนอิทธิพลทางการเมือง (ไขแสง ชวศิริ. 2530 : 5) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการของโรคและการลุกลามของโรค การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งการสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์ (สภาการพยาบาล. 2539 : 3)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยมี 3 บทบาท คือ

1. บทบาทด้านการรักษา เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงสามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการวิเคราะห์โรค นอกจากนี้ในชุมชน พยาบาลยังมีบทบาทในการคัดกรองโรคและรักษาโรคง่าย ๆ
2. บทบาทด้านการดูแล ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญที่สุดของพยาบาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการช่วยเหลือ สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก
3. บทบาทด้านสังคม พยาบาลมีหน้าที่ในการช่วยลดความวิตกกังวลให้ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต้องพลัดพรากจากครอบครัว ต้องงดเว้นการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ

American Nurse's Association (อ้างอิงจาก ไขแสง ชวศิริ.2540 :64) ได้กำหนดหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพไว้ดังนี้

1. หน้าที่ที่เป็นอิสระ (Independent function) เป็นขอบเขตหน้าที่ที่พยาบาล ต้องพิจารณาตัดสินใจเรื่องราวต่าง ๆ ด้วยตนเอง โดยอาศัยการศึกษาและประสบการณ์ที่ได้จากทฤษฎีพื้นฐานมาช่วยพิจารณาตัดสินใจให้การดูแลผู้รับบริการ
2. หน้าที่ที่ต้องพึ่งพา (Dependent function) เป็นขอบเขตหน้าที่ที่พยาบาลต้องปฏิบัติตามคำสั่งแพทย์หรือวิชาชีพอื่น ๆ ตามแผนการรักษา และปฏิบัติตามนโยบายของสถาบันโดยอยู่ภายใต้ขอบเขตแห่งวิชาชีพและกฎหมายที่ควบคุมวิชาชีพ
3. หน้าที่ที่ต้องพึ่งพาท่อกัน (Interdependent function or collaborative function) เป็นขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบที่พยาบาลทำงานร่วมกับผู้รับบริการ ครอบครัว และหรือบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามความต้องการ การทำหน้าที่ดังกล่าว ทุกฝ่ายจะต้องให้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งมีการประสานงานในกลุ่มผู้ปฏิบัติทั้งหมดเป็นอย่างดี

ลักษณะงานของพยาบาลวิชาชีพของกองงานวิทยาลัยพยาบาล (2527: 4) กำหนดไว้ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและปัญหาทางการพยาบาลของผู้รับบริการของครอบครัวและชุมชนได้ทุกระดับ

2. กำหนดแผนการปฏิบัติงานที่ซับซ้อน ตามขอบเขตการพยาบาล วิเคราะห์ และประเมินค่าทางการพยาบาล พร้อมปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย

3. ปฏิบัติการพยาบาลทุกระดับความรุนแรงของโรค รวมถึงการพยาบาลเฉพาะโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ตัดสินใจและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างเหมาะสมและทันเหตุการณ์ โดยใช้ความรู้ระดับสูงในการวินิจฉัยปัญหา

5. สอนสุศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง

6. ตรวจร่างกาย วินิจฉัยโรคขั้นต้นให้การรักษากลุ่มอาการต่าง ๆ ทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ตามขอบเขตของระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2518)

7. ปฏิบัติงานตามแผนส่งเสริมสุขภาพชุมชน การให้ภูมิคุ้มกันโรค การเฝ้าระวังโรค การอนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน การวางแผนครอบครัว การปฏิบัติงานสาธารณสุขเคลื่อนที่ การโภชนาการ และการบริการสุขภาพจิต ในฐานะผู้ปฏิบัติและวางแผน ตลอดจนถึงการสนับสนุนและประสานงานกับหน่วยต่าง ๆ

8. ให้การผดุงครรภ์ตามสาขาการผดุงครรภ์แผนปัจจุบันชั้น 1

9. กำกับงาน นิเทศและประเมินผลงานแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลในความรับผิดชอบ

10. วิเคราะห์ปัญหาและให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาด้านบริการพยาบาลและบริหารงานบริการสุขภาพ รวมถึงการจัดระเบียบงาน การมอบหมายหน้าที่ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานภายใต้ความรับผิดชอบอย่างเหมาะสม

11. วางแผนป้องกันอุบัติเหตุและให้ความปลอดภัย แก่ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบได้

12. ร่วมวางแผนดำเนินการและปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานกับบุคคล และหน่วยงานอื่น ได้

13. วางแผนการให้การศึกษาและอบรมฟื้นฟูทางวิชาการ และดำเนินการสอนแก่เจ้าหน้าที่และนักศึกษาทั้งภายในและภายนอกหน่วยงานได้ ตลอดจนทำคู่มือและอุปกรณ์เพื่อช่วยส่งเสริมคุณภาพการสอนและปฏิบัติงานด้านการพยาบาล

14. ทำการวิจัยศึกษาวิเคราะห์ให้มีส่วนร่วมในการทำวิจัย และรู้จักนำผลวิจัยมาใช้ประกอบการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาของ คอนเนอร์ และคณะ (Conner, et al. 1961 : 40-41) ได้จัดแบ่งกิจกรรม การพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กิจกรรมที่มีผลงาน (Productive activity) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มย่อยดังนี้

1.1 กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง (Direct patient care) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย

1.2 กิจกรรมการพยาบาลโดยอ้อม (Indirect patient care) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่เป็นการเตรียมหรือเพื่อให้การพยาบาลโดยตรงสมบูรณ์ขึ้น

1.3 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการเขียน หรือบันทึกต่าง ๆ (Paper work)

1.4 กิจกรรมที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร (Communication) ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติงานตามหน้าที่

1.5 กิจกรรมอื่น ๆ เช่น การติดตามส่งผู้ป่วยออกนอกสถานที่ การทำความสะอาดของเครื่องใช้ เป็นต้น

2. กิจกรรมที่ไม่มีผลงาน (Non-productive activity or personal time) หมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลปฏิบัติเพื่อประโยชน์ส่วนตัวโดยไม่เกี่ยวข้องกับงานในหน้าที่

แวนพุท และคณะ (Vanputte, et al. 1986 : 29) ทำการศึกษาแบ่งกลุ่มหรือประเภทของกิจกรรม การพยาบาล โดยแบ่งเวลาการพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1. เวลาการพยาบาลโดยตรง (Direct time) หมายถึง กิจกรรมที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งบุคลากรพยาบาลเป็นผู้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยและหรือครอบครัว เช่น การเช็ดตัวผู้ป่วย การป้อนอาหาร การให้ยา การทำแผล การสอน เป็นต้น

2. เวลาการพยาบาลอื่น ๆ (Other time) หมายถึง เวลาทั้งหมดที่ใช้ในการทำกิจกรรมที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่เป็นการเตรียมหรือทำให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยสมบูรณ์ขึ้น เช่น การเตรียมยา การเขียนรายงานผู้ป่วย การประชุมปรึกษาหารือทางการพยาบาล เป็นต้น

3. เวลาที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน (Unit related time) หมายถึง เวลาที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานทั้งหมด และกลุ่มผู้ป่วยในหน่วยงาน แต่ไม่ได้กระทำโดยตรงกับผู้ป่วย เช่น กิจกรรมการบริหาร การจัดอบรมคณะประจำการ

4. เวลาส่วนตัว (Personal time) หมายถึง เวลาที่ให้แกบุคลากรพยาบาลในการทำงานหรือทำธุระส่วนตัว เช่น เวลาพักรับประทานอาหาร หรือเวลาที่บุคลากรพยาบาลใช้ในการปฏิบัติธุระส่วนตัว

มยุรา กาญจนางกูร และพยอม วิริยา (2526) ได้ทำการศึกษากิจกรรมการพยาบาล และประเภทผู้ทำการพยาบาลในโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาล และประเภทผู้ปฏิบัติงาน และเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมการ

พยาบาลระหว่างหอผู้ป่วย ระหว่างระดับเจ้าหน้าที่พยาบาลและระหว่างช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงาน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 4 หมวด ได้แก่

1. การพยาบาลโดยตรงต่อผู้ป่วย ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้
 - 1.1 การเดินตรวจเยี่ยม
 - 1.2 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
 - 1.3 การให้อาหาร
 - 1.4 การวัดและตรวจอาการสำคัญ
 - 1.5 การจัดยา ให้ยา และการฉีดยา
 - 1.6 การให้การรักษาและการตรวจ
 - 1.7 การดูแลตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและการสอนสุขศึกษา
 - 1.8 การเตรียมผ้าตัด
 - 1.9 การพยาบาลหลังผ่าตัด
2. การพยาบาลประกอบการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้
 - 2.1 การเขียนรายงานผู้ป่วย
 - 2.2 งานสารบรรณ
 - 2.3 งานบริการผู้ป่วย
 - 2.4 การติดต่อแผนกอื่น ๆ
 - 2.5 การรายงานและการประชุม
 - 2.6 การเตรียมเพื่อตรวจทางห้องทดลอง
3. กิจกรรมเฉพาะตำแหน่ง ได้แก่ กิจกรรมดังต่อไปนี้
 - 3.1 การดูแลเครื่องใช้และสถานที่
 - 3.2 การนิเทศบุคลากรและนักศึกษา
 - 3.3 กิจกรรมอื่น ๆ เช่น จัดของใช้ต่าง ๆ เตรียมทำความสะอาด

นอกจากจะจัดแบ่งดังกล่าวข้างต้นแล้ว อาจแบ่งกิจกรรมการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้การพยาบาลได้เป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. กิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่บุคลากรพยาบาลเป็นผู้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย และ/หรือครอบครัว ทั้งที่เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม และเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นขณะที่มีผู้ป่วย และ/หรือครอบครัวอยู่ด้วย กิจกรรมในกลุ่มนี้ เช่น การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติการรักษาพยาบาลและการให้ยา การสังเกตและการตรวจวัดเกี่ยวกับสภาพอาการต่าง ๆ สัญญาณชีพ และเครื่องตรวจวัดอื่น ๆ การสอนและการกระตุ้นประกอบจิตใจ การเยี่ยมตรวจเพื่อติดตามผลการพยาบาล การรับย้ายจำหน่ายผู้ป่วยและการส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษาในหน่วยงานอื่น ๆ นอกหอผู้ป่วย

2. กิจกรรมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรง ซึ่งหมายถึง กิจกรรมที่บุคลากรพยาบาลไม่ได้กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วย แต่จะส่งผลสนับสนุนการให้การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปโดยสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กิจกรรมประเภทนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ

จากตัวอย่างการศึกษากิจกรรมการพยาบาล จะเห็นได้ว่า การจัดกลุ่มหรือประเภทของกิจกรรม การพยาบาลสามารถจำแนกหรือจัดประเภทได้หลายรูปแบบ ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา วิธีการศึกษา และความเหมาะสมกับลักษณะงาน หรือกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยงานที่จะทำการศึกษา

นอกจากลักษณะหน้าที่ของพยาบาล สิ่งสำคัญอีกอย่างที่จะกล่าวถึง คือ ลักษณะเวลาในการทำงานเพราะการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นงานบริการที่มีลักษณะการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และจำเป็นที่จะต้องใช้ระบบผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน โดยแบ่งเป็น 3 ผลัด ดังนี้ (สิริลักษณ์ สมพลกรัง. 2542 : 32)

1. ผลัดเช้า (Day shift) เป็นเวลาทำงานในช่วงเช้าและกลางวัน เช่น เวลา 06.00-14.00 น. 07.00-15.00 น. หรือ 08.00-16.00 น.
2. ผลัดบ่าย (Evening shift) เป็นเวลาทำงานช่วงบ่ายและเย็น เช่น เวลา 14.00-22.00 น. 15.00-23.00 น. หรือ 16.00-24.00 น.
3. ผลัดดึก (Night shift) เป็นเวลาทำงานในช่วงกลางคืน เช่น เวลา 22.00-06.00 น. 23.00-07.00 น. หรือ 24.00-08.00 น.

จากการศึกษาในผู้ปฏิบัติงานระบบผลัดร่างกายจะมีการปรับระบบของการทำงานตลอดเวลาทำให้ระบบของร่างกายเกิดความแปรปรวนได้ เช่น อุณหภูมิของร่างกาย การหลั่งฮอร์โมน (ไพทูรี สมุทรสินธุ์. 2542 : 7) และรวมถึงการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของหน้าที่สรีระต่าง ๆ หากมีการปรับตัวไม่เหมาะสมจะส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ สุขภาพครอบครัว สังคม และประสิทธิภาพการทำงาน ดังต่อไปนี้

1. ผลด้านสุขภาพ โดยทั่วไปการปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนที่มีการปฏิบัติในผลัดใด ผลัดหนึ่งเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะสามารถปรับตัวกับลักษณะการทำงานได้ ไม่มีผลเสียต่อภาวะสุขภาพ (วิฑูรย์ สิมะโชติดี และกฤษฎา ชัยกุล. 2540 : 17) แต่ในลักษณะการทำงานของพยาบาล นิยมจัดในลักษณะหมุนเวียนสลับในแต่ละช่วงอยู่ตลอดเวลา (สิริลักษณ์ สมพลกรัง. 2542 : 9) ทำให้ระบบการทำงานของร่างกายเปลี่ยนไป เกิดผลกระทบต่าง ๆ เช่น แบบแผนการนอนผิดปกติเพราะต้องเปลี่ยนเวลานอนไปเรื่อย ๆ กล่าวคือ การที่ต้องนอนในเวลากลางวันซึ่งเป็นช่วงของวงจรการตื่นและต้องทำงานในเวลากลางคืนซึ่งเป็นช่วงของวงจรการหลับ (Griffiths. 1992 : 70) จึงเกิดความผิดปกติของการนอนทำให้คุณภาพการนอนลดลง อาจนำไปสู่ภาวะอดนอนเรื้อรังได้ (นุกุล ตะบันพงศ์. 2536 : 10) จากการสำรวจในทวีปยุโรปและ

ประเทศสหรัฐอเมริกา (Monk. 1989 : 49) พบว่า คนที่ทำงานในผลัดดึกนั้นสามารถนอนได้น้อยกว่าคนทำงานช่วงเวลากลางวันประมาณ 5-7 ชั่วโมงในรอบสัปดาห์ ซึ่งได้มีการศึกษายืนยันของ วอร์ส, มัชบาส และซีเวสเตอร์ (Monk. 1989 : 50) ในกลุ่มคนที่ทำงานผลัดดึกเปรียบเทียบกับคนงานผลัดเช้า โดยให้คนทำงานผลัดดึกนอนพักหลังจากปฏิบัติงานซึ่งมีการจัดสถานที่และบรรยากาศให้เหมาะสม ป้องกันการรบกวนจากการนอน พบว่า คนที่ทำงานผลัดดึกจะนอนในช่วงกลางวันโดยเฉลี่ย 306 นาที ซึ่งน้อยกว่าการนอนของคนทำงานในช่วงกลางวันที่นอนเฉลี่ย 401 นาที ดังนั้น หากพยาบาลต้องทำงานผลัดดึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะที่มีการอดนอนอย่างเรื้อรังซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทำงานและอารมณ์

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียน จึงเกิดจากการนอนหลับที่ไม่เพียงพอ ซึ่งพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนจะมีปัญหาการนอน โดยเฉพาะความง่วงนอนที่เกิดระหว่างการทำงาน (สรยุทธ วาสิกนันทน์ และ สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. 2536: 25) จะมีอาการแสดงของการนอนไม่เพียงพอ เช่น อ่อนเพลีย การทรงตัวไม่ดี ความคล่องตัว ลดลง หงุดหงิด อารมณ์ไม่คงที่และเกิดความเครียดง่าย (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. 2542: 30) ดังนั้น การหยุดพักเพื่อให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย และมีการฟื้นตัวของระบบต่างๆ จึงมีส่วนช่วยให้ความเครียดลดลงได้ (สลิธร เทพตระการพร. 2542 : 26) แต่หากร่างกายไม่ได้พักหรือปรับตัวได้ไม่เหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินอาหาร โดยเกิดจากการรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จึงเป็นสาเหตุสำคัญของโรคกระเพาะอาหาร มีอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น ปวดท้อง เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องอืด เป็นต้น (Gordon, et al. 1986 : 46)

นอกจากนี้ กลุ่มที่ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนมักจะรับประทานอาหารที่มีกากน้อย และรับประทานอาหารที่มีอาหารพวกแป้งและน้ำตาลมาก รวมถึงไม่มีเวลาในการออกกำลังกายและเกิดความเครียดทางอารมณ์ จึงมีส่วนสนับสนุนกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและไขมันในเส้นเลือดสูง (Akerstedt & Knutsson. 2000 : 58) ผู้ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนโดยเฉพาะผลัดดึก จึงเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากถึงร้อยละ 40 (Alward. 1996 : 31) และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด รวมถึงระดับไขมันในเลือดสูงได้ (Roman, et al. 1992 : 62)

2. ผลด้านครอบครัวและสังคม จากการปฏิบัติงานที่ไม่มีเวลาพักผ่อน รวมถึงเวลาทำงานและเวลาพักผ่อนไม่สอดคล้องกันกับสภาพแวดล้อมทางสังคม ทำให้ผู้ปฏิบัติงานระบบผลัดหมุนเวียนมีโอกาสที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและสังคมน้อยลง (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์. 2542 : 32) โดยกอร์ดอนและคณะ (Gordon, et al. 1986 : 45) กล่าวว่า สตรีที่ทำงานผลัดกลางคืนหรือผลัดหมุนเวียนจะมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมต่ำกว่าสตรีที่ทำงานประจำในผลัดเช้า

ซึ่งรวมถึงการมีเวลาอยู่กับครอบครัวการสังสรรค์กับเพื่อน ที่เป็นเช่นนี้เพราะช่วงเวลาสำหรับการอยู่กับเพื่อน ครอบครัว หรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนั้นมักเป็นช่วงเวลา พักผ่อนของผู้ที่ปฏิบัติงานกลางคืน

โรซาและโคลลิแกน (Rosa & Colligan. 1997 : 78) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการทำงานระบบผลัดในกลุ่มผู้ที่ทำงานผลัดหมุนเวียนที่มีผลต่อชีวิตครอบครัวและสังคม พบว่าผู้ที่ทำงานผลัดเช้าจะมีสุขภาพจิตดี และมีระดับความพึงพอใจสูงในเรื่องของตารางการทำงาน ชีวิตครอบครัวและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยมีเวลาในการออกกำลังกาย เวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากกว่าผลัดอื่น ๆ ขณะที่ผู้ปฏิบัติงานผลัดบ่ายมีระดับความพึงพอใจต่ำในการมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อน ส่วนผู้ปฏิบัติงานผลัดดึกจะมีความพึงพอใจต่ำมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลของซินชม เจริญยุทธ, อารีย์ พฤกษ์ราช, สุนันท์ ศิวาชัย, ดวงจันทร์ ทิพย์ปรีชา, และสุกัญญา ฉัตรสุวรรณ (2534) พบว่า พยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานผลัดหมุนเวียนมีปัญหาไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นผลให้มีการสูญเสียพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพยาบาล คือ ลักษณะงานที่ขัดต่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว และซินชม สมประเสริฐ (2542) ได้กล่าวว่า การทำงานที่ต้องหมุนเวียนเป็นผลัดใน 24 ชั่วโมง และไม่ได้หยุดตรงวันหยุดตามที่ต้องการรวมถึงวันหยุดของคนทำงานปกติ ทำให้ขาดโอกาสในการปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน ๆ และการเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุจินต์ วิจิตรกาญจน์, ขวัญตา เกิดชูชื่น และสุนทรี ภาณุทัต (2537) เกี่ยวกับความคิดเห็นของพยาบาลที่ปฏิบัติงานผลัดบ่าย ผลัดดึก ในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า พยาบาลร้อยละ 55 จะมีปัญหาในเรื่องการไม่มีเวลาให้กับครอบครัว ขาดการพบปะกับเพื่อน ๆ รวมถึงไม่มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและการออกกำลังกาย

3. ผลด้านประสิทธิภาพการทำงาน ช่วงเวลาที่มีผลกระทบอย่างมากต่อประสิทธิภาพการทำงาน ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานจะต่ำสุดในช่วงเวลากลางคืน ตั้งแต่ 24.00 น. ถึง 06.00 น. อีกช่วงคือ เวลา 13.00 น. ถึง 15.00 น. โดยเฉพาะประสิทธิภาพเกี่ยวกับความระมัดระวังและประสาทสัมผัสการเคลื่อนไหว (Siebenaler & McGoven. 1991 : 45) และความผิดพลาดที่เกิดจากการทำงานจะมีมากที่สุด คือ เวลา 03.00 น. (คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการฝึกปฏิบัติงานอาชีวอนามัยเอร์กอนอมิกส์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2534 : 26) จากการศึกษาของโกลด์และคณะ (Gold, et al. 1992 : 58) เกี่ยวกับ ผลกระทบของการทำงานผลัดหมุนเวียนต่ออาการง่วงนอนและการเกิดอุบัติเหตุในพยาบาล พบว่า อาการหลับในและอุบัติเหตุพบในกลุ่มที่ทำงานผลัดหมุนเวียนและผลัดดึกมากกว่าผลัดเช้า และจากการสำรวจพยาบาลที่ปฏิบัติงานในรัฐแมสซาชูเซต ประเทศอเมริกา จำนวน 635 คน พบว่า พยาบาลที่ทำงานระบบผลัดหมุนเวียนนั้น จะมีอาการสัปหงกขณะขับรถและเกิดอุบัติเหตุหรือ

ความผิดพลาดจากการทำงานสูงเป็น 2 เท่าของพยาบาลที่ทำงานประจำผลัดเช้าหรือผลัดบ่ายที่ไม่มีการหมุนเวียนผลัด (Gold, et al. 1992 : 50)

ลักษณะงานของผู้ช่วยพยาบาล

ผู้ช่วยพยาบาล เป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ได้รับการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การป้องกันโรคและการพยาบาลพื้นฐานแก่ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปที่มาขอรับบริการ ได้อย่างมีคุณภาพ โดยสามารถให้การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถปฏิบัติกิจกรรมให้การพยาบาลระดับต้นและปฏิบัติงานที่มีความซับซ้อนบางอย่างได้โดยอยู่ภายใต้การควบคุมของพยาบาล หรือสามารถปฏิบัติงานที่มีลักษณะพิเศษโดยต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะด้านนั้น ๆ จึงนับได้ว่าผู้ช่วยพยาบาลเป็นบุคลากรทางการพยาบาลที่มีความสำคัญที่ปฏิบัติงานควบคู่กับพยาบาลตลอดเวลา

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. งานวิจัยในต่างประเทศ

โกลด์ดอน และคณะ (Gordon, et al. 1986 : 11) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานระบบหมุนเวียน พบว่า ภาวะสุขภาพจะถูกรบกวน เช่น รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา เบื่ออาหาร ท้องผูก ท้องอืด หรืออาจเกิดความผิดปกติของการนอนหรืออาจนำไปสู่ภาวะอดนอนเรื้อรัง และมีแนวโน้มจะมีคุณภาพการนอนหลับไม่ดี สูงถึงร้อยละ 77

การศึกษาของโทเมลเลอร์และกลูน์วาลด์ (Tomeller & Grune wald. 1987 : 311-315) พบว่า การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนในเพศหญิงมีผลต่อความอยากอาหารและจะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น จะพบว่า เพศหญิงจะมีความอยากอาหารและรับประทานอาหารได้มากขึ้นในช่วงที่มีประจำเดือน นอกจากนั้นในระยะตั้งครรภ์และหลังจากรักษาคลอดประจำเดือน จะมีน้ำหนักเกินได้ง่าย เนื่องจากเพศหญิงมีเซลล์ไขมันมากกว่าเพศชาย โดยธรรมชาติของเพศหญิง จึงมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ง่ายกว่าเพศชาย

คาซีและคณะ (Casey, et al. 1992 : 86) ได้ศึกษาดัชนีมวลกายของเด็กอ้วน โดยติดตามไปจนถึงวัยกลางคน คือ 50 ปี โดยมีเหตุผลในการศึกษาว่า ถึงแม้ว่าภาวะอ้วนในวัยเด็กจะเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับภาวะอ้วนในวัยผู้ใหญ่ แต่ไม่สามารถทำนายได้แน่นอน จึงได้ศึกษาโดยการติดตามการเจริญเติบโตของเด็ก 134 คนทั้งชายและหญิง ด้วยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงทุก 10 ปี และพบว่า ดัชนีมวลกายในเด็กจะเป็นตัวทำนายที่ดีของดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ชาย ยกเว้นในหญิงที่ดัชนีมวลกาย ทั้ง 2 วัย ไม่เกี่ยวข้องเลย ซึ่งผู้วิจัย อธิบายว่า อาจจะ

เนื่องจากในหญิงจะมีเนื้อเยื่อไขมันหรือ Adipose tissue มากกว่าชาย และหญิงมีแนวโน้มที่จะจำกัดอาหารมากกว่าชาย ดังนั้น ดัชนีมวลกายที่ได้จึงเป็นค่าต่ำที่ไม่จริง

นีโต เอฟ และคณะ (Neito, et al. 1992 : 5) ได้ศึกษาอำนาจในการทำนายของน้ำหนักและอัตราการเจริญเติบโตของเด็กต่ออัตราตายของผู้ใหญ่ และพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการเกินของเด็กวัยเรียนกับอัตราตายดังกล่าว และแนะนำว่า ถ้าสามารถลดการเกิดภาวะโภชนาการเกินในเด็ก จะช่วยลดอัตราตายในวัยกลางคนได้เช่นกัน

โรซา และ โคลลิแกน (Rosa & Colligan. 1997 : 3) ศึกษาพบว่า ผู้ที่ทำงานประจำในผลิตเข้าจะมีสุขภาพจิตดี และมีภาวะเครียดน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ปฏิบัติงานระบบผลิตหมุนเวียน

2. งานวิจัยในประเทศไทย

สมทรง สมควรเหตุ (2541 : ง) ได้ศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร หญิง 100 คน ชาย 100 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 53.5 ไม่ทราบความหมายของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 50.0 ภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 84.5 การไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 35.0 ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เสียความงามและบุคลิกภาพ ร้อยละ 49.0 ใช้ความสัมพันธ์ของน้ำหนักและส่วนสูงเป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 55.5

จิตอารี ศรีอาคะ (2543: ค) ได้ศึกษาการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาล จังหวัดน่าน จำนวน 331 ราย พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.23$) เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ด้านเวลา และความพร้อมทางด้านร่างกาย พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.28$ และ $r = -.11$ ตามลำดับ)

เทวี รักวานิช (2537 : 8) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บริโภคนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียนโดยศึกษาในเด็กอายุ 8-13 ปี ที่ศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนมากกว่าบริโภคบริโภคนิสัยและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยที่อายุและการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถใช้ทำนายภาวะอ้วนได้

สุภลักษณ์ บุญความดี (2541 : ง) ได้ศึกษา พบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นเพศหญิง 120 คน เพศชาย 90 คน ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 40.5 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.1 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.7 มีรายได้ส่วนตัว 3,000-6,000

บาทต่อเดือน ร้อยละ 26.7 และมีดัชนีมวลกาย 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 63.8 ระบุว่าน้ำหนักเกินมาตรฐาน หมายถึง ความรู้สึกอ้วน มีรูปร่างใหญ่ ร้อยละ 59.4 มีสาเหตุมาจากบริโภคนิสัย ร้อยละ 89.0 มีผลทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ร้อยละ 81.0 และวิธีการที่ใช้ในการลดน้ำหนัก คือ การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ร้อยละ 25.7 ในด้านพฤติกรรม พบว่าส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ร้อยละ 97.6 และ 78.1 ตามลำดับ รับประทานอาหารว่าง ร้อยละ 51.0 ดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 47.6 มีกิจกรรมการทำงานและการพักผ่อนที่ใช้แรงงานน้อย ร้อยละ 72.9 และ 84.3 ตามลำดับ ในขณะที่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 70.0 และไม่ลดน้ำหนัก ร้อยละ 68.1 ในด้านปัญหา พบว่า มีปัญหาสุขภาพทางกาย ร้อยละ 41.9

ชลิตา อุ่นกำเนิด (2535 : 106) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตของ ผู้บริหารและโภชนาการเกิน พบว่า ผู้บริหารมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 35.6 และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง คือ รับประทานอาหารนอกบ้านหลังเลิกงาน ร้อยละ 85.9 มีการรับประทานอาหารผัด ร้อยละ 99.3 อาหารทอดร้อยละ 96.0 ทานจุบจิบ ขณะดู โทรทัศน์ ร้อยละ 34.9 ดื่มกาแฟและแอลกอฮอล์ ร้อยละ 63.8 และ 41.6 ตามลำดับ

มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงษ์ (2530 : 68) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในวัยรุ่นไทย พบว่า มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมมากที่สุด ร้อยละ 94.34 รองลงมาคือ น้ำชา กาแฟ ซอคโกแลต ร้อยละ 80.7 และในกลุ่มนี้ จะพบว่า มีน้ำหนักเกินมาตรฐานถึงร้อยละ 26.80

จุฬารณ รุ่งพิสุทธิพงษ์ (2536 : 52) ได้ศึกษาคนอ้วนที่มีดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวน 70 คน โดยให้เข้าโครงการลดน้ำหนักแบบแก้ไขพฤติกรรม และบันทึกกิจกรรมทุกวันในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยคำแนะนำการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกาย ทศนคติ ความสัมพันธ์ทางสังคม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า หลังจาก 8 สัปดาห์ น้ำหนักเฉลี่ยลดลงประมาณ 4.3 ± 4 กิโลกรัม ซึ่งเป็นปริมาณไขมันสะสม เพราะไขมันสะสมใต้ผิวหนังบริเวณ triceps ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.0001$) และพบว่า ปริมาณอาหารที่บริโภคลดลงทั้งจำนวนแคลอรี คาร์โบไฮเดรต และไขมันอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่สัปดาห์ที่ 4 ($p < 0.0001$, 0.001, 0.008) ตลอดถึงสัปดาห์ที่ 8 ($p < 0.007$, 0.013 และ 0.015) กิจกรรมที่เปลี่ยนไป คือ กิจกรรมออกแรงระดับพักผ่อนลดลง แต่กิจกรรมระดับเบาเพิ่มมากขึ้น ($p < 0.0001$)

ตะวันชัย จิรประมุขพิทักษ์ (2540 : 14) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 461 คน พบว่า พยาบาลที่มีการหมุนเวียนผลัดมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดีมากกว่า พยาบาลที่ไม่มีการหมุนเวียนผลัดถึงร้อยละ 73

แสงทอง ประสุวรรณ์ (2541 : 3) ได้ศึกษา การจัดการวางการปฏิบัติงานที่ขาดความยืดหยุ่นหรือมีระยะเวลาหมุนเวียนเร็วเกินไป คือ ปฏิบัติงาน 2-3 วัน แล้วหยุดหรือมีระยะเวลาหมุนเวียนช้าเกินไป คือ มีวันหยุดติดต่อกันนาน 6-7 วันแล้วค่อยกลับมาปฏิบัติงานใหม่ สาเหตุดังกล่าวทำให้พยาบาลรู้สึกเครียด เบื่อหน่าย และเกิดความเหนื่อยล้าได้

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาแล้วนั้น จะเห็นว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานในคนทั่วไป ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของพยาบาล โดยจะใช้แนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ Case-control study ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยผู้วิจัยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 - ลักษณะของเครื่องมือ
 - ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย
 - การหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ประจำการหอผู้ป่วย โรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 1,274 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 135 คน และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีน้ำหนักมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 1,139 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ประจำการหอผู้ป่วย โรงพยาบาลรามาธิบดี แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา (Case group) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่มีน้ำหนักมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร) จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และมีวิธีดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร

(Kelsey J.L. 1996 : 327)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \bar{p}(1-\bar{p})(r+1)}{(d^*)^2 r}$$

เมื่อ	$(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$	แทน	ค่าโดยการเปิดตาราง ตามภาพประกอบ 11
n		แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{p}$		แทน	$\frac{p_1 + rp_2}{1+r}$
p_1		แทน	สัดส่วนของการมีปัจจัยเสี่ยงในกลุ่ม case
p_2		แทน	สัดส่วนของการมีปัจจัยเสี่ยงในกลุ่ม control
r		แทน	อัตราส่วนจำนวน case ต่อ control โดยกำหนดให้เท่ากับ 2
d^*		แทน	$p_1 - p_2$

Table 12-16. Values of $(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$ for Frequently Used Combinations of Significance level and Power

Significance Level (α)	Power ($1-\beta$)	$(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$
0.01	0.80	11.679
	0.90	14.879
	0.95	17.814
	0.99	24.031
0.05	0.80	7.849
	0.90	10.507
	0.95	12.995
	0.99	18.372
0.10	0.80	6.183
	0.90	8.564
	0.95	10.822
	0.99	15.770

ภาพประกอบ 7 ตาราง $(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2$

จากการศึกษานำร่อง (Pilot study) บุคลากรทางการแพทย์ประจำการโรงพยาบาล รามาธิบดีจำนวน 20 คนพบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจำนวน ร้อยละ 40 ในขณะที่ผู้ที่มีน้ำหนักมาตรฐานมีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจำนวนร้อยละ 20 โดยนำมาแทนค่าในสูตร

จากการคำนวณจะได้ค่าของกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 59 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจำนวน 100 คน และบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีน้ำหนักมาตรฐาน จำนวน 200 คน (Case:Control = 1:2)

2. วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรทางการแพทย์ประจำการหอผู้ป่วยต่างๆ โดยมีคุณสมบัติตามข้อตกลงเบื้องต้น คือ กลุ่มตัวอย่าง ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 100 คน และ กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักมาตรฐาน จำนวน 200 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ซึ่งมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบอัตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก โดยแบ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรม จำนวน 42 ข้อ และแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ จำนวน 45 ข้อ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมจำนวน 39 ข้อ และแบบสอบถามด้านการรับรู้จำนวน 32 ข้อ
5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน พิจารณา และตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม โดยเกณฑ์การตรวจสอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย ได้แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมจำนวน 34 ข้อ และแบบสอบถามด้านการรับรู้จำนวน 33 ข้อ
6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 30 คน(ไม่จำกัดค่า BMI)
7. นำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น ได้แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมจำนวน 29 ข้อ และแบบสอบถามด้านการรับรู้จำนวน 32 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย

1. แบบสอบถามวัดปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน การตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความ ทางบวก (คะแนน)	ข้อความ ทางลบ (คะแนน)
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลผล ค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์.2538 : 9)

ค่าเฉลี่ย	1.34 – 2.00	หมายถึง	มีพฤติกรรมระดับดี
ค่าเฉลี่ย	0.67 – 1.33	หมายถึง	มีพฤติกรรมระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ย	0.00 – 0.66	หมายถึง	มีพฤติกรรมระดับต้องปรับปรุง

2. แบบสอบถามวัดการรับรู้ ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ในด้านการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน มาตรฐาน การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก โดยมีข้อความด้านบวกและข้อความด้านลบ ซึ่งคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนนโดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อด้าน การรับรู้ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ของ บุคลากรทางการแพทย์บาลดังนี้

	ข้อความ ทางบวก (คะแนน)	ข้อความ ทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	1	3

เกณฑ์การให้คะแนน การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

	ข้อความ ทางบวก (คะแนน)	ข้อความ ทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วย	1	3
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	3	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ประเมินผลดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 :9)

ค่าเฉลี่ย	1.00 – 1.66	หมายถึง	มีการรับรู้ระดับต่ำ
ค่าเฉลี่ย	1.67 – 2.33	หมายถึง	มีการรับรู้ระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.34 – 3.00	หมายถึง	มีการรับรู้ระดับสูง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาเป็นรายข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้	+1
ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้	0
ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหา	-1

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความสอดคล้องโดยใช้สูตร IC ได้ข้อคำถามที่มีค่าเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยคัดข้อคำถามนั้นออก

2. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้ (Tryout) กับบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลศิริราชซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน (ไม่จำกัดค่า BMI) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือตามลำดับดังนี้

2.1 แบบสอบถามปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สฤณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116-117) จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ข้อคำถามปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค จำนวน 13 ข้อ ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.09-0.58 โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.2 ไปปรับปรุงและเสนอกรรมการควบคุมปริญญาโทก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง จำนวน 1 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.09 โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7743 ข้อคำถามปัจจัยด้านการออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.43-0.67 โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8624 และ ข้อคำถามปัจจัยด้านการผ่อนคลายความเครียด จำนวน 7 ข้อ ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.01-0.65 โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.2 ไปปรับปรุงและเสนอกรรมการควบคุมปริญญาโทก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง จำนวน 2 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.01 และ 0.11 โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.5819

2.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก นำมาวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน

รายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) (สุณี รักษาเกียรติ คักดี. 2539 : 116-117) จากนั้นนำข้อคำถามที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 5 ข้อ ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.07-0.44 โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.2 ไปปรับปรุงและเสนอกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง จำนวน 1 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.07 โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.5503 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 10 ข้อ ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนก ตั้งแต่ 0.14-0.65 โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.2 ไปปรับปรุงและเสนอกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง จำนวน 1 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.14 โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.7068 และ ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักจำนวน 17 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.18-0.64 โดยผู้วิจัยนำข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า 0.2 ไปปรับปรุงและเสนอกรรมการควบคุมปริญญาานิพนธ์ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง จำนวน 1 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.18 โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.8420

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาริบัติเพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลโรงพยาบาลรามาริบัติ โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
3. เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและการทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม คัดเอาฉบับที่สมบูรณ์ไว้

2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณหาค่าสถิติ โดย
 - 3.1 นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว มาแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละตามตัวแปร
 - 3.2 หาความสัมพันธ์ของตัวแปรตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ค่า Odds ratio ช่วงความเชื่อมั่น (95% confidence interval) และ Multiple logistic regression

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารศึกษาวิจัยใช้สถิติ ดังต่อไปนี้

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
 - 1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

- 1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและวิเคราะห์เชิงปริมาณหรือตัวเลข โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ที่ต้องการ
	$\sum R$	แทน	ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
	n	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถามด้าน พฤติกรรมสุขภาพ และ ด้านการรับรู้ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ	r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ
	$\sum x$	แทน	ผลรวมรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y
 n แทน จำนวนคนของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามด้านพฤติกรรมสุขภาพและด้านการรับรู้โดยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
 n แทน จำนวนข้อ
 s_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนในแต่ละข้อ
 s_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) เป็นการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยใช้สูตรทั่วไป (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 219)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}, \quad df = (r-1)(c-1)$$

เมื่อ χ^2 แทน ค่า chi-square
 O_{ij} แทน จำนวนความถี่ที่อยู่ในเซลล์ ij
 E_{ij} แทน ค่า expected frequencies ที่คำนวณได้จาก $\frac{R_i C_j}{n}$
 n แทน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด
 R_i แทน ผลรวมของ row นั้น
 C_j แทน ผลรวมของ column นั้น

3.2 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Correction χ^2 (Yate's correction) correction χ^2 เป็นค่าสถิติทดสอบที่มีการปรับความต่อเนื่องสำหรับตาราง 2 x 2 ใช้เมื่อต้องการปรับข้อมูลให้มีความต่อเนื่องดังสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 235)

$$\chi^2 = \frac{n(|ad - bc| - n/2)^2}{R_1 R_2 C_1 C_2}, \quad df = 1$$

ตาราง 8 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Yate's correction

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		รวม
	1	2	
1	a	b	R ₁
2	c	d	R ₂
รวม	C ₁	C ₂	n

3.3 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร เมื่อ Expected frequency (E_{ij}) มีค่าต่ำกว่า 5 ในกรณีตาราง 2x2 โดยที่ตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรที่เป็น Dichotomus (วีรพันธ์ พงศาภักดี. 2544 : 36)

$$P = \frac{R_1! R_2! C_1! C_2!}{n! a! b! c! d!}$$

ตาราง 9 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Fisher's exact test

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		รวม
	1	2	
X ₁	a	b	R ₁
X ₂	c	d	R ₂
รวม	C ₁	C ₂	n

3.4 การคำนวณหาค่า Odds Ratio (OR) ได้จากสูตร (กัลยา วาณิชยปัญญา. 2543 : 354)

$$\text{Odds Ratio} = \frac{AD}{BC}$$

ตาราง 10 แสดงการคำนวณ Odds Ratio

โรค	ปัจจัย		รวม
	1	2	
กลุ่มศึกษา	A	B	A+B
กลุ่มควบคุม	C	D	C+D
รวม	A+C	B+D	n

3.5 การคำนวณช่วงความเชื่อมั่นของ Odds Ratio (95% confidence interval of OR) สูตรที่คำนวณคือ (กัลยา วาณิชยปัญญา. 2543 : 357)

$$95\% \text{ confidence interval of OR} = \text{OR} \times \exp \left(\pm 1.96 \sqrt{\frac{1}{A} + \frac{1}{B} + \frac{1}{C} + \frac{1}{D}} \right)$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในแปลความหมายผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆแทนความหมายดังต่อไปนี้

n	แทน	กลุ่มตัวอย่าง
χ^2	แทน	ค่า chi- square
OR	แทน	ค่า Odds Ratio
95%CI of OR	แทน	ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ของ Odds Ratio
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
p	แทน	ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Probability) ที่เกิดจาก

ความคลาด

เคลื่อน แบบ 1 (Type I error) ในการปฏิเสธสมมติฐานเป็นกลาง (H_0) จากการทดสอบค่าไค-สแควร์ (chi-square)

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดำเนินการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัว มีบุคคลที่นำหนักเกินมาตรฐาน ข้อมูลด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ข้อมูลด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะนำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะนำหนักเกินมาตรฐาน และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมนำหนัก ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ของข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัว มีบุคคลที่นำหนักเกินมาตรฐาน ข้อมูลด้านพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด ข้อมูลด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะนำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจาก

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก กับ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการแจกแจงความถี่ การทดสอบค่าความสัมพันธ์ χ^2 และ ค่า95%CI of OR แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ของ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส และ การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน กับ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยการแจกแจงความถี่ การทดสอบค่าความสัมพันธ์ Multiple Logistic Regression

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคคลที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน ข้อมูลด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ข้อมูลด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักของ บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคคลที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน ปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

ตัวแปร	น้ำหนักเกินมาตรฐาน		น้ำหนักมาตรฐาน		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
1. อายุ						
ต่ำกว่า 30 ปี	29	29.00	125	62.50	154	51.34
30-39 ปี	37	37.00	53	26.50	90	30.00
40-49 ปี	20	20.00	11	5.50	31	10.33
50 ปีขึ้นไป	14	14.00	11	5.50	25	8.33
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	น้ำหนักเกินมาตรฐาน		น้ำหนักมาตรฐาน		รวม	
	ก	ร้อยละ	ก	ร้อยละ	ก	ร้อยละ
2. รายได้						
ต่ำกว่า 10,001 บาท	17	17.00	74	37.00	91	30.34
10,001-15,000 บาท	44	44.00	85	42.50	129	43.00
15,001-20,000 บาท	24	24.00	28	14.00	52	17.33
มากกว่า 20,000 บาท	15	15.00	13	6.50	28	9.33
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
3. สถานภาพสมรส						
โสด ม่าย หย่าร้าง	59	59.00	170	85.00	229	76.33
แยกกันอยู่						
คู่	41	41.00	30	15.00	71	23.67
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
4. ประวัติครอบครัวมีบุคคล						
ที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน						
ไม่มี	40	40.00	107	53.50	147	49.00
มี 1 คน	38	38.00	62	31.00	100	33.33
มี 2 คน	14	14.00	22	11.00	36	12.00
มี 3 คน	8	8.00	9	4.50	17	5.67
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
5 .พฤติกรรมด้านการบริโภค						
ต้องปรับปรุง	13	13.00	21	10.50	34	11.33
ระดับพอใช้	82	82.00	172	86.00	254	84.67
ระดับดี	5	5.00	7	3.50	12	4.00
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	น้ำหนักเกินมาตรฐาน		น้ำหนักมาตรฐาน		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
6. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย						
ต้องปรับปรุง	45	45.00	78	39.00	123	41.00
ระดับพอใช้	47	47.00	90	45.00	137	45.67
ระดับดี	8	8.00	32	16.00	40	13.33
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
7. พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด						
ต้องปรับปรุง-พอใช้	65	65.00	112	56.00	177	59.00
ระดับดี	35	35.00	88	44.00	123	41.00
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.88
8. กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด						
อ่านหนังสือ	24	24.00	33	16.50	57	19.00
ทำงานอดิเรก	4	4.00	4	2.00	8	2.67
ฟังเพลง	12	12.00	50	25.00	62	20.67
ดูโทรทัศน์	43	43.00	90	45.00	133	44.33
ดูภาพยนตร์	3	3.00	3	1.50	6	2.00
ปลูกต้นไม้	5	5.00	2	1.00	7	2.33
เลี้ยงสัตว์	5	5.00	2	1.00	7	2.33
เป็นสมาชิกชมรมต่างๆ	1	1.00	0	0.00	1	0.33
อื่นๆ	3	3.00	16	8.00	19	6.34
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

ตาราง 11 (ต่อ)

ตัวแปร	น้ำหนักเกินมาตรฐาน		น้ำหนักมาตรฐาน		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
9. การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน						
ระดับต่ำ	72	72.00	58	29.00	130	43.34
ระดับปานกลาง	20	20.00	71	35.50	91	30.33
ระดับสูง	8	8.00	71	35.50	79	26.33
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
10. การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน						
ระดับต่ำ	18	8.00	40	20.00	58	19.33
ระดับปานกลาง-สูง	82	82.00	160	80.00	242	80.67
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
11. การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก						
ระดับต่ำ	24	24.00	43	21.50	67	22.33
ระดับปานกลาง	49	49.00	97	48.50	146	48.67
ระดับสูง	27	27.00	60	30.00	87	29.00
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

จากตาราง 11 แสดงว่า บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานจำนวน 100 คน และกลุ่มที่มีน้ำหนักมาตรฐาน จำนวน 200 คน

อายุ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.34 รองลงมา มีอายุ 30-39 ปี อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 10.33 ตามลำดับ อายุ 50 ปี ขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.33

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐานพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.00 รองลงมา มีอายุ ต่ำกว่า 30 ปี อายุ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.00 และ 20.00 ตามลำดับ จำนวนน้อยที่สุด อายุ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.00

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า บุคลากรมีอายุต่ำกว่า 30 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.50 รองลงมา มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.50 น้อยที่สุด อายุ 40-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5.50

รายได้ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.00 รองลงมา มีรายได้ ต่ำกว่า 10,001 บาท 15,001-12,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.34 และ 17.33 ตามลำดับ จำนวนน้อยที่สุดมีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 9.33

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44.00 รองลงมา มีรายได้ ต่ำกว่า 10,001 บาท 15,001-12,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 24.00 และ 17.00 ตามลำดับ จำนวนน้อยที่สุดมีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 15.00

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมา มีรายได้ ต่ำกว่า 10,001 บาท 15,001-12,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.00 และ 14.00 ตามลำดับ จำนวนน้อยที่สุดมีรายได้ มากกว่า 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 6.50

สถานภาพสมรส พบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 76.33 รองลงมา มีสถานภาพสมรส คู่คิดเป็นร้อยละ 23.67

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 59.00 รองลงมา มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 41.00

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสโสด ม่าย หย่าร้างและแยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 85.00 รองลงมา มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 15.00

ประวัติครอบครัวมีบุคคลที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ส่วนใหญ่ ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 49.00 รองลงมา มีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 1 คิดเป็นร้อยละ 37.33 และ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 ตามลำดับ บุคลากรมีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 3 คน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.67

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 40.00 รองลงมา มีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 และจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 14.00 ตามลำดับ บุคลากรมีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 3 คน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.00

ในกลุ่มน้ำหนักมาตรฐาน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 53.50 รองลงมามีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 31.00 และจำนวน 2 คนคิดเป็นร้อยละ 11.00 ตามลำดับ บุคลากรมีบุคคลในครอบครัวที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน 3 คน มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.50

พฤติกรรมด้านการบริโภค พบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการบริโภคในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 84.67 รองลงมา อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 11.33 และจำนวนน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 4.00

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการบริโภคในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 82.00 รองลงมา อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 13.00 และจำนวนน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 5.00

ในกลุ่มน้ำหนักมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการบริโภคในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 86.00 รองลงมา อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 10.50 และจำนวนน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 3.50

พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.67 รองลงมา อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 41.00 และจำนวนน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 13.33

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 47.00 รองลงมา อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 45.00 และจำนวนน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 8.00

ในกลุ่มน้ำหนักมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมา อยู่ในระดับต้องปรับปรุง คิดเป็นร้อยละ 39.00 และจำนวนน้อยที่สุดอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 16.00

พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด พบว่าบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาริบัติ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดในระดับ ต้องปรับปรุง-พอใช้คิดเป็นร้อยละ 59.00 รองลงมาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 41.00

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดในระดับ ต้องปรับปรุง-พอใช้คิดเป็นร้อยละ 65.00 รองลงมาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 35.00

ในกลุ่มน้ำหนักมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียดในระดับ ต้องปรับปรุง-พอใช้คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมาอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 44.00

กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลรามารัตติ มีกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดูโทรทัศน์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 44.33 รองลงมา ได้แก่ การฟังเพลง อ่านหนังสือ กิจกรรมอื่นๆ ทำงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 20.67 19.00 6.33 และ 2.67 ตามลำดับ รองลงมาเป็นกิจกรรมปลูกต้นไม้และเลี้ยงสัตว์ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 2.33 รองลงมาเป็นกิจกรรมดูภาพยนตร์ คิดเป็นร้อยละ 2.00 และจำนวนน้อยที่สุดเป็นสมาชิกกิจกรรมชมรมต่างๆคิดเป็นร้อยละ 0.34

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มี กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดูโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 43.00รองลงมาได้แก่ อ่านหนังสือ ฟังเพลง คิดเป็นร้อยละ 24.00 และ 12.00 รองลงมาเป็นกิจกรรม ปลูกต้นไม้และเลี้ยงสัตว์ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 5.00 รองลงมาเป็นกิจกรรมทำงานอดิเรก คิดเป็นร้อยละ 4.00 รองลงมาเป็นกิจกรรม ดูภาพยนตร์และอื่นๆ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 3.00 และจำนวนน้อยที่สุดเป็นกิจกรรมชมรมต่างๆ คิดเป็นร้อยละ 1.00

ในกลุ่มน้ำหนักมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มี กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียด ดูโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 45.00 รองลงมาได้แก่ ฟังเพลง อ่านหนังสือ กิจกรรมอื่นๆ ทำงานอดิเรกและดูภาพยนตร์ คิดเป็นร้อยละ 25.00 16.50 8.00 2.00 และ 1.50 ตามลำดับ และกิจกรรมที่มีจำนวนน้อยที่สุด ได้แก่ ปลูกต้นไม้และเลี้ยงสัตว์ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 1.00

การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลรามารัตติส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 43.34 รองลงมามีการรับรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.33 และการรับรู้ระดับสูง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.33

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมามีการรับรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.00 และการรับรู้ระดับสูง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.00

ในกลุ่มน้ำหนักมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับปานกลางและสูง เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 35.50 รองลงมามีการรับรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 29.00

การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลโรงพยาบาลรามารัตติส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับปานกลาง-สูง คิดเป็นร้อยละ 80.67 รองลงมามีการรับรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 19.33

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในระดับปานกลาง-สูง คิดเป็นร้อยละ 82.00 รองลงมามีการรับรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 18.00

ในกลุ่มน้ำหนัมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในระดับปานกลาง-สูง คิดเป็นร้อยละ 80.00 รองลงมามีการรับรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 20.00

การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลรามาธิบดีส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.67 รองลงมามีการรับรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 29.00 และมีการรับรู้ในระดับต่ำจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.33

ในกลุ่มน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.00 รองลงมามีการรับรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 27.00 และมีการรับรู้ในระดับต่ำจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.00

ในกลุ่มน้ำหนัมาตรฐาน พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.50 รองลงมามีการรับรู้ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และมีการรับรู้ในระดับต่ำจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.50

ตอนที่ 2 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคคลที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัว มีบุคคลที่นำหนักเกินมาตรฐาน การบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียดการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก ของ บุคลากรทางการพยาบาลโรงพยาบาลรามารัตนบุรี

ตัวแปร	น้ำหนักเกิน มาตรฐาน n	น้ำหนัก มาตรฐาน n	OR	95%CI of OR	χ^2	p
1. อายุ					36.63*	0.000
ต่ำกว่า 30 ปี	29	125	1			
30-39 ปี	37	53	3.01*	1.68 - 5.38		
40-49 ปี	20	11	7.84*	3.38 - 18.14		
50 ปีขึ้นไป	14	11	5.49*	2.26 - 13.31		
รวม	100	200				
2. รายได้					17.83*	0.000
ต่ำกว่า 10,001 บาท	17	74	1			
10,001-15,000 บาท	44	85	2.25*	1.18 - 4.27		
15,001-20,000 บาท	24	28	3.37*	1.74 - .96		
มากกว่า 20,000 บาท	15	13	5.02*	2.02 - 12.48		
รวม	100	200				
3 สถานภาพสมรส					24.94*	0.000
โสด ม้าย หย่าร้าง						
แยกกันอยู่	59	170	1			
คู่	41	30	3.94*	2.25 - 6.86		
รวม	100	200				

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	น้ำหนักเกิน มาตรฐาน n	น้ำหนัก มาตรฐาน n	OR	95% CI of OR	χ^2	p
4. ประวัติครอบครัวมี บุคคลที่น้ำหนักเกิน มาตรฐาน					5.40	0.14
ไม่มี	40	107	1			
มี 1 คน	38	62	1.64	0.95 - 2.82		
มี 2 คน	14	22	1.70	0.79 - 3.64		
มี 3 คน	8	9	2.37	0.85 - 6.58		
รวม	100	200				
5. พฤติกรรมด้านกา บริโภค					1.22	0.54
ต้องปรับปรุง	13	21	0.74	0.19 - 2.93		
ระดับพอใช้	82	172	0.57	0.17 - 1.93		
ระดับดี	5	7	1			
รวม	100	200				
6. พฤติกรรมด้านการ ออกกำลังกาย					3.84	0.15
ต้องปรับปรุง	45	78	2.31	0.98 - 5.44		
ระดับพอใช้	47	90	2.09	0.89 - 4.89		
ระดับดี	8	32	1			
รวม	100	200				
7. พฤติกรรมด้านการ ผ่อนคลายความเครียด					2.23	0.1
ต้องปรับปรุง-พอใช้	65	112	1.46	0.88 - 2.39		
ระดับดี	35	88	1			
รวม	100	200				

ตาราง 12 (ต่อ)

ตัวแปร	น้ำหนักเกิน มาตรฐาน	น้ำหนัก มาตรฐาน	OR	95% CI of OR	χ^2	p
	n	n				
8. การรับรู้ภาวะน้ำหนัก เกินมาตรฐาน					52.87*	0.000
ระดับต่ำ	72	58	11.02*	4.90 -24.73		
ระดับปานกลาง	20	71	2.50*	1.03 - 6.05		
ระดับสูง	8	71	1			
รวม	100	200				
9. การรับรู้ปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากภาวะน้ำหนัก เกินมาตรฐาน					0.17	0.68
ระดับต่ำ	18	40	0.88	0.47 - 1.62		
ระดับปานกลาง-สูง	82	160	1			
รวม	100	200				
10. การรับรู้อุปสรรคใน การควบคุมน้ำหนัก					0.39	0.82
ระดับต่ำ	24	43	1			
ระดับปานกลาง	49	97	1.24	0.63 - 2.43		
ระดับสูง	27	60	1.12	0.63 - 1.98		
รวม	100	200				

จากตาราง 12 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากร
ทางการพยาบาล โรงพยาบาลรามารับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า
บุคลากรที่มี อายุ 30-39 ปี 40-49 ปี และอายุ 50 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนัก
เกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีอายุ ต่ำกว่า 30 ปี เท่ากับ 3.01 7.84 และ 5.49 เท่า ตาม
ลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95%CI(OR) = 1.68-5.38 3.38-18.14 2.26-
13.31 ตามลำดับ)

รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า บุคลากรที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท 15,001-20,000 บาท และ รายได้มากกว่า 20,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีรายได้ ต่ำกว่า 10,001 บาท เท่ากับ 2.25 3.73 และ 5.02 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95%CI(OR) = 1.18-4.27 1.74-7.96 2.02-12.48 ตามลำดับ)

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรส คู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยกกันอยู่ 3.94 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95%CI(OR) = 2.25-6.86)

การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ระดับต่ำและปานกลางมีโอกาเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ระดับสูงเท่ากับ 11.02 และ 2.50 เท่า ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95%CI(OR) = 4.90-24.73 1.03-6.05 ตามลำดับ)

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ประวัติครอบครัวมีบุคคลที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน พฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตอนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปร อายุ รายได้ สถานภาพสมรส และการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยใช้ Multiple logistic regression ดังตาราง 13

ตาราง 13 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปร อายุ รายได้ สถานภาพสมรสและการรับรู้ ภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลโรงพยาบาลรามาธิบดี โดยใช้ Multiple logistic regression

ปัจจัยที่ศึกษา	Adjusted OR	95%CI
1. อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	1	
30-39 ปี	1.94	0.99 - 3.79
40-49 ปี	3.19*	1.05 - 9.74
50 ปีขึ้นไป	1.55	0.75 - 8.65
2. รายได้		
ต่ำกว่า 10,001 บาท	1	
10,001-15,000 บาท	1.63	0.77 - 3.41
15,001-20,000 บาท	1.49	0.56 - 3.98
มากกว่า 20,000 บาท	1.67	0.47 - 6.00
3. สถานภาพสมรส		
โสด ม่าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	1	
คู่	2.63*	1.34 - 5.16
4. การรับรู้ภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน		
ระดับสูง	1	
ระดับปานกลาง	1.79	0.70 - 4.56
ระดับต่ำ	8.03*	3.46 -18.61

จากตาราง 13 แสดงว่า ภายหลังจากควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆแล้วพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า อายุ 40-49 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานมากกว่า อายุต่ำกว่า 30 ปี 3.19 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95%CI(OR) = 1.05-9.74)

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า บุคลากรที่มี

สถานภาพสมรส คู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีสถาน-ภาพสมรส โสด ม่าย หย่า แยกกันอยู่ 2.63 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95%CI(OR) = 1.34-5.16)

การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานระดับต่ำมีโอกาเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ระดับสูง 8.03 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (95%CI(OR) = 3.46-18.61)

ภายหลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส และ การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานแล้วพบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดี

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์
พยาบาล โรงพยาบาลรามารับดี

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
2. รายได้ มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
3. สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
4. ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
5. การบริโภค มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
6. การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
7. การผ่อนคลายความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
8. การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
9. การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล
10. การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ประจำการหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 1,274 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 135 คน บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่มีน้ำหนักมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมากกว่าระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 1,139 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ประจำการหอผู้ป่วยโรงพยาบาลรามาริบัติ แบ่งเป็น กลุ่มศึกษา(Case group) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุม(Control group) ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่มีน้ำหนักมาตรฐาน (ดัชนีมวลกายมากกว่าระหว่าง 18.50-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีแบบเจาะจง (Purposive sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Kelsey J.L.

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติครอบครัวมีบุคลากรน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การบริโภค จำนวน 13 ข้อ การออกกำลังกาย จำนวน 8 ข้อ การผ่อนคลายความเครียด จำนวน 8 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบ อัตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 5 ข้อ การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก จำนวน 17 ข้อ โดยแบ่งลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และการทดสอบสมมติฐานยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามคัดเลือกรูปแบบที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณค่าสถิติโดย
 - 3.1 นำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ตามตัวแปร
 - 3.2 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านการรับรู้ กับการเกิดภาวะน้ำหนักรุนเกินมาตรฐาน โดยใช้การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) Odds Ratio
 - 3.3 หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย อายุ รายได้ สถานภาพสมรส และการรับรู้ภาวะน้ำหนักรุนเกินมาตรฐานกับภาวะน้ำหนักรุนเกินมาตรฐานโดยใช้การทดสอบ Logistic regression

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า
 - 1.1 บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน จำนวน 100 คน มีน้ำหนักมาตรฐาน 200 คน คิดเป็นอัตราส่วน 1:2 ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.34 มีรายได้ 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 43.00 มีสถานภาพ โสด มีคู่ครอง แยกกันอยู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.33 และ ไม่มีประวัติครอบครัวมีบุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.00
 - 1.2 ปัจจัยด้านพฤติกรรม พบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมการบริโภคในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 84.67 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 45.67 มีพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดในระดับต้องปรับปรุง-พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 59.00 และกิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด คือ ดูโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 44.33
 - 1.3 ปัจจัยด้านการรับรู้ พบว่า การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 43.33 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ปานกลาง-สูง คิดเป็นร้อยละ 80.67 และการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 48.67

2. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน พบว่า

2.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า บุคลากรที่มีอายุ 30-39 ปี 40-49 ปี และอายุ 50 ปี ขึ้นไปมีโอกาเสี่ยง ต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี 3.01 , 7.84 และ 5.49 เท่า ตามลำดับ

2.2 รายได้ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย พบว่า บุคลากรที่มีรายได้ 10,001-15,000 , 15,001-12,000 บาท และรายได้ มากกว่า 20,000 บาท มีโอกาเสี่ยง ต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีรายได้ ต่ำกว่า 10,001 บาท 2.25 , 3.37 และ 5.02 เท่า ตามลำดับ

2.3 สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรส คู่ มีโอกาเสี่ยง ต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ 3.94 เท่า

2.4 ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

2.5 การบริโภค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

2.6 การออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

2.7 การผ่อนคลายความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

2.8 การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย พบว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานระดับต่ำ และระดับปานกลาง มีโอกาเสี่ยง ต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานระดับสูง 11.02 และ 2.50 เท่าตามลำดับ

2.9 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

2.10 การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี อภิปรายผลได้ดังนี้

1. จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษา พบว่า อายุของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มีอายุ 30-39 ปี ,40-49 ปี และอายุ 50ปี ขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี 3.01 , 7.84 และ 5.49 เท่าตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลอายุมากขึ้นจะเริ่มมีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพ (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538 : 52) ทำให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกายรวมทั้ง อัตราการเผาผลาญพลังงานของร่างกายจะลดลงประมาณ ร้อยละ 5 ทุกๆ 10 ปี นับจาก 20-25 ปี (ประณีต หงสประภาศ . 2539 : 134) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ บุญความดี (2541 : ง) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพฯ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 40.50

2. จำแนกตามรายได้

ผลการศึกษา พบว่า รายได้ของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่ารายได้ มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่มี รายได้ 10,001-15,000 บาท , 15,001-20,000 บาท และ รายได้ มากกว่า20,000 บาท มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,001 บาท 2.25 ,373 และ 5.02 เท่าตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคลากรมีฐานะทางเศรษฐกิจดีอาจจะรับประทานอาหารมากเกินไป โดยเฉพาะอาหารที่ให้พลังงานมากจึงทำให้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับ สุภาพรณ์ เชิดชัยภูมิ (2542 : 71) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่1-6 จ.จันทบุรี พบว่า กลุ่มภาวะอ้วนมีรายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ ร้อยละ 34.94 มากกว่า 14,000 บาทต่อเดือน เมื่อทดสอบความสำคัญทางสถิติพบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) และสอดคล้องกับ ศิริพร หาซุน (2536 : 80) ซึ่งพบว่าฐานะทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินชีวิตของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกันออกไป เด็กที่มาจากครอบครัวที่มีรายได้น้อยมักขาดสาร

อาหารหรือได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำและสอดคล้องกับ ดุษฎี สุทธิปริยาศรี (2532 :18) ที่พบว่าคนที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในประเทศไทย คือคนที่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดีและอาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งเป็นผู้มีโอกาสนและอำนาจในการซื้อบริการต่างๆตามความพอใจ

3. จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษา พบว่า สถานภาพสมรส ของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาล รามาธิบดีมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า บุคลากรที่มีสถานภาพสมรสคู่มีโอกาเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่าบุคลากรที่มีสถานภาพสมรส โสด ม่าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ 3.94 เท่า เนื่องจากการมีครอบครัว ทำให้มีการปรุงอาหารที่ชอบ รับประทานร่วมกัน รวมถึงการมีเพื่อนรับประทานอาหารทำให้รับประทานอาหารได้มาก จนเกินความต้องการของร่างกายและบุคลากรบางส่วนที่อาจจะผ่านการคลอดบุตรมาแล้วจึงทำให้น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นยังไม่ลดลง ส่วนในกลุ่มที่โสด ม่าย หย่าร้าง แยกทาง มักจะมัดระวังเอาใจใส่กับรูปร่างตัวเองเพราะคิดว่ารูปร่างเป็นส่วนสำคัญในการที่จะมีคู่ครองประกอบกับการมีชีวิตที่อิสระและรับประทานอาหารไม่เป็นเวลาจึงทำให้รับประทานอาหารได้ไม่มาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวัชร ศตินิก (2541 : 86) โดยศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่เข้าโปรแกรมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 63.33 และสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 36.67

4. จำแนกตาม ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดีไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา นี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนายแพทย์ จอร์จ แบล็คเบอร์น (อ้างอิงจาก ดำรง กิจกุล. 2538 : 52) ที่พบว่า กรรมพันธุ์มีอิทธิพลที่ทำให้อ้วนเพียงร้อยละ 10.00 แต่อิทธิพลมาจากปัจจัยอื่นที่อยู่ในอำนาจที่จะควบคุมได้ถึงร้อยละ 65.00 และจากการเก็บข้อมูลพบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 49 จึงสนับสนุนให้ ปัจจัยประวัติครอบครัวมีบุคคลน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดีไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล (2540 : 105) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรมกับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถม 5-6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพฯ พบว่า ภาวะอ้วนในบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับ ศุภลักษณ์ บุญความดี (2541 : 78) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73.80 มีประวัติญาติสายตรง มีน้ำหนักเกินมาตรฐานโดยมีประวัติมารดามีน้ำหนักเกินมากที่สุด ร้อยละ 41.33 มีประวัติบิดามีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 14.20 และมีประวัติทั้งมารดา และบิดามีน้ำหนักเกิน ร้อยละ 12.90

5. จำแนกตามพฤติกรรมการบริโภค

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดีไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า การบริโภค มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ทั้งนี้ เนื่องจาก ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะอ้วนไม่ได้เกิดจากการบริโภคในปริมาณมากเสมอไปพลังงานที่ได้จากอาหารในคนอ้วนและคนน้ำหนักปกติอาจไม่แตกต่างกัน แต่ความแตกต่างอยู่ที่คนอ้วนมีการสะสมของพลังงานส่วนเกินที่เกิดจากพลังงานที่ร่างกายใช้ออกไปไม่หมดหรือใช้น้อยกว่าพลังงานที่ได้รับร่วมกับกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รวมถึงอัตราการเผาผลาญของพลังงานร่างกายน้อยกว่าคนน้ำหนักปกติจึงเก็บพลังงานส่วนเกินไว้ในรูปของเซลล์ไขมันแล้วนำไปสู่ภาวะโภชนาการเกินและอ้วนได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล (2540 : 107) ได้ ศึกษา พบว่า บริโภคนิสัยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ เทวี รักวานิช (2536 : 66) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริโภคนิสัยกับภาวะอ้วนในเด็กนักเรียนในนักเรียนชั้นประถมในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ เช่นเดียวกับ ยุพิน ดรีรส (2529 : 102) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพฯ พบว่า บริโภคนิสัย ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน แต่ไม่สอดคล้องกับ สมทรง สมควรเกตุ (2541 : ๖) ได้ศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพฯ พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 84.50 และไม่สอดคล้องกับ ศุภลักษณ์ บุญความดี (2541 : ๖) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพฯ พบว่า ร้อยละ 89.00 มีสาเหตุมาจากบริโภคนิสัย

6. จำแนกตามพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ผลการศึกษา พบว่า การออกกำลังกายของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดีไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การศึกษาครั้งนี้ แสดงว่า บุคลากรทางการแพทย์จะออกกำลังกายหรือไม่ ก็ไม่เกี่ยวข้องกับภาวะการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นไปได้ว่า อาชีพพยาบาลเป็นอาชีพที่ต้องมีกิจกรรมระหว่างการทำงานต้องเคลื่อนไหวร่างกายเกือบทุกส่วนอยู่แทบจะตลอดเวลา จึงอาจจะจัดได้ว่าเป็นการออกกำลังกายแบบไม่มีแบบแผน ซึ่ง เพนเดอร์ (Pender 1987 : 337) กล่าวว่า การเพิ่มกิจกรรมทางร่างกายแม้เพียงเล็กน้อย เช่นการขึ้นบันไดแทนลิฟท์ การเดินแทนการนั่งรถจะช่วยควบคุมน้ำหนักได้ จึงเป็นไปได้ว่าด้วยภาระหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ เช่นนี้ จึงทำให้พฤติกรรมออกกำลังกายอยู่ในระดับต้องปรับปรุงซึ่งเมื่อนำมาหาความสัมพันธ์ กับ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานแล้ว จึงพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตามเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากทำงานไม่เป็นเวลา และเหน็ดเหนื่อยจากการทำงาน ร้อยละ 61.67 นอกจากนี้มีความจำกัดของการไม่มีสถานที่ออกกำลังกายรวมถึงไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับ จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ อรชร ณ ระนอง (2535 : 42) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพฯ พบว่า ประชาชนในกรุงเทพฯมีการออกกำลังกายเพียง ร้อยละ 20.67 เนื่องจากไม่มีเวลา ต้องทำงานทุกวัน และไม่มีสถานที่ในการออกกำลังกาย

7. จำแนกตามพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า การผ่อนคลายความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาริบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งไม่สอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า การผ่อนคลายความเครียด มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดจะมีพฤติกรรมแสดงออกที่แตกต่างกัน เช่น บางคนอาจจะรับประทานอาหารได้น้อย นอนไม่หลับ หรือบางคนอาจจะรับประทานอาหารได้ในปริมาณมากกว่าปกติ หรือบางคนอาจไม่มีพฤติกรรมใดที่เปลี่ยนแปลง พีค (Peeke 1988) กล่าวว่า เมื่อมนุษย์เกิดความเครียดเรื้อรัง สมองจะหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความเครียด หรือ (Stress hormone) ออกมา ซึ่ง ฮอร์โมนดังกล่าวนี้จะไปกระตุ้นเซลล์ในร่างกายให้เก็บไขมันมากขึ้นทำให้บุคคลมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้ อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลนั้นมีการผ่อนคลายความเครียดได้พักผอนก็จะทำให้บุคคลนั้นไม่เกิดความเครียดที่เรื้อรัง และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พักอาศัยและทำงานแหล่งเดียวกัน ดังนั้นระดับความเครียดจึงควรจะใกล้เคียงกันนอกจากนี้ การเก็บข้อมูลยังพบว่าพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดของบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับเดียวกัน คือ ปรับปรุง-พอใช้ คิดเป็นร้อยละ 59.00 ดังนั้นจึงส่งผลให้ พฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน อย่างไรก็ตาม กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดก็เป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางการแพทย์ทั้งสองกลุ่มปฏิบัติเหมือนกัน เช่น ดูโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 44.33 ร้องเพลง ร้อยละ

20.67 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถกระทำได้ภายในบ้านหรือหอพักที่ไม่จำกัดสถานที่ และเวลา มีความสะดวกประหยัด แต่ไม่สอดคล้องกับ เบญจมาภรณ์ เอื้อประเสริฐ (2533 : 14) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ดูโทรทัศน์เป็นเวลา 3 ชั่วโมง จะอ้วนขึ้นเป็นสองเท่า ของคนที่ดูโทรทัศน์วันละไม่เกินชั่วโมงแต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้สอบถามถึงจำนวนชั่วโมงทั้งหมดที่ดูโทรทัศน์ จึงไม่มีรายละเอียดว่าทั้ง 2 กลุ่มใช้เวลาในการดูโทรทัศน์ต่างกันหรือไม่รวมทั้งมีการรับประทานอาหารขณะดูโทรทัศน์ด้วยหรือไม่ เพียงแต่ทราบว่ากิจกรรมดังกล่าวทำให้ความเครียดลดลงแต่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

8. จำแนกตามการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดีมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในระดับ ต่ำ และปานกลาง มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมากกว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับสูง 11.02 และ 2.50 เท่าตามลำดับ โทนส์ (Tone ,1987) กล่าวว่า การรับรู้ในตนเองนี้ เป็นความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเองนั่นเองซึ่งจากการเก็บข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ระดับต่ำ นั้นก็หมายความว่า กลุ่มบุคลากรเหล่านี้รับรู้ว่าตนเองน้ำหนักไม่เกินมาตรฐาน จึงทำให้ไม่ระมัดระวังในการรับประทานอาหารและขาดพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักจึงทำให้บุคคลากรกลุ่มนี้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้ในที่สุด ส่วนในกลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักมาตรฐาน มีการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานในระดับสูงอาจเป็นเพราะว่าสังคมไทยนิยมผู้หญิงที่มีหุ่นเพรียวบางเหมือนนางแบบและดาราจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ระมัดระวังไม่ให้ตนเองมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแคชและคณะ (Cash ,et al.1986) ที่สัมภาษณ์ความรู้สึกเกี่ยวกับรูปร่างของตนเองของสตรี จำนวน 2,000 คน พบว่า มากกว่า ร้อยละ 55.00 มีน้ำหนักปกติ แต่คิดว่าตัวเองมีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 40.00 มีน้ำหนักต่ำกว่ามาตรฐานแต่คิดว่าตัวเองมีน้ำหนักมาตรฐาน สอดคล้องกับ สมทรง สมควรเกตุ(2541 : 78) ที่ศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพฯ พบว่าผู้หญิงที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินส่วนมากร้อยละ 55.00 มีดัชนีมวลกายปกติ

9. จำแนกตาม การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดีไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่า การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้รับการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและการเกิดโรคต่าง ๆ และจากการเก็บข้อมูลซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับดีทั้งสองกลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 80.67 ส่วนในกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานถึงแม้จะรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ แต่เนื่องจากโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นโรคที่ใช้เวลานานกว่าจะมีอาการ ไม่ได้เกิดอาการรวดเร็วเหมือนโรคติดเชื้อจึงอาจทำให้บุคลากรกลุ่มนี้ขาดความตระหนัก ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ ศุภลักษณ์ บุญความดี (2541 : 85) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพฯ พบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.40 รับทราบว่าน้ำหนักเกินทำให้เกิดโรค

10. จำแนกตามการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาธิบดีไม่มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 10 ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

เพนเดอร์ (Pender 1987) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมจะมีผลทางลบที่จะไปยับยั้งหรือขัดขวางต่อการมีพฤติกรรม นั่นก็หมายความว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักสูงก็จะไม่เกิดพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักต่ำก็จะเกิดพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก แต่จากการเก็บข้อมูลทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักในระดับปานกลางเหมือนกันคิดเป็นร้อยละ 48.67 ทั้งนี้เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ทำงานและพักอาศัยแหล่งเดียวกัน ลักษณะงานเหมือนกัน นั่นก็อาจเป็นไปได้ว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างอาจจะมีหรือไม่มีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักก็ได้ จึงส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน อย่างไรก็ตามอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักที่สำคัญได้แก่ การไม่ออกกำลังกายเพราะรู้สึกอ่อนเพลียและหมดแรงจากการทำงาน ร้อยละ 61.67 และความรู้สึกอ่อนเพลียจากการทำงานทำให้ท่านรับประทานอาหารมากกว่าปกติ ร้อยละ 60.67 ซึ่งมาจากลักษณะงานซึ่งเป็นอาชีพบริการและทำงานไม่เป็นเวลา แต่ไม่สอดคล้องกับ จิตอาวี ศรีอาคะ (2543) ที่พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส และ การรับรู้ภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มีเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับรู้ภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรจัดกิจกรรมรณรงค์ กระตุ้นเตือนเพื่อให้บุคลากร รับรู้ถึงเกณฑ์การตัดสินภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานที่ถูกต้องเพื่อให้บุคลากรควบคุมน้ำหนักให้ได้มาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. จัดสัมมนาวิชาการเรื่อง “เคล็ดลับในการควบคุมน้ำหนักเพื่อพัฒนาบุคลิกภาพ” โดยจัดให้บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญด้านการควบคุมน้ำหนักมาเป็นผู้ให้คำแนะนำ
3. จัดตั้งเป็นหน่วยงานเพื่อให้คำปรึกษาด้านการควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งต่อไป

1. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักของบุคลากรทางการแพทย์
2. ควรมีการศึกษาในแนวลึก เช่นการสัมภาษณ์ เพื่อเก็บข้อมูลในด้านการรับรู้ภาวะน้ำหนักรเกินมาตรฐานให้ชัดเจนขึ้น
3. ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แรงจูงใจ แรงสนับสนุนจากครอบครัว และความเครียด

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลพรรณณ์ เมฆวรุฒิ และ อัมพร ชัยศิริวัฒน์. (2538). คลินิกคนอ้วน. กรุงเทพฯ :
ธรรมสารจำกัด.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2540). มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะ
โภชนาการของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ไขแสง ขวศิริ. (2530). ภาวะผู้นำทางการพยาบาล. สงขลา: หน่วยโสตทัศนศึกษา
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรวพร ธรณินทร์. (2534). การออกกำลังกายและกีฬาเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ อรวรรณ ระนอง. (2535). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัย
เรียนและวัยรุ่นเขตบางกอกน้อย. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์จิตา พุกพานนท์. (2545). การจัดอาหารสำหรับบำบัดโรคอ้วน. โภชนศาสตร์คลินิก, 5
,4-5.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2539). รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชากรไทย
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัทดีไซส์ จำกัด.
- จิตอารี ศรีอาคะ. (2543). การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการ
ออกกำลังกายของพยาบาล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาล
สตรี). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- จุฬารณ รุ่งพิสุทธิพงษ์. (2537). การศึกษาโรคอ้วนโดยการแก้ไขพฤติกรรมดชนบำบัด.
โภชนศาสตร์คลินิก. 34-38.
- ชนิดา อุ่นกำเนิด. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้บริหารและ
ภาวะโภชนาการเกิน. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชื่นชม เจริญยุทธ, และคนอื่นๆ. (2534, มีนาคม). " อัตราการสูญเสีย ปัญหาในการปฏิบัติงาน
และความจำเป็นในการปรับปรุงสภาพการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาล
มหาวิทยาลัย," วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 5(1) : 24-31.
- ชื่นชม สมประเสริฐ. (2542). รูปแบบการเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดุษฎี สุทธิปริยาศิริ. (2532) โรคอ้วน. โภชนศาสตร์คลินิก, 4 , 124 –128

- ดำรง กิจกุล. (2537, สิงหาคม). "คู่มือออกกำลังกาย," หมอชาวบ้าน. 18(180) : 12-22.
- . (2538, ตุลาคม). "คู่มือลดความอ้วน," หมอชาวบ้าน. 18(193) : 10-27.
- ตะวันชัย จิรัชประมุขพิทักษ์ และ วรณัฐ ดันชัยสวัสดิ์. (2540, กันยายน). "ปัญหาการนอนของพยาบาล," วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 42 :123-131.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2541). อาหารกับสุขภาพในแนววัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- เทวี รักวานิช. (2537). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพบริโภค นิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2541). วิธีแห่งการคลายเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : มติชน.
- ธรรมบุญ นวลใจ. (2537). โยคะหนทางแห่งความสมบูรณ์ของกายและจิต. กรุงเทพฯ: กำแก้ว.
- นุกูล ตะบูนพงค์. (2536). การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นันทวรรณ นาวิ. (2533). คลายเครียดทำชีวิตให้สบายไร้ความเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : แสงแดด.
- นิตยา ตั้งชูรัตน์. (2532). ความสำคัญของการมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เบญจมาภรณ์ เอื้อประเสริฐ. (2533). คู่มือทักแล้วอ้วนขึ้น. หมอชาวบ้าน.12(11),14
- ประคอง กรรณสูตร. (2525). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือ-ดร. สง่า.
- ประณิธิ หงสประภาส. (2538) *Mangement of Obesity*. ใน ทวี ศิริวงศ์(บรรณาธิการ), Focus on praction medicin หน้า (133 – 142). ขอนแก่น . บริษัท เดอะสยามเฮอรัเทจ จำกัด
- พัสมันท์ คุ่มทวีพร. (2539). "การชะลอความเสื่อมของกล้ามเนื้อและกระดูก," พยาบาล. 45(4) : 34-35.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักงานทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2516). การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล. กรุงเทพฯ: จุฬาลกรณ์มหาวิทยาลัย.
- * พัทธนี ปฐมวานิชย์. (2535, ตุลาคม). "โรคอ้วนและการลดน้ำหนัก," ไกล้มอ. 24(1-2) : 22.
- พิชิต ภูมิจันทร์. (2539). วิทยาศาสตร์การกีฬา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : แสงศิลป์การพิมพ์.

- พริยา พงศ์สังกาจ. (2537). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระยะเวลาการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (วิชาการบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2540). "สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย," ใน เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ และบุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์. (2538 กันยายน-ธันวาคม). "ผลของการฝึกฝนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือต่อความรู้สึกของพยาบาล," งามาธิบดียสาร : 32-37. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
- มณฑิชา อนุกุลวุฒิพงศ์. (2540). พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของวัยรุ่นไทยในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายสำเนา.
- มณี อาภานันท์กุล. (2538 กันยายน-ธันวาคม). "ใยอาหารและสุขภาพ," งามาธิบดียพยาบาลสาร. 1 : 76-83.
- มนู วาทีสุนทร. (2541). "หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ," วารสารสุขุทัยธรรมมาราช. 11(3) : 56.
- มยุรา กาญจนางกูร และพยอม วิริยา. (2526). กิจกรรมการพยาบาลและประเภทผู้นำการพยาบาลในโรงพยาบาลนครเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพิน ตีรส. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับความรู้ ความเชื่อและบริโภคนิสัย ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ครูศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัตนาวดี ณ นคร. (2538). "Exercise in Obesity," ใน *Focus on Practical Medicine*.
 ขอนแก่น : ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 143.
- วลัย อินทรมพรรย์. (2530). โภชนาการในคนวัยต่างๆ. กรุงเทพฯ : แสงทวีการพิมพ์. 91-96.
- วิชัย ดันไพจิตร. (2530). โรคอ้วน. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- วีรานันท์ พงศาภักดี. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม : ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้.
 พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.

- ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านพฤติกรรม
การปฏิบัติเพื่อสุขภาพกับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6
โรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาธารณสุขศาสตร์ สาขา วิชาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
มหิดล.
- ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์. (2541 กันยายน-ธันวาคม). "อารมณ์ขัน เครื่องมือในการบริหาร
การพยาบาล," *รามาริบัติสาร*, 4 : 311-317.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. (พิมพ์ครั้งที่6)
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร หางุน. (2536). แบบแผนการบริโภคอาหารว่างของเด็กอ้วนและเด็กปกติอายุ 7-9 ปีใน
โรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณ
สุขศาสตร์สาขาโภชนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจักร พันธุ์นิช. (2541). คลายเครียดและคลายทุกข์ : รู้จักชีวิตและแนวทางปฏิบัติรักษา.
กรุงเทพฯ : เอ็มเทร็ดิจ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่
3. กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง.
- . (2540). "การออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน," *รามาริบัติสาร*.
3,2 : 140.
- สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ. (2532). คุณค่าของการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาล
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สมทรง สมควรเหตุ. (2541). การศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนัก
เกินในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมใจ วิชัยดิษฐ์. (2541). กินเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : ประยูรวงศ์พรินติ้งจำกัด.
- สรจักร ศิริบริรักษ์. (2542). "อาหารรักษาโรค," [http : //203.157.3.75/tmed/pharma/index.htm](http://203.157.3.75/tmed/pharma/index.htm).
- สุนันท์ พันธุ์แพ และคณะ. (2541). "การควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน," ใน *การดูแลรักษาผู้
ป่วยเบาหวาน*. กรุงเทพฯ : พับลิเคชั่น.
- เสก อักษรานุเคราะห์. (2536). การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและชลอความแก่. กรุงเทพฯ :
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิรินธร คลินิล. (2541) ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการ อย่างมีแบบแผนต่อ
ความ เชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน
: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สิริลักษณ์ สมพลกรัง. (2542). สิ่งแวดล้อมในการทำงานกับความเหนื่อยล้าของพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (วิชาการบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุปราณี วตินอมร. (2531). การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- สภาการพยาบาล. (2539). มาตรฐานเชิงโครงสร้างในสถานบริการสถานศึกษาและสถานประกอบการ. กรุงเทพฯ: เจ เอส การพิมพ์.
- สรยุทธ วาสิกนันทน์. (2536) "ความง่วงนอนที่ผิดปกติ," ใน การนอนหลับและความผิดปกติของการนอนหลับ. 37-45. สงขลา : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สลิทธ เทพตระการพร. (2542). "การทำงานที่ใช้กล้ามเนื้อและความล้า," ใน ตำราอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : เจ เอส เค การพิมพ์. 109-122.
- สุนันต์ วิจิตรกาญจน์, ขวัญตา เกิดชูชื่น, และสุนทรี ภาณุทัต. (2537, ธันวาคม). "ความคิดเห็นของพยาบาลในโรงพยาบาลรามธิบดีต่อการปฏิบัติงานเวรตึก" วารสารพยาบาล. 43(1). 39-49.
- สุลักษณ์ บุญความดี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายสำเนา.
- สุภาพ สอนปาน. (2538). นักบริหารกับภาวะโภชนาการเกิน. กรุงเทพฯ: กองโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- แสงทอง ประสุวรรณ์. (2541) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (วิชาการบริหารการพยาบาล). เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจิตร บุณยะโหดระ. (2537). อาหารอายุวัฒนะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร จำกัด. ----- (2540). การล้างพิษโดยวิธีธรรมชาติ. กรุงเทพฯ : ดอกหญ้า.
- วิทยา ศรีดามา. (2541). การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. กรุงเทพฯ : พับลิเคชั่น.
- อาภรณ์ รัตนวิจิตร. (2533). การศึกษาภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในกลุ่มข้าราชการครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ในภาคตะวันออกเฉียงใต้. กองโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- อินทิรา วงศ์อัญมณีกุล. (2537). ปีใหม่นี้มาลดน้ำหนักกันเถอะ. ไกล่หมอ, 18(1), 67-77
----- (2540, กันยายน) "ปีใหม่นี้มาลดความอ้วนกันเถอะ," ไกล่หมอ. 24(3-4) : 18.
- อุษณีย์ ดันตรีบุรณ์. (2536). มาทำความเข้าใจกับความอ้วนของผู้หญิงกันเถอะ. สงขลา: สงขลานครินทร์.

อำนาจ บาลี และคณะ. (2540). "อาหารเสริมหรือเสริมอาหาร," *หมอชาวบ้าน*. 19(224) : 12-13.

Brehm, B.A. (1996 May). "Stress Management : Making Time," *Fitness Management Magazine*. (<http://www.stressrelease.com>).

Bray, G.A. York, B., and Delany, J. (1992). A Survey of the Opinions of Obesity Experts on the Cause and Treatment of Obesity. *American Journal Clinical Nutrition*, 55, 151s-155s.

Casey, v. et. al. (1992). Tracking of BMI A . 50 – Year – follow up study. *Nutrition Research Newsletter*, 11 : 86.

Carroll, S. and Smith, T. (1992). *The Complete Family Guide to Healthy Living*. London : Dorling Kindersleys.

Conner, R.J. et al. (1961). A Work Sampling Study of Variations in Nursing Work load. *Hospital J. A .H.A.* 35 ; 40-41.

Drake, M.A. (1988). Self – esteem of Adolescents Enroll in Weight Reduction Program. *Journal of American Dietetic Association*, 88 : 1581 – 1584.

Durnin, J. , and Womersley, J. (1974). "Body Fat Assessed from Total Body Density and Its Estimation from Skin Fold Thickness : Measurement on 481 Men and Women Aged 16 to 74 year," *Britain Journal Nutrition*, 33 : 79.

Edlin, G. Golanty, E, and Brown, K.M. (1997). *Health and Wellness*. Boston, MA : Jones & Bartlett.

✦ Garrow, J.S. (1988). *Obesity and Related Disease*. London : Charchill Living Stone.
Kahn, S, and Saub, M. (1994). *Healing a Nurse's Guide to Self-Care and Renewal*. New York : Belmar Publishers.

Kaplan, R .M. , et al. (1993). *Health and Human Behavior*. Singapore : McGraw Hill.

Kelsey J.L. , Whittemore A.S. , E van A.S. and Thomason W.D. (1996). *Method in Observational Epidemiology*. New York : Oxford University.

Lewis, V. K . (1994). *The Health Psychology of Woman* . Switzerland : Harwood Academic Publisher.

Neito, F. et al. (1992). Childhood Weight and Growth Rates as Prediction of Adult Mortality. *American Journal of Epidemiology*. 136 : 201 –213.

Nies, M.A., Vollman., M., and Cook, T. (1998). *Facilitators barriers and Strategies for Exercise in European American Woman in the Community*. *Public Health Nursing*, 15(4), 263-272.

- Pender, N.L. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Connecticut : Appleton & Lange.
- Russ, C.S. , Ciavarella, P.A. , & Atkinson, K .L . (1984). " A Comparative Out Patient Weight Reduction Program : Dietary Patterns. Psychological Consideration and Treatment Principle," *Journal of the American Dietetic Association* : 444 :446.
- Sechrist, K. R., Walker, S. N. (1987). *Development and Psychometric Evaluation of the Exercise Benefits / Barriers scale*, *Research in Nursing Healthy*, 10, 357-365.
- Schulz, A.B. (1995) . "Muscle Function and Mobility Biomchanics in the Elderly : An Overview of Some Recent Reseach," *The Journal of Gerontology*, 62.
- Selye, H. (1993) . " The Stress Concept : Pass, Present and Future ," *In Stress Research*. New York : John Willey & Sons.
- Shils, M.E. , Olsom, T. A. & Shike, M. (1994). *Modern Nutrition in Health and Disease*. Philadelphia : Lea & Febiger.
- Stunkard, A.J. (1980). *Obesity*. Toronto : W.B. Saunder.
- Toneller, R. & Gruncwald, K.K. (1987). Menstrual Cycle and Food Craving College Human. *Journal of the American Dietetic Association*. 87 : 311 – 315.
- Walcott-McQuigg, J.A. (1996). " Obesity. In Karen, M. & Mitchell, P. (Eds)," *Women's Health Across the Life Span: A Comprehensive Perspective*. Philadelphia: Lippincott.
- Webb, G.P. (1995) . *Nutrition : A Health Promotion Approach* . London , Edward Arnold.
- Williams, M.A. (1989). "Quantification of Direct Nursing Care Activities," *The Journal of Nursing Administration*. 7 : 15.
- Williamson, D.F. , et al. (1993). " Weight Loss a Humps in Adult : Goal, Duration and Rate of Weight Loss," *American Journal of Public Health*. 82(9) : 1251 – 1257.
- Wooten, P. (1998 August) . "Humor : and Antidote for Stress ," *In Holistic Journal*. (Online). [http://www.mother.com/Jest home/Anti-Stress](http://www.mother.com/Jest%20home/Anti-Stress).

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม



ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 5731, 5618

ที่ ศธ 0519.12/56๕7

วันที่ /5 มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวจंपี่ ประสิทธิ์ชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
น้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ” โดยมี รองศาสตราจารย์
จุฬามาศ เทพชัยศรี และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์
ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ผาณิต บิลมาศ และ อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์
โรงพยาบาลรามาริบัติ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
แบบสอบถามให้ นางสาวจंपี่ ประสิทธิ์ชัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จิระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ 0519.12/5670

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/๙ มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจําปี ประสิทธิ์ชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
น้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยมี รองศาสตราจารย์
จุฬามาศ เทพชัยศรี และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์
ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์เรณู พุกบุญมี และ นางสาวสุธิดา ชาติวุฒินันท์
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์
โรงพยาบาล โรงพยาบาลรามาธิบดี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ
แบบสอบถามให้ นางสาวจําปี ประสิทธิ์ชัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จิระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2011473 มือถือ 06-6196581



ที่ ศธ 0519.12/567 / .

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/8 มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้าภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจ๋าปี ประสิทธิ์ชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ” โดยมี รองศาสตราจารย์ จุฬามาศ เทพชัยศรี และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์สุรางค์ เดชะบุญเสริมศักดิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล รามาริบัติ

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามให้ นางสาวจ๋าปี ประสิทธิ์ชัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2011473 มือถือ 06-6196581



ที่ ศธ 0519.12/๒๘๐๗

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

30 มิถุนายน 2547

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจำปี ประสิทธิ์ชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ” โดยมี รองศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี และ อาจารย์ทรงพล ต่อณี เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล ประจําการ เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของ บุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจำปี ประสิทธิ์ชัย ได้เก็บข้อมูล ในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2011473 มือถือ 06-6196581

ที่ ศธ 0519.12/7563



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ร สิงหาคม 2547

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน คณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวจำปี ประสิทธิ์ชัย นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้พยาบาลประจำการ และผู้ช่วยพยาบาลประจำการ ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2547

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวจำปี ประสิทธิ์ชัย ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5618, 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2011473 มือถือ 06-6196581

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ผาณิต บิลมาศ ภาควิชาพลศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์ สุธีรา เมืองนาโพธิ์ ภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาว สุธิดา ชาดิวัฒน์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัย มหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ผาณิต บิลมาศ ภาควิชาพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์ สุธีรา เมืองนาโพธิ์ ภาควิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาว สุธิดา ชาตวิวัฒน์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนัเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์
โรงพยาบาลรามาริบัติ

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 พฤติกรรมด้านการบริโภค

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามด้านการรับรู้ โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 การรับรู้ภาวะน้ำหนัเกินมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนัเกินมาตรฐาน

ส่วนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนัเกินมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาเท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่ประการใด จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ และขอขอบคุณในความกรุณาของท่านไว้ ณ โอกาสนี้

นางสาว จำปี ประสิทธิ์ชัย

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านมี น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
2. อายุ (จำนวนเต็ม)
 - () ต่ำกว่า 30 ปี
 - () 30 - 39 ปี
 - () 40 - 49 ปี
 - () 50 ปี ขึ้นไป
3. รายได้ (จำนวนรายรับทั้งหมดต่อเดือน)
 - () ต่ำกว่า 10,001 บาท
 - () 10,001 - 15,000 บาท
 - () 15,001 - 20,000 บาท
 - () มากกว่า 20,000 บาท
4. สถานภาพสมรส
 - () โสด
 - () คู่
 - () ม้าย
 - () หย่าร้าง แยกกันอยู่
5. ประวัติครอบครัวมีบุคคลที่น้ำหนักเกินมาตรฐาน
 - () ไม่มี
 - () มี จำนวนคน ได้แก่
 - 1) เกี่ยวข้องเป็น..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
 - 2) เกี่ยวข้องเป็น..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร
 - 3) เกี่ยวข้องเป็น..... น้ำหนัก.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามด้านพฤติกรรม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ลงใน
ข้อความที่ปฏิบัติจริงมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ท่านมีการปฏิบัติบ่อยเป็นบางครั้ง

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การบริโภค			
1. ท่านรับประทานอาหารมากกว่า 3 มื้อ/วัน			
2. ท่านรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ			
3. ท่านรับประทานอาหารจานด่วน เช่น ฮอทดอก, แฮมเบอร์เกอร์ ไก่ทอด พิซซ่า			
4. ท่านรับประทานอาหารประเภท ไขมัน เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู ของทอด แกงกะทิ			
5. ท่านปรุงอาหารด้วยน้ำตาล			
6. ท่านรับประทานอาหารจนอิ่มเกินไปทุกมื้อ			
7. ท่านรับประทานอาหารที่ชอบได้อีกถึงแม้จะอิ่ม แล้วก็ตาม			
8. ท่านรับประทานอาหารอย่างรวดเร็วทุกมื้อ			
9. ท่านดื่มน้ำอัดลม			
10. ท่านรับประทานผัก			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
11. ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น cake cookies ice-cream ทองหยิบ ทองหยอด			
12. ท่านรับประทานขนมขบเคี้ยว			
13. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานเช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ผลไม้สุก			
การออกกำลังกาย			
14. ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย			
15. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 20 นาที 3 ครั้ง/ สัปดาห์			
16. ท่านประเมินการเต้นของหัวใจโดยการจับชีพจร ก่อนและหลังการออกกำลังกาย			
17. ท่านมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย			
18. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านออกกำลังกายจน เหงื่อออก			
19. ท่านหยุดออกกำลังกายทันทีถ้ารู้สึกเกิดความ ผิดปกติของร่างกาย เช่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ			
20. ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่อาจทำให้เกิดการ บาดเจ็บต่อร่างกาย			
21. ท่านจัดเวลาในการออกกำลังกายกับการ ปฏิบัติงาน			
การผ่อนคลายความเครียด			
22. ระหว่างการทำงานหยุดพัก อย่างน้อย 5 นาที ในทุก 2 ชั่วโมง			
23. หยุดพักอย่างน้อย 15 นาที หลังปฏิบัติงาน			
24. ท่านหยุดพักผ่อนอย่างน้อย 1 วัน/สัปดาห์ (โดยไม่ทำ Part time หรือ ศึกษาต่อ)			
25. ไปเที่ยวตามสถานที่ต่างๆหรือต่างจังหวัด อย่างน้อยทุก 6 เดือน			

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็นบางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
26. ทำนอนหลับอย่างน้อย 6 ชั่วโมง/วัน			
27. ทำน้ีบหลับขณะปฏิบัติงาน			
28. ทำนวิดกกังวลจนนอนไม่หลับ			

29. การพักผ่อนแบบใดที่ท่านปฏิบัติเป็นประจำ(กรุณาใส่หมายเลขเรียงตามลำดับตามที่ท่านปฏิบัติจากมากไปหาน้อย เช่น ถ้าปฏิบัติมากที่สุดให้ใส่หมายเลข 1)

- () อ่านหนังสือ
- () ทำงานอดิเรก
- () ฟังเพลง
- () ดู โทรทัศน์
- () ดู ภาพยนตร์
- () ปลุกต้นไม้
- () เลี้ยงสัตว์
- () เป็นสมาชิกชมรม.....
- () อื่นๆ ระบุ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามด้านการรับรู้

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ แล้วเลือกตอบ โดยทำเครื่องหมาย ลงในข้อความที่ตรงกับความคิดเห็น ความรู้สึก หรือความเชื่อของท่านมากที่สุดในแต่ละข้อ ให้ท่านเลือกตอบเพียงข้อเดียว

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความนั้นมีความกำกวม

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน			
1. เมื่อเทียบน้ำหนักกับส่วนสูงท่านมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน			
2. เมื่อเทียบกับผู้ร่วมงานท่านมีรูปร่างเล็กกว่า			
3. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีรูปร่างสมส่วน			
4. ตั้งแต่ท่านจบการศึกษา น้ำหนักของท่านไม่เพิ่มขึ้น			
5. ท่านรู้สึกอึดอัด(คับ)เมื่อต้องใส่ชุดทำงาน			
การรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน			
6. ความอ้วนทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมลง			
7. เซลล์ไขมันกระตุ้นให้เกิดโรคมะเร็งได้			
8. บุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีโอกาสเป็นนิ่วมากกว่าบุคคลน้ำหนักปกติ			
9. ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทำให้หยุดหายใจขณะหลับได้			
10. ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีผลเสียต่อภาพลักษณ์ในวิชาชีพ			

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
11. บุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีโอกาสเป็นโรคผิวหนังมากกว่าบุคคลน้ำหนักปกติ			
12. บุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงซึ่งจะทำให้ดับเสียน้ำที่ได้			
13. เมื่อมีน้ำหนักตัวเพิ่มการทำงานของหัวใจก็เพิ่มตาม			
14. การลดน้ำหนักจะมีผลต่อการช่วยให้หายจากโรคข้อเข่าอักเสบ			
15. ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม			
การรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก			
16. การเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวทำให้ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้			
17. ท่านไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย			
18. ลักษณะการทำงาน (เช้า บ่าย ดึก) ทำให้ท่านไม่สามารถจัดเวลาในการออกกำลังกาย			
19. ความเมื่อยล้าหลังการออกกำลังกายทำให้ไม่อยากออกกำลังกายอีก			
20. การออกกำลังกายทำให้ท่านเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น			
21. ท่านไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อไปออกกำลังกาย			
22. การควบคุมน้ำหนักทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น			

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
23. ท่านไม่ออกกำลังกายเพราะไม่มีสถานที่ที่จะออกกำลังกาย			
24. ท่านไม่ออกกำลังกายเพราะรู้สึกอ่อนเพลียและหมดแรงจากการทำงาน			
25. ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้เพราะอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายไม่เพียงพอ			
26. ท่านไม่มีเพื่อนไปออกกำลังกาย			
27. ท่านไม่สามารถออกกำลังกายได้เพราะอุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกายชำรุด			
28. ท่านไม่ชอบออกกำลังกายเพราะขั้นตอนในการออกกำลังกายยุ่งยาก			
29. การออกกำลังกายเป็นเรื่องที่น่าเบื่อ			
30. การอยู่เวรบ่อยครั้งทำให้ท่านรับประทานอาหารมากกว่าปกติ			
31. ท่านไม่มีโอกาสเลือกอาหารที่มีแคลอรีที่เหมาะสม			
32. ความรู้สึกอ่อนเพลียจากการทำงานทำให้ท่านรับประทานอาหารมากกว่าปกติ			

ภาคผนวก ค

คำอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมการบริโภค

ข้อ	ค่าจำแนก(r)
1	0.42
2	0.58
3	0.47
4	0.46
5	0.30
6	0.55
7	0.46
8	0.35
9	0.45
10	0.28
11	0.44
12	0.46
13	0.09*

* มีการปรับปรุงและนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทเพื่อตรวจสอบก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง
 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการบริโภค เท่ากับ 0.7743

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
6	0.63
7	0.43
8	0.67
9	0.67
10	0.67
11	0.58
12	0.61
13	0.60

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 0.8624

ตาราง 16 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ด้านพฤติกรรมการผ่อนคลายความเครียด

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
1	0.27
2	0.46
3	0.65
4	0.25
5	0.01*
6	0.11*
7	0.36

* มีการนำไปปรับปรุงและนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการผ่อนคลายความเครียดเท่ากับ 0.5819

ตาราง 17 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามด้านการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.44
2	0.35
3	0.35
4	0.39
5	0.07*

* มีการนำไปปรับปรุง และนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบ
ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามด้านการรับรู้ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เท่ากับ
0.5503

ตาราง 18 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภาวะ
น้ำหนักเกินมาตรฐาน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
6	0.20
7	0.29
8	0.38
9	0.65
10	0.42
11	0.49
12	0.47
13	0.36
14	0.14*
15	0.34

* มีการปรับปรุงและนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบก่อนนำ
ไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ค่าความเชื่อมั่น ของแบบสอบถามด้านการรับรู้ปัญหาสุขภาพ ที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกิน
ตาราง 19 ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก(r)
16	0.20
17	0.30
18	0.44
19	0.50
20	0.44
21	0.62
22	0.52
23	0.64
24	0.41
25	0.50
26	0.60
27	0.62
28	0.53
29	0.18*
30	0.39
31	0.22
32	0.43

* มีการนำไปปรับปรุงและนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทก่อน
นำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก เท่ากับ
0.8420

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาว จำปี ประสิทธิ์ชัย
วันเดือนปีเกิด	1 พฤษภาคม 2516
สถานที่เกิด	อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	36 หมู่ 4 ต. บางหลวง อ. บางเลน จ. นครปฐม 73190
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	ข้าราชการ ระดับ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลรามาริบดี

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2533	มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนราชินีบูรณะ
พ.ศ. 2537	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยมหิดล