

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก
ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

นายปรีชาธิ์ฟ ยีหรีม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประจำปีการศึกษา 2556

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

FACTORS RELATED TO BODY WEIGHT CONTROL BEHAVIORS
AMONG OBESE MUSLIM WOMEN
IN LOWER REGION

Mr.Preshareef Yeereem

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements

For the Degree of Master of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิม
ที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

โดย

นายปรีชาธิ์ฟ ยีหิรม

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

()

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

()

.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ)

.....กรรมการ

()

ปริชาธิ์ฟ ยีหริ่ม: ปัจจยัที่มึควมสั่มพัันท์กับพฤติกรรมใการควมคุมน้ำหนัักของสตรีมุสลิมที่มี
 ภาวะอ้วนใภาคใต้ออนล่าง (FACTORS RELATED TO BODY WEIGHT CONTROL
 BEHAVIORS AMONG OBESE MUSLIM WOMEN IN LOWER SOUTHERN REGION)
 อาจารย์ที่ปริกาษา: อ.คร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมใการควมคุม
 น้ำหนักและศึกษาหาควมสั่มพัันท์ระหว่งปัจจยัการรับรู้ประ โยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตน อธิพิลระหว่งบุคคล อธิพิลด้านสถานการณั และระดับควมมุ่งมั่นใการวางแผนการกระทำกับ
 พฤติกรรมการควมคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนใภาคใต้ออนล่าง ประชากรที่ใช้ใการวิจัยครั้ง
 นี้เป็นสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่อาศัยอยู่ใภาคใต้ออนล่าง กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 ราย
 ได้มาโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายชั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ใการวิจัย คือ แบบสอบถาม จำนวน 8 ตอน สถิติที่
 ใช้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าควมสั่มพัันท์ด้วย Pearson's Product
 Moment Correlation วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดนัยสำคัญทาง
 สถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพใการควมคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนโดยรวมอยู่
 ใระดับปานกลาง($X = 3.43$, $S.D = 0.43$)

การรับรู้ประ โยชน์มีควมสั่มพัันท์ทางลบใระดับต่ำกับพฤติกรรมการควมคุมน้ำหนักของสตรี
 มุสลิมที่มีภาวะอ้วน ($r = -.035$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีควมสั่มพัันท์ทางบวกใระดับปานกลาง
 กับพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .489$, $p < .01$)

การรับรู้อุปสรรคมีควมสั่มพัันท์ทางลบใระดับปานกลางกับพฤติกรรมการควมคุมน้ำหนักของ
 สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.309$, $P < .01$)

อธิพิลระหว่งบุคคลและอธิพิลด้านสถานการณัมีควมสั่มพัันท์เชิงบวกใระดับต่ำกับ
 พฤติกรรมการควมคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .111$, $p < .05$ และ r
 $= .275$, $p < .01$) ตามลำดับ

ระดับควมมุ่งมั่นใการวางแผนการกระทำมีควมสั่มพัันท์เชิงบวกใระดับปานกลางกับ
 พฤติกรรมการควมคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .350$, $p < .01$)
 คำสำคัญ: ภาวะอ้วน / สตรีมุสลิม / พฤติกรรมการควมคุมน้ำหนัก

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื้ออนิสิต.....
 ปีการศึกษา.....2556.....ลายมือชื้ออาจารย์ที่ปริกาษา.....

PRESHAREEF YEEREEM: FACTORS RELATED TO BODY WEIGHT CONTROL BEHAVIORS AMONG OBESE MUSLIM WOMEN IN LOWER SOUTHER REGION.
 THESIS ADVISOR: RUNGRAWEE NAVICHARORN, Ph.D.

The purpose of this study was to examine the body weight control behavior and to examine the relationships among perceived benefit, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influence, situational influence, among obese adult muslim women in lower southern region, Thailand. The target population of this study is the obese adult muslim women in lower southern region, Thailand. The sample size is 384 people. This study use self administered questionnaires as research instrument. The statistical tools used in this study are Percentage, Mean, Standard Deviation, Pearson’s Product Moment Correlation analysis. SPSS is used for data analysis at significant level of .05

The research results as follow:

1. Mean score of body weight control behaviors among obese adults muslim women was at the medium level.(X = 3.43, S.D = 0.43)
2. There was a negative statistical correlation between perceived benefit and bodyweight control behaviors among obese adults muslim women. (r = -.035)
3. There was a positive statistical correlation between perceived self-efficacy and bodyweight control behaviors among obese adults muslim women at level of significant (r = .489)
4. There was a negative statistical correlation between perceived barrier and bodyweight control behaviors among obese adults muslim women at level of significant (r = .309, p<.01)
5. There were positive statistical correlation between interpersonal influence, situation influence and bodyweight control behaviors among obese adults muslim women at level of significant (r = .111, p <.05 and r = .275, p<.01, respectively)
6. There was a positive statistical correlation between commitment to a plan of action and bodyweight control behaviors among obese adults muslim women at level of significant (r = .350, p <.01)

Field of study.....Nursing science.....Student’s signature.....

Academic Year.....2013.....Advisor’s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงมาได้ด้วยความยากลำบากเป็นที่สุด ข้าพเจ้าซาบซึ้งในความพยายามและความอดทนของท่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ท่านอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ ที่คอยให้คำแนะนำปรึกษา ช่วยเหลือ เกื้อหนุน ติดตาม และเป็นกำลังใจให้มาตลอด

ขอขอบพระคุณอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำและประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ให้ และตลอดจนบุคคลากรอื่นๆที่คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ตลอดจนให้ข้อชี้แนะต่างๆในการปรับปรุงเครื่องมือให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณหน่วยงานราชการเจ้าของพื้นที่ หน่วยบริการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ตำบลแหลมสน อำเภอละงู จังหวัดสตูล และตำบลคลองเฉลิม อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ที่สนับสนุนและให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถามการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุด ขอขอบคุณอัลลอฮ(ช.บ.)ที่ทรงประทานให้ข้าพเจ้าซึ่งร่างกายที่สมบูรณ์ และจิตใจที่เข้มแข็ง ตลอดจนความโปรดปรานต่างๆแก่ข้าพเจ้าและครอบครัว จนสามารถทำกิจการที่ดีให้สำเร็จลุล่วงไปได้

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	13
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	14
ขอบเขตการวิจัย.....	18
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ.....	18
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	120
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	21
โรคอ้วน.....	21
ความหมายของโรคอ้วน.....	21
สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วน.....	23
การวินิจฉัยโรคอ้วน.....	24
ผลกระทบจากโรคอ้วน.....	27
พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก.....	29
พฤติกรรมการบริโภค.....	31
พฤติกรรมการออกกำลังกาย.....	39
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	62
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	67
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	68

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	68
บทที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	88
สรุปผลการวิจัย.....	90
การอภิปรายผลการวิจัย.....	92
ข้อเสนอแนะ.....	100
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก.....	108
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	109
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและจดหมายขออนุญาตใช้ เครื่องมือวิจัย.....	111
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและตัวอย่างเครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย.....	121
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	137

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 384 คน จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เส้นรอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกาย.....79
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนัก จำแนกรายด้าน และโดยรวม.....82
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนัก จำแนกรายด้าน และโดยรวม.....82
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก จำแนกรายด้าน และ โดยรวม.....83
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จำแนกรายด้าน และ โดยรวม.....83
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการ ปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จำแนกรายด้าน และ โดยรวม.....84
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการ กระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จำแนกรายด้าน และ โดยรวม.....85
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก จำแนกรายด้าน และ โดยรวม.....85
9	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำกับพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนัก จำแนกรายด้าน และ โดยรวม.....86

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนกำลังกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่กำลังส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชากรทุกประเทศทั่วโลก ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ประเมินการว่า ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน 1,600 ล้านคนและมากกว่า 400 ล้านคนกำลังเผชิญปัญหาภาวะอ้วน เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าร้อยละ 61 ของประชากรมีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน และร้อยละ 26 เป็นโรคอ้วน ซึ่งอัตราอุบัติการณ์ในผู้ใหญ่เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่านับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 (Aree Kantachuvessiri, 2005) องค์การอนามัยโลก ประเมินการว่าในปี 2015 จะมีประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกิน 2-3 พันล้านคน และมากกว่า 700 ล้านคนเป็นภาวะอ้วน (Ambady Ramachandran and Chamukuttan Snehalatha, 2010) และพบว่าอัตราความชุกของภาวะอ้วนในประเทศต่างๆแถบยุโรป ร้อยละ 10-20 ในผู้ชาย และ ร้อยละ 10-25 ในผู้หญิง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าอัตราความชุกของภาวะอ้วนในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Aree Kantachuvessiri, 2005)

ในภูมิภาคเอเชีย เช่น จากการสำรวจภาวะโภชนาการในปี 1995 ของประเทศเกาหลีใต้ พบว่า ร้อยละ 1.5 ของประชากรมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร และร้อยละ 20.5 มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร (Aree Kantachuvessiri, 2005) และรายงาน National Health Morbidity Survey ในปี ค.ศ.1996 ในประเทศมาเลเซีย ซึ่งทำการสำรวจอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 20 ปี จำนวนทั้งหมด 28,737 คน พบว่า อัตราความชุกของคนที่มีน้ำหนักเกินเท่ากับร้อยละ 20.7 และอัตราความชุกของคนที่มีภาวะอ้วนเท่ากับร้อยละ 5.8 เมื่อใช้ ค่าดัชนีมวลกาย 25.0-29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร และเท่ากับหรือมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร เป็นเกณฑ์ในการตัดสินตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีอัตราความชุกในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และเมื่อแยกตามกลุ่มเชื้อชาติ พบว่า กลุ่มเชื้อชาติอินเดียจะมีอัตราความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุด ส่วนอัตราความชุกของภาวะอ้วนมีอัตราสูงที่สุดในกลุ่มคนที่มีเชื้อชาติมาเลเซีย (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

สำหรับประเทศไทย ภาวะอ้วนสามารถพบได้ในคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะในประชากรวัยผู้ใหญ่ จากรายงานการสำรวจในประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 6,445คน ระหว่างปี ค.ศ.2004-2005 พบว่า 35 % ของผู้ชาย และ 44.9 % ของผู้หญิง มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (Nattinee Jitmarin, et al, 2010)) และจากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 เมื่อปี

1997 พบว่าร้อยละของผู้ชายและผู้หญิงที่มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร เท่ากับ 19.2 และ 33.9 และค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร เท่ากับ 3.5 และ 8.8 ตามลำดับ(Wichai Aekplakorn, et al. 2004) และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นครั้งล่าสุด พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตรในผู้ชายร้อยละ 28.4 และในผู้หญิง ร้อยละ 40.7 และอัตราความชุกของภาวะเมตาบอลิกในประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปในชายและหญิง เท่ากับ 18.9 และ 24.5 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554)

อัตราความชุกของภาวะอ้วนของสตรีมุสลิมนั้น พบเพิ่มขึ้นทั่วโลก เช่น ในประเทศคูเวต พบว่าอัตราความชุกของภาวะอ้วน(BMI >30)ในชายและหญิงเท่ากับร้อยละ 32 และ 44 ตามลำดับ และร้อยละของผู้ชายและผู้หญิงที่มีภาวะอ้วนในประเทศซาอุดีอาระเบียเท่ากับ 30 และ 46 ตามลำดับ(Giovana Turconi et al ,2007) ซึ่งสอดคล้องกับอัตราอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบที่พบว่า ผู้หญิงมีภาวะอ้วนมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 46.5 และ 28.3 (Habiba I.Ali et al, 2010) ในมาเลเซียซึ่งเป็นประเทศมุสลิมติดกับภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า ร้อยละ 4.7 ของผู้ชายและร้อยละ 7.7 ของผู้หญิงมีภาวะอ้วน(WHO, 2000)และจากการศึกษาภาวะอ้วนลงพุงในประเทศอียิปต์ พบว่า สตรีมุสลิมมีอัตราความชุกของภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าผู้ชายทั้งโดยการวัดรอบเอว(ร้อยละ 43.1 ต่อ 14.0) และอัตราส่วนรอบเอวต่อรอบตะโพก(ร้อยละ 44.9 ต่อ 12.4)(M.A.Abolfotouh et al,2008) และจากการศึกษาภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในประชาชนวัยผู้ใหญ่ในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน พบว่า ผู้หญิงมีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม ร้อยละ 42 ผู้ชาย ร้อยละ 24 (Fereiddoun Azizi et al, 2010) และอัตราความชุกของภาวะอ้วนในภาคเหนือของประเทศจอร์แดน พบว่าภาวะอ้วนในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ร้อยละ 53.1 และ 28.1 ตามลำดับ(Khader YS et al, 2009) และจากการศึกษาแบบแผนการรับประทานอาหารของผู้ใหญ่ในชนบทประเทศเลบานอน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 787 คน พบว่า ร้อยละ 37 ของผู้ชาย และร้อยละ 33.7 ของผู้หญิงมีภาวะอ้วน(BMI>_30 กก./ตรม.)และร้อยละ 26.5 ผู้ชาย และร้อยละ 67.4 ในผู้หญิงเมื่อใช้เกณฑ์วัดรอบเอว(C Issa et al, 2011) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าสตรีมุสลิมมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนค่อนข้างสูงในทุกประเทศ

สำหรับในประเทศไทยนั้น มีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามกระจายอยู่เกือบทุกจังหวัด แต่ที่อาศัยอยู่อย่างหนาแน่นมากที่สุดก็คือในจังหวัดทางภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งประกอบไปด้วยจังหวัด ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งอัตราความชุกของภาวะอ้วนในสตรีมุสลิมในประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงาน แต่จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ(โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน) เปรียบเทียบระหว่างประชากร

ไทยที่นับถือศาสนาอิสลามและประชากรในภาพรวมของประเทศ จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2547, 2548, 2550 และ 2553 พบว่า ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งประชากรมุสลิมและประชากรภาพรวมทั่วประเทศ โดยชายมุสลิมมีความชุกของภาวะอ้วนต่ำกว่าประชากรภาพรวมทั้งประเทศ แต่สตรีมุสลิมมีความชุกของภาวะอ้วนไม่แตกต่างจากประชากรหญิงภาพรวมประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มมุสลิมพบว่า ความชุกของภาวะอ้วนในหญิงสูงกว่าในผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(สำนักข่าวไทยมุสลิม, 2556) และจากการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อกิจกรรมทางกายของสตรีมุสลิมผู้ประกอบอาชีพค้าขายในตลาดสดในจังหวัดยะลา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 80 คน พบว่า ร้อยละ 43.75 มีภาวะอ้วน(อุบลทิพย์ นนท์ณรงค์, 2553)

ผลกระทบที่ตามมาจากรอคอ้วน เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งบางชนิด โรคเบาหวาน เป็นต้น(พรชิตา ชัยอำนาจ, 2545) และพบว่าโรคอ้วนทำให้เกิดภาวะของการคืออินซูลินทั้งที่กล้ามเนื้อ ตับและเนื้อเยื่อไขมัน และภาวะคืออินซูลินที่ตับมีความสัมพันธ์กับโรคอ้วนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นอกจากนี้ความเสี่ยงของโรคเบาหวานจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 22 กิโลกรัม/ตารางเมตร(Subhashini Yaturu and Sushil K. Jain, 2007) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยมุสลิมที่ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่มีอายุ 40-59 ปี พ.ศ.2547-2549 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มสตรีมุสลิม คิดเป็นร้อยละ 28.49, 29.89 และ 30.78 ตามลำดับ(สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ.2548 ของจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาสประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวมุสลิม พบอัตราป่วยเท่ากับ 518.84, 1829.46 และ 1564.43 /แสนประชากร สัดส่วนการป่วยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีอัตราส่วนระหว่างชายกับหญิงเท่ากับ 1:1.7(ชนิกานต์ สมจารี, 2550)

นอกจากปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ เศรษฐกิจและสังคม เช่น มีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลจากความรู้สึกล้มไม่มีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าคนน้ำหนักปกติ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย อับอายถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ถูกคนอื่นมองแบบตลกขบขัน ทำงานได้ช้า ไม่คล่องแคล่ว ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุของโรคจิตและโรคประสาทได้ง่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาศัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนกับภาวะซึมเศร้าในประเทศแคนาดา ซึ่งพบว่าคนที่มีน้ำหนักมากกว่าปกติจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ ร้อยละ 30-40 ของผู้ที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินจะมีภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในเพศหญิง(Yue Chen et al, 2008) นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอีกด้วยทั้งต้นทุนทางตรง เช่นค่าตรวจวินิจฉัย ค่ารักษา ค่าบริหารจัดการภาวะอ้วนของระบบสุขภาพของชาติ และต้นทุนทางอ้อม เช่นการลดลงของภาคการผลิต

เนื่องจากการหยุดงานจากการเจ็บป่วย ทั้งต่อสังคมส่วนรวมและปัจเจกบุคคลคือตัวผู้ป่วยเอง (Geovanna Turconi and Hellas Cena, 2007) และที่สำคัญรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่เกิดจากความอ้วน (Centers for Disease Control and Prevention, 2010a) เช่นในสหรัฐอเมริกาพบว่า รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งถึงประมาณ 5,160 ล้านดอลลาร์สหรัฐจากประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 274 ล้านคนในปี 1998 (Jia & Lubetkin, 2005) ในประเทศไทยภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 20,000 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 5.1 ของการเสียชีวิตทั้งหมดใน พ.ศ.2547 ทั้งหมด และภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอันดับสองในประชากรหญิงไทย และอันดับหกในประชากรชาย โดยก่อภาระโรคคิดเป็นประมาณร้อยละ 6 และร้อยละ 2 ของภาระโรคทั้งหมดตามลำดับ(ทักษพล ธรรมรังสี และคณะ, 2554)

ภาวะอ้วน คือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันขึ้นมากกว่าปกติ ซึ่งอาจจะทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ การที่มีการสะสมไขมันมากขึ้นอาจจะเนื่องจากร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการใช้ในการดำรงชีวิตให้เป็นไปในภาวะปกติ จึงมีการสะสมพลังงานที่เหลือเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่างๆ เป็นผลให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ปกติ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550) สอดคล้องกับรายงานที่กล่าวว่า ภาวะอ้วน เกิดจากการที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากเกินไป แต่ในขณะเดียวกันมีการใช้พลังงานน้อย (Gopal C. Pain,2007)และภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย หรือเกิดจากความไม่สมดุลในการใช้พลังงาน ซึ่งประกอบด้วย การบริโภคอาหารที่มากเกินไปความต้องการของร่างกายและขาดการออกกำลังกาย (อุบลทิพย์ นนทธีรงค์, 2010)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง วิธีการปฏิบัติตนของบุคคลเกี่ยวกับการบริโภคนิสัยและการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม โดยที่บริโภคนิสัยเป็นแบบแผนการบริโภคอาหารที่บุคคลปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การเลือกชนิดอาหาร การเตรียม รวมทั้งมีการคำนึงถึงวิธีการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง แต่ในขณะเดียวกันก็อาจจะมีปัจจัยอื่นๆที่อาจจะเอื้ออำนวยหรือเป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วนได้ เช่น ปัจจัยอิทธิพลสถานการณ์ทางด้านสังคม ความเชื่อ ศาสนา และวัฒนธรรม เข้ามาเกี่ยวข้อง กับสตรีมุสลิม เช่นในประเทศที่นับถือศาสนาอิสลาม อาจจะมีบริบทที่มีความแตกต่างจากกลุ่มประชากรอื่น ๆ ในเรื่องของบทบาทและวิถีการดำรงชีวิตในสังคม มีอิทธิพลโดยผ่านทางผู้นำศาสนาหรือสมาชิกในครอบครัวและชุมชนที่อยู่อาศัย บทบาทในฐานะของการเป็นภรรยา แม่บ้าน แม่ของลูก วัฒนธรรมการกิน เหล่านี้ที่อาจจะมีแตกต่างจากประชากรอื่นๆ ดังเช่นพบว่า สตรีมุสลิมที่อาศัยอยู่ในชนบทของประเทศเม็กซิโกเมื่อยังไม่สามารถที่จะเข้าถึงกิจกรรมการควบคุมน้ำหนักได้ ศาสนา

ค่านิยม และสังคมที่ผู้ชายมีบทบาทเหนือกว่า ทำให้สตรีเหล่านี้ ต้องดำรงบทบาทการเป็นภรรยา และทำงานอยู่แต่ในบ้าน ดูแลบุคคลในครอบครัว และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรือให้พลังงานสูง (Kumarmishra A., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน ผู้นำศาสนาอิสลามใจจังหวัดปัตตานี 330 คน พบว่า ร้อยละ 99 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (กนกวรรณ จันทร์แดง, 2541)

การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะอ้วนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การลดและการควบคุม เรื่องอาหาร การตั้งเป้าหมาย การทำกิจกรรมทางกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรักษาโดยใช้ยาลดความอ้วน และการรักษาทางเลือกแบบอื่นๆ เช่น การฝังเข็ม โยคะ การสะกดจิต หรือใช้วิธีการทางศัลยกรรม เช่น การดูดไขมัน การใช้คอมพิวเตอร์กระชับกล้ามเนื้อ การอบซาวน่า และการใช้ผลิตภัณฑ์ในการลดน้ำหนักชนิดต่างๆ ที่ยังไม่มียืนยันที่แน่นอนว่าปลอดภัยต่อผู้บริโภค วิธีการที่กล่าวมาเป็นวิธีการลดน้ำหนักตัวในระยะเวลาสั้น ไม่สามารถรักษาระดับของน้ำหนักตัวให้คงอยู่ในระดับที่ยั่งยืนได้ตลอดไป ถ้าผู้ที่มีภาวะอ้วนไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง เป้าหมายหลักของการลดน้ำหนักตัวไม่ใช่การทำให้น้ำหนักลดให้ได้ในระยะเวลาอันสั้น แต่เป็นการรักษาระดับน้ำหนักตัวที่ลดลงไปไม่ให้กลับเพิ่มขึ้นมาอีก (พรชิตา ชัยอำนาจ, 2545)

พื้นที่ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิม มีรูปแบบวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากภาคอื่นๆ ทั้งในเรื่องของประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อและการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่ม การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด โดยที่การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันจะต้องอยู่ในขอบข่ายการอนุวัติในทางศาสนา(หะลาล) และมีคุณประโยชน์ ไม่ปฏิบัติในสิ่งต้องห้าม(หะรอม)หรืออาจจะเลือกปฏิบัติตามประเพณีท้องถิ่นแต่ต้องไม่ขัดแย้งกับบทบัญญัติทั่วไปของอิสลาม เพื่อจะสร้างไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายที่ดี มีจิตใจที่บริสุทธิ์ และถือเป็นการปฏิบัติตามหลักศรัทธาอย่างเคร่งครัด โดยในด้านการรับประทานอาหารอิสลามสนับสนุนให้รับประทานอาหารที่ดี มีประโยชน์ปละมิ สารอาหารครบถ้วน โดยให้รับประทานอาหารแต่ละชนิดสลับผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันไป และให้รับประทานแต่พออิ่ม ไม่สุรุ่ยสุร่าย(ชนิกานต์ สมจารี, 2550) และมีการส่งเสริมให้มุสลิมมีการออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อสร้างไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีการปฏิบัติละหมาดภาคบังคับ(ฟัรดู) และละหมาดสุนนะฮ์(ละหมาดอื่นๆตามวาระ)ตามแบบอย่างของท่านศาสดา ซึ่งในการปฏิบัติละหมาดแต่ละเวลานั้นมีอิริยาบถของการออกกำลังกาย ท่าต่างๆที่เหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย(ชนิกานต์ สมจารี ,2550) และในวัฒนธรรมของอิสลาม ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติตัวของสตรีมุสลิมให้มีความสำรวมในการแต่งกายและการแสดงกิริยา มารยาทเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ทำให้สตรีไทยมุสลิมมีความรู้สึกละอายต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อออกกำลังกาย(ชนิกานต์ สมจารี,2550)

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักนั้นเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสตรีมุสลิมมีพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสม เช่น พบว่า ค่านิยมการรับประทานอาหารพื้นบ้านของชาวไทยมุสลิมภาคใต้ชอบรับประทานอาหารรสจัด เป็นอาหารที่เน้นเครื่องเทศมาก(สุธี, 2547 อ้างใน ชนิกันต์ สมจารี, 2550) และชาวไทยมุสลิมภาคใต้นิยมรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิซึ่งเป็นไขมันอิ่มตัวและอาหารที่ค่อนข้างมันและมีรสจัด (กนกวรรณ, 2541; ศิริอร และ สุดานันท์, 2544 อ้างใน ชนิกันต์ สมจารี, 2550) จากรายงานการวิจัยบทบาทของการบริโภคอุตสาหกรรมอาหารฮาลาลต่อรูปแบบการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมกลุ่มต่างๆในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปมีการบริโภคอาหารทอดสูงที่สุด และอาหารที่ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส มีการบริโภคสูงได้แก่ น้ำมัน เกลือ น้ำปลา คิดเป็นร้อยละ 100 ผงชูรส คิดเป็นร้อยละ 70 น้ำอัดลม คิดเป็นร้อยละ 50 ชา/กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 23.33 และขนมกรุบกรอบ คิดเป็นร้อยละ 23.08 (สุมาลีภา, สุธีรา และอับดุลเลาะ, 2544 อ้างใน ชนิกันต์ สมจารี, 2550) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า แม่บ้านมุสลิมในโซนเมือง ซึ่งมีอาชีพค้าขายมีกิจกรรมทางกายในระดับเบา ส่วนแม่บ้านมุสลิมโซนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมีอาชีพกรีดยางนั้น พบว่า การกรีดยางนั้น เป็นการใช้กล้ามเนื้อบางส่วนของร่างกายมากเกินไป เช่น ใช้กล้ามเนื้อแขนข้างเดียวส่วนใหญ่ในการกรีดยาง การหิ้วถังน้ำยางทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้งานบ่อยมีความแข็งแรง แต่ขณะเดียวกันจะทำให้กล้ามเนื้อตึงและปวดเมื่อย(การिया ยือแระ, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับรายงาน ร้อยละของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป จำแนกตามภาคและเพศ พบว่าผู้หญิงภาคใต้ มีกิจกรรมทางกายยามว่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ซึ่งต่ำที่สุดของประเทศ(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวคือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์และการมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแผน ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ความสัมพันธ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ ปี 2002(Pender, Murdaugh, and Parson, 2002) ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว การที่บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรมมักจะคำนึงถึงประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ จะแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือเสริมแรงบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น ประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดง อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกก็ได้ ความสำคัญของแรงจูงใจในการรับรู้

ประโยชน์ของการกระทำจะเป็นตัวสนับสนุนหลัก การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้ง โดยทางตรงและทางอ้อม(Pender , Murdough, and Parson, 2002) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพการควบคุมน้ำหนักตัว มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมด้านการ บริโภค และจากการศึกษาของอุบลทิพย์ นนทน์รงค์(2553) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ ต่อกิจกรรมทางกายโดยรวมของสตรีมุสลิมผู้ประกอบอาชีพค้าขายในตลาดสดอยู่ในระดับสูง ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนจิตร์ ภักดีพรหมที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทาง บวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .621$) ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของ สตรีมุสลิมในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลในการควบคุมน้ำหนัก ตัว อุปสรรคอาจเกิดจากความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือเกิดขึ้นจริงก็ได้ อุปสรรคเหล่านี้ได้แก่ ความยาก ลำบาก ความไม่สะดวก มีค่าใช้จ่าย มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ หรือใช้เวลาในการปฏิบัติมากเกินไป บ่อยครั้งที่อุปสรรคทำให้การปฏิบัติต้องหยุดไป หรือก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ไม่ปฏิบัติเป็น อย่างมาก(Pender, Murdaugh, and Parson, 2002) จากการศึกษาของอุบลทิพย์ นนทน์รงค์(2553) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคต่อกิจกรรมทางกายโดยรวมของสตรีมุสลิมผู้ประกอบอาชีพ ค้าขายในตลาดสดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดือนจิตร์ ภักดีพรหม พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความ สัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .334$) ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรม ควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่น้ำหนักตัวเกินในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก ตัว เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด การรับรู้ความสม ารถและทักษะของตนเองเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรม เฉพาะที่เห็นว่ามี คุณค่าและมีเป้าหมายสำหรับตนเองมากกว่า การรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถและทักษะการรับรู้ ความสามารถของตนเองสูง จะทำให้การรับรู้อุปสรรคต่ำ(Pender, Murdaugh and Parson, 2002) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมี ความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมบริโภค สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม ที่พบว่า การรับรู้ความ สามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง(เดือนจิต ภักดีพรหม, 2548)

อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว คือ ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ ตรงกับความจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมต้นแบบ(Pender, Murdaugh and Parson, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของชนธรรณ์ เก็บไว้(2549) พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ชุมชนในภาคใต้ของไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .26$) ดังนั้น อิทธิพลระหว่าง บุคคลน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มี น้ำหนักเกินในภาคใต้ตอนล่าง

อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว พบว่า สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกและน่าสนใจเป็นสิ่งที่ต้องการสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน(Pender, Murdaugh and Parson, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของชนธรรณ์ เก็บไว้ พบว่า อิทธิพลด้าน สถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของไทย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36$) ดังนั้น อิทธิพลด้านสถานการณ์น่าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ในภาคใต้ตอนล่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการศึกษาพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของผู้ที่มี ภาวะอ้วนในประเทศไทย พบว่าได้มีการศึกษามากแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่ม ประชากรที่เป็นเด็กนักเรียนและวัยรุ่น สำหรับในกลุ่มประชากรที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่ทำการศึกษา ภายใตแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(Pender, Murdaugh and Parson,2002) นั้น ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้ เช่น การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน การควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานครของทริกา คำสม (2547) ซึ่งเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งพบว่าพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับพอใช้ การรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน

การควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05($r=.145$ และ $.503$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($r=-.405$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวได้ร้อยละ 32.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ธนธรรณ เก็บไว้(2549) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .22, .81$) และชนิกานต์ สมจรรย์(2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงโดยศึกษาปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคามของความดันโลหิตสูง บรรทัดฐานหรือค่านิยมวัฒนธรรมอิสลาม และการรับรู้ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .59

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ภายใต้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(Pender, Murdaugh and Parson,2002) เนื่องจากพบว่าแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวสามารถที่จะอธิบายปรากฏการณ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมในพื้นที่ภาคใต้นั้นยังมีน้อย ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของนั้นมี เช่น การศึกษาถึงการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการทำกิจกรรมทางกายของแม่ค้ามุสลิมในตลาดสดในเขตอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานีของอุบลทิพย์ นนทณรงค์(2553) และการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ตำบลปากพะยูน ของฉลวย เหลาะหมาน (2548) และชนิกานต์ สมจรรย์ (2550) ที่ศึกษาพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงโดยศึกษาปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ภาวะคุกคามของความดันโลหิตสูง บรรทัดฐานหรือค่านิยมวัฒนธรรมอิสลาม และการรับรู้ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นการศึกษาที่มีลักษณะเฉพาะพื้นที่และไม่ใช่การศึกษาพรอมของสตรีมุสลิมส่วนใหญ่ในภาคใต้ตอนล่าง และที่สำคัญยังไม่พบว่ามียางานการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างเป็นการเฉพาะ

ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างในประเด็นสุขภาพที่ครอบคลุมปัจจัยหลายๆอย่างที่เกี่ยวข้อจึงเป็นสิ่งจำเป็นและน่าสนใจ สืบเนื่องจากพื้นที่ภาคใต้เป็นพื้นที่ที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว มีความแตกต่างกับภาคอื่นๆของประเทศ ทั้งในเรื่องของภูมิศาสตร์ ศาสนา วัฒนธรรม และตลอดจนวิถีการดำรงชีวิตต่าง ๆ โดยเฉพาะศาสนาเป็นที่ทราบกันดีว่า ประชาชนส่วนใหญ่ในภาคใต้นับถือศาสนาอิสลาม ดังนั้น ในการดำเนินชีวิตต่างๆจะต้องมีบทบัญญัติศาสนาอิสลามเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นแนวทางที่ผู้ที่เป็นมุสลิมจะต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด มุสลิมทุกคนมีความผูกพันอยู่กับศาสนาตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการใช้ชีวิตในสังคม ครอบครัว การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะสตรีมุสลิมที่ศาสนาอิสลามได้กำหนดหลักการปฏิบัติที่เคร่งครัดในการดำเนินชีวิต ตั้งแต่ในเรื่องของการแต่งกายที่จะต้องมิดชิดและจะต้องคลุมศรีษะ(ฮิญาบ) ตลอดเวลา การที่จะต้องระมัดระวังในการแสดงออกทางสังคมให้มีความเหมาะสม เหล่านี้ดูเหมือนว่าสตรีมุสลิมจะมีข้อจำกัดมากกว่าผู้ชาย จึงอาจจะทำให้สตรีมุสลิมไม่สะดวกในการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น การทำกิจกรรมในการออกกำลังกาย การขาดโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้อาจจะเป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิมก็เป็นได้ ซึ่งการควบคุมอาหารยังเป็นปัญหาเฉพาะที่แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและแบบแผนการบริโภค ซึ่งในศาสนาอิสลามได้กล่าวถึงวัฒนธรรมการบริโภคไว้ว่าการบริโภคอาหารเป็นแบบอย่างประการหนึ่งที่ทำให้มุสลิมแตกต่างไปจากศาสนิกอื่น(เสาวนีย์ จิตหมวด, 2535: 193-203 อ้างใน เตือนจิตร ภักดีพรหม, 2545) ซึ่งมุสลิมส่วนใหญ่จะปฏิบัติตามบทบัญญัติอย่างเคร่งครัด ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพได้

จากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัดปัตตานี ของ กนกวรรณ จันทรแดง(2541) พบว่าผู้นำศาสนามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 73 คือส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารรสเค็ม รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน และมักปรุงให้อาหารมีรสหวาน อีกทั้งความเชื่อทางด้านสุขภาพของชาวมุสลิมนั้นเชื่อว่าภาวะการเจ็บป่วยนั้นเป็นความประสงค์ของพระเจ้าเป็นผู้กำหนดสถานะต่างๆเป็นผู้ทรงให้เกิดและตาย ดังนั้นไม่มีใครเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ถูกกำหนดลงมาได้(ไหมสะหะเราะ บิลมะหะหมัด, 2530 อ้างใน เตือนจิตร ภักดีพรหม, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ค่านิยมท้องถิ่นมีอิทธิพลต่อวิถีชีวิตประจำวันมาก ทำให้การสนองตอบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมซึ่งมิให้เห็นได้ไม่บ่อยนัก โดยเฉพาะการรับประทานอาหารและการดื่ม ซึ่งค่านิยมรับประทานอาหารพื้นบ้านของชาวไทยมุสลิมภาคใต้ชอบรับประทานอาหารรสจัดเน้นเครื่องเทศมาก(สุธี, 2547 อ้างใน ชนิกันต์ สมจารี, 2550) และนิยมรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ ซึ่งเป็นไขมันประเภทอิ่มตัวและเป็นอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัด

(ชนิกันต์ สมจารี, 2550) ได้แก่มะตะบะ ไก่กอกและ ข้าวหมกไก่ ข้าวหมกแพะ นาซิดาแม (ข้าวมันที่หุงโดยใช้ข้าวเจ้าและข้าวเหนียวเป็นส่วนผสม) นาซีมีเยาะ(ข้าวมันที่หุงด้วยน้ำมันเจียวด้วยเครื่องเทศ) แกงมัสมั่นเนื้อ แกงกะทิไข่ ฯลฯ ซึ่งเป็นอาหารท้องถิ่นมุสลิม จากรายงานการวิจัยบทบาทของการบริโภคอาหารอฮาลาลต่อรูปแบบการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมกลุ่มต่างๆ ในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่า ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปบริโภคอาหารทอดสูงที่สุด และอาหารที่ชาวไทยมุสลิมในจังหวัดยะลา บัตตานีและนราธิวาสมีการบริโภคสูงได้แก่ น้ำมัน เกลือ น้ำปลา คิดเป็นร้อยละ 100 ผงชูรสคิดเป็นร้อยละ 70 น้ำอัดลมคิดเป็นร้อยละ 50 ชา กาแฟ คิดเป็นร้อยละ 23.33 ขนมกรุบกรอบคิดเป็นร้อยละ 23.08 (ชนิกันต์ สมจารี, 2550)

จากการที่มีโครงการคนไทยไร้พุงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งเป็นโครงการที่ดำเนินโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพที่ถูกต้องและมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนสามารถลดหรือควบคุมน้ำหนัก ด้วยการส่งเสริม ทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2551) เนื่องมาจากการเล็งเห็นความสำคัญของผลกระทบที่ตามมาจากการมีภาวะอ้วน และเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ให้ลดน้อยลงจากการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว ส่วนใหญ่แล้วเป็นการประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชนได้รับรู้และมีความความตื่นตัวได้เพียงระดับหนึ่ง และยังพบว่าจำนวนสตรีมุสลิมส่วนใหญ่ยังมีระดับน้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ปกติและมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนสูงขึ้น ดังนั้น การส่งเสริมให้สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวโดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งจำเป็น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักสตรีมุสลิมที่มีความจำเพาะหรือมีความแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ อันเนื่องมาจากความเชื่อ ศาสนา ประเพณีและวัฒนธรรมทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การค้นพบปัจจัยดังกล่าวจะนำไปสู่การสร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างและศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นการวางแผนการกระทำกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวด้านปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์และการมีความมุ่งมั่นการวางแผนการกระทำของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับใด

3. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นการวางแผนการกระทำมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง หรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเอาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะปี 2002 (Pender, Murdaugh and Parson, 2002) เป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแบบจำลองดังกล่าวอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับปัจจัยหลัก 3 ด้าน คือ ประสิทธิภาพและลักษณะเฉพาะของบุคคล ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะปี 2002 นั้น ประกอบไปด้วย 6 มิติ คือ ความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมด้านการบริโภค กิจกรรมทางกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยในการควบคุมน้ำหนักตัว ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว การที่บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรม มักจะคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำจะแสดงออกทางจิตโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือเสริมแรงบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ในทฤษฎี Expectancy-value ผลของประสิทธิผลที่เกิดขึ้นในอดีตหรือจากการเรียนรู้โดยการสังเกตการณ์กระทำของบุคคลอื่นจะเป็นพื้นฐานของแรงจูงใจที่สำคัญต่อการรับรู้

ผลประโยชน์ที่เคยได้รับมาก่อน การศึกษาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ความคาดหวัง ความสำคัญของประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมในอดีตนั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงจูงใจต่อพฤติกรรมทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านระดับความมุ่งมั่นการวางแผนการกระทำไว้ จะเข้าสู่การกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพการลดน้ำหนักโดยเป็นผลประโยชน์จากประสบการณ์ในอดีต การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมด้านการบริโภค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเตื่อนจิตร ภัคตีพรหม(2545)ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$)

2.การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจเกิดจากความรู้สึกรู้สึกผิดหรือเกิดขึ้นจริง อุปสรรคเหล่านี้ได้แก่ความยากลำบาก ความไม่สะดวก มีค่าใช้จ่าย มีความยุ่งยากในการปฏิบัติหรือใช้เวลาในการปฏิบัติมากเกินไป ในขณะที่บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงและมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติก็จะเกิดขึ้นได้มากกว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นหยุดชะงัก จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมด้านการบริโภคของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เช่น การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.68$)และ การศึกษาของทาริกา คำสม(2547)พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และจากการศึกษาของเตื่อนจิตร ภัคตีพรหม(2545) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง

3.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำได้ในระดับใด การรับรู้ความสามารถและทักษะของตนเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะที่เห็นว่ามีความคุ้มค่าและมี

เป้าหมายสำหรับตนเองมากกว่า การรับรู้ว่าคุณมีความสามารถและทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะทำให้การรับรู้อุปสรรคต่ำ จากการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมทางด้านการบริโภค เช่นการศึกษาของทาริกา ค้ำสม(2547) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวได้ร้อยละ 32.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของเตอนจิตร ภักดีพรหม(2545) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

4.อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก อิทธิพลระหว่างบุคคลคือความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือครอบครัว กลุ่มเพื่อนและบุคลากรทางการแพทย์ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วยบรรทัดฐานของสังคม การสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากผู้อื่น โดยผ่านการสังเกตการณ์กระทำพฤติกรรมนั้นๆ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลประโยชน์โดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนธรณ์ เก็บไว้(2549) พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .26$) ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลน่าจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกินในภาคใต้ตอนล่าง

5.อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก การรับรู้ ความรู้และความเข้าใจของบุคคลในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมสามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการและในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการเสนอว่าควรเกิดขึ้น ณ สถานที่นั้น สิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกและน่าสนใจเป็นสิ่งที่ต้องการสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน เช่น ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล เช่น สนามกีฬา และความสะดวกในการใช้สถานที่ในการเล่นกีฬา(สร้อยรัตน์ พลอินทร์, 2542 อ้างในทาริกา ค้ำสม, 2547)

สมมติฐานการวิจัย

จากแนวคิดดังกล่าวจึงสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง
2. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง
3. อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และอาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีมุสลิมที่มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi-stage Random Sampling) ได้แก่ตำบลแหลมสน อำเภอละงู จังหวัดสตูล และตำบลคลองเฉลิม อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

ตัวแปรที่ศึกษา

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
2. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
4. อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
5. อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
6. ความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว
7. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. **พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก** หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่กระทำเพื่อคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ในด้านการบริโภค และการออกกำลังกาย ที่ถือปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

2. **พฤติกรรมกรรมการบริโภค** หมายถึง การมีพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำจนเกิดเป็นนิสัย เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเลือก การเตรียมและสุขนิสัยในการบริโภคอาหาร โดยอาจจะได้รับหรือมีความแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมของแต่ละที่

3. **พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย** หมายถึง การกระทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย อวัยวะ กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อต่างๆจนถึงขนาดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันหรืออาจเป็นกิจกรรมที่มีแบบแผน โดยปฏิบัติอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ประมาณ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์

4. **การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว** หมายถึง การรับรู้ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนเกี่ยวกับผลของการกระทำที่เป็นไปตามที่มุ่งหมายและเป็นผลดีจากการปฏิบัติเพื่อการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ

4.1 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านร่างกาย หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนว่าทำให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉงและสามารถป้องกันโรคได้

4.2 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านจิตใจ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนว่าทำให้มีความเชื่อมั่นและเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

4.3 การรับรู้ประโยชน์ด้านเศรษฐกิจ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนว่า ช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลจากโรคหรือค่าใช้จ่ายในการลดน้ำหนัก

4.4 การรับรู้ประโยชน์ด้านสังคม หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนว่าการมีน้ำหนักตัวปกติทำให้กล้าออกสังคมมากหรือเป็นที่สนใจของผู้อื่นมากขึ้น

4.5 การรับรู้ประโยชน์ทางด้านศาสนา หมายถึง การรับรู้ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนว่า การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกตินั้นทำให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรค ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาอิสลามในการดูแลสุขภาพร่างกาย(ซึ่งเป็นของขวัญจากพระเจ้า)ให้แข็งแรงอยู่เสมอ

5. **การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งกีดขวางหรือสิ่งที่เป็นความลำบากของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ด้าน คือ

5.1 การรับรู้อุปสรรคด้านเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักซึ่งอาจจะเป็นความรู้สึกทางบวกหรือลบ

5.2 การรับรู้อุปสรรคด้านชนิดของอาหาร หมายถึง การรับรู้ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่เกี่ยวกับรสชาติ สีกลิ่นและส่วนประกอบของอาหารว่าไม่น่ารับประทาน

5.3 การรับรู้อุปสรรคด้านเวลา หมายถึง หมายถึง การรับรู้ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่เกี่ยวกับเวลาในการเตรียมอาหารหรือออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก

5.4 การรับรู้อุปสรรคด้านความไม่สะดวก หมายถึง การรับรู้ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนเกี่ยวกับความไม่สะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สถานที่ในการออกกำลังกาย เป็นต้น

5.5 การรับรู้อุปสรรคด้านการปฏิบัติตามหลักศาสนา หมายถึง การรับรู้ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังกาย ความเป็นสัดส่วนชายหญิงและการแต่งกายในการออกกำลังกาย

6. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวว่าสามารถกระทำได้ ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถสามารถปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านบริโภคนิสัยที่เหมาะสม และสามารถหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธพฤติกรรมการบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสม และความสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางกายต่างๆที่เหมาะสมได้ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ

6.1 ด้านการบริโภคนิสัย หมายถึง ความสามารถของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคนิสัยที่เหมาะสมได้

6.2 ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง ความสามารถของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในการปฏิบัติการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกายต่างๆเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

7. อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ที่ทำให้สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก เช่น บุคคลในครอบครัว กลุ่มเพื่อนๆ และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ ด้านบรรทัดฐานของสังคม ด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านการเป็นแบบอย่าง

8. อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว หมายถึง ความคิดของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนต่อสถานการณ์ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

8.1 ด้านการรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม หมายถึง โอกาสหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งจะสนับสนุนหรือขัดขวางพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน เช่น การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ทางวิทยุ โทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก

8.2 ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ หมายถึง สิ่งต่างๆที่สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนต้องการได้รับการสนับสนุนเพื่อการควบคุมน้ำหนักตัว เช่น มีการรวมกลุ่มเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว การมีผู้นำในการทำกิจกรรม

8.3 ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพการณ์หรือสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวที่จะสนับสนุนหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ซึ่งได้แก่สถานที่ในการออกกำลังกาย อุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ

9.ความมุ่งมั่นการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง ความตั้งใจของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่จะต้องกำหนดกลวิธี แนวทาง และเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอันจะนำไปสู่การมีน้ำหนักตัวที่ปกติ ซึ่งประกอบไปด้วย 2 ด้าน ดังนี้

1. ข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ หมายถึง การที่สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีความรู้ความเข้าใจในข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะในเวลา สถานที่และบุคคลที่กำหนด

2. ยุทธวิธีที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ หมายถึง การวางแผนกำหนดยุทธวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นการเฉพาะเพื่อควบคุมน้ำหนัก

10.สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร และอาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ได้ถูกต้อง เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของศาสนา สังคมวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของสตรีมุสลิมในภาคใต้ตอนล่าง ดังนี้

1. เป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักในสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
2. เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักในกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในประเด็นที่เกี่ยวข้องและมีความซับซ้อนมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และความมุ่งการวางแผนการปฏิบัติกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง โดยได้ทบทวนแนวคิดเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ภาวะอ้วน

- 1.1 ความหมายของภาวะอ้วน
- 1.3 สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน
- 1.4 การวินิจฉัยและการประเมินภาวะอ้วน
- 1.5 ผลกระทบที่เกิดจากภาวะอ้วน

2. พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

- 2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย
- 2.3 การประเมินพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

3. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

5. ศาสนาอิสลามกับสุขภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ภาวะอ้วน (Obesity)

ภาวะอ้วน (Obesity) เป็นภาวะความผิดปกติของร่างกายที่มีการสะสมของไขมันมากเกินไป ซึ่งภาวะอ้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆตามมา

อีกมากมาย และนอกจากส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายแล้ว ภาวะอ้วนยังส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ จิตใจ และเศรษฐกิจของผู้ป่วยอีกด้วย อันจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะอ้วนนั้นลดลง ดังนั้นการทำความเข้าใจต่อภาวะอ้วนให้ลึกซึ้งและถี่ถ้วนจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ได้ให้ความหมายของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนไว้ ดังนี้

1.1 ความหมายของภาวะอ้วน(Obesity)

ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน(Overweight) หมายถึง การมีระดับไขมันในร่างกายมากกว่าปกติ โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้ คือ มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ถือว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน แต่ถ้าค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับหรือมากกว่า 30 จึงจัดว่าอ้วน (Centers for Disease Control and Prevention, 2010b) แต่สำหรับคนไทยกำหนดไว้ดังนี้ คือ ภาวะบุคคลที่มีค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index : BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตรถือว่ามีภาวะอ้วน (Kantachuvessiri, 2005) โ

ภาวะอ้วน หมายถึง ความผิดปกติจากการมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน เนื่องจากร่างกายมีภาวะไขมันสะสมตามส่วนต่างๆ มากเกินกว่าปกติ สาเหตุสำคัญของโรคอ้วนเกิดจากการที่มนุษย์ใช้พลังงานน้อยกว่าที่ได้รับจากการรับประทานอาหาร พลังงานที่ได้จึงมากเกินความต้องการในแต่ละวัน ทำให้ร่างกายเก็บสะสมพลังงานส่วนเกินไว้ในรูปไขมันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย (จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงศ์, 2001)

ภาวะอ้วน(Obesity) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมากกว่าปกติ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเมตาบอลิก และโรคไม่ติดต่อกันอื่นๆ(Debasis bagchi and Harry G.Preuss, 2007)

ภาวะอ้วน(Obesity) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร(เกณฑ์กำหนดสำหรับชาวเอเชีย(WHO, 2000)

ภาวะอ้วน คือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากขึ้นกว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ การที่มีการสะสมไขมันมากขึ้นอาจจะเนื่องจากร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการใช้ดำรงชีวิตให้เป็นไปในภาวะปกติ จึงมีการสะสมพลังงานที่เหลือเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่างๆเป็นผลให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ปกติ อย่างไรก็ตามการสะสมของไขมันในร่างกายยังต้องพิจารณาถึงบริเวณของการสะสมไขมันด้วย เพราะปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆจะขึ้นอยู่กับบริเวณของการสะสมไขมันในร่างกาย เช่น การสะสมไขมันบริเวณท้องที่เรียกว่า android obesity มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิด โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจมากกว่าการที่มีการสะสมไขมันบริเวณสะโพก(Gynoid obesity) (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2552)

ภาวะอ้วน เป็นโรคที่มีปริมาณไขมันในร่างกาย(body fat) มากกว่าปกติ นอกจากนี้การกระจายตัวของไขมันในร่างกาย(body fat distribution) ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีต่อสุขภาพ ภาวะอ้วนที่มีผลร้ายต่อสุขภาพมีอยู่ 3 ประเภท(วิชัย ตันไพจิตร,2539 อ้างใน พรชิตา ชัยอำนาจ, 2545) ดังนี้ คือ

1.ภาวะอ้วนทั้งตัว (overall obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไขมันทั่วทั้งร่างกายมากกว่าปกติ โดยไขมันที่เพิ่มขึ้นมิได้จำกัดอยู่ที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งโดยเฉพาะ

2.ภาวะอ้วนลงพุง (visceral obesity; abdominal obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไขมันของอวัยวะในช่องท้องมากกว่าปกติ โดยอาจจะมีไขมันใต้ผิวหนัง(subcutaneous fat) บริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้นด้วย

3.ภาวะอ้วนทั้งตัวร่วมกับภาวะอ้วนลงพุง(combined overall and abdominal obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากเป็นโรคอ้วนทั้งตัวแล้วยังเป็นโรคอ้วนลงพุงร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับความหมายของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พอจะสรุปได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index : BMI)มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม และภาวะอ้วนหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI)มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร(WHO, 1998 อ้างใน Aree kanntachuvessiri, 2005)

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดถือค่าดัชนีมวลกายสำหรับชาวเอเชียที่ได้มีการกำหนดเกณฑ์ของภาวะน้ำหนักเกินไว้ที่ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กก./ตารางเมตร และภาวะอ้วน ≥ 25 กก./ตารางเมตร (WHO, 2000) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ใช้กำหนดสำหรับชาวยุโรป เนื่องจากมีข้อมูลการศึกษาจากชาวจีนที่อยู่อาศัยในฮ่องกง สิงคโปร์และชาวอินเดียที่อาศัยอยู่ในเกาะมาริเชียส พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงเมื่อมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตรอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ(Aree kantachuvessiri, 2005)

อัตราความชุกของภาวะอ้วนของสตรีมุสลิมในประเทศแถบเอเชีย นั้น พบว่าอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างสูง(เมื่อใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ตารางเมตร) เช่น ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบร้อยละ 46 ประเทศคูเวต ร้อยละ 44 สหรัฐอาหรับเอมิเรต ร้อยละ 46.5 อิหร่าน ร้อยละ 42 และประเทศมาเลเซีย ร้อยละ 7.6 (ร้อยละ 21.4 เมื่อใช้ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 25-29.99) สำหรับอัตราความชุกของภาวะอ้วนในสตรีมุสลิมในประเทศไทยนั้นยังไม่มีรายงานที่แน่ชัด แต่จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 ในผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร พบว่า ผู้หญิงมีภาวะอ้วนร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของอุบลทิพย์ นนทร์รงค์(2553)ที่ศึกษาปัจจัยการรับรู้ประโยชน์

การรับรู้อุปสรรคต่อกิจกรรมทางกายของสตรีมุสลิมผู้ประกอบอาชีพค้าขายในตลาดสด พบว่า ร้อยละ 43.75 มีภาวะอ้วน

1.2 สาเหตุและปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน เป็นภาวะที่มีโภชนาการเกิน ที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ปัจจัยทางด้านชีววิทยา พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางด้านประชากร เช่น ประวัติครอบครัว เชื้อชาติ และเพศ (Sanjiv Agarwal, 2007) สอดคล้องกับรายงานที่พบว่า ระดับของความอ้วนมีความแตกต่างกันซึ่งขึ้นอยู่กับชาติพันธุ์ต้นกำเนิด(Giovana Turconi and Hellas Cena , 2007)

สาเหตุและปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะอ้วน สามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้(พรชิตา ชัยอำนาจ,2545)

1.2.1 ลักษณะของรูปร่างสรีระทำให้มีจำนวนไขมันที่แตกต่างกันคือ

1.2.1.1 คนที่มีรูปร่างแบบ Endomorphy จะมีไขมันมากกว่ากล้ามเนื้อ

1.2.1.2 คนที่มีรูปร่างแบบ Mesomorphy จะมีกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อ

เกี่ยวพันมากที่สุด

1.2.1.3 คนที่มีรูปร่างแบบ Ectomorphy จะมีกล้ามเนื้อ ผอม เรียวยาวและ

ไขมันน้อย

1.2.2 ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป เกิดการสะสมของพลังงานส่วนใหญ่แปรรูปไปเป็นไขมันทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรืออ้วนขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากภาวะจิตใจหรืออารมณ์เฉพาะตัวของบุคคล ประกอบกับวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามามีอิทธิพลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มักชอบรับประทานอาหารจานด่วน(fast food) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารจำพวกแป้งและไขมัน มีเส้นใยจากอาหารน้อย ถ้ารับประทานเป็นประจำจะทำให้เสี่ยงต่อการมีภาวะน้ำหนักเกินและเกิดโรคต่างๆซึ่งความไม่สมดุลกันระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปมีสาเหตุมาจากปัจจัยสำคัญ ดังนี้

1.2.2.1 พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การมีพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำจนเกิดเป็นนิสัยเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเลือก การเตรียมและสุขนิสัยในการบริโภคอาหาร โดยอาจจะได้รับหรือมีความแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมของแต่ละที่ เช่น ชุมชนมุสลิมในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งมีความแตกต่างในเรื่องของภูมิศาสตร์ สิ่งแวดล้อม สังคม ศาสนา วัฒนธรรมและวิถีการดำรงชีวิต อันทำให้นิสัยการบริโภคมีความแตกต่างไปจากที่อื่นๆทั้งในเรื่องของการเลือก การเตรียม ส่วนประกอบ ประเภทของอาหารและที่สำคัญก็คือ ความชอบในชนิดของอาหาร ซึ่งมีรายงานพบว่า ความชุกของความอ้วนไม่เพียงแต่สัมพันธ์กับผลผลิตของประชาชาติ แต่ยังสัมพันธ์กับการบริโภคไขมันของประชาชาติอีกด้วย (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาที่ พบว่า ชาวมุสลิมในภาคใต้ชอบรับประทานอาหารประเภท

เนื้อสัตว์ อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิซึ่งเป็นไขมันอิ่มตัวและเป็นอาหารที่ค่อนข้างมันและรสจัด ชอบรับประทานข้าวหมกไก่ ข้าวหมกแพะ นาซิดาแม (ข้าวมันที่หุงโดยใช้ข้าวเจ้าและข้าวเหนียวเป็นส่วนผสม) นาซิมิเยาะ(ข้าวมันที่หุงโดยใช้น้ำมันเจียวกับเครื่องเทศ) แกงมัสมั่นเนื้อ แกงกะทิไข่ปลาซึ่งเป็นอาหารมุสลิม(ชนิกานต์ สมจารี, 2550)

1.2.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย(Physical activity) เป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อมัดต่างๆ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในระดับเบา ปานกลาง หรือหนัก ที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน หรืออาจเป็นกิจกรรมที่วางแผนไว้ อย่างเช่น การออกกำลังกายประเภทต่างๆ ดังนั้นสาเหตุของการมีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ส่วนหนึ่งก็มาจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เกิดความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 พบว่า ร้อยละของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไป จำแนกตามภาคและเพศ พบว่าผู้หญิงภาคใต้ มีกิจกรรมทางกายยามว่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ซึ่งต่ำที่สุดของประเทศ(รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552)

1.2.3 ยาและฮอร์โมน มีผลให้รับประทานอาหารมากขึ้นและอ้วนได้แต่อ้วนแบบผิดปกติ จะมีไขมันพอกที่คอลักษณะเป็นโหนกขึ้น ยาพวกนี้ทำให้เกิดโรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน

1.2.4 กรรมพันธุ์ การถ่ายทอดจากพันธุกรรมโดย autosomal recessive or chromosomal เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยที่ส่งผลให้อ้วนได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยากและมีอิทธิพลต่อการมีภาวะโภชนาการเกินประมาณร้อยละ 30-35 (Chagnon, Perusse, Bouchard cited in Atkinson, 1999 อ้างใน ครุณี คลรรัตนภัทร, 2545)เด็กฝาแฝดไข่ใบเดียวกันเมื่อแยกเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่ต่างกันและให้การเลี้ยงดูโดยบิดามารดาบุญธรรม เมื่อโตขึ้นเด็กมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักตัวใกล้เคียงกัน และน้ำหนักยังมีแนวโน้มที่ใกล้เคียงกับบิดามารดาที่แท้จริงอีกด้วย (Stunkard, Harris, Pederson & Maleson, 1990 อ้างใน ครุณี คลรรัตนภัทร, 2545)กรรมพันธุ์ยังมีผลต่อพลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐาน โดยพบว่าเด็กที่ที่ต้องการขึ้นพื้นฐานต่ำจะมีโอกาสน้ำหนักเพิ่มได้มากกว่าเด็กที่มีพลังงานที่ต้องการพื้นฐานสูง นอกจากนี้บุคคลที่มีภาวะโภชนาการเกินจะมีอินที่ให้อ้วน โดยที่อินนี้จะมีโปรตีนเลปติน(Leptin) ซึ่งมีผลในการกระตุ้นไฮโปทาลามัสให้เกิดความอยากอาหารมากขึ้น และมีการเก็บสะสมไขมันไว้ในร่างกายมากขึ้น รวมทั้งบุคคลที่มีรูปร่างเป็น endomorph คือมีลักษณะกลมมน เนื้อนุ่ม ไขมันกระจายอยู่ทั่วร่างกายโดยเฉพาะสะโพกและต้นขา มีแนวโน้มที่จะมีภาวะโภชนาการเกินมาก(Cataldo, Debrugne, & Whitney, 1999 อ้างใน ครุณี คลรรัตนภัทร, 2545)

1.2.5 การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่จะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2-3 กิโลกรัม พบได้ร้อยละ 80 ของผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ แต่ร้อยละ 13 ของเพศหญิง และร้อยละ 10 ของเพศชายที่เลิกสูบบุหรี่น้ำหนักอาจเพิ่ม 12-13 กิโลกรัม ซึ่งน้ำหนักที่เพิ่มหลังการหยุดสูบบุหรี่จะลดได้ค่อนข้างยาก เพราะสาเหตุจากการเลิกสูบบุหรี่จะมีการลดการใช้พลังงานของร่างกายถึง 100 กิโลแคลอรี/วัน ร่วมกับการรับประทานอาหารมากขึ้น

1.2.6. เพศ จากรายงานการศึกษาพบว่า อัตราความชุกของคนที่มือน้ำหนักเกินและอ้วนในเพศหญิงเพิ่มขึ้น โดยปกติทั่วไปผู้หญิงจะมีปริมาณไขมันมากกว่าผู้ชายอยู่แล้ว ประกอบกับการมี Basal metabolic rate (BMR) และการใช้พลังงานในแต่ละวันน้อยและมีความเกี่ยวข้องกับกิจกรรมการทำอาหารมากกว่าผู้ชาย ซึ่งทำให้มีแนวโน้มว่าเพศหญิงจะมีอัตราการมีน้ำหนักเกินมากกว่าเพศชาย (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2552) นอกจากนี้เซลล์ไขมันในเพศหญิงยังมีมากกว่าเพศชาย และมีอัตราส่วนระหว่างเนื้อต่อไขมันในเนื้อเยื่อน้อยกว่าธรรมชาติ จึงทำให้อัตราการใช้พลังงานขึ้นพื้นฐานน้อยกว่า เนื่องจากกล้ามเนื้อใช้อัตราการใช้พลังงานมากกว่าไขมัน จึงทำให้เพศหญิงมีน้ำหนักเพิ่มได้ง่ายกว่าเพศชาย และเพศหญิงมีแนวโน้มในการผันพลังงานส่วนเกินไปเป็นไขมันมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายมีการใช้พลังงานส่วนเกินนี้เพื่อการสังเคราะห์โปรตีน ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวนี้ทำให้เพศหญิงมีไขมันในร่างกายเพิ่มมากขึ้น(วิชัย ต้นไพจิตร, ปรียา ลีพหกุล, และรัตนา พากเพียรกิจวัฒนา, 2544x อ่างใน ดรุณี คลรตันภัทร, 2545)

1.2.7.อายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงเมื่ออายุมากขึ้นมักมีโอกาสน้ำหนักจะเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพที่เสื่อมลง การทำหน้าที่ของเซลล์และอวัยวะต่างๆเสื่อมลง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ความต้องการพลังงานขึ้นพื้นฐานลดลง รวมทั้งการเผาผลาญพลังงานในร่างกายก็ลดลงด้วย คือมีกระบวนการในการนำสารอาหารในร่างกายออกมาใช้น้อย ในอายุ 20 – 39 ปี จะมีการเปลี่ยนแปลงพลังงานน้อยมาก แต่เมื่ออายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงพลังงานที่ใช้ในร่างกายในทางที่ลดลง ในกลุ่มอายุ 40 – 59 ปี พลังงานที่ควรจะได้รับจะลดลงร้อยละ 5 ของทุก 10 ปี(ดรุณี คลรตันภัทร, 2545)

ในกลุ่มผู้ใหญ่วัยกลางคน เมื่อมีอายุมากขึ้นการใช้พลังงานของร่างกายจะลดลงเนื่องจากพลังงานที่ต้องการขึ้นพื้นฐานลดลง กระบวนการสลายสารอาหารเพื่อนำสารอาหารในร่างกายออกมาใช้ลดลง(ดรุณี คลรตันภัทร, 2545)) แต่หากการบริโภคอาหารยังคงเป็นปกติเท่าเดิมหรือมากกว่าเดิม จึงมีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ง่าย นอกจากนี้เมื่อต้องมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้นทั้งงานในอาชีพและในครอบครัว มีฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น สามารถซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับตนเองได้มากขึ้น เช่น รถยนต์ เครื่องซักผ้า ทำให้โอกาสในการใช้พลังงานน้อยลง

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนดังที่กล่าวมานี้ อาจมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล การที่จะบอกได้ว่าบุคคลใดมีน้ำหนักเกินมาตรฐานหรือไม่นั้น จำเป็นจะต้องมีเกณฑ์การวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ ซึ่งการวินิจฉัยแต่ละวิธีนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของสถานการณ์นั้น

1.3 การวินิจฉัยภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน หรือที่เรียกว่า ภาวะโภชนาการเกินตามหลักสากล อาจจำแนกได้เป็นหลายระดับตามอัตราส่วนของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูง หรือดัชนีความหนาของร่างกาย(body mass index: BMI) การจำแนกระดับความอ้วนในเด็กและวัยรุ่นทำได้ค่อนข้างยาก เพราะมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึง คือ ความสูงซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้การเปรียบเทียบความอ้วนในเด็กแต่ละชนชาติมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตามการแบ่งระดับความอ้วนในผู้ใหญ่จะให้ผลที่แน่นอนกว่า เมื่อพิจารณาว่าสาเหตุที่ต้องมีการศึกษาภาวะอ้วนในประชากร ก็เป็นเพราะเกิดจากการสะสมไขมันที่มากกว่าปกติ และนำมาซึ่งสาเหตุของโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ ความอ้วนในปัจจุบันนี้ให้คำนิยามได้ว่า เป็นภาวะของการเป็นโรคและต่อมาเรียกว่า โรคอ้วน (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

น้ำหนักตัวเป็นผลรวมของมวลไขมัน(fat mass) และมวลไร้ไขมัน(at free mass) ในเชิงเคมีไขมันคือไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ส่วนมวลไร้ไขมันประกอบไปด้วย โปรตีน น้ำ กลีโคเจน และไกลโคเจน การวินิจฉัยโรคอ้วนทั้งตัวที่แน่นอนคือ การวัดปริมาณไขมันในร่างกายว่ามีมากน้อยเพียงใด ส่วนการวัดปริมาณไขมันในช่องท้องและไขมันใต้ผิวหนังจะบ่งบอกว่าเป็นโรคอ้วนลงพุงหรือไม่ แต่การวัดปริมาณไขมันในร่างกายนี้ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ในทางปฏิบัติจึงใช้ดัชนีมวลกาย(body mass index) เพื่อการวินิจฉัยโรคอ้วนทั้งตัว และอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก(waist – over – hip circumference ratio : WHR) เพื่อการวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุง(วิชัย ตันไพจิตร.2539 อ้างใน พรชิตา ชัยอำนวย,2545)

การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานนั้นทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ถือเป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์อาจแบ่งได้ดังนี้(พรชิตา ชัยอำนวย,2545)

1.3.1 การวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน(Body fat) วิธีการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานทั้งตัวที่แน่นอนคือ การวัดปริมาณไขมันในร่างกายว่ามีมากน้อยเพียงใด ส่วนการวัดปริมาณไขมันในช่องท้องและไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องจะบ่งบอกว่าเป็นภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานลงพุงหรือไม่ แต่การวัดปริมาณไขมันในร่างกายนี้ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงใช้ดัชนีมวลกาย(BMI) เพื่อการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินทั้งตัว และใช้อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก(WHR)เพื่อการวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานลงพุง

1.3.2 ดัชนีมวลกาย(Body Mass Index-BMI) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่า ดัชนีมวลกายเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินการสะสมพลังงานในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป และพบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนระหว่างค่าดัชนีมวลกายกับเปอร์เซ็นต์ของไขมันในร่างกาย (Debiasis Bagchi and Harry G. Preuss, 2007) เพราะดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐานบ่งบอกว่าบุคคลมีน้ำหนักมากเกินไปไม่สมดุลกับส่วนสูง ซึ่งส่วนที่เกินมานั้นคือไขมันที่พอกอยู่ตามส่วนต่างๆของร่างกาย และวิธีการคำนวณเพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย คือ การเอาน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นตารางเมตร

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักตัว(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง(ตรม.)}^2}$$

สำหรับชาวเอเชียได้กำหนดเกณฑ์ของภาวะน้ำหนักเกินไว้ที่ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กก./ตารางเมตร และภาวะอ้วน ≥ 25 กก./ตารางเมตร ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก(WHO) กำหนดไว้สำหรับชาวยุโรป เนื่องจากมีข้อมูลการศึกษาจากชาวจีนที่อยู่อาศัยในฮ่องกง สิงคโปร์และชาวอินเดียที่อาศัยอยู่ในเกาะมาริเชียส พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงเมื่อมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 23 – 24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตรอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ(Aree kamntachuvessiri, 2005)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายของร่างกายในระดับต่างๆ และเส้นรอบเอวในกลุ่มผู้ใหญ่เอเชีย

ภาวะโภชนาการ	BMI(kg/m ²)	ปัจจัยเสี่ยงร่วมที่ทำให้เกิดโรค	
		เส้นรอบเอว(เซนติเมตร)	
		< 90 ซม.(ชาย)	> 90 ซม.(ชาย)
		< 80 ซม.(หญิง)	> 80 ซม.(หญิง)
ต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.5	ต่ำ(แต่ปัจจัยเสี่ยงต่ออาการทางคลินิกอื่นๆสูง)	ปกติ
ระดับปกติ	18.5-22.9	ปกติ	เพิ่มขึ้น
น้ำหนักเกิน	≥ 23.00		
เสี่ยงอ้วน	23-24.9	เริ่มมีปัจจัยเสี่ยง	ปานกลาง
อ้วนระดับที่ 1	25.00-29.9	ปานกลาง	รุนแรง
อ้วนระดับที่ 2	≥ 30	รุนแรง	รุนแรงมาก

ที่มา : Aree Kantachuvessiri(2005)

1.3.3 อัตราส่วนรอบวงเอวต่อรอบวงตะโพก(Waist-over-hip circumference ratio: WHR) อัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอว คือเส้นรอบตะโพกนี้คำนวณได้จากเส้นรอบวงเอวหารด้วยเส้นรอบวงตะโพก โดยทำการวัดเส้นรอบวงเอวระดับสะดือและเส้นรอบวงตะโพกที่ส่วนที่นูนที่สุดของตะโพก(Gluteal protrusion)

$$\text{WHR} = \frac{\text{เส้นรอบวงเอว}}{\text{เส้นรอบวงตะโพก}}$$

เส้นรอบเอวเป็นดัชนีที่คาดคะเนมวลไขมันในช่องท้องและไขมันในร่างกายทั้งหมด ส่วนเส้นรอบวงตะโพกใช้ข้อมูลด้านมวลกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกบริเวณ สำหรับค่าอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงตะโพก ที่ใช้ตัดสินภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานลงพุงในผู้ชายไทยและผู้หญิงไทยคือ >1.0 และ >0.8 ตามลำดับ สำหรับคนอ้วนนั้นอาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ

1. อ้วนแบบผู้ชาย อ้วนแบบแอปเปิ้ลจะมีไขมันมากบริเวณอก แขนและพุง
2. อ้วนแบบผู้หญิง อ้วนแบบลูกแพร์จะมีไขมันมากบริเวณตะโพกและช่วงล่างของท้อง

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก(WHO, 2000) แนะนำว่าค่าเส้นรอบเอวที่เหมาะสมของคนเอเชีย คือเพศชาย 36 นิ้ว เพศหญิง 32 นิ้ว ถ้าค่าเส้นรอบเอวเกินจากค่าที่เหมาะสมจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน เพิ่มขึ้น 30 เท่า โรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 15 เท่า โรคอัมพาตเพิ่มขึ้น 11 เท่า โรคมะเร็งลำไส้เพิ่มขึ้น 2 เท่า

ตามปกติแล้วการใช้ดัชนีความหนาของร่างกาย(BMI) จะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและประหยัดในการจำแนกและวัดความรุนแรงของโรคอ้วนในประชากรได้ อย่างไรก็ตามดัชนีความหนาของร่างกายก็มีข้อจำกัด ในบางกรณีอาจจะไม่สามารถประเมินการสะสมของไขมันในร่างกายได้อย่างแม่นยำ และบางกรณีอาจจะไม่สามารถประเมินการสะสมของไขมันในร่างกายได้แม่นยำ และบางกรณี ดัชนีความหนาของร่างกายอาจจะไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของคนอ้วนแต่ละคน ในคนอ้วนแต่ละคนซึ่งมีการสะสมไขมันบริเวณท้องที่เรียกว่า android obesity มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง การวัดเส้นรอบเอว(waist circumference) จะเป็นวิธีที่เหมาะสม สำหรับคัดกรองผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนที่มีการสะสมไขมันมากบริเวณลำตัว(รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

การวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุง

เกณฑ์วินิจฉัยอ้วนลงพุง คือการมีเส้นรอบพุงมากกว่าครึ่งหนึ่งของส่วนสูงตนเอง มีสูตรการคำนวณง่ายๆ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) ดังนี้ คือ

$$\text{เส้นรอบพุง} = \text{ส่วนสูง} \times 2$$

หากใครมีเส้นรอบพุงเกินเกณฑ์ข้างต้น ร่วมกับความผิดปกติปัจจัยเสี่ยงอีก 2 ใน 4 อย่างต่อไปนี้ ถือเป็นคนที่มียปัจจัยเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง ดังนี้ คือ

1. ความดันโลหิต 130/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป
2. น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 100 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป
3. ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์สูง 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตรขึ้นไป
4. ระดับไขมัน HDL-C น้อยกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในผู้ชาย และน้อยกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตรในผู้หญิง

วิธีวัดเส้นรอบพุง ดังนี้

1. อยู่ในท่ายืน เท้า 2 ข้างห่างกันประมาณ 10 เซนติเมตร
2. ใช้สายวัด วัดรอบพุงโดยผ่านสะดือ
3. วัดในช่วงหายใจออก โดยให้สายวัดแนบลำตัวไม่รัดแน่น
4. ให้ระดับของสายวัดที่วัดรอบเอววางอยู่แนวขนานกับพื้น

ดังนั้น เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานที่ง่ายที่สุด ประหยัด และเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไป คือการใช้ค่าดัชนีมวลกาย(Body Mass Index : BMI) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นเกณฑ์วินิจฉัยการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1.4 ผลกระทบที่เกิดจากภาวะอ้วน

ภาวะอ้วนมีผลต่อสุขภาพโดยตรง อัตราความรุนแรงอาจจะมีตั้งแต่เล็กน้อยไปมาก โดยที่ความอ้วนจะเพิ่มอัตราความเสี่ยงของการเป็นโรคในกลุ่มเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ(non communicable diseases) ซึ่งได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน เป็นต้น ทำให้อัตราค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรังดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น การมีน้ำหนักเกินและอ้วนที่นำไปสู่การเป็นโรคเรื้อรังต่างๆสามารถเกิดได้ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น โดยเด็กอ้วนอาจมีสาเหตุจากการมีน้ำหนักน้อยตอนแรกเกิด แต่จะมีการเพิ่มการสะสมไขมันในช่วงเป็นทารก และการสะสมไขมันดังกล่าวจะสะสมไปเรื่อยๆ โดยร่างกายไม่หยุดการสะสม ปัจจัยร่วมที่สำคัญคือ อาหารที่ได้รับในแต่ละวัน ปัจจุบันอาหารปรุงสำเร็จซึ่งมีความสะดวกในการใช้ชีวิตของประชากรที่อาศัยในเมืองได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมตะวันตก เช่น อาหารจานด่วน แฮมเบอร์เกอร์ ภัตตาคาร (รังสรรค์ ตั้งตรงจิต ,2552)

ภาวะอ้วนมีผลเสียทำให้เกิดอัตราการตายและอัตราความพิการเพิ่มมากขึ้นกว่าคนไม่อ้วน การศึกษาจากสถิติของบริษัทอเมริกันและประกันชีวิตพบว่า คนอ้วนที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 30 กก./ตารางเมตร จะทำให้มีอัตราตายสูงกว่าคนไม่อ้วนถึงร้อยละ 30 และจะสูงมากขึ้นเรื่อยๆตามดัชนีความหนาของร่างกาย อัตราการตายต่ำสุดในคนไม่อ้วนหรือไม่พอม

จนเกินไป คือ BMI ระหว่าง 20.0 – 24.9 กก./ตรม. ภาวะอ้วนมักจะพบร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดหลายๆอย่าง เช่น ความดันโลหิตสูง โคลเลสเตอรอลในเลือดสูง และโรคที่มีความบกพร่องต่อการใช้น้ำตาล(impaired glucose tolerance) พบว่าน้ำหนักตัวเป็นตัวพยากรณ์โรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับที่สามของโรคหัวใจโคโรนารีในผู้ชาย รองจากปัจจัยอายุ และระดับไขมันที่ผิดปกติ และนอกจากนั้นยังพบว่า ดัชนีความหนาของร่างกายที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมอง(รังสรรค์ ตั้งตรงจิต, 2552)

ภาวะอ้วน จะทำให้คนอ้วนเกิดโรคและความผิดปกติต่างๆได้มากหรือเร็วกว่าคนไม่อ้วน ผลร้ายของโรคอ้วนต่อสุขภาพ แบ่งออกได้เป็นกลุ่มใหญ่ๆได้ 4 กลุ่ม ดังนี้ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิต, 2552)

1.4.1 กลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคถุงน้ำดี

1.4.1.1.โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายของผู้หญิง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในประเทศที่พัฒนาแล้ว และความอ้วนเป็นปัจจัยหลักของโรคนี้ โดยมีปัจจัยร่วมคือโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ข้อมูลจากการศึกษาจากการศึกษาไปข้างหน้า (prospective) โดยใช้ระยะเวลานานพบว่า ความอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญของโรคหลอดเลือด และหัวใจโดยไม่ขึ้นกับปัจจัยอื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดการป่วยและตายมากที่สุด ในขณะที่การศึกษาโครงการใหญ่ เช่น Framingham Heart Study รายงานว่า น้ำหนักตัวเป็นปัจจัยสำคัญอันดับที่สามรองจากเพศ อายุ และระดับไขมันในเลือดสูง ที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ดัชนีความหนาของร่างกายเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการเป็นโรคหลอดเลือดและหัวใจ โดยการมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น กว่าปกติจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในผู้หญิง ในการศึกษาติดตามประชากรประมาณ 16,000 คน ในประเทศฟินแลนด์เป็นระยะติดต่อกันนาน 15 ปี พบว่าความอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจในผู้ชาย ในขณะที่ความอ้วนจะเป็นเพียงปัจจัยร่วมหรือมีส่วนที่เป็นสาเหตุของโรคหัวใจในผู้หญิง นอกจากนั้นในการศึกษา Framingham Heart Study ยังพบว่าความอ้วนในระดับต่างๆกันยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจ แต่จะมีความสัมพันธ์กันมากที่สุดกับคนที่มีอายุน้อย และอ้วนประเภทที่มีการสะสมไขมันที่กลางลำตัว มากกว่าในคนที่มีอายุมากและสะสมไขมันบริเวณตะโพกและอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นในคนประเภทนี้ เมื่อน้ำหนักตัวได้เพิ่มขึ้นจากเดิมเพียงร้อยละ 10 การศึกษาต่อมาพบว่าชาวอินเดียที่อาศัยอยู่ในทวีปเอเชียจะมีอัตราการเป็นโรคหัวใจสูงกว่าเชื้อชาติอื่นๆ ทั้งที่กว่าครึ่งหนึ่งของคนกลุ่มนี้เป็นมังสวิรัต โรคหัวใจในคนกลุ่มนี้จะป็นในคนที่มีอายุน้อยและเป็นรุนแรง ซึ่งอาจจะเป็นเพราะประชากรกลุ่มนี้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง HDL-cholesterol ต่ำ Lipoprotein(a) ต่ำ Insulin hormone สูง และมีการสะสมไขมันบริเวณกลางลำตัว

1.4.1.2. ความดันโลหิตสูงและStroke ความอ้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตทั้ง Systolic และ Diastolic มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความหนาของร่างกาย คนอ้วนมีโอกาสนที่จะเกิดความดันโลหิตสูงมากกว่าคนผอม ในการศึกษาวิจัยโครงการในระดับชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา NHANES 2 แสดงให้เห็นว่า อัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในผู้ใหญ่อ้วนถึง 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่มีน้ำหนักปกติ และพบว่า อัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นถึง 5.6 เท่าในคนอ้วนที่มีอายุระหว่าง 20-44 ปี เปรียบเทียบกับคนอ้วนที่มีอายุระหว่าง 45-74 ปี และอุบัติการณ์จะเป็น 2 เท่าของคนที่มีน้ำหนักปกติ การลดน้ำหนักตัวทำให้ความดันโลหิตต่ำลงได้ นอกจากนั้นมียางานว่า เมื่อความดัน diastolic ลดลง 7.5 มม.ปรอท จะทำให้อัตราการเกิดโรคหัวใจลดลงร้อยละ 29 และอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติลดลง ร้อยละ 46 ในทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ทุกกลุ่มอายุและเชื้อชาติ และในการศึกษาวิจัยกลุ่มประชากรชายที่ไม่สูบบุหรี่ 1,163 คน อายุระหว่าง 56 – 68 ปี เมื่อคนกลุ่มนี้มีความหนาของดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิด Thromboembolic Stroke แต่อย่างไรก็ตามเส้นรอบเอวที่เกินเกณฑ์ปกติจะมีความสัมพันธ์กับการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติมากกว่าดัชนีความหนาของร่างกาย การมีประวัติอ้วนและน้ำหนักเกินในวัยกลางคนเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินภาวะการเป็นโรคการเต้นของหัวใจผิดปกติ ในคนที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนยังมีความสัมพันธ์กับการเสื่อมของเส้นเลือดสมองซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุทำให้สมองเสื่อมได้ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับค่าดัชนีมวลกาย คนอ้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนไม่อ้วน 2-9 เท่า ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูงจะยิ่งมากขึ้นในคนอายุน้อย และความเสี่ยงยิ่งจะมากขึ้นถ้าอ้วนอยู่เป็นเวลานาน และถ้าน้ำหนักตัวลดลงความดันโลหิตก็จะลดลงด้วย(ทาริกา คำสม, 2547)

1.4.1.3. โรคมะเร็ง โรคอ้วนและน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการเกิดโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งทางเดินอาหาร อุบัติการณ์โรคมะเร็งในเยื่อบุหลอด รังไข่ ปากมดลูก และมะเร็งเต้านม พบว่ามีความสัมพันธ์กับผู้หญิงที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่มีการสะสมไขมันบริเวณกลางลำตัว ซึ่งอาจจะมีสาเหตุเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของการหลังฮอร์โมน ส่วนอัตราการเป็นมะเร็งชนิดอื่นๆ เช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร ลำไส้ ถุงน้ำดี จะมีความสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้ชาย ในขณะที่มะเร็งไตก็มีความสัมพันธ์กับการมีน้ำหนักเกินและอ้วนในผู้หญิง การสะสมไขมันบริเวณกลางลำตัว จะมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเต้านมในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนแล้ว(postmenopause) เมื่อมีน้ำหนักตัวเกินตั้งแต่วัยรุ่นและวัยกลางคนจะเกิดมะเร็งเต้านมเร็วขึ้น ในการศึกษาวิจัยกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ทั้งหญิงและชายประมาณ 750,000 คน โดยติดตามศึกษาอัตราการตายจากโรคมะเร็งเป็นเวลาประมาณ 12 ปี

ปรากฏว่าคนอ้วนจะมีอัตราการตายจากการเป็นมะเร็งมากเป็น 1.33 และ 1.55 ในผู้หญิงและในผู้ชายตามลำดับ

1.4.1.4. โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคนีวในถุงน้ำดีได้ในผู้สูงอายุทั้งผู้หญิงและผู้ชาย อาจจะเป็นเนื่องมาจากน้ำดีมีส่วนประกอบของไขมันโคเลสเตอรอลสูง ทำให้มีการเคลื่อนไหวของถุงน้ำดีน้อย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ การเป็นโรคนีวในถุงน้ำดีมีโอกาสเกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย ซึ่งนำไปสู่มะเร็งของถุงน้ำดีต่อไป

1.4.2. กลุ่มความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด

1.4.2.1. โรคเบาหวาน โรคอ้วนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับอุบัติการณ์ของการเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากการศึกษาในอดีต รวมถึงการศึกษาติดตามผลระยะยาวแบบศึกษาไปข้างหน้า(prospective) รายงานว่าในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 30-55 ปี ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนมีโอกาสที่จะเป็นเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินได้ถึง 40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้หญิงที่มีน้ำหนักตัวปกติและจะมีอุบัติการณ์ลดลงเมื่อน้ำหนักตัวลดลง ในโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีอัตราการเป็นโรคเพิ่มขึ้น 2-4 เท่า เมื่อไม่มีการออกกำลังกาย ปัจจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตต่ำ และปริมาณใยอาหารน้อย ปัจจุบันมีการศึกษาสาเหตุของโรคเบาหวานในคนที่น้ำหนักเกินและอ้วน โดยทำการศึกษาวิจัยการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของโปรตีนบางชนิด เช่น resistin, adiponectin, และ ghrelin ซึ่งสัมพันธ์กับกระบวนการเมตาบอลิซึม ของเซลล์ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะในการเพิ่มและลดการดูดซึมของเซลล์น้ำตาลกลูโคส และการย่อยสลายกรดไขมัน เป็นต้น

การคือต่อฮอร์โมนอินซูลิน พบได้มากในคนที่ภาวะอ้วน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการปรับตัวของเซลล์ของคนไม่ให้มีการสะสมของเซลล์ไขมันมากขึ้นกว่าเดิม ซึ่งเกี่ยวข้องกับขบวนการเผาผลาญไขมันมากกว่าการนำไขมันไปสะสม โดยการศึกษาวิจัยในปัจจุบันนอกจากศึกษาฮอร์โมนอินซูลินแล้ว ยังมีการศึกษาฮอร์โมนอื่นๆ เช่น พบว่า เซลล์ไขมันนอกจากจะสะสมไขมันแล้ว ยังเป็นแหล่งผลิตฮอร์โมนที่สำคัญอีกด้วย โดยเฉพาะในคนอ้วนที่มีการสะสมไขมันบริเวณกึ่งกลางลำตัว ฮอร์โมนที่สำคัญคือ resistin และ adiponectin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เซลล์ต่างๆคือต่อการใช้อินซูลิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะเกิดขึ้นในคนอ้วนที่อ้วนมากหรือจัดอยู่ในระดับรุนแรง(BMI>40 kg/m²) อัตราการคือต่อฮอร์โมนอินซูลินจะลดลงได้เนื่องจากการเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายเพื่อทำให้น้ำหนักลดลง ทำให้การไหลเวียนของเลือดเป็นไปได้ดี แต่อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายเป็นปัจจัยอิสระที่ไม่ขึ้นต่อปัจจัยเสี่ยงอื่นๆในการทำให้ความไวต่อฮอร์โมนอินซูลินเพิ่มขึ้น

1.4.2.2.ความผิดปกติของระบบไขมัน ในร่างกายของคนอ้วนจะมีการเผาผลาญสารอาหารหรือปฏิกิริยาทางชีวเคมีเกิดขึ้นมากกว่าปกติทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายชนิด รวมถึงฮอร์โมนที่ควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีต่างๆพบว่า คนที่มีน้ำหนักเกินและอ้วนจะมีระดับ total cholesterol , low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) และ triglycerides สูงกว่าคนปกติ ในขณะที่ high density lipoprotein-cholesterol(HDL-C) จะมีระดับต่ำกว่ากลุ่มคนปกติ ความผิดปกติเหล่านี้พบได้ในคนอ้วนที่มีการสะสมไขมันบริเวณกึ่งกลางลำตัว และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจ

1.4.3.กลุ่มโรคหรือภาวะที่เกิดจากน้ำหนักและไขมันที่มากเกินไป เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบหายใจ โรคผิวหนัง โรคระบบการขับถ่ายผิดปกติ

1.4.3.1.ภาวะอ้วนกับโรคข้อเสื่อมและเก๊าท์ โรคข้อกระดูกอักเสบ เป็นโรคที่พบบ่อยในคนอ้วน โดยเฉพาะในผู้หญิงอ้วนวัยกลางคน หรือวัยหมดประจำเดือน อันเนื่องมาจากน้ำหนักตัวที่ตกลงบนข้อ ดังนั้น โรคที่เกิดจากข้อเสื่อมจึงอาจเกิดได้ทั้งจากน้ำหนักที่ตกลงบนข้อต่างๆและสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญสารอาหารของร่างกายในคนอ้วนเอง เช่น การอักเสบของข้อจากการเป็นโรคเก๊าท์ (gout) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากการที่มีกรดยูริกเพิ่มขึ้นในกระแสเลือด เกิดการสะสมตามข้อต่างๆทำให้เกิดการอักเสบและบวมได้ ซึ่งปัจจัยร่วมของการเกิดเก๊าท์คือความอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอ้วนชนิดที่มีการสะสมไขมันตรงกลางตัวของผู้หญิง

1.4.3.2.ภาวะอ้วนกับโรคระบบทางเดินหายใจและปอด คนอ้วนมักมีความบกพร่องทางการหายใจ เนื่องจากรูปร่างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ ยิ่งกว่านั้นเนื่องจากการเผาผลาญสารอาหารต่างๆของร่างกายซึ่งเพิ่มขึ้นตามสัดส่วนของร่างกาย ทำให้คนอ้วนมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น การสะสมไขมันในส่วนต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะกระบังลม ทำให้การยืดขยายของช่องปอดเป็นไปด้วยความลำบาก ภาวะเลือดขาดออกซิเจน(hypoxemias) จึงเกิดขึ้นได้บ่อยในคนอ้วน โดยเฉพาะในนอนหลับ (obstructive sleep apnea) โรคนี้เกิดขึ้นได้ในชายและหญิง พบประมาณร้อยละ 10 อัตราการเกิดโรคหยุดหายใจขณะนอนหลับได้สูงในคนอ้วน ซึ่งคนอ้วนที่มีดัชนีมวลกายของร่างกายเท่ากับ 30 หรือมากกว่าจะพบการเกิดโรคนี้ร้อยละ 65-75 ในขณะที่คนอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายของร่างกายมากกว่า 40 พบอัตราการเกิดโรคนี้สูงถึงร้อยละ 77

1.4.4.กลุ่มปัญหาทางสังคมและจิตใจ

1.4.4.1.ภาวะอ้วนกับปัญหาทางด้านจิตใจ จากการสำรวจในกลุ่มของผู้ที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน ปรากฏว่า กลุ่มคนเหล่านี้จะมีการใช้จ่ายเงินไปกับการดูแลสุขภาพมากเป็นสองเท่าของคนปกติ ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งมีปัญหามากกว่าในผู้ชาย ปัญหาเหล่านี้ได้แก่ การดูแลและการรักษาอาการเจ็บป่วย ที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคข้อ

การบาดเจ็บ และโรคที่เกี่ยวกับกระดูกสันหลัง ได้มีการศึกษาเชิงสุขภาพจิตของคนอ้วนในสหรัฐอเมริกา พบว่าปัญหาทางจิตใจของผู้หญิงผิวดำอ้วนกลับมีน้อยกว่าผู้หญิงผิวขาวอ้วนมาก เนื่องจากในปัจจุบันจำนวนของคนอ้วนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปัญหาทางสุขภาพ สังคมและจิตใจมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มมากขึ้นด้วย ในด้านจิตใจนั้น เนื่องจากคนอ้วนมีรูปร่างใหญ่เทอะทะและลักษณะการเคลื่อนไหวร่างกายที่เชื่องช้า ทำให้มีความแตกต่างจากคนทั่วไป จนบางครั้งเกิดเป็นปมด้อยและมีความลำบากในการเข้าสังคม บางครั้งถูกกีดกันจากการคัดเลือกเข้าศึกษาต่อและการสมัครเข้าทำงาน นอกจากนี้ในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา กลุ่มผู้หญิงวัยรุ่นอ้วนจะได้รับค่าจ้างจากการทำงานโดยเฉลี่ยแล้วน้อยกว่าหญิงที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ และคนอ้วนยังได้รับการดูแลทางสุขภาพจากบุคลากรทางด้านกายภาพบำบัด นักโภชนาการ น้อยกว่าคนปกติ โดยทั่วไปแพทย์จะให้ความสำคัญในการควบคุมน้ำหนักในคนอ้วนและควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆในการที่จะเกิดโรคเรื้อรัง เช่น การสูบบุหรี่ มากกว่าการให้การรักษาโดยใช้ยาลดไขมัน อุบัติการณ์การกินอาหารเป็นสภาวะทางจิตใจอย่างหนึ่งของคนอ้วน

ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการให้ความรู้กับนักศึกษาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยอ้วนให้มากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะอ้วนกับภาวะซึมเศร้าในประเทศแคนาดา ซึ่งพบว่าคนที่น้ำหนักมากกว่าปกติจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเพิ่มมากขึ้น โดยเฉลี่ย ร้อยละ 30-40 ของผู้ที่มีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินจะมีภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในเพศหญิง (Yue Chen และคณะ, 2008) โรคอ้วนนอกจากจะมีผลต่อด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ยังจะส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจต่อสังคมและปัจเจกบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อมอีกด้วย เช่น ส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพของประเทศโดยรวม เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคที่มีสาเหตุมาจากภาวะอ้วน เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อและโรคมะเร็ง ซึ่งในปี 1998 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ใช้งบประมาณ (Direct cost) จำนวนทั้งสิ้น 51.6 พันล้านเหรียญ ส่วนผลกระทบในระดับปัจเจกบุคคลพบว่าเป็นการสูญเสียรายได้เนื่องจากต้องหยุดงานเพราะการเจ็บป่วย และที่สำคัญต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปในการลดน้ำหนัก (Aree kanntachuvessiri, 2005)

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และมะเร็ง นอกจากนี้การวิจัยพบว่าภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับภาวะต้านอินซูลิน และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะอ้วนจึงมีผลทำให้สุขภาพลดลงจากการเกิดโรคเรื้อรัง มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากเพิ่มค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและการสูญเสียปีสุขภาวะจากการพิการและการตายก่อนวัยอันควร ในปี 2547 ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) เป็นอันดับที่ 2 ในผู้หญิง และเป็นอันดับที่ 6 ในผู้ชายไทย รวมทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 390,000 ปี การสำรวจสุขภาพ

ประชาชนไทยครั้งที่ 3 ในปี 2547 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 22.5 ในผู้ชาย และ ร้อยละ 34.4 ในผู้หญิงมีภาวะอ้วน(BMI>25 กก./ตรม.) และร้อยละ 15.4 ในชาย และ 36.1 ในหญิงมี ภาวะอ้วนลงพุง(สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2554)

ประโยชน์ของการลดน้ำหนัก

โรคร่วมจากภาวะอ้วน	น้ำหนักที่ลด	ประโยชน์ที่ได้รับ
อัตราการตาย	10 Kg	ลดอัตราการตายด้วยโรคต่างลง>20% ลดอัตราการตายจากโรคเบาหวานลง>30% ลดอัตราการตายด้วยมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน
โรคเบาหวาน	10 Kg	ลดน้ำตาลในเลือดลงร้อยละ 50
ความดันโลหิต	10 Kg	ลดความดันซิสโตลิก 10 มม.ปรอท ลดความดันไดแอสโตลิก 10 มม.ปรอท
ไขมันในเลือด	10Kg	ลด TOT cholesterol 10% ลด LDL ccholesterol 10% ลด Triglycerides 30% เพิ่ม HDL cholesterol 8%
ปัจจัยการแข็งตัวของเลือด - ความผิดปกติด้านร่างกาย 5-10Kg	-	ช่วยทำให้การแข็งตัวของเลือดดีขึ้น ลดอาการปวดหลังและข้อ การทำงานของปอดดีขึ้น ลดอาการหายใจไม่เต็มอิม ลดอาการหยุดหายใจขณะนอนหลับ
การทำหน้าที่ของรังไข่	>5%	ช่วยทำให้การทำหน้าที่ของรังไข่ดีขึ้น

แหล่งที่มา: WHO,Obesity:Preventing and managing the Global Epidemic,Report of WHO Consultation on Obesity, World Health Organization, Geneva, 1998 อ้างใน Geovanna Turconi and Hellas Cena, 2007

2.พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของบุคคล มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมครอบคลุม 6 ด้าน คือ 1.ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2.ด้านกิจกรรมทางกาย 3.ด้านโภชนาการ 4.ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5.ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ 6.ด้านการจัดการความเครียด (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2551)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีพฤติกรรมและทักษะในการสร้างสุขภาพจากโมโนสำนึกด้านสุขภาพ โดยให้มีความตระหนักถึงการสร้างสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ รับประทานอาหารที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอ เหมาะต่อความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงการใช้น้ำหรือสิ่งเสพติดให้โทษ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พยายามผ่อนคลายความเครียดเพื่อป้องกันปัญหาด้านจิตใจ(พรชิตา ชัยอำนาจ, 2545)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือลดเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม(เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541 อ้างใน เตือนจิตร ภักดีพรหม, 2548)

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติตนในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตของบุคคล มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมครอบคลุม 6 ด้าน คือ 1)ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 2)ด้านกิจกรรมทางกาย 3)ด้านโภชนาการ 4)ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล 5)ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ และ 6)ด้านการจัดการกับความเครียด(ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ, 2551)

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

ในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวนั้นมีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องอยู่ 2 ประการ ซึ่งได้แก่พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย(National Institute of Health, 1998; 71-80 อ้างใน ธนธรณ์ เก็บไว้, 2549)พฤติกรรมด้านการบริโภค เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วน เนื่องจากการรับประทานอาหารให้พลังงานมากเกินไป ความต้องการของร่างกายจะทำให้มีการสะสมของพลังงานในรูปไขมัน จนเกิดภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเวลาต่อมา พฤติกรรมด้านการบริโภคที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วน ได้แก่ การรับประทานอาหารอิ่มจนเกินไปทุกครั้ง ซึ่งจะทำให้ศูนย์ควบคุมความอ้วนกำหนดระดับสารเคมี ได้แก่ กลูโคส กรดไขมัน และกรดอะมิโนให้สูงกว่าเดิม เป็นผลให้ต้องรับประทานอาหารมากขึ้นเรื่อยๆจึงจะรู้สึกอิ่ม จนกลายเป็นคนกินจุ ซึ่งในระยะยาวจะทำให้ศูนย์ควบคุมดังกล่าวสูญเสียหน้าที่ในที่สุด(Mc Mation and Mc Mahon, 1986 อ้างใน ธนธรณ์ เก็บไว้, 2549)ส่วนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย มีความเกี่ยวข้องกับภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วนได้ เนื่องจากพลังงานที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ พลังงานสำหรับการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ

เช่น ทำงานหรือเล่นกีฬา(Hesgka et al., 1994 – 72 อ้างใน ธนธรรณ เกือบไว้, 2549) หากมีการใช้พลังงานส่วนนี้น้อยแม้จะรับประทานอาหารเท่าเดิมก็จะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ ภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานและอ้วนจะพบไม่ได้บ่อยในบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตที่กระตือรือร้น กระฉับกระเฉง และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ แต่พบได้ทั่วไปในบุคคลที่ดำเนินชีวิตแบบสบายๆ(Center for Disease Control and Prevention, 2006 อ้างใน ธนธรรณ เกือบไว้, 2549) เนื่องจากพบว่า ปัจจัยดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว การที่มนุษย์จะมีน้ำหนักมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับดุลพลังงาน(energy balance) โดยที่คนผอมมีดุลพลังงานเป็นลบ ส่วนคนอ้วนมีดุลพลังงานเป็นบวก ส่วนผู้ที่น้ำหนักตัวปกติมีดุลพลังงานเป็นศูนย์(วิชัย ต้นไพจิตร 2539 : 1-18 อ้างใน พรชิตา ชัยอำนาจ, 2545) ดังนี้ คือ

ดุลพลังงานของร่างกายขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ ดังนี้ คือ

พลังงานที่รับประทาน(energy intake) ครอบคลุมปริมาณพลังงานทั้งหมดที่รับประทาน (total energy intake) และสัดส่วนของพลังงาน(energy distribution) ที่ได้รับนั้นมาจากสัดส่วนของ โปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรตอย่างละเท่าใด

พลังงานที่ร่างกายนำไปใช้(energy expenditure) ประกอบด้วยอัตราของฐานเมตาบอลิซึม (basal metabolic rate : BMR) ผลความร้อนของอาหาร(thermic effect of food) และพลังงานที่ใช้ไปกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย(physical activity)

ดังนั้น องค์ประกอบของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวจึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคและพฤติกรรมออกกำลังกาย ดังนี้

2.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักตัว

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อชีวิตและสถานะสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารได้แก่ ปริมาณอาหาร และประเภทของอาหารที่บริโภค ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมการเลือกประเภทของอาหาร องค์ประกอบของอาหารและวิธีการประกอบอาหาร(สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2554)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Nutrition) หมายถึง การรอบรู้ถึงการเลือกอาหารที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มีความสำคัญในการช่วยเสริมสร้างพลังงานให้แก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มความทนทาน ป้องกันการเกิดโรคและส่งผลให้มีชีวิตที่ยืนยาว(Pender, 1996 อ้างใน ดร.ฉวี ดลรัตรภัทร, 2545) การบริโภคนิสัย ที่ชอบบริโภคอาหารในปริมาณที่เกินความสมดุลกับการใช้พลังงานของร่างกาย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ดังนั้น การบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับความต้องการของกิจกรรมหรือพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน และเผื่อสำรอง

ดัชนีมวลกายให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดในการควบคุมน้ำหนัก มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของบริโภคนิสัยไว้ดังนี้(ดร.ณิ ดลรัตนภัทร, 2545)

พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การดูแลเรื่องปริมาณอาหารและหลักเกณฑ์ในการรับประทานอาหารต่างๆอย่างถูกต้องเหมาะสม ให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนทุกหมวดหมู่ เช่น โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและแร่ธาตุต่างๆโดยใช้หลักคุณค่าและปริมาณของอาหารที่รับประทานเป็นสำคัญ ทั้งนี้การควบคุมอาหารผู้ปฏิบัติจะต้องรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับกิจกรรมหรือพลังงานที่ใช้ในแต่ละวัน(รวิชา หงส์โรจนภักย์, 2545 อ้างใน ชนรินทร์ เกือบไว้, 2549)

สรุป พฤติกรรมการบริโภค คือ การมีพฤติกรรมที่กระทำเป็นประจำจนเกิดเป็นนิสัยเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเตรียมอาหาร นิสัยการบริโภค โดยขึ้นอยู่กับสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารนั้นอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้

แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว มีดังนี้

1 การบริโภคอาหารแต่พอควร การที่ได้รับอาหารมากเกินไปทำให้ร่างกายได้รับพลังงานจากสารอาหารมากกว่าพลังงานที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน เกิดการสะสมของไขมันในร่างกายมากขึ้น จนเกิดเป็นโรคอ้วนในที่สุด จึงควรบริโภคอาหารเพียงวันละ 3 มื้อ ที่โต๊ะอาหารให้ตรงเวลา เคี้ยวอาหารช้าๆให้ละเอียดก่อนกลืนทุกครั้ง การบริโภคอาหารแต่ละครั้งควรใช้เวลาประมาณ 20 นาที เนื่องจากการบริโภคอาหารด้วยความเร็วจะทำให้ศูนย์การควบคุมความหิวและความอิ่มเสียหายที่ อาหารแต่ละมื้อควรมีปริมาณที่ใกล้เคียงกัน เพื่อจัดความเครียดของร่างกายจากความหิวหากได้รับอาหารที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ควรงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งและไม่ควรบริโภคอาหารร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือพูดคุยสังสรรค์ เป็นต้น เนื่องจากจะทำให้ผลิตเพปตินจนบริโภคอาหารได้มาก หลีกเลี่ยงการระบายความเครียด ความวิตกกังวล เบื่อหน่าย ด้วยการรับประทานอาหาร

2. บริโภคไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ หรือควรมีการจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลในอาหารให้ต่ำกว่า 300 มก./วัน เพราะไขมันมีความหนาแน่นของพลังงานสูง แต่มีความสามารถในการเผาผลาญต่ำ ไขมันที่ร่างกายได้รับมากเกินไปจะถูกสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไขมันอย่างมีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 96 ดังนั้นการบริโภคไขมันจึงเป็นสิ่งที่ทำลายการควบคุมน้ำหนักตัว ในทางปฏิบัติกระทำได้โดยการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันชนิดความหนาแน่นต่ำ เช่น แกงกะทิ เนย ครีม ของทอดต่างๆ ไขมันที่ได้รับควรเป็นไขมันจากพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างกรดไขมันชนิดความหนาแน่นสูง(High density lipoprotein:HDL)

3. บริโภคโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ โปรตีนมีความหนาแน่นของพลังงานต่ำ ร่างกายมีขีดความสามารถในการเผาผลาญกรดอะมิโนเมื่อมีการบริโภคโปรตีนมากขึ้น และร่างกายมีความสามารถในการสะสมโปรตีนต่ำ โปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ นม โคนเฉพาะโปรตีนที่ได้จากเนื้อปลาทะเลเนื่องจากเป็นโปรตีนที่ย่อยง่ายและมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง คือ Eicosapentaenoic-EPA และ Docosaheranoic-DHA เพื่อช่วยการสร้างกรดไขมันชนิดความหนาแน่นสูงและโปรตีนจะช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆของร่างกายที่สูญเสียไป

4. บริโภคคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ได้รับ คาร์โบไฮเดรตมีความหนาแน่นของพลังงานต่ำ แต่เป็นสารอาหารที่มีส่วนให้พลังงานสูงประจำวันสูง และร่างกายมีขีดความสามารถในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตมากเมื่อรับประทานในปริมาณมาก และความสามารถในการสะสมของคาร์โบไฮเดรตในรูปของไกลโคเจนต่ำ จึงสามารถบริโภคได้ในปริมาณที่มากกว่าไขมัน

5. บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ ผักและผลไม้นอกจากให้วิตามินและเกลือแร่แล้ว ยังให้เส้นใยที่มีส่วนในการลดปริมาณอาหารในการบริโภคลง เนื่องจากกากใยอาหารผ่านกระเพาะอาหารได้ช้าจึงทำให้รู้สึกอิ่มเร็ว ช่วยดูดซับไขมันและน้ำดีในลำไส้ทำให้การสะสมของไขมันในลำไส้ลดลง

6. งดหรือลดการบริโภคแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มต่างๆ ร่างกายมีการเผาผลาญแอลกอฮอล์ก่อนสารอาหารประเภทโปรตีนคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ปริมาณแอลกอฮอล์ 1 กรัมให้พลังงาน 7 แคลอรี ดังนั้น การบริโภคแอลกอฮอล์จึงให้พลังงานแก่ร่างกายและเปิดโอกาสให้พลังงานจากสารอาหารอื่นถูกสะสมเป็นไขมันในร่างกาย

วิธีปฏิบัติในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก

นอกจากการรับประทานอาหารให้เหมาะสมต่อความต้องการพลังงานของร่างกายในแต่ละวันแล้ว การควบคุมน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารยังต้องคำนึงถึงวิธีปฏิบัติในการรับประทานอาหารอีกด้วย(รวิชา หงส์โรจนภาคย์, 2545 อ้างใน ธนธรรณ เกือบไว้, 2549)

1. รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อให้ตรงเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งอย่าลืมหาอาหารเช้า เพราะร่างกายต้องการสารอาหารต่างๆหลังจากที่ว่างวันไม่ได้รับประทานอาหารมา 10 ชั่วโมงจากการนอน

2. รับประทานอาหารเมื่อรู้สึกหิวเท่านั้น หากไม่รู้สึกหิวอย่าเพิ่งรับประทานอาหารเพราะอาหารที่รับประทานเข้าไปอาจเป็นส่วนเกิน

3. ใช้จานขนาดเล็กเพื่อเลี่ยงการกินอาหารมากเกินไป

4. เคี้ยวอาหารช้าๆ ประมาณ 30 ครั้งต่อคำ

5. ไม่ควรกินอาหารไปดูโทรทัศน์ไปจำทำให้กินเพลิน

- 5.หยุดกินทันทีที่รู้สึกอิ่ม ไม่ต้องเสียดายอาหารที่เหลือ
- 7.เมื่อรู้สึกหิวให้ดื่มน้ำเปล่าแทน และรอประมาณ 10 นาทีก็จะรู้สึกหายหิว
- 8.ให้ดื่มน้ำมากๆระหว่างมื้ออาหาร
- 9.มือเย็นรับประทานปริมาณน้อยๆและควรห่างจากเวลานอนมากกว่า 4 ชั่วโมง
- 10.ทำตัวให้กระฉับกระเฉงอยู่เสมอ เคลื่อนไหวร่างกายและเดินให้มากๆ

ในปัจจุบันนี้ การลดความอ้วนหรือการลดน้ำหนักที่นิยมปฏิบัติและปลอดภัยเป็นที่ยอมรับในวงการแพทย์ คือ การควบคุมอาหาร

การควบคุมอาหาร หมายถึง การกำหนดสัดส่วนของอาหารที่รับประทาน เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานที่เหมาะสม และต้องได้รับสารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ ดังนั้น เพื่อให้การควบคุมอาหารโดยการกำหนดสัดส่วนของอาหารเป็นไปอย่างถูกต้อง ผู้ที่มีภาวะอ้วนจะต้องมีความเข้าใจในเรื่องของสมดุลพลังงานและอาหารแลกเปลี่ยนด้วย

สมดุลของพลังงาน(Energy balance) หมายถึงการกินอาหารหรือการนำพลังงานเข้ากับการใช้พลังงานออกโดยการเคลื่อนไหวออกแรง/ออกกำลังกายเท่ากัน หากสองส่วนนี้ไม่สมดุล เมื่อกินหรือนำพลังงานเข้ามากกว่าการใช้พลังงานออกไป จะส่งผลให้น้ำหนักเกินหรืออ้วน ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดโรคไม่ติดต่อ

อาหารแลกเปลี่ยน คือกลุ่มของอาหารที่ถูกกำหนดปริมาณไว้แน่นอน และมีคุณค่าทางอาหารเท่ากันซึ่งเมื่อรับประทานเข้าไปแล้วสามารถทดแทนกันได้ ซึ่งอาหารแลกเปลี่ยนแต่ละกลุ่มจะให้คุณค่าทางอาหารโดยเฉพาะ ไม่มีกลุ่มหนึ่งกลุ่มใดที่จะให้คุณค่าทางอาหารได้ครบถ้วน ฉะนั้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีจึงควรเลือกรับประทานอาหารให้ครบทุกกลุ่ม

อาหารแลกเปลี่ยน

อาหารแลกเปลี่ยน หมายถึง อาหารที่แบ่งออกเป็นหมวดหมู่ ให้พลังงานและสารอาหารใกล้เคียงกัน โดย American Dietetic Association และ American Diabetes Association เป็นผู้วางแผนจัดทำ และนำมาใช้ในการคำนวณหาปริมาณอาหารที่รับประทาน อาหารแลกเปลี่ยนแบ่งอาหารออกเป็น 6 หมวด แต่ละหมวดให้พลังงาน สารอาหารแตกต่างกัน ดังนี้ ตารางแสดงคุณค่าอาหารในหมวดอาหารแลกเปลี่ยน

ปริมาณอาหารในหมวดแลกเปลี่ยนเรียกว่า “ส่วน” หรือ “exchange” และเป็นอาหารที่สูงแล้วในแต่ละหมวดมีอาหารหลากหลายให้แลกเปลี่ยนกันได้ เช่น หมวดธัญพืช ถ้าไม่กินข้าวสามารถเปลี่ยนเป็นขนมปัง หรือกล้วยเดี่ยว หรือขนมจีน เป็นต้น ซึ่งให้พลังงานและสารอาหารในปริมาณใกล้เคียงกัน อาหารบางชนิด เช่น ถั่วเมล็ดแห้ง และเนยถั่ว มีโปรตีนสูง เป็นอาหารที่

แลกเปลี่ยนได้จากอาหาร 2 หมวด คือหมวดธัญพืชและหมวดเนื้อสัตว์ รายละเอียดของอาหารแลกเปลี่ยนในแต่ละหมวดมีดังนี้

หมวดนม (Milk exchange)

อาหารในหมวดนี้ 1 ส่วน หรือ 240 มล. หรือ 1 ถ้วยตวง ให้สารอาหารโปรตีน 8 กรัม ไขมัน 8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม และให้พลังงาน 150 Kcal. ถ้าเป็นนมพร่องมันเนย ไขมันจะลดลงเหลือ 5 กรัมและให้พลังงาน 120 Kcal. ส่วนนมขาดมันเนย ไขมันลดลงเหลือเพียง 0-3 กรัม ให้พลังงานเพียง 90 Kcal. อาหารในหมวดนี้เป็นแหล่งของแคลเซียม และแร่ธาตุ ซึ่งจำเป็นสำหรับการเสริมสร้างกระดูก อาหารและผลิตภัณฑ์อาหารในหมวดนี้ ได้แก่

นมสดจืดไขมันเต็มส่วน (Whole milk)

นมสดจืดพร่องไขมัน (Low fat milk)

นมขาดมันเนย (Skim milk)

นมระเหย (evaporated milk)

ข้อควรระวัง

1. นมและผลิตภัณฑ์นมไขมันเต็มส่วนจะมีปริมาณไขมันอิ่มตัว และโคเลสเตอรอลสูง ควรเลือกรับประทานนมและผลิตภัณฑ์นมพร่องมันเนยหรือขาดมันเนย
2. นมที่มีการปรุงแต่งรสทุกชนิด เช่น นมสดชนิดหวาน นมรสกาแฟ นมรสสตอเบอรี่ นมชั้นหวาน รวมทั้งนมที่เสริมผลไม้ทุกชนิด มีปริมาณน้ำตาลสูง ควรหลีกเลี่ยง
3. เครื่องดื่มประเภท โอวัลตินและไมโล มีส่วนผสมของน้ำตาล ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์นมประเภทเนยแข็ง หรือ Cheese จัดอยู่ในหมวดเนื้อสัตว์

หมวดผัก (Vegetable exchange)

ผัก 1 ส่วนคือผักสด 1 ถ้วยตวง หรือผักสุกหรือน้ำผักคั้น 1/2 ถ้วยตวง ให้คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม โปรตีน 2 กรัม ไขมัน 0 กรัม พลังงาน 25 กิโลแคลอรี เส้นใยอาหาร 4 กรัม นอกจากนี้ ยังให้สารอาหารที่สำคัญ เช่น วิตามิน และแร่ธาตุ แก่ร่างกาย ควรรับประทานผักอย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง เนื่องจากแต่ละคนรับประทานผักในปริมาณแตกต่างกัน และผักบางชนิดพลังงานต่ำมาก จึงแบ่งผักออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

ประเภท ก. เป็นผักสด 100 กรัมหรือ ผักลวก ผักต้ม ผักนึ่งในปริมาณ 1/2 ถ้วยตวงให้พลังงานต่ำมาก ดังนั้น ถ้ารับประทานในปริมาณ 1-2 ส่วนในแต่ละมื้อหรือเป็นอาหารว่างไม่จำเป็นต้องนำมาคิดพลังงานหรือ สารอาหาร ผักเหล่านั้นได้แก่ ผักกาดขาว ผักชีล้อม มะเขือยาว ผักกาดเขียว ต้นหอม มะเขือเทศสีดา ผักกูด เป็นต้น

ประเภท ข. ผักประเภทนี้ 1 ส่วน ให้โปรตีน 2 กรัม คาร์โบไฮเดรต 5 กรัม และให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี ในกรณีที่รับประทานผักปริมาณมากกว่า 1 ส่วนในแต่ละมื้อ จำเป็นต้องนำมาคำนวณ

พลังงานและสารอาหารด้วย ผักเหล่านั้น ได้แก่ ผักคะน้า ผักกาด ผักบุ้ง มะละกอดิบ บวบ หน่อไม้ฝรั่ง เห็ดฟาง ถั่วงอก เป็นต้น

หมวดผลไม้ (Fruit exchange)

ผลไม้ 1 ส่วนให้คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม พลังงาน 60 กิโลแคลอรี เส้นใยอาหารประมาณ 2 กรัม (ยกเว้นน้ำผลไม้ซึ่งมีเส้นใยอาหาร น้อยมาก) ผลไม้แต่ละชนิดให้พลังงานและสารอาหารแตกต่างกัน ดังนั้น ผลไม้ 1 ส่วนจึงมีปริมาณแตกต่างกัน ดังนี้ เช่น กล้วยน้ำว้าขนาด 45 กรัม กล้วยไข่ ขนาด 40 กรัม กล้วยหอม ขนาด 50 กรัม ทูเรียน (หมอนทอง) 40 กรัม มะม่วงสุก (อกร่อง) 80 กรัม ลองกอง 5-6 ผล มังคุด 4 ผล มะละกอสุก 8 คำ เป็นต้น

ผลไม้อบแห้งธรรมชาติ

ในกรณีที่ต้องการรับประทานผลไม้แห้ง สามารถรับประทานได้ โดย 1 ส่วนของผลไม้แห้งแต่ละชนิด มีปริมาณแตกต่างกัน ดังนี้ เช่น แอปเปิ้ล 4 วง พรุณ 3 ผล ขนาดกลาง ลูกเกด 22 กรัม (2 ซ้อนโต๊ะ) เป็นต้น

น้ำผลไม้

บางคนชอบดื่มน้ำผลไม้ ควรคั้นเองโดยไม่เติมน้ำตาล และแลกเปลี่ยนกับผลไม้สดในปริมาณ 1 ส่วน แต่ไม่ควรดื่มมากเกินไปที่กำหนด เนื่องจากร่างกายดูดซึมน้ำตาลจากน้ำผลไม้ได้เร็วกว่าน้ำตาลในผลไม้สด เพราะน้ำผลไม้มีใยอาหารน้อยกว่าผลไม้สด ดังนั้นรับประทานผลไม้สดจะดีกว่าเพราะจะได้ประโยชน์จากใยอาหารด้วย ปริมาณน้ำผลไม้ 1 ส่วนแตกต่างกัน ดังนี้ เช่น น้ำแอปเปิ้ล ½ ถ้วยตวง (120 ซีซี) น้ำองุ่น ½ ถ้วยตวง (80 ซีซี) น้ำส้ม ½ ถ้วยตวง (120 ซีซี) น้ำสับปะรด ½ ถ้วยตวง (120 ซีซี) น้ำพรุณ ½ ถ้วยตวง (80 ซีซี) และน้ำผลไม้รวม ½ ถ้วยตวง (80 ซีซี) เป็นต้น

ข้อควรระวัง

ควรหลีกเลี่ยงผลไม้เชื่อม ผลไม้กวน ผลไม้ดอง ผลไม้บรรจุกระป๋อง ผลไม้สดที่มีเครื่องจิ้ม เช่น มะม่วงน้ำปลาหวาน ฝรั่งเศส น้ำตาล-พริก-เกลือ และไม่ควรรับประทานผลไม้เกินสัดส่วนที่กำหนดในแต่ละมื้อ โดยไม่แลกเปลี่ยนกับอาหารในหมวดอื่น ๆ

หมวดข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ (Starch and cereal exchange)

อาหารในหมวดนี้ได้แก่ ข้าว แป้ง ขนมปัง เมล็ดธัญพืชและผลิตภัณฑ์จากธัญพืช รวมถึงผักบางชนิดที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง อาหารว่างบางชนิด และถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ อาหาร 1 ส่วน ให้โปรตีน 3 กรัม ไขมัน 0-1 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม และพลังงาน 80 กิโลแคลอรี ปริมาณอาหาร 1 ส่วนแตกต่างกันตามชนิดของอาหาร ดังนี้ เช่น ข้าวซ้อมมือ (ข้าวสาร) 20 กรัม ข้าวซ้อมมือ (สุก) 55 กรัม ข้าวเหนียว (สุก) 35 กรัม ขนมจีน 95 กรัม ถั่วเขียวเส้นใหญ่ 60 กรัม มันสำปะหลัง 60 กรัม เป็นต้น

อาหารบางชนิดในหมวดนี้มีส่วนผสมของไขมันรวมอยู่ด้วย ดังนั้นในการคำนวณพลังงานและสารอาหาร จึงต้องคำนวณไขมันด้วย ซึ่งหนึ่งส่วนของอาหารจะเท่ากับข้าว 1 ส่วนและไขมัน 1 ส่วน (โปรตีน 3 กรัม ไขมัน 5 กรัม คาร์โบไฮเดรต 15 กรัม และให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี) ได้แก่ อาหารต่าง ๆ ดังนี้ เช่น ขนมหักตัก (2 ½ นิ้ว) 1 อัน แพนเค้ก (4 นิ้ว) 2 แผ่น มันฝรั่งทอด 16-25 ชิ้นเล็ก (90 กรัม) เป็นต้น

หมวดเนื้อสัตว์ (Meat exchange)

อาหารในหมวดเนื้อสัตว์ให้สารอาหารโปรตีน และไขมันเป็นหลัก 1 ส่วนของเนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น หมู เนื้อ เป็ด ไก่ ปลา หรือชีส (ขนาด 1 x1 x1 นิ้ว) มีน้ำหนัก 30 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ) หรือถั่วเมล็ดแห้ง ½ ถ้วยตวง เนื่องจากปริมาณไขมันในเนื้อสัตว์แตกต่างกัน ดังนั้นอาหารหมวดนี้จึงแบ่งย่อยออกเป็น 4 กลุ่ม ตามปริมาณไขมัน ดังนี้

ประเภท ก. เนื้อสัตว์ในกลุ่มนี้มีไขมันต่ำมาก เนื้อสัตว์ 1 ส่วนให้ไขมัน ประมาณ 0-1 กรัม โปรตีน 7 กรัม และพลังงาน 35 กิโลแคลอรี ได้แก่ เนื้อวัวแห้ง (ไม่มีมัน) 15 กรัม ปลา (เนื้อล้วน) 30 กรัม ลูกชิ้นปลา 5 ลูก ปลาหมึกแห้ง 10 กรัม ปลาช่อนแห้ง 15 กรัม ลูกชิ้นปลา 5 ลูก ปลาหมึกสด 30 กรัม กุ้ง (ขนาด 2 นิ้ว) 4 ตัว กุ้งแห้ง 15 กรัม หอยแครง (เนื้อ) 10 ตัว หอยลาย 10 ตัว เป็นต้น

ประเภท ข. เป็นเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ 1 ส่วน ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม และ พลังงาน 55 กิโลแคลอรี อาหารกลุ่มนี้เทียบเท่าเนื้อสัตว์ประเภท ก. 1 ส่วน และเพิ่มไขมันอีก ½ ส่วน ได้แก่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน หรือที่แกะเอาไขมันออกหมด เช่น อกไก่ (ไม่ติดมัน) 30 กรัม เนื้อเป็ด (ไม่ติดหนัง-มัน) 30 กรัม เนื้อสเต็ก (ไม่มีมัน) 30 กรัม หอยนางรม (6ตัวขนาดกลาง) 30 กรัม เครื่องในสัตว์ทุกชนิด 30 กรัม ปลาทูน่า(ในน้ำมัน) 30 กรัม ปลาจารเมื่อดขาว 30 กรัม เป็นต้น

ประเภท ค. เป็นเนื้อสัตว์ที่มีไขมันปานกลาง 1 ส่วน ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม และ พลังงาน 75 กิโลแคลอรี ได้แก่เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ดังนี้ ไก่อ่อน,เนื้อ,หนัง 30 กรัม ไก่ทอด (ไม่มีหนัง) 30 กรัม เนื้อเป็ด,เนื้อ 30 กรัม เป็นย่าง (ไม่มีหนัง) 30 กรัม ตับเป็ด 30 กรัม เนื้อปลาทอด 30 กรัม ไข่ 1 ฟอง เป็นต้น

หมวดไขมัน (Fat exchange)

ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ทำให้ร่างกายอบอุ่น ช่วยในการดูดซึมและสะสมวิตามินชนิดที่ละลายในไขมันและสารอื่น ๆ ที่ จำเป็นต่อร่างกาย 1 ส่วนของไขมัน ให้พลังงาน 45 กิโลแคลอรี และไขมัน 5 กรัม

ไขมันได้มาจากทั้งพืชและสัตว์ ซึ่งประกอบด้วยกรดไขมันที่อิ่มตัวและไม่อิ่ม 3 ชนิดด้วยกัน คือ กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) กรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid) และกรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fatty acid) กรดไขมันไม่อิ่มตัวมากสองชนิดหลังมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ส่วนกรดไขมันอิ่มตัวนั้น ถ้า

รับประทานมากอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพเพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและมะเร็งได้ ดังนั้น ไขมันจึงแบ่งตามชนิดของกรดไขมันที่มีอยู่เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid)
2. กลุ่มไขมันที่มีกรดไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty acid)
3. กลุ่มไขมันที่มีกรดไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fatty acid)

ควรเลือกรับประทานไขมันที่มีกรดชนิดไม่อิ่มตัว แทนไขมันที่มีกรดไขมันชนิดอิ่มตัว ไขมันทุกชนิดมีพลังงานสูงควรจำกัดปริมาณในมื้ออาหารถั่วเปลือกแข็งและเมล็ดพืช มีใยอาหาร โปรตีน และแมกนีเซียมในปริมาณเล็กน้อย แต่มีไขมันสูงเนยเทียมชนิดนี้มีปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวน้อยกว่าชนิดแท่ง หรือ ชนิดแข็งเบคอน และเนยถั่ว ถั่วรับประทานในปริมาณเล็กน้อยนับเป็นส่วนของไขมัน แต่ถั่วรับประทานในปริมาณมากคิดเป็นส่วนของเนื้อสัตว์ไขมันสูง

อาหารที่รับประทานได้โดยไม่ต้องคิดพลังงาน

อาหารหรือเครื่องดื่มบางชนิด 1 ส่วนให้พลังงานน้อยกว่า 20 กิโลแคลอรี หรือ คาร์โบไฮเดรตน้อยกว่า 5 กรัม จึงสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องนำมาคิดพลังงาน แต่ควรจำกัดไม่ให้เกิน 3 ส่วน/วัน อาหารเหล่านั้นได้แก่

ครีมผงใส่กาแฟ	2	ช้อนชา
ทอฟฟี่ (ชนิดใช้น้ำตาลเทียม)	1	เม็ด
ผงโกโก้ชนิดไม่เติมน้ำตาล	1	ช้อนโต๊ะ
ซอสมะเขือเทศ	1	ช้อนโต๊ะ

อาหารที่รับประทานได้โดยไม่จำกัด

อาหารบางชนิดให้พลังงานและคาร์โบไฮเดรตต่ำมาก จึงสามารถรับประทานได้โดยไม่จำกัดซึ่งได้แก่

เจลาตินชนิดไม่มีน้ำตาล	น้ำตาลเทียม	ซูปลัซ
น้ำอัดลมไดเอท	น้ำโซดา	น้ำแร่
น้ำมะนาวไม่ใส่น้ำตาล	ชา กาแฟ	น้ำส้มสายชู
เครื่องดื่มทุกชนิด		

อาหารบางชนิดมีส่วนผสมของอาหารหลายหมวดปนกันอยู่ ไม่สามารถแยกเป็นหมวดเดียว ๆ ได้ เช่น อาหารจานเดียว ซุปชนิดต่าง ๆ ซึ่งรายการอาหารเหล่านี้อาจเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยทราบได้ว่าอาหารที่เลือกรับประทานนั้นจะแลกเปลี่ยนกับอาหารหมวดใดได้บ้าง

2.2.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกและกล้ามเนื้อมัดต่างๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมในระดับเบาๆ ปานกลาง หรือหนักที่เป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน หรืออาจเป็นกิจกรรมที่มีการวางแผนไว้ เช่น การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ที่

มีการเคลื่อนไหวของร่างกายสม่ำเสมอ ช่วยให้อัตราการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้รับเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น เพิ่มความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก สมรรถภาพการทำงานดีขึ้น ส่งเสริมการขับถ่ายได้อย่างปกติ(Pender, Murdaugh, and Parson,2002 อ้างในทริกา คำสม, 2547)

ความหมายของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย หมายถึง การออกแรงโดยใช้กล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ เพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงาน มีการสูบน้ำตาลในโลหิตได้ดีขึ้น ทำให้ปอด หัวใจ กล้ามเนื้อและข้อต่อแข็งแรงขึ้น ส่งผลให้มีสุขภาพและร่างกายที่แข็งแรง (การิยา ยื่อแระ,2553)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวโดยใช้กล้ามเนื้อ โครงสร้าง และใช้พลังงานของร่างกายมากกว่าขณะพัก ซึ่งกิจกรรมทางกายที่สามารถช่วยให้คุณมีความสุขที่ดีขึ้นได้ คือ การใช้กล้ามเนื้อให้ทำงานในระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว หรือเดินอย่างกระฉับกระเฉงและทำต่อเนื่องกัน รวมเป็นเวลา 30 นาที ในเกือบทุกวันของสัปดาห์ มีหลักฐานทางการแพทย์ที่ชัดเจนว่าการเคลื่อนไหวร่างกายในระดับปานกลาง และทำต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที เทียบเท่ากับการใช้พลังงาน 150 แคลอรี ซึ่งเพียงพอแล้วที่จะทำให้คนปกติทั่วไปมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและมีสุขภาพดีโดยรวม ไม่มีความจำเป็นใดที่จะออกกำลังกายอย่างหนักเหมือนนักกีฬา(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556)

กิจกรรมทางกาย มี 3 ระดับ คือ

- 1.ระดับเบา คือ ระดับที่มีการเคลื่อนไหวน้อยมาก เช่น การยืน การนั่ง
- 2.ระดับปานกลาง คือ การเคลื่อนไหวออกแรงที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ซึ่งมีความหนักและเหนื่อยในระดับเดียวกับการเดินเร็ว การขี่จักรยาน การเดินรำ การทำงานบ้าน
- 3.ระดับหนัก คือ การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีการทำซ้ำและต่อเนื่อง โดยใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และมีระดับชีพจรมากกว่าร้อยละ 70 ของการเต้นชีพจรสูงสุด เช่น การวิ่ง เดินขึ้นบันได การทำงานหนักในอาชีพชาวไร่ ชาวนา นักกีฬา

โดยทั่วไป กิจกรรมทางกายจึงมักหมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในระดับเบา ถึงระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

การแบ่งประเภทของการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แบบ คือ

1. การออกกำลังกายแบบ Isotonic เป็นการออกกำลังกายที่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ แล้วโยกกล้ามเนื้อหดสั้นหรือยืดยาว แรงดึงในกล้ามเนื้อคงที่

2. การออกกำลังกายแบบ Isometric เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการเกร็งตัว แต่ใยกล้ามเนื้อมีระยะความยาวคงที่ไม่เปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะเกร็งแรงเท่าใด แต่แรงดึงในกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

3. การออกกำลังกายแบบ Isokinetic เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการหดตัวอย่างช้าๆด้วยอัตราคงที่และต้องออกแรงเท่าๆกันตลอดระยะเวลาที่หดตัว ดังนั้น การออกกำลังกายแบบ Isotonic เท่านั้นที่ทำให้เกิดการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน เพราะมีการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้อสลับกัน และในช่วงที่กล้ามเนื้อคลายตัวเส้นเลือดจะไม่ถูกกล้ามเนื้อบีบทำให้เลือดสามารถไหลเข้าไปในกล้ามเนื้อนั้นได้ และนำสารอาหารต่างๆที่สำคัญคือออกซิเจนเข้าไปทำการสร้างพลังงาน ATP ใหม่

หลักการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน

หลักการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนนั้น มีการอธิบายหลักการออกกำลังกายที่สำคัญดังนี้

หลักการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน คือกิจกรรมที่ใช้แรงกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ต้องมีหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ

1. ความหนัก หมายถึง ร้อยละ 50-80 ของความสามารถสูงสุด(สมรรถภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุด)ของชีพจรเต้นเพิ่มขึ้นเมื่อมีการออกกำลังกาย
2. ความนาน หมายถึง ใช้เวลานาน 20 นาทีขึ้นไป
3. ความบ่อย หมายถึง 3-5 ครั้ง/สัปดาห์

การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน ควรฝึกความอดทนอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 20-60 นาทีต่อครั้ง ด้วยความแรงระดับปานกลางถึงหนัก ซึ่งเท่ากับร้อยละ 60-90 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด(ระดับกลางเท่ากับ 65-75) หรือร้อยละ 50-85 ของความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดโดยปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน(สมชาย,2548 อ้างใน การิยา ชือแร, 2553)

การวัดปริมาณหรือความแรงของการออกกำลังกายในทางปฏิบัติทำได้ยาก ดังนั้นวิธีการที่สะดวก ทำได้ง่ายและเชื่อถือได้ คือการใช้วิธีจับชีพจรแทน เนื่องจากการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณของการออกกำลังกาย ชีพจรขณะพัก(ตื่นนอนใหม่ๆยังไม่ลุกจากที่นอน)ถือว่ายังไม่มี การออกกำลังกายเลย จึงมีค่าเท่ากับ การออกกำลังกาย 0% เช่น นาย ก. ขณะพักมีชีพจรเต้น 70 ครั้งต่อนาที แสดงว่านาย ก.ขณะไม่ออกกำลังกายเลยชีพจรจะเต้น 70 ครั้ง/นาที สมาคมโรคหัวใจของอเมริกากำหนดให้คนเรามีชีพจรสูงสุดได้ 220 ครั้งต่อนาที ซึ่งทารกแรกเกิดเท่านั้นที่จะทนได้ เมื่ออายุมากขึ้นทารกนั้นจะทนชีพจรได้น้อยลงเรื่อยๆตามอายุ ฉะนั้น จึงกล่าวได้ว่า ชีพจรที่มนุษย์จะทนไหวหรือชีพจรสูงสุดเท่ากับ 220 - อายุ เช่น นาย ก. อายุ 60 ปี ชีพจรสูงสุดที่นาย ก.จะทนได้เท่ากับ $220 - 60 = 160$ ครั้งต่อนาทีในขณะที่ชีพจรเต้นสูงสุดนี้เทียบได้ว่าออกกำลังกาย 100%

สรุปแล้ว นาย ก. ขณะออกกำลังกาย 0% ชีพจร = 70 ครั้ง/นาที
 และขณะออกกำลังกาย 100% ชีพจร = 160 ครั้ง/นาที
 ชีพจรนาย ก. จะเพิ่มขึ้น = $160 - 70 = 90$ ครั้ง/นาที
 ถ้าต้องการให้ชีพจรนาย ก. เพิ่มขึ้น 60% = $\frac{60 \times 90}{100} = 54$ ครั้ง/นาที

100

ฉะนั้น นาย ก. ออกกำลังกายชนิดใดก็ตามเมื่อชีพจรเพิ่มขึ้นถึง $70 + 54 = 124$ ครั้ง/นาที แสดงว่า นาย ก. ออกกำลังกายได้ 60% แล้ว (การिया, 2553)

ข้อปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

ข้อปฏิบัติในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้น การกีฬาแห่งประเทศไทยได้กำหนดข้อปฏิบัติ ซึ่งเรียกว่าบัญญัติ 10 ประการ สำหรับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ(การกีฬาแห่งประเทศไทย, 2536 อ้างใน การिया ชื่อแระ, 2553) ดังนี้

1.การประมาณตน ร่างกายของแต่ละคนมีสภาพไม่เหมือนกัน กีฬาที่จะนำมาออกกำลังกายต้องเหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะเป็นที่มาของสมรรถภาพที่ดี ออกกำลังน้อย ฝึกน้อยหรือเบาเกินไปก็จะส่งผลน้อยหรือไม่ได้อะไรเลย ฝึกหนักไปก็อันตรายกับสุขภาพได้ สังกัดจากความเหนื่อย หรือหากออกกำลังกายหนักเกินไปแล้วยังสามารถฝึกต่อไปได้ด้วยความหนักเท่าเดิมโดยไม่เหนื่อยเพิ่มขึ้น และเมื่อพักแล้วไม่เกิน 10 นาทีก็รู้สึกหายเหนื่อยแม้จะมีการอ่อนเพลียอยู่บ้าง แต่ในวันรุ่งขึ้นกลับสดชื่นเท่าเดิม แสดงว่าการฝึกซ้อมหรือการออกกำลังกายนั้นไม่หนักเกินไป

2.การแต่งกาย มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งในด้านการเคลื่อนไหวและความทนทาน การออกกำลังกายแบบต่างๆย่อมมีเครื่องแต่งกายที่เหมาะสมทั้งเสื้อ กางเกง รองเท้า รวมถึงอุปกรณ์ที่ช่วยป้องกันการบาดเจ็บ เช่น สนับเข่า สนับข้อ เครื่องป้องกันศรียะ เป็นต้น

3.เวลา ควรกำหนดเวลาฝึกซ้อมให้แน่นอน ในแต่ละวัน เพื่อร่างกายจะได้ไม่ต้องปรับตัวใหม่ เวลาที่เหมาะสมในการฝึกความทนทาน คือ ในช่วงเช้าและเย็น ส่วนการฝึกความแข็งแรงหรือความเร็วอาจฝึกในช่วงอากาศร้อนได้ แต่ทำระยะเวลาสั้นๆ

4.สภาพของกระเพาะอาหาร ในเวลาที่อิมจัดกระเพาะอาหารซึ่งตั้งอยู่ใต้กระบังลม จำทำให้ปวดขยายได้ไม่เต็มที่ แม้การไหลเวียนของเลือดก็ต้องแบ่งส่วนหนึ่งไปใช้ในการย่อยและการดูดซึมอาหาร ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อน้อยลงอันเป็นผลเสียต่อการออกกำลังกาย

5.การดื่มน้ำ น้ำมีความจำเป็นในการออกกำลังกาย การสูญเสียน้ำในปริมาณมากๆ ทำให้สมรรถภาพลดลงหรือเป็นอันตรายต่อร่างกายได้ ร่างกายจำเป็นต้องได้น้ำชดเชย การเล่นกีฬาใดๆก็ตามถ้าร่างกายสูญเสียน้ำไปกว่า 2 เปอร์เซ็นต์ของน้ำหนักตัวร่างกายจะขาดน้ำ จะต้องมีการ

ชดเชยน้ำเท่ากับปริมาณที่สูญเสียไป จึงจะทำให้สมรรถภาพทางกายดีที่สุด การดื่มน้ำสามารถทำได้ระหว่างการออกกำลังกายหรือดื่มห้าถึงหกแก้วระหว่างการออกกำลังกายก็ได้

6. ความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง และร่างกายต้องการพักผ่อน การออกกำลังกายในช่วงที่มีไข้จะทำให้หัวใจทำงานหนักเพื่อระบายความร้อน นอกจากนี้หากเป็นไข้ที่เกิดจากการติดเชื้อ การไหลเวียนเพิ่มขึ้นอาจทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายไปยังส่วนต่างของร่างกายได้

7. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างการออกกำลังกายและเล่นกีฬาพบมากในคนอายุ 35 ปีขึ้นไป เช่น รู้สึกหายใจขัด จุกแน่นหน้าอก ควรหยุดออกกำลังกายและเล่นกีฬาทันทีเพราะอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

8. ด้านจิตใจ ในระหว่างการออกกำลังกายต้องทำจิตใจให้ปลอดโปร่ง คิดถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ตั้งใจปฏิบัติตามท่าทางและเทคนิคต่างๆ ฝึกใจท่าทางที่ผิด ขจัดเรื่องรบกวนจิตใจออกไป หากขจัดไม่ได้ก็ไม่ควรฝืนซ้อมต่อไปเพราะจะทำให้เสียสมาธิหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

9. ความสม่ำเสมอ สมรรถภาพที่เพิ่มขึ้นนอกจากจะขึ้นอยู่กับความเข้มข้น (intensity) ของกิจกรรมแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความสม่ำเสมอด้วย ดังนั้น การฝืนซ้อมเพื่อการแข่งขันหรือเพื่อสุขภาพต้องรักษาความสม่ำเสมอไว้ให้ได้

10. การพักผ่อน หลังจากการฝึกซ้อมหรือออกกำลังกายแล้ว ร่างกายเสียพลังงานสำรองไปมากจำเป็นต้องมีการชดเชย รวมทั้งการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอไป ซึ่งจะเกิดขึ้นในระหว่างพักผ่อน หากเป็นการฝึกซ้อมหรือการออกกำลังกายที่หนัก จำเป็นต้องมีการพักผ่อนที่เพียงพอเพื่อให้ร่างกายฟื้นตัวเข้าสู่สภาพปกติ

ประโยชน์ของการออกกำลังกาย

ร่างกายของคนเราประกอบไปด้วยอวัยวะต่างๆมากมายที่ทำงานประสานสอดคล้องกันตลอดเวลา อวัยวะบางอย่างได้พักบ้างหรือทำงานน้อยลงขณะที่ไม่ได้ใช้งาน เช่น กล้ามเนื้อแขนขา ในขณะที่เรานอนหลับ กระเพาะอาหาร ถ้าใส่ได้พักในขณะที่เราไม่ได้รับประทานอาหารเข้าไป เป็นต้น แต่ยังมีอวัยวะที่สำคัญได้แก่ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบการหายใจซึ่งมีหัวใจและปอดเป็นอวัยวะสำคัญในการทำหน้าที่ หัวใจและปอดไม่ได้มีโอกาสหยุดพักเหมือนกับอวัยวะอื่นๆ ในขณะที่นอนหลับอาจจะทำงานน้อยลงบ้างแต่ก็ไม่ได้พักเหมือนอวัยวะอื่นๆ เพราะเซลล์ต่างๆทุกส่วนของร่างกายจำเป็นต้องได้รับเลือดเพื่อนำเอาออกซิเจนมาหล่อเลี้ยงตลอดเวลา ดังนั้น คนเราจำเป็นต้องหาทางที่จะทำให้หัวใจและปอดมีการทำงานที่มีประสิทธิภาพมีความคงทนต่อการใช้งานตลอดเวลา (เจริญทัศน์, 2542 อ้างใน การิยา, 2553)

ในปัจจุบันนี้ ยังไม่มียาหรือสารอะไรที่จะทำให้อวัยวะทั้งสองมีความแข็งแรงทนทานต่อสภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพตลอดเวลาได้ ยกเว้นแต่การออกกำลังกายเท่านั้น ที่วงการแพทย์

ยอมรับว่าสามารถทำให้ทั้งหัวใจและปอดทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังเห็นได้จากผู้ที่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจต่อนาทีลดลง เพราะหัวใจบีบตัวแต่ละครั้งมี ประสิทธิภาพมากกว่า ตัวอย่างเช่น คนปกติหัวใจเต้น 70 ครั้งต่อนาที ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ หัวใจเต้น 60 ครั้งต่อนาที ดังนั้นใน 1 วัน คนปกติหัวใจเต้น 70 x 60 นาที x 24 ชั่วโมง เท่ากับ 100,800 ครั้ง/วัน ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ หัวใจจะเต้น 60 x 60 นาที x 24 ชั่วโมง เท่ากับ 86,400 ครั้ง/วัน ถ้ารวมกับการเต้นของหัวใจที่มากขึ้นขณะออกกำลังกายภายใน 1 วัน ผู้ที่ออกกำลังกาย หัวใจของเขาจะเต้นประมาณ 91,800 ครั้ง/วัน ดังนั้น ใน 1 วัน หัวใจของผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะเต้นน้อยกว่าคนปกติประมาณ 9,000 ครั้ง/วัน หรือ 3 ล้านครั้ง/ปี สังเกตได้ว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะไม่ค่อยพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรค กระเพาะ โรคเครียดหรือวิตกกังวล การออกกำลังกายนอกจากจะทำให้หัวใจแข็งแรงแล้วยังมี ประโยชน์ต่อร่างกายอีกหลายประการ(เจริญทัศน์, 2542 อ้างใน การิยา, 2553) เช่น

1. ป้องกันโรคหัวใจตีบตัน สมรรถภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น
2. ลดไขมันในเลือด
3. เพิ่ม HDL-C
4. ลดความอ้วน(ลดไขมัน) เพิ่มกล้ามเนื้อ
5. ป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
6. ช่วยทำให้หัวใจ ปอด ระบบไหลเวียนเลือดทำงานได้ดีขึ้น
7. ช่วยลดความเครียด นอนหลับได้ดียิ่งขึ้น เพิ่มสมรรถภาพทางเพศ
8. ป้องกันโรคกระดูกเปราะ โดยเฉพาะในสตรีวัยหมดประจำเดือน
9. ช่วยป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น
10. ช่วยทำให้ร่างกายนำไขมันมาใช้เป็นพลังงานได้ดีกว่าเดิม ซึ่งเป็นการประหยัดการใช้แป้ง glycogen ซึ่งมีอยู่น้อยและเป็นการป้องกันโรคหัวใจอีกด้วย
11. ช่วยป้องกันโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ เต้านม ต่อมลูกหมาก
12. การออกกำลังกายในเด็ก จะช่วยทำให้ร่างกายเด็กเจริญเติบโต เพราะเด็กมีระบบการย่อยที่ดี เจริญอาหาร และมีระบบการขับถ่ายที่ดี
13. การออกกำลังกายในผู้ใหญ่ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง อวัยวะต่างๆทำงานได้ดี มีความคงทนต่อสภาพแวดล้อม
14. การออกกำลังกายช่วยให้สุขภาพจิตดี สามารถทำให้คลายเครียด ลดความวิตกกังวล นอนหลับพักผ่อนได้ดี

16.ทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า ประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาโรค ลดเวลาการหยุดงานเนื่องจากเจ็บป่วย ทำให้ประเทศมั่นคง

17.ถ้าประชาชนทั่วประเทศออกกำลังกาย จะเป็นพื้นฐานของการนำไปสู่ความเป็นเลิศด้านการศึกษา

มีงานวิจัยมากมายได้แสดงหลักฐานว่าการมีกิจกรรมทางกายประจำอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอมีผลต่อสุขภาพ สามารถลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน อ้วน และมะเร็ง องค์การอนามัยโลกประมาณว่าการไม่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22-23 โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 16-17 โรคเบาหวาน ร้อยละ 15 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12-13 สำหรับในประเทศไทย การขาดกิจกรรมทางกายที่เพียงพอเป็นสาเหตุของภาระโรคลำดับที่ 9 ทำให้สูญเสียร้อยละ 1.3 ของปีสุขภาพ (DALY) และร้อยละของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายยามว่างระดับปานกลางขึ้นไปจำแนกตามภาคและเพศ พบว่าผู้หญิงภาคใต้มีกิจกรรมยามว่างระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ซึ่งต่ำที่สุดของประเทศ และภาคใต้มีสัดส่วนของคนที่ไม่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมากที่สุด (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ, 2554)

ดังนั้น การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว จึงเป็นสิ่งที่ดีและเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันโรคเรื้อรังต่างๆที่จะตามมาจากภาวะน้ำหนักเกินและในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือจะต้องมีพฤติกรรมด้านการบริโภคที่ถูกต้อง และมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันที่เหมาะสม

ในสตรีวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นวัยที่มีการใช้กำลังน้อย อาจจะเนื่องมาจากอายุที่มากขึ้นหรืออาจจะมีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว จึงส่งผลให้มีสะสมของไขมันส่วนเกินทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนได้ง่าย ซึ่งพบว่า กลุ่มสตรีมีการออกกำลังกายน้อยกว่ากลุ่มชาย มีสตรีออกกำลังกายเป็นประจำเพียงร้อยละ 19.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551 อ้างใน การิยา, 2553) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายของสตรีมุสลิมนั้น พบว่า สตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลางนั้นส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เหมาะสมคือขาดการออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายนานๆครั้ง สาเหตุที่ประชาชนไม่ออกกำลังกายพบว่า ในชุมชนมุสลิมนั้นสาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องมาจากหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามที่ไม่ให้มีการเปิดเผยตัวเองหรือแสดงท่าทางไม่เหมาะสมในที่สาธารณะและสตรีต้องไม่เปิดเผยร่างกาย(เอาเราะฮ์)ให้ผู้ชายเห็น (บรรจง, 2543 อ้างใน การิยา ยือแร, 2553) และกิจกรรมการออกกำลังกายบางอย่างสตรีมุสลิมไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากไม่สอดคล้องกับหลักการทางศาสนาอิสลามในเรื่องดนตรีประกอบ ท่าทางและการแต่งกาย โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีซึ่งมีข้อกำหนดที่ต้องสอดคล้องกับหลักปฏิบัติทางศาสนา (ยุซุฟและสุภัทร, 2551 อ้างใน การิยา ยือแร, 2553) รวมทั้ง

สถานที่ที่มีการปะปนกันระหว่างชายหญิง (Madya, 2008 อ้างใน การิยา ยือแร, 2553) ทำให้ผู้นำศาสนาในชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการชี้นำทางศาสนาอิสลามออกมาแสดงทรรศนะว่าไม่ถูกต้องตามหลักศาสนาและชุมชนไม่สนับสนุน ซึ่งการดำเนินชีวิตของมุสลิมผูกพันอยู่กับศาสนาอย่างแน่นแฟ้น ชีวิตประจำวันผูกพันอยู่กับพระผู้เป็นเจ้า (มานี, 2544 อ้างใน การิยา ยือแร, 2553) จึงทำให้สตรีมุสลิมไม่กล้าออกกำลังกายโดยใช้ท่าทางที่ไม่เหมาะสมหรือออกกำลังกายในที่สาธารณะ(ฉลวย เหลาะหมาน, 2548 อ้างใน การิยา ยือแร, 2553) และพบว่า ค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของกิจกรรมทางกายของสตรีมุสลิมผู้ประกอบการอาชีพค้าขายในตลาดสดอยู่ในระดับปานกลาง และความเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานและผู้ประกอบการอาชีพทำให้ไม่อยากออกกำลังกายเพิ่มเติม (อุบลทิพย์ นนทณรงค์, 2553)

บริบททางสังคมของภาคใต้ เช่น จังหวัดปัตตานี เป็นแหล่งอารยธรรมที่สำคัญที่มีความเป็นมาอันยาวนาน มีวิวัฒนาการด้านสังคมและวัฒนธรรม ทำให้พื้นที่นี้มีเอกลักษณ์ อัตลักษณ์เฉพาะตัวซึ่งโดดเด่นจากพื้นที่ภาคอื่นๆ โดยเฉพาะเอกลักษณ์ด้านศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อซึ่งประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม มีวิถีชีวิตที่ผูกพันกับศาสนาตลอดเวลา โดยเฉพาะสตรีมุสลิมต้องปฏิบัติให้อยู่ในกรอบของหลักศาสนาอิสลาม ไม่ว่าจะกระทำการสิ่งใด สิ่งที่จะต้องพิจารณาเป็นอันดับแรกก็คือหลักศาสนาอิสลามได้อำนวยความสะดวกอย่างไรบ้าง สตรีมุสลิมส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวในด้านต่างๆ สิ่งเหล่านี้ย่อมมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการออกกำลังกายสำหรับแม่บ้านมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นอย่างยิ่ง การปฏิบัติภารกิจงานในฐานะแม่บ้าน และภรรยามาก่อนเสมอ ดังนั้น ถ้าหากจะให้แม่บ้านมุสลิมออกกำลังกายได้ การส่งเสริมการออกกำลังกายน่าจะหาวิธี โดยนำวิธีการออกกำลังกายบูรณาการกับการปฏิบัติศาสนกิจให้ได้อย่างมีคุณภาพ (กานียา ยือแร, 2553)

ดังนั้น การส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนในสตรีมุสลิม จึงเป็นสิ่งที่ต้องมีการศึกษาและพิจารณาอย่างละเอียดและรอบคอบ เนื่องจากมีปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามาเกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกำหนดที่นอกเหนือและแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะประเด็นทางด้านศาสนาและวัฒนธรรมที่มีความละเอียดอ่อน แต่อย่างไรก็ดีแล้วแต่ศาสนาอิสลามได้กำหนดหลักการปฏิบัติที่ง่ายและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของมุสลิมในทุกๆด้าน เช่น ในเรื่องการเมือง เศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม ชุมชนและสุขภาพ อิสลามสนับสนุนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวปัจเจกบุคคลและชุมชน โดยรวม อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องของสุขภาพ เรื่องของความสะอาดไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายและการดื่มหรือการบริโภคต่างๆ

2.3 การประเมินพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก ได้มีผู้สร้างแบบประเมินไว้หลายแบบด้วยกัน เช่น

ครุณี คลรตันภัทร(2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน ในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักนั้น สร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์(Pender, 1996) มีทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด คือ หมวดแรกเกี่ยวกับบริโภคนิสัย 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาการเลือกชนิดอาหารในการบริโภค 9 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาการทำงาน 2 ข้อ การพักผ่อน 3 ข้อ และหมวดการออกกำลังกาย 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

ธนธรณ์ เก็บไว้(2549) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว ประยุกต์ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของทาริกา คำสม(2547) ที่สร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(1996) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 หมวด คือ เกี่ยวกับบริโภคนิสัยและเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ และข้อความทางลบ 9 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

เดือนจิตร ภัคดีพรหม(2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรมทางด้านการบริโภค 5 ข้อ พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 15 ข้อ และพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินการออกกำลังกายของสุภาอินทร(2546) เป็นข้อคำถามด้านบวก 16 ข้อ ด้านลบ 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ

ทาริกา คำสม(2547) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินในเขตกรุงเทพมหานคร แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก ประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของครุณี คลรตันภัทร(2545) ที่สร้างตามแนวคิดของเพนเดอร์(Pender, 1996) มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ประกอบไปด้วย 2 หมวดด้วยกัน คือ 1.หมวดบริโภคนิสัย 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาการเลือกชนิดอาหารในการบริโภค 9 ข้อ และวิธีการบริโภคอาหาร 6 ข้อ 2.หมวดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน 7 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาการทำงาน 2 ข้อ การพักผ่อน 3 ข้อ และการออกกำลังกาย 2 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 14 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนนั้นผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินของทาริกา คำสม(2547) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(Pender, 2002) เนื่องจากมีข้อคำถามที่ครอบคลุมเกี่ยวกับ

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับบริบทการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค จำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามด้านพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

3.แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะปี 2002(Pender, Murdaugh and Parson, 2002) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มระดับของความเป็นอยู่ที่ดี (Well being) และสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต (Self actualization) ของปัจเจกบุคคล และกลุ่มบุคคล การส่งเสริมสุขภาพนั้นมีจุดเน้นที่ส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีและความผาสุกในชีวิต

มโนทัศน์หลักในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ ปี 2002 (Pender,Murdaugh and Parson, 2002) ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ

3.1 ปัจจัยด้านลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล(Individual Characteristics and Experience) บุคคลจะมีลักษณะและประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกัน และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในระยะต่อมา ความสำคัญของอิทธิพลจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีผลต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับบ่งพฤติกรรมเท่านั้น ปัจจัยลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลประกอบไปด้วย 2 ปัจจัย มีรายละเอียดดังนี้ (สายพิน จันทรังศรี,2553)

3.1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) พฤติกรรมในอดีตมีผลโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงอาจจะเกี่ยวกับลักษณะนิสัย ซึ่งจะมีใจโอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติ พฤติกรรมที่กระทำบ่อยครั้งจนเกิดเป็นนิสัยมักเกิดจากความตั้งใจที่แน่วแน่และปฏิบัติซ้ำบ่อยๆ ส่วนพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง(self efficacy) ประโยชน์และอุปสรรค และอารมณ์ที่สัมพันธ์กับกิจกรรม(self-related effect)ที่สอดคล้องกับแนวทฤษฎีทางปัญญาสังคมของแบนดูรา กล่าวไว้ว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับ จะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลความสามารถหรือทักษะของตน ประโยชน์ที่เคยได้รับจากการกระทำพฤติกรรมในอดีต หรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำได้มากขึ้น

3.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล(Personal factors)

ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เฉพาะต่อพฤติกรรมได้เท่ากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลจะทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น จึงไม่ค่อยพบว่ามีการใช้ปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

3.1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพบุคคล(Personal biological factors) ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ภาวะการเจริญพันธุ์ ช่วงวัยตามพัฒนาการของชีวิต และความสามารถหรือความสมดุลงของร่างกาย

3.1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาส่วนบุคคล (personal psychological factors) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและคำจำกัดความของสุขภาพ

3.1.2.3 ปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมของบุคคล(Personal sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา สภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดและความรู้สึกของพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง

3.2 ความคิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ(Behaviors – specific cognitions and affect)
ตัวแปรนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดและเป็นแกนสำคัญสำหรับพยาบาลจะนำไปใช้ในการปฏิบัติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ(Perceived Benefit of Action) การที่บุคคลมีส่วนร่วมในพฤติกรรม มักจะคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ประโยชน์ที่เคยได้จากการกระทำ จะแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือเสริมแรงบวกของการกระทำพฤติกรรมนั้น ในทฤษฎี Expectancy – value ผลของประสบการณ์ แรงที่เกิดขึ้นในอดีต หรือจากการเรียนรู้โดยการสังเกตบุคคลอื่นกระทำ จะเป็นพื้นฐานของแรงจูงใจที่สำคัญต่อประโยชน์ที่เคยได้รับมาก่อน บุคคลตั้งใจจะสละเวลาหรือทรัพยากร เพื่อปฏิบัติด้วยความพอใจสูงสุด เมื่อการกระทำนั้นเพื่อประสบการณ์ในการให้ผลในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับจากการแสดง อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในหรือภายนอกก็ได้ เช่น การเพิ่มความตื่นกลัว การลดความรู้สึกเหนื่อยล้า

3.2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ(Perceived Barriers to action)การปฏิบัติกิจกรรมใดๆมักพบอุปสรรคได้เสมอ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอุปสรรคอาจเกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือเกิดขึ้นจริง อุปสรรคเหล่านี้ได้แก่ความยากลำบาก ความไม่สะดวก มีค่าใช้จ่าย มีความยุ่งยากในการปฏิบัติ หรือใช้เวลาในการปฏิบัติมากเกินไป อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติ คือทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต้องหยุดชะงัก

3.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง(Perceived – self efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด การรับรู้ความสามารถและทักษะของตนเองเป็นตัวกระตุ้น ให้บุคคลเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะที่เห็นว่ามีคุณค่าและมีเป้าหมายสำหรับตนเองมากกว่า กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อมีอารมณ์ทางบวกมากขึ้น การรับรู้ก็มีความสามารถมากขึ้น และความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยตรงและมีอิทธิพลโดยทางอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค

3.2.4 กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ (Activity-Related Affect) ภาวะอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและภายหลังพฤติกรรมเป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง ผลของความรู้สึกลักษณะนี้จะทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมซ้ำๆหรือคงไว้ใน การปฏิบัติพฤติกรรมระยะยาว จากการศึกษาพบว่าความชอบในการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลโดยตรงต่อปฏิกริยาทางอารมณ์อาจจะเป็นในทางบวกหรือทางลบก็ได้

3.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influence) อิทธิพลระหว่างบุคคลคือความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความจริงก็ได้ อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วยบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และตัวแบบ(Modeling) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลประโยชน์โดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้เช่นเดียวกับอิทธิพลทางอ้อม โดยผ่านความกดดันทางสังคม หรือการกระตุ้นให้มีพันธสัญญาเพื่อวางแผนการกระทำ

3.2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์(Situational Influence) การรับรู้ ความรู้และความเข้าใจของบุคคลในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมสามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม

3.3 ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เงื่อนไขคือข้อผูกมัดในแผนจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ยกเว้นมีความจำเป็นอย่างอื่นที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

3.3.1 ความมุ่งมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมตามแผน(Commitment to a plan of action) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมหรือร่วมกิจกรรมหรือร่วมกิจกรรมที่ได้รับการจัดอย่างเป็นระเบียบมากกว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ไม่เป็นระเบียบ ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติตามแผน หมายถึง ขบวนการที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะในเวลา สถานที่กับบุคคลที่กำหนดซึ่ง ไม่เกี่ยวข้องกับความสุขหรือความต้องการปฏิบัติ และมียุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะการที่จำทำเช่นนั้นได้ทั้งผู้รับบริการและพยาบาล

จะต้องวางแผนร่วมกับผู้รับบริการอาจเลือกยุทธวิธีที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เขาต้องการ การมีข้อผูกมัดแต่ไม่มียุทธวิธีจะเกิดผลเพียงความตั้งใจที่ดีแต่ไม่เกิดพฤติกรรม

3.3.2 ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด(Immediate competing demands and preference) ปัจจัยความต้องการและความพึงพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด หมายถึงพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด ซึ่งสามารถจะกระทำได้ ก่อนที่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแผนที่วางไว้ ความต้องการแทรกแซงมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ส่วนความพอใจแทรกแซงมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมได้ ใน Health Promotion Model ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงเข้ามาในทันทีทันใดกระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมและมีผลต่อพันธะสัญญาได้พอสมควร

3.3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ(Health Promotion Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้ายหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นหรือเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรนึกไว้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวกของผู้รับบริการโดยตรง สามารถนำไปใช้ในทุกระดับของการดำเนินชีวิต โดยผสมผสานเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์สุขภาพในทางบวกไปตลอดชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม 6 ด้าน คือ

3.3.3.1.ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ(Health responsibility) หมายถึง การที่บุคคลตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี โดยอาจเป็นการดูแลตัวเองไปในขั้นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น การหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ โดยอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สังเกตอาการผิดปกติต่างๆของร่างกาย ปรึกษาเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ตลอดจนการตรวจร่างกายประจำปีสม่ำเสมอ

3.3.3.2.กิจกรรมทางด้านร่างกาย(Physical activity) หมายถึงการที่บุคคลได้ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยครั้งละ 20 – 40 นาทีขึ้นไป อาทิตย์ละไม่ต่ำกว่า 3 – 4 ครั้ง การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน การเดินแอโรบิก หรือออกกำลังกายขณะทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆของร่างกายใช้พลังงานปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ เช่น การเดินขึ้นบันไดแทนการขึ้นลิฟท์ เป็นต้น

3.3.3.3 ด้านโภชนาการ(Nutrition) หมายถึงการที่บุคคลดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเองด้วยการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีประโยชน์ต่อร่างกาย ควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติและเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ที่มีกากใย รวมทั้งรับประทานอาหารให้ถูกสัดส่วนและครบทั้ง 5 หมู่ทุกวัน

3.3.3.4 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(Inte personal relations) หมายถึงการที่บุคคลดำเนินชีวิตประจำวันโดยมีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ทั้งในเรื่องการทำงาน การพบปะสังสรรค์มีการพูดคุยหรือการทำกิจกรรมร่วมกันตามโอกาสต่างๆ มีการปรึกษาหารือ ร่วมกันแก้ไขปัญหา ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆในสังคม

3.3.3.5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ(Spiritual growth) หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง การที่บุคคลตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพทางจิต ด้วยการรักษาจิตและบริหารจิตของตนเองให้เกิดความสงบ เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่น ให้ความสำคัญกับการฝึกจิตเพื่อให้บุคคลใช้ชีวิตอย่างมีสติ ใช้เหตุและผลและนำไปสู่การเกิดปัญญา เช่น การนั่งสมาธิ การศึกษาธรรมะ

3.3.3.6 การจัดการความเครียด(Stress management) หมายถึง การที่บุคคลสามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดทางอารมณ์และจิตใจ ทั้งที่เกิดจากปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงานได้อย่างเหมาะสม การหาเวลาผ่อนคลายความเครียดในแต่ละวันด้วยการพักผ่อนนอนหลับ ทำงาอดิเรก จะช่วยให้เกิดการผ่อนคลายทางจิตใจและอารมณ์ได้

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล(The Theory of Reasonal Action)

ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล เป็นทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันการป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพ โดยพัฒนาขึ้นเพื่อทำนายพฤติกรรมของบุคคลจากความตั้งใจ โดยมีสมมติฐานว่า โดยปกติแล้วมนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผล ข้อมูลต่างๆที่ได้รับจะนำมาใช้เป็นประโยชน์อย่างมีระบบเพื่อบรรลุผลจากการตัดสินใจของตนเอง

องค์ประกอบหลักของทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล

เนื่องจากจุดมุ่งหมายของทฤษฎีนี้คือ การทำนายพฤติกรรมจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและเนื่องจากความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมเป็นตัวกำหนดใกล้ชิดของการกระทำหรือพฤติกรรม ตามทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม ถูกกำหนดด้วยกำหนดพื้นฐาน คือ

1. เจตคติต่อการกระทำพฤติกรรม (Attitude toward performing behavior) หมายถึงเป็นตัวกำหนดหรือองค์ประกอบด้านบุคคล หรือธรรมชาติของบุคคลที่เกี่ยวกับการประเมินทั้งในด้านบวกและด้านลบหรือด้านดีหรือไม่ดีของบุคคลนั้นต่อการกระทำพฤติกรรม

2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm) หมายถึงเป็นองค์ประกอบด้านสังคมหรือเป็นผลกระทบจากสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับแรงผลักดันของสังคมที่ทำให้กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น คือ การรับรู้บรรทัดฐานของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อเขา โดยการคาดหมายถึงความรู้สึกของบุคคลเหล่านั้นที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมของเขา เช่น การรับรู้ว่าคุณค่า หรือกลุ่มสังคมที่มีอิทธิพลต่อเขา สนับสนุนหรือคัดค้านการที่เขาจะกระทำพฤติกรรมนั้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีมากมายหลายปัจจัย ปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ เช่น เพศ อายุ พันธุกรรม เป็นต้น และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ความรู้ ความเชื่อของบุคคลเหล่านี้ เป็นต้น ดังนั้นในฐานะที่เราเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ ต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ที่มิภาวะอ้วนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านของปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้นำเอาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ 2002 มาใช้ในการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ที่มิภาวะอ้วน ดังนี้ คือ

4.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) บุคคลจะกระทำกิจกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อมีความเชื่อหรือมีความคิดว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นมีประโยชน์เป็นสิ่งที่ดีต่อตนหรือเมื่อกระทำแล้วจะทำให้ตนได้รับสิ่งที่ดี เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำการใดๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการปฏิบัติพฤติกรรม ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักนั้น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของทาริกา คำสม (2547) ที่สร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริม

สุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1.ด้านร่างกาย 5 ข้อ 2.ด้านจิตใจ 2 ข้อ 3.ด้านเศรษฐกิจ 2 ข้อ 4. ด้านสังคม 2 ข้อ และ 5.ด้านความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ(1-5 คะแนน)

มีการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นนภาคใต้(ตรีพร ชุมศรี 2548, อ้างใน สุวรรณิ โคนุช และคณะ 2554) และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานได้(ชนธร วงษ์จันทร์ อ้างใน สุวรรณิ โคนุช และคณะ 2554) ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของทาริกา คำสม (2547) พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .145$) และการศึกษาของชนธรณ์ เก็บไว้ (2549) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22$)

4.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ(perceived barriers to action)เป็นความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณอุปสรรคเป็นปัจจัยที่ขัดขวางการกระทำพฤติกรรม บุคคลมักยอมไม่ยอมอยากกระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้น แต่ถ้ามีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรมมากและมีอุปสรรคน้อย โอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีมากขึ้น ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนนั้น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของทาริกา คำสม(2547) ที่สร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1. ด้านเจตคติ/ค่านิยม 3 ข้อ 2.ด้านชนิดของอาหาร 2 ข้อ 3.ด้านเวลา 2 ข้อ 4. ด้านความไม่สะดวก 2 ข้อ และ 5.ด้านหลักปฏิบัติทางศาสนา 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ(1-5 คะแนน)

มีการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์(พิมพ์ใจ จารุวัชรวิงศ์ อ้างในสุวรรณิ โคนุช และคณะ 2554) และพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นนภาคใต้(ตรีพร ชุมศรี,2548 อ้างในสุวรรณิ โคนุช และ

คณะ 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทริกา ค้ำสม (2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .405$) และการศึกษาของชนธรรณ์ เกือบไว้ (2549) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.68$)

4.3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการกระทำพฤติกรรม(perceived self-efficacy)เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรม หากบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จก็จะกระทำพฤติกรรมนั้น และหากบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลง ดังนั้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวจะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนนั้น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของทริกา ค้ำสม(2547) ที่สร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.อุปสรรคด้านการบริโภค 9 ข้อ 2.อุปสรรคด้านการออกกำลังกาย 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ(1-5 คะแนน)

มีการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์รุ่นภาคใต้(ตรีพร ชุมศรี,2548 อ่างในสุวรรณิ โคนุช และคณะ 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทริกา ค้ำสม (2547) พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .503$) สอดคล้องกับการศึกษาของชนธรรณ์ เกือบไว้ (2549) ที่พบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .81$)

4.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่ทำให้ตัดสินใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่าง กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนี้ แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลจึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

การประเมินอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักนั้น ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินของทริก้า คำสม(2547) ที่สร้างขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.กลุ่มบุคคลในครอบครัว 4 ข้อ 2.กลุ่มเพื่อน 4 ข้อ 3. กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ 4 ข้อ 4. ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ(1-5 คะแนน)

ซึ่งจากการศึกษาของ ชนธรงค์ เก็บไว้ (2549) พบว่า อิทธิพลของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .26$) การรับรู้ถึงการให้คุณค่าของบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ (สุริย์วัลย์, 2547 อ้างใน ชนิกานต์ สมจารี, 2550) และ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์(นฤมล ภาณุเตชะ, 2548 อ้างใน สุวรรณี โคนุช และคณะ 2554)

4.5 อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก

อิทธิพลด้านสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้ ความรู้ ความคิดและความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใดๆที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และความสวยงามของสิ่งแวดล้อม Kaplan and Kaplan ซึ่งเป็นผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องการคืนความเป็นธรรมชาติให้กับสภาพแวดล้อมนั้น ได้ค้นคว้าเรื่องของสภาพแวดล้อม(Pender, 2002 อ้างใน เตือนจิตร ภัคตีพรหม, 2548) โดยคำนึงว่าจะทำอย่างไรให้สภาพแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งบุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติและกระทำอย่างมีความสามารถได้ดีในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไปด้วยกันได้มากกว่าความรู้สึกไปกันไม่ได้ ความรู้สึกผูกพันมากกว่าความรู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจมากกว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม สภาพแวดล้อมที่ตรึงใจและน่าสนใจเป็นบริบทที่จูงใจให้บุคคลปรารถนาจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น อิทธิพลด้านสถานการณ์จึงมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

การประเมินอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนักนั้น ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบประเมินของทาริกา คำสม(2547) ที่สร้างขึ้นตามแบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1.การรับรู้ ทางเลือกที่เหมาะสม 4 ข้อ 2.ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ 2 ข้อ และ 3.ด้านสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล เช่น สนามกีฬา และความสะดวก ในการใช้สถานที่ในการเล่นกีฬา(สรลรัตน์ พลอินทร์, 2542 อ้างใน ทาริกา คำสม, 2547)

4.6 ความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้ความเข้าใจในข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะในเวลา สถานที่ กับบุคคลที่กำหนด ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับความสุขหรือความต้องการปฏิบัติ และมียุทธวิธีที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะ การที่จะทำเช่นนั้น ได้ทั้งผู้รับบริการและบุคลากรทางสุขภาพ จะต้องวางแผนร่วมกัน เพื่อกำหนดยุทธวิธีที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การมีข้อผูกมัดแต่ไม่มียุทธวิธีจะเกิดผลเพียงความตั้งใจแต่ไม่มีพฤติกรรม

การประเมินความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก นั้น ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.ด้านข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ 5 ข้อ 2.ด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ 5 ข้อ

5.ศาสนาอิสลามกับการส่งเสริมสุขภาพ

ศาสนาอิสลาม เป็นศาสนาที่ชาวโลกนับถือมากเป็นอันดับสอง ผู้นับถือศาสนาอิสลามนี้ เรียกว่า มุสลิมปรากฏอยู่ทั่วโลก ทุกเชื้อชาติ ทุกภาษา ในบรรดาศาสนาที่สำคัญของโลก เห็นจะไม่มี บทบัญญัติของศาสนาใดที่เข้าไปมีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ทุกด้านเท่ากับศาสนาอิสลาม ศาสนานี้ได้เข้ามามีส่วนในการกำหนดวิถีชีวิตของมนุษย์ในทุกมิติ นับตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ความเป็นอยู่ของมุสลิมมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นกับศาสนาจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนั้น การที่จะเข้าใจถึงสภาพทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อของชาวไทยมุสลิม จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงหลักของศาสนาอิสลาม

มุสลิมถือว่าศาสนาเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด และไม่ได้แบ่งแยกชีวิตทางโลกและศาสนาออกจากกัน เชื่อว่ากฎหมายของพระเจ้า หรือที่เรียกว่า ชารีอะฮ์) จะต้องได้รับการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

ศาสนาอิสลามเน้นหนักให้ให้ความสำคัญอย่างสมดุลระหว่างชีวิตโลกปัจจุบัน(ดunya)กับชีวิตโลกหน้า(อาคีเราะฮ์) ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่ให้ความสำคัญดำรงชีวิตเป็น โครงสร้างทางสังคม กิจกรรมทุกอย่างของสังคมจะต้องวางอยู่บนพื้นฐานของการเคารพกตัญญูต่ออัลลอฮ์องค์เดียว อิสลาม

มิได้สอยให้มนุษย์โน้มไปทางใดทางหนึ่ง แต่จะเน้นหนักถึงการสังสมความดีงามและละเว้นความชั่วในปัจจุบัน อิสลามได้ให้คำสอนอันเป็นธรรมเนียมแห่งชีวิตแก่มวลมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์ชาติอยู่ร่วมกันด้วยความรัก ความสงบสุข เกิดภราดรภาพ

ในประเทศไทย ศาสนาอิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่มีผู้นับถือมากที่สุดรองจากศาสนาพุทธ โดยเฉพาะที่เมืองประชาชนในบริเวณจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพราะฉะนั้น ถ้าบุคคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในความคิด ความเชื่อและวัฒนธรรม ประเพณีของชาวมุสลิม จะส่งผลให้การบริการและดูแลรักษาผู้ป่วยมุสลิมตั้งอยู่บนฐานของความเคารพกันในท่ามกลางความหลากหลายทางศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงจะส่งผลดีต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาความเจ็บป่วยของประชาชนที่เป็นมุสลิมให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกับบริบทและความเป็นจริง

การดูแลสุขภาพและจัดบริการในบริบทวัฒนธรรมอิสลาม เป็นหัวใจของความสำเร็จของการสร้างศรัทธาต่อชุมชนของหน่วยบริการ วิถีแห่งอิสลามนั้นมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวที่บุคคลากรสาธารณสุขทุกคนทุกวิชาชีพต้องเรียนรู้โดยเฉพาะผู้ให้บริการที่นับถือศาสนาอื่น ความเข้าใจบริบทเฉพาะของวิถีชีวิตมุสลิม จะช่วยให้สามารถจัดบริการด้านสุขภาพได้สอดคล้อง เหมาะสม และบรรลุผลลัพธ์เพื่อสุขภาพะได้อย่างที่ควรจะเป็น และนับเป็นการจัดบริการที่ใส่ใจในหัวใจของความ เป็นมนุษย์(Humanized health care) อย่างแท้จริง (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551)

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หมายถึงผู้ที่นอบน้อมต่อพระผู้เป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียวอย่างสิ้นเชิง ซึ่งจะมีความหมายครอบคลุมพฤติกรรมของมนุษย์ ซึ่งบทบัญญัติของศาสนาอิสลามจะมีความครอบคลุมวิถีการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกๆด้านตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคนเรียกว่ามุสลิม ซึ่งมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามแนวทางที่พระเจ้ากำหนดไว้ในพระมหาคัมภีร์อัลกุรอานและตามแบบอย่าง(ซุนนะห์)ของท่านศาสดามูฮัมหมัด (เสาวนีย์ จิตหมวด, 2524 อ้างใน เตือนจิตร ภัคดีพรหม, 2548)

อิสลามและมุสลิม

คำว่า อิสลาม มาจากรากศัพท์ภาษาอาหรับว่า “อัลละมะ” ซึ่งหมายถึง จำนน ขอมตาม มอบตน มีสันติ ให้สันติ ส่วนผู้นับถือศาสนาอิสลามนั้นเรียกว่า มุสลิม แปลว่า ผู้จำนน ขอมตาม มอบตน แต่อัลลอฮ(พระเป็นเจ้า) หรือผู้มีหรือให้สันติ เพราะฉะนั้น ศาสนาอิสลาม จึงหมายถึง ระเบียบแห่งการเคารพภักดีพระเป็นเจ้าอันนำไปสู่สันติสุข(ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551)

ในการดำเนินชีวิตของมุสลิมมีหลักการทางศาสนาอิสลามหรือกฎหมายอิสลามเข้ามามีบทบาทกำหนดแนวทางไว้ครอบคลุมทุกด้านและทุกมิติของชีวิตตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต ซึ่งกฎหมายอิสลามมีที่มาจาก 4 แหล่งด้วยกัน(ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) ดังนี้ คือ

1. คัมภีร์อัลกุรอาน(Quran) เป็นโองการของอัลลอฮ์ ซุบฮานาฮูวะตาอาลา ที่ทรงประทานให้กับท่านศาสดามูฮัมหมัด คัมภีร์อัลกุรอานถือเป็นที่มาของกฎหมายอิสลามอันดับแรกและมีความสำคัญที่สุด อัลกุรอานเป็นภาษาอาหรับ มาจากรากศัพท์ “เกาะเราะะ” มีความหมายว่า อ่าน

อัลกุรอาน เป็นบันทึกคำรัสของอัลลอฮ์ ที่ประทานผ่านมลาอิกะฮ์(เทวดา) นามว่า จูบรีลมายังท่านนบีมูฮัมหมัด (ศอลลัลลอฮูออลัยฮิวะฮัลลัม) เพื่อมวลมนุษย และถ่ายทอดให้แก่บรรดาสาวกบางคนทำหน้าที่บันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ถ้อยคำเหล่านี้ได้ถูกตรวจสอบอยู่ตลอดเวลา ในระหว่างที่ท่านนบีมูฮัมหมัดยังมีชีวิตอยู่ คัมภีร์อัลกุรอานมีมากกว่า 6,200 กว่าโองการ แบ่งออกเป็น 14 บท ไม่มีการเปลี่ยนแปลงแม้แต่ตัวอักษรเดียวจนกระทั่งถึงปัจจุบัน นับเป็นเวลาถึง 1,400 กว่าปีมาแล้ว นั่นเป็นสิ่งมหัศจรรย์ที่ได้ประทานแก่นบีมูฮัมหมัด(ศอลลัลลอฮูออลัยฮิวะฮัลลัม)

2. อัล-หะดีษ เป็นแหล่งคำสอนอิสลามรองจากอัลกุรอาน อัล-หะดีษ เป็นคำบอกเล่าถึง ซุนนะฮ์ หรือ คำสอน การดำเนินชีวิตทุกอิริยาบถของท่านศาสดามูฮัมหมัด และสิ่งที่ท่านยอมรับในการกระทำของผู้อื่น ซึ่งมีสาวกเป็นประจักษ์พยาน

3. อัล-อิจญ์มาอ์ คือข้อวินิจฉัยที่สอดคล้องกันของปวงปราชญ์มุสลิมที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นปราชญ์ผู้รอบรู้และมีคุณธรรมเกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมายอิสลามในกรณีที่ไม่มีข้อบัญญัติกำหนดไว้ในคัมภีร์อัลกุรอาน หรือ อัล-หะดีษอย่างชัดเจน

4. อัล-กียาส คือการอนุมานหาแนวปฏิบัติทางกฎหมาย โดยอาศัยการเปรียบเทียบกับตัวบทกฎหมายที่ใกล้เคียง และไม่ขัดกับหลักการอันเป็นที่มาของกฎหมายอิสลามทั้ง 3 ประการในกรณีที่ไม่มีข้อบัญญัติโดยตรง

บทบัญญัติอิสลาม

บทบัญญัติอิสลามครอบคลุมหลักต่างๆดังต่อไปนี้

1. หลักที่เกี่ยวข้องกับความศรัทธา(อากีดะห์)
2. หลักที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม(อัคล้าก)
3. หลักที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติศาสนกิจต่อพระเจ้า(อิบาดะห์)
4. หลักที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล(มุอามาอ๊าต) ซึ่งมีอยู่หลายประการ เช่น บัญญัติเกี่ยวกับครอบครัว การดำเนินธุรกิจ การตัดสินคดีความ

หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม

หลักการศรัทธามี 6 ประการ และหลักปฏิบัติมี 5 ประการ คือองค์ประกอบพื้นฐานของศาสนาอิสลาม เป็นแนวทางการดำเนินชีวิตตามวิถีมุสลิมตั้งแต่แรกเกิดจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตบนพื้นฐานคุณค่าและความเชื่อเกี่ยวกับการมีชีวิตในโลกปัจจุบันและการมีชีวิตในโลกหน้า

อิสลามวางแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวันทุกอย่าง ตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน เช่น ศาสนกิจ การกิน การอยู่ การครองเรือน การปฏิบัติต่อบิดามารดา ครอบครัว เพื่อนบ้าน การประกอบอาชีพ การเจ็บป่วย การจัดการศพ มรดก ทรัพย์สิน

หลักการสำคัญของศาสนาอิสลาม ที่มุสลิมทุกคนจะต้องยึดถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ดังนี้ คือ

5.1. หลักการศรัทธา

หลักการศรัทธาในศาสนาอิสลามมีอยู่ 6 ประการ ดังนี้ คือ

5.1.1. การศรัทธาในอัลลอฮ์หรือพระเจ้า มุสลิมต้องศรัทธาในพระเป็นเจ้าเพียงพระองค์เดียว การศรัทธาในพระเป็นเจ้าเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม พระเป็นเจ้าในอิสลามเรียกว่า อัลลอฮ์

5.1.2 ศรัทธาต่อบรรดามลาอิกะฮ์(เทวดา) มลาอิกะฮ์ เป็นสิ่งที่อัลลอฮ์ทรงสร้างชนิดหนึ่ง มีคุณลักษณะเฉพาะ เช่น ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่มีเพศ ไม่ขัดขืนคำสั่งของอัลลอฮ์ มนุษย์เราไม่อาจมองเห็นรูปร่างตัวตนของมลาอิกะฮ์ ทำหน้าที่โดยเฉพาะ เช่น มลาอิกะฮ์ นามว่า จิบรีล ทำหน้าที่นำโองการจากอัลลอฮ์มาถ่ายทอดให้แก่ท่านศาสดา เป็นต้น

5.1.3 ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ของพระองค์ คัมภีร์อัลกุรอาน ไม่ใช่คัมภีร์เล่มเดียวในศาสนาอิสลาม แต่มีคัมภีร์เล่มอื่นๆที่ศาสดาท่านก่อนๆได้รับจากพระเจ้า เช่น

- 1) ศาสดาดาวูด (เดวิด) ได้รับการประทานคัมภีร์ซะบูร
- 2) ศาสดามูซา (โมเสส) ได้รับการประทานคัมภีร์เตารอต (Torah)
- 3) ศาสดาอีซา (เยซู) ได้รับการประทานคัมภีร์อินญีล (Gospel)
- 4) ศาสดามูฮัมมัด ได้รับการประทานคัมภีร์อัลกุรอาน

คัมภีร์อัลกุรอาน เป็นคัมภีร์ฉบับสุดท้ายที่พระองค์อัลลอฮ์ทรงประทานมายังมนุษยชาติผ่านทางท่านศาสดามูฮัมมัด เมื่อประมาณ 1,400 กว่าปีมาแล้ว เป็นภาษาอาหรับ ซึ่งมุสลิมทั่วโลกยึดถือเป็นธรรมนูญชีวิตมาตราบนทุกวันนี้ คัมภีร์อัลกุรอานไม่มีการสังคายนา ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการแก้ไข ไม่มีการเพิ่มเติมสิ่งใดทั้งสิ้นจนกระทั่งปัจจุบัน

5.1.4 ศรัทธาในบรรดาศาสนทูต มุสลิมศรัทธาต่อบรรดาศาสนทูตของพระผู้เป็นเจ้าเริ่มตั้งแต่ อาดัม รวมถึงนุส (โนอาห์) อิบรอฮีม (อับราฮัม) อิสลาแอล (อิสลาอีล) อิสฮาก (ไอแซค) ยะโกบ (จาคอบ) มูซา (โมเสส) อีซา (เยซู) และศาสนทูตคนสุดท้าย คือ ท่านศาสดามูฮัมมัด ศาสดาเป็นผู้เทศนาตามที่ได้รับมอบหมายจากอัลลอฮ์ ศาสดาก้าวแต่ความจริงและเป็นเพียงมนุษย์ธรรมดาคนหนึ่ง ไม่มีศาสดาท่านใดที่มีคุณลักษณะเทียบเท่าพระผู้เป็นเจ้า

5.1.5 ศรัทธาในวันสุดท้ายและวันฟื้นคืนชีพ จักรวาลจะถึงวาระสุดท้ายหรือวันสิ้นโลก ตามที่อัลลอฮ์ได้ทรงกำหนดไว้อย่างแน่นอน แต่ไม่มีผู้ใดทราบได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใด ในวันนั้นทุก

คนต้องได้รับการพิพากษาจากพระเจ้าและรับผลตอบแทนของแต่ละคน เป็นสวรรค์หรือนรก ตามความประพฤติชั่วที่ได้กระทำไว้ในโลกนี้

5.1.6 ศรัทธาในกฎการกำหนดสถานการณ กฏสภาวะการณ คือ ระเบียบอันรัดกุมที่พระเจ้าได้ทรงกำหนดไว้แก่จักรวาล และมนุษยชาติ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) กฎที่ตายตัว เมื่อประสบกับผู้ใดหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกอย่างดำเนินไปตามพระสงค เช่น การถือกำเนิด ชาติพันธุ์ รูปร่างหน้าตา เป็นต้น และ 2) กฎที่ไม่ตายตัว โดยดำเนินไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล กิจกรรมต่างอยู่ในดุลพินิจของมนุษย์ที่จะใช้สติปัญญาที่พระเจ้าประทานมาให้ เลือกปฏิบัติตามข้อห้ามข้อใช้ต่างๆ

5.2.หลักการปฏิบัติ 5 ประการ

Hyder Gulum (2003) อ้างใน เตือนจิตร(2548) กล่าวถึงหลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลามไว้ว่า การยืนยันความศรัทธาด้วยการปฏิบัติตนตามหลักศรัทธาทั้ง 6 ประการ เป็นหลักการสำคัญพื้นฐานของอิสลามที่มุสลิมจะต้องมีอยู่ประจำใจ แต่ความศรัทธาเพียงอย่างเดียวนั้น ยังไม่เป็นการเพียงพอ เพราะในอิสลามความศรัทธาที่แท้จริงจะต้องแสดงผลของมันออกมาให้เห็น เป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเพื่อให้แน่ใจว่าคนที่ศรัทธาในหลักการ 6 ประการ ดังกล่าว ยังคงยืนยันในความศรัทธานั้นอย่างมั่นคง อัลลอฮก็ได้ทรงวางภารกิจสำคัญให้เขาปฏิบัติ 5 ประการ หรือที่เรียกกันว่าหลักการอิสลาม 5 ประการ นั่นคือ

5.2.1.การกล่าวปฏิญาณตน

มุสลิมทุกคนต้องกล่าวปฏิญาณตนว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮและมุฮัมมัดเป็นศาสนทูตของพระองค์ ถือเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม การกล่าวปฏิญาณตนมีเจตจำนงเพื่อให้มุสลิมยอมรับมั่นในอัลลอฮเท่านั้นเป็นพระเจ้า ห้ามกราบไหว้บูชาสิ่งอื่นใด อิสลามจึงห้ามมิให้ถือวัตถุบุคคล หรือสัญลักษณ์ใดๆเป็นที่สักการะบูชา

5.2.2.การนมาซ

การนมาซ คือ ศาสนกิจแสดงความเคารพต่ออัลลอฮ ทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นข้อที่มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย และจะต้องปฏิบัติตั้งแต่บรรลุนิติภาวะ คือผู้หญิงตั้งแต่มีรอบเดือนและชายเมื่อเข้าสู่ความเป็นหนุ่ม และปฏิบัติจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

การนมาซฟรัดู(ภาคบังคับ) ที่เป็นพื้นฐานในชีวิตประจำวันของมุสลิม มี 5 เวลา ได้แก่

5.2.2.1.เวลารุ่งอรุณ เรียกว่า ละหมาด ซุบฮี

5.2.2.2.เวลาบ่าย เรียกว่า ละหมาด คุฮรี

5.2.2.3.เวลาเย็น เรียกว่า นมาซ อัสรี

5.2.2.4.เวลาพลบค่ำ เรียกว่า นมาซ มัจริบ

5.2.2.5.เวลากลางคืน เรียกว่า นมาซ อิชาซ

5.2.3. การถือศีลอด

การถือศีลอด เป็นการงดการกิน การดื่ม การมีเพศสัมพันธ์ และมุสลิมจะต้องอยู่ในความสำรวมตนในคุณงามความดีเป็นพิเศษในแต่ละวัน ตั้งแต่ปรากฏแสงจนตะวันตกลับขอบฟ้า เป็นข้อบังคับสำหรับมุสลิมทุกคนที่บรรลุนิติภาวะแล้ว และมีสภาพร่างกายที่สามารถถือศีลอดได้ในรอบปีหนึ่งๆจะต้องถือศีลอดเป็นเวลา 1 เดือน คือเดือนที่ 9 ของอิจญ์เราะฮ์ศักราช ซึ่งเรียกว่าเดือนรอมฎอน ตามปฏิทินอิสลามซึ่งนับตามจันทรคติ

5.2.4. การจ่ายซะกาต(บริจาคทรัพย์)

การจ่ายซะกาต คือ การออกทรัพย์สินที่มีปริมาณถึงพิภักในอัตราที่กำหนดให้แก่ผู้มีสิทธิ 8 ประเภท ซึ่งได้แก่ คนยากจน คนขัดสน คนที่เข้ารับอิสลามใหม่ๆ คนที่มีหนี้สินล้นพ้นตัว อัตราส่วนของทรัพย์สินไม่ว่าจะเป็นเงินสดหรือทองคำจะต้องจ่ายซะกาต ซะกาตชนิดนี้เรียกว่า ซะกาตมวล(ซะกาตทรัพย์สิน) เป็นของขวัญหรือมูลค่าของขวัญเป็นเงิน จะใช้การเทียบด้วยทรัพย์สินที่มีค่า 85 กรัมของทองคำ และทรัพย์สินดังกล่าวมีอายุครบครองหนึ่งปีจะต้องจ่ายออกไปร้อยละ 2.5

5.2.5. และการทำฮัจญ์

การทำฮัจญ์ คือ การจาริก ไปเยี่ยมชมเยียนและประกอบศาสนพิธี ณ สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ ณ นครมักกะฮ์ ฮัจญ์ เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนที่มีความสามารถ ทั้งด้วยวัย สติสัมปชัญญะ ร่างกาย จิตใจที่สมบูรณ์ ละมีเงินเพียงพอ ฤดูกาลฮัจญ์ จะตรงกับเดือนที่ 12 ของปฏิทินอิสลาม ผู้แสวงบุญจะสวมใส่ชุดเอี๊ยะรอม ซึ่งเป็นเสื้อผ้าที่เรียบง่ายมากที่สุดเหมือนกันทุกคน ไม่มีการแยกชั้นวรรณะ หรือวัฒนธรรม ทุกคนยืนอย่างเท่าเทียมกัน ณ ต่อหน้าอัลลอฮ์

ศาสนาอิสลามเป็นแนวทางแห่งชีวิต เป็นศาสนาที่เน้นทุกแง่ทุกมุมในชีวิตมนุษย์ ไม่ว่าจะในด้านความเชื่อที่ตั้งอยู่บนหลักการของพระเจ้าองค์เดียว ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักด้านการปฏิบัติเพื่อความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ตามรูปแบบต่างๆที่กำหนดไว้แล้ว หรือในด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา เศรษฐกิจ การเมือง สังคม เป็นต้น หรืออีกนัยหนึ่งอิสลามได้กำหนดแนวทางปฏิบัติระหว่างมนุษย์ต่ออัลลอฮ์ ที่เรียกว่า อิบาเดฮ์ และอีกส่วนหนึ่งก็คือความสัมพันธ์ของมนุษย์ทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น ในส่วนของสุขภาพอนามัยก็ถือว่าเป็นการปฏิบัติทั้งต่อตนเองและต่อผู้อื่น โดยเริ่มตั้งแต่ตัวเอง บุคคลในครอบครัว ตลอดไปจนถึงสังคมภายนอกโดยส่วนรวม อย่างไรก็ตามพื้นฐานของสิ่งเหล่านี้เป็นรากฐานของอิบาเดฮ์ เช่น การรักษาความสะอาดระดับพื้นฐานที่สุด คือ การอาบน้ำละหมาดสำหรับเตรียมตัวละหมาด การอาบน้ำละหมาดที่ดี การละหมาดที่ดีล้วนเป็นอิบาเดฮ์ และในขณะที่เดียวกันการรักษาความสะอาดนั้นก็พื้นฐานของการดูแลสุขภาพ(สาเหอะอัคดุลลอฮ์ อัลยุฟรีและคณะ, 2532:1-42 อังในเดือนจิตภักดี พรหม)

และท่านนบีมุฮัมมัด ได้กล่าวไว้อีกว่า หากฉันไม่กลัวว่ามันจะเป็นภาระหนักแก่ประชาชาติของฉันแล้ว ฉันจะสั่งให้พวกเขาแปร่งฟันทุกครั้งในการละหมาด จากหะดีษบทนี้แสดงว่า อิสลามส่งเสริมให้แปร่งฟันอย่างน้อยที่สุดวันละ 5 ครั้ง และอีกบทหนึ่งกล่าวว่า ท่านทั้งหลายจงแปร่งฟันที่จริงสิ่งที่ดีที่สุดคือการแปร่งฟัน มันจะขจัดโรคฟันผุ มันถอนเสมหะ มันทำให้ตาสว่าง ทำให้เหงือกแข็งแรง ทำให้กลิ่นปากหมดสิ้น ทำให้กระเพาะดีขึ้น มันเพิ่มพูนตำแหน่งบนสวรรค์ มันทำให้บรรดาเทวดาทำการสรรเสริญและเป็นเหตุให้อัลลอฮ์ ทรงยินดีและทำให้ซาตานโกรธแค้น เหล่านี้คือทัศนของอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสะอาดและสุขภาพอนามัย

นอกจากนั้น ยังมีบทบัญญัติและทัศนของอิสลามที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพะ เช่น อิสลามถือว่าการดูแลสุขภาพสุขภาพนั้นเป็นวาฮิบ(หน้าที่)สำหรับมนุษย์ และในมุมมองของอิสลามถือว่าสุขภาพอันสมบูรณ์นั้นเป็นสุดยอดแห่งความโปรดปราน(เนียะมัด)ที่มนุษย์พึงได้รับจากอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นหน้าที่ซึ่งมนุษย์จะต้องมีความสำนึกในคุณค่าและต้องแสดงความกตัญญูต่ออัลลอฮ์ด้วยการดำรงรักษาความโปรดปรานนั้นไว้อย่างถึงที่สุด ดังที่ท่านศาสดามุฮัมมัดกล่าวไว้ว่า และสำหรับร่างกายของเจ้านั้น เป็นหน้าที่ซึ่งเจ้าต้องดูแลมัน(บுகอริ มุสลิม) หากปล่อยปละละเลยหรือกระทำการอันใดที่เป็นการบั่นทอนสุขภาพแล้ว นอกจากจะได้รับความเดือนร้อนในชีวิตบนโลกแล้ว เขายังจะต้องรับผิดชอบในวันแห่งการตัดสินอีกด้วย ทั้งนี้เพราะความโปรดปรานใดๆก็ตามที่มนุษย์ได้รับจากอัลลอฮ์ เขาจะต้องถูกสอบสวนในวันปรโลก ดังพระดำรัสของพระองค์ในคัมภีร์อัลกุรอานว่า และหลังจากนั้น(ตาย)ผู้เจ้าจะต้องถูกสอบถามถึงเรื่องความโปรดปรานต่างๆ

ศาสนาอิสลามกับการบริโภค

มีอย่างน้อยที่สุด 3 ประการที่อิสลามกำหนดเป็นแนวปฏิบัติในการบริโภคอาหาร ย่อมเป็นมาตรการที่สำคัญยิ่งในการดำรงรักษาและเสริมสร้างสุขภาพะ ปรากฏข้อเท็จจริงจากข้อมูลทางด้านการแพทย์ปัจจุบันอย่างชัดเจนแล้วว่า มนุษย์เราเสียชีวิตจากการบริโภคอย่างขาดความสมดุลมากกว่าเสียชีวิตเพราะขาดอาหาร ไม่ว่าจะเป็น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่คร่าชีวิตมนุษย์เป็นจำนวนมากในอันดับต้นๆ เหล่านั้นล้วนมีสาเหตุมาจากการบริโภคที่ขาดสมดุลหรือเกินกว่าที่ควรจะเป็นทั้งสิ้น มาตรการทั้ง 3 ประการที่ว่า คือ

1. การบริโภคอาหารที่ศาสนาอนุมัติ(ฮาลาล)ให้รับประทานได้เท่านั้น อันได้แก่อาหารที่ไม่ให้โทษ และได้มาโดยสุจริต ไม่ได้ลักขโมยหรือน้อโกง
2. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หมายถึงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ไม่ใช่อาหารที่ให้โทษแก่ร่างกาย ดังนั้น อิสลามจึงห้ามสิ่งมีนเมาและสิ่งเสพติดทุกชนิด อาหารบางชนิดมีพิษและมีเชื้อโรคแฝงอยู่ สำหรับอาหารฮาลาลบางชนิดที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการแต่อาจจะมีโทษเมื่อเข้าไปสะสมอยู่ในร่างกายปริมาณมาก

3. การบริโภคอาหารแต่พอควร จะเป็นมาตรการที่สำคัญยิ่ง ในการรักษาสุขภาพอันสมบูรณ์ ซึ่งได้มีการแนะนำจากวงการแพทย์มาตั้งแต่สมัยโบราณ จนถึงปัจจุบัน

ในศาสนาอิสลามหลักคำสอนหรือหลักปฏิบัติทุกประการนั้นเน้นหนักอยู่ที่ทางสายกลาง หรือความพอดี ดังที่อัลลอฮ์ได้ตรัสไว้ว่า เจ้าทั้งหลาย จงกิน จงดื่ม และอย่าสุรุษสุราย(กูรอานซูเราะฮ์ อัล อะรอเฟะ) และท่านนบีมุฮัมมัดกล่าวว่า ไม่มีภักษาอันใดที่มนุษย์บรรจุนเต็มจะเลวร้ายไปกว่าท้องของเขา เป็นการพอเพียงสำหรับเขาซึ่งอาหารไม่ก็คำที่ทำให้ครองร่างอยู่ได้ หากจำเป็นมากกว่านั้นให้กินแค่หนึ่งส่วนสามของกระเพาะ อีกหนึ่งส่วนไว้สำหรับดื่มน้ำ และอีกหนึ่งส่วนวางไว้สำหรับหายใจ

ศาสนาอิสลามกับการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว

ท่านนบีมุฮัมมัด ตำนานคนเกียจคร้าน เชื่อยชา อ่อนแอ ท่านถือว่าลักษณะมุสลิมที่เคร่งครัดจะต้องมีความสดชื่น แจ่มใส มีความกระตือรือร้น ท่านจึงสนับสนุนการออกกำลังกายโดยการวิ่ง การยิมนาสติกและการขี่ม้า ซึ่งปรากฏในประวัติศาสตร์ว่าบ่อยครั้ง ท่านวิ่งแข่งกับท่านหญิงอาอิชะฮ์ ภรรยาของท่าน ซึ่งนอกจากเป็นการออกกำลังกายแล้ว ยังเป็นศิลปะอันสำคัญในการครองเรือนของท่านอีกด้วย

สิทธิสตรีตามบทบัญญัติอิสลาม

นักปราชญ์อิสลาม กล่าวว่า สตรีนั้นมีสิทธิในการมีส่วนร่วมสร้างสรรค์สังคม มีสิทธิในการฟ้องร้อง ได้แย้ง ขอคำตัดสิน เป็นโจทก์ จำเลย เป็นพยาน เป็นผู้ดูแลสาธารณสมบัติ (วาคัฟ) มีสิทธิเป็นตัวแทนเป็นผู้จ้างและถูกจ้าง เป็นผู้บริจาคน ผู้มอบ ผู้รับบริจาค โดยสตรีนั้นจะได้รับสิทธิต่างๆอย่างครบถ้วนไม่แตกต่างจากผู้ชาย(วารสารสายสัมพันธ์, 2546)

แต่เนื่องจากความแตกต่างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายด้านสรีระร่างกาย และด้านจิตใจ ผู้ว่างบตบัญญัติ(อัลลอฮ์) ผู้ทรงปรีชาญาณจึงได้กำหนดคตินี้ให้แก่มนุษย์ตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล โดยพระองค์จะทรงแยกแยะระหว่างทั้งสองเพศในบทบัญญัติบางประการทั้งนี้ก็เพื่อให้เหมาะสมกับความแตกต่างทางธรรมชาติของเพศหญิงและชาย(วารสารสายสัมพันธ์, 2546)

ดังนั้น ศาสนาอิสลามจึงกำหนดให้สตรีมีหน้าที่ให้กำเนิดบุตร ให้นม และกำหนดให้นางทำหน้าที่ดูแลครอบครัว ส่วนผู้ชายนั้น ศาสนาได้กำหนดให้ทำหน้าที่แสวงหาปัจจัยยังชีพ เป็นเสาหลัก เป็นผู้นำของครอบครัว เนื่องจากเพศชายนั้นมีความสามารถในการรับผิดชอบและมีความเด็ดขาดมากกว่าเพศหญิงนั่นเอง ดังที่อัลลอฮ์ ได้ตรัสว่า และพวกนางนั้นจะได้รับเช่นเดียวกับสิ่งที่ทำหน้าที่ของพวกนางจะต้องปฏิบัติโดยชอบธรรม และสำหรับบรรดาชายนั้นมีฐานะเหนือพวกนางชั้นหนึ่งข(อัลกูรอาน ซูเราะฮ์อัลบาคอเราะฮ์ 2 : 228) และ บรรดาชายนั้นคือผู้ที่ทำหน้าที่ปกครองเลี้ยงดูบรรดาหญิง(ภรรยา)ด้วยการที่อัลลอฮ์ได้ทรงให้บางคนของพวกเขาเหนือกว่าอีกบางคน และด้วยการที่พวกเขาได้จ่ายไปซึ่งทรัพย์สินของพวกเขา(ในการเลี้ยงดูภรรยาและครอบครัว) (อัลกุ

รอน ชูเราะฮ์อัลนิซาฮ 4 : 34) และ ไม่อนุญาตให้ผู้ศรัทธาชายและผู้ศรัทธาหญิง เมื่ออัลลอฮ์และรอซูลของพระองค์ได้กำหนดกิจการใดแล้ว พวกเขาไม่มีทางเลือกอื่นใด(คือจำเป็นต้องปฏิบัติตาม) และผู้ใดที่ฝ่าฝืนอัลลอฮ์และรอซูลของพระองค์แล้ว แน่แน่นอนผู้นั้นได้หลงทางอย่างชัดแจ้ง(อัลกุรอน ชูเราะฮ์อัลอะหซาบ 33 : 36) (วารสารสายสัมพันธ์, 2546)

กลุ่มคนที่เรียกร่องลิตฮิสตรี เป้าหมายที่แท้จริงของพวกเขาคือ การทำลายเกียรติยศของสตรี ทำลายความบริสุทธิ์ของพวกเขา ให้นางละเว่นจากการแต่งกายที่มิดชิด ปกปิดและการคลุมอียาบให้นางหันมาเผยแพร่การแต่งกายที่อวดโฉม การเปลือยกายให้กับชายใดก็ได้ เพราะพวกเขาเชื่อว่าความเสื่อมเสียของสตรีนั้น ย่อมสามารถทำให้สังคมเสื่อมโทรมและตกต่ำลงได้อย่างแน่นอน(วารสารสายสัมพันธ์, 2546)

ดังนั้น ในปัจจุบันสมควรอย่างยิ่งมีสตรี จะต้องยึดมั่นในแบบอย่างที่ดีงามจากศาสนาที่เป็นผลดีต่อตัวพวกเธอทั้งในคุณภาพและโลกาภิวัตน์ จะต้องเป็นแบบอย่างและเจริญรอยตามอุมมะฮาคุดุมมีนีน(บรรดามารดาของผู้ศรัทธาคือภรรยาของท่านนบีมุฮัมมัด) ในความประเสริฐ ความสมบูรณ์แบบ และความใสสะอาดบริสุทธิ์ ดังคำรัสของอัลลอฮ์ที่ว่า เมื่อพวกเจ้าขอสิ่งใดจากพวกนาง ก็จงขอพวกนางจากหลังม่าน เช่นนั้นแหละเป็นการบริสุทธิ์อย่างยิ่งแก่จิตใจของพวกเจ้าและจิตใจของพวกนาง (อัลกุรอน ชูเราะฮ์อะหซาบ 33 : 35) (วารสารสายสัมพันธ์, 2546)

สรุป ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึงหลักการศรัทธา หลักการปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ตลอดจนวัฒนธรรม ประเพณี วิถีปฏิบัติ ของสตรีมุสลิมในภาคใต้ตอนล่างที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัวพบว่า ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้หลากหลายทั้งในกลุ่มของวัยรุ่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

ชนิกานต์ สมจारी (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัจจัยการรับรู้ของบุคคลโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (mean=4.75, S.D=.29) และคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง(Mean= 2.67, S.D=.25)

อุบลทิพย์ นนทร์รงค์ (2553) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อกิจกรรมทางกายของสตรีมุสลิมผู้ประกอบการอาชีพค้าขายในตลาดสด ผลการศึกษาพบว่า สตรีมุสลิมผู้ประกอบการอาชีพค้าขายในตลาดสด มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของกิจกรรมทางกายโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.08, S.D = 0.66) การรับรู้อุปสรรคของกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 2.41, S.D= 0.73) และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของ

กิจกรรมทางกายกับกิจกรรมทางกายของสตรีมุสลิมผู้ประกอบอาชีพค้าขายในตลาดสดอย่างมีนัยสำคัญ($r = .13, p > .05$ และ $r = -.05, p > .05$ ตามลำดับ)

ดรุณี ดลรัตนภัทร(2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ได้แก่การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยใช้กรอบแนวคิดของเพนเดอร์(1996)เป็นกรอบในการศึกษา โดยทำการศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีอายุ 40-60 ปี จำนวน 200 คน ที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผลการศึกษาพบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและการรับรู้ประโยชน์โดยรวมอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคและสมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในผู้ใหญ่วัยกลางคนได้ร้อยละ 28.4 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .001 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 50.5 ระดับสูงมากร้อยละ 37.5 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงประโยชน์และผลดีของการมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก การรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 48.5 มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ พบว่าการรับรู้อุปสรรคด้านเวลา ด้านความไม่สะดวกและด้านภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

สมทรง สมควรเหตุ(2541) การศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินในกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่รับรู้ว่ามีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 50 ไม่ทราบความหมายของการมีน้ำหนักเกิน ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 39.5 ควบคุมน้ำหนักโดยใช้วิธีการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย เหตุผลที่ใช้ในการลดน้ำหนัก พบว่า ส่วนมากเลือกใช้วิธีการลดน้ำหนักที่ทำได้ง่าย ร้อยละ 42.5 และความปลอดภัยร้อยละ 34 และร้อยละ 60 พบว่าสร้างกำลังใจในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง และร้อยละ 35.6 คิดว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการลดน้ำหนัก และพบว่าเหตุผลในการลดน้ำหนักร้อยละ 43 เพื่อความสวยงามและบุคลิกภาพ ร้อยละ 28 เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ป้องกันโรค

เดือนจิตร ภัคดีพรหม(2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม อายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 110 คนเป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์โดยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ 2002 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความ

เชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.287, .292, .612$ และ 494 ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.334$)

คุณลักษณะ บุญความดี(2541) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อายุ 15-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จำนวน 210 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบ 3 ชั้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 58.1 เป็นผู้หญิง และร้อยละ 42.9 เป็นผู้ชาย ร้อยละ 63.8 ระบุว่าภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานหมายถึง ความรู้สึกอ้วน มีรูปร่างใหญ่ ระบุว่าภาวะอ้วนมีสาเหตุมาจากการบริโภคนิสัย ร้อยละ 89 ระบุว่าภาวะอ้วนมีผลทำให้เกิดโรต่างๆร้อยละ 81 และวิธีการที่ใช้ในการลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ร้อยละ 25.7 ในด้านพฤติกรรมการบริโภคส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูงร้อยละ 97.6 , 78.1 ตามลำดับ มีกิจกรรมการทำงานและการพักผ่อนที่ใช้แรงงานน้อยร้อยละ 72.9 , 84.3 ตามลำดับ ในขณะที่ไม่ออกกำลังกายร้อยละ 70

ทาริกา คำสม(2547) ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้นำเอาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ 2002 มาใช้เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือประชากรวัยผู้ใหญ่ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/ตารางเมตร จำนวน 200 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินอยู่ในระดับพอใช้ การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .145$ และ $.503$ ตามลำดับ) การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.405$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวได้ร้อยละ 32.3 ที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธนธรณ์ เก็บไว้ (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัวและอิทธิพลด้านสถานการณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 จำนวน 120 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ศึกษาตัวแปร ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว, อิทธิพลด้านครอบครัว, อิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว สถิติที่ใช้ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอยู่ในระดับดี ([ค่าเฉลี่ย] = 3.55, SD = 0.67) 2. การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว อิทธิพลของครอบครัว อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .22, .81, .75, .26$ และ $.36$ ตามลำดับ) 3. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.68$)

สุดกัญญา ปานเจริญ (2552) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นกรอบแนวคิดเพื่อใช้ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยหมดประจำเดือน จำนวน 200 คน ซึ่งมารับบริการที่คลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ตัวแปรที่ศึกษา คือ ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สถิติวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนโดยรวมอยู่ใน ระดับดี การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัย หมดประจำเดือนมากที่สุด สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของสตรีวัยหมดประจำเดือน ได้ร้อยละ 25.80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และระดับการศึกษา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

สตรีวัยหมดประจำเดือนได้ ร้อยละ 38.10 อย่างมี สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สุดกัญญา ปานเจริญ, 2552)

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักตัวเกินดังกล่าว พบว่าปัจจัยที่สำคัญในการควบคุมน้ำหนักตัว ก็คือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักได้ดีก็คือ ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเป็นปัจจัยภายใต้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ 2002(Pender, Murdaugh and parson, 2002) ที่กล่าวถึงปัจจัยต่างๆที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

1.ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการประเมินวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจง โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีหรืองานวิจัยเป็นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน โดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณ โดยประสานความร่วมมือและความช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยเป็นผู้ริเริ่ม คิดค้นและพัฒนาระบบการพยาบาลที่จะรองรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุด ส่งเสริมกระตุ้น และชี้แนะพยาบาลประจำการให้มีการพัฒนาเทคนิคและวิธีการพยาบาลใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ร่วมมือในการสร้างและใช้มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนประเมินคุณภาพการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ ริเริ่มโครงการดูแลผู้ป่วยโดยร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่นๆ

2.ด้านการให้ความรู้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำ และให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแก่พยาบาลประจำการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคัดเลือกและแปลวารสารทางการพยาบาลและวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับความก้าวหน้า รวมถึงช่วยเหลือการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการ

3.ด้านการเป็นที่ปรึกษา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน และหรือมีความยากลำบากในการ

ปรับตัว โดยร่วมมือและปรึกษากับผู้บริหารในการควบคุมเทคนิคการให้การพยาบาลในสาขาที่รับผิดชอบเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลที่กำหนดไว้

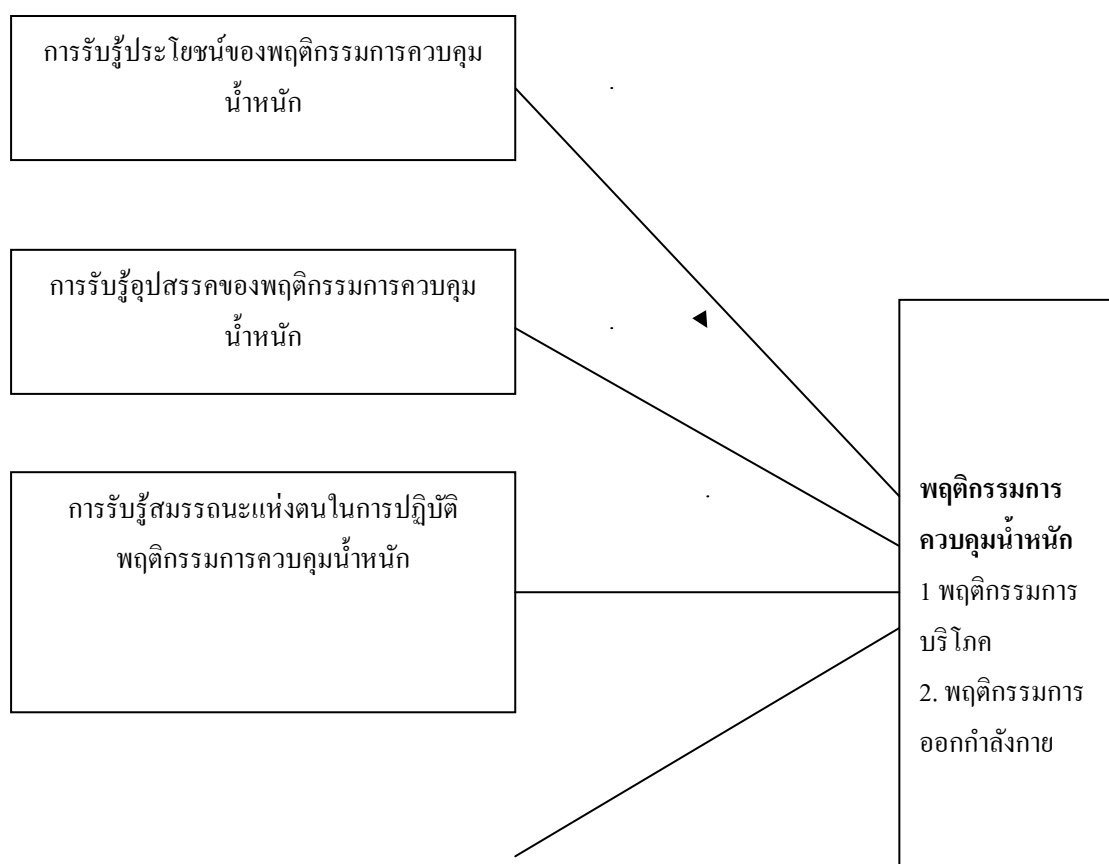
4.ด้านการวิจัย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการริเริ่ม และส่งเสริมการทำวิจัยจากปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานประจำ โดยทำการคัดเลือก แปรผล และนำผลการวิจัยทางการพยาบาลและสาขาอื่นๆที่เกี่ยวข้องมาเผยแพร่ให้แก่พยาบาลประจำการได้ทราบ

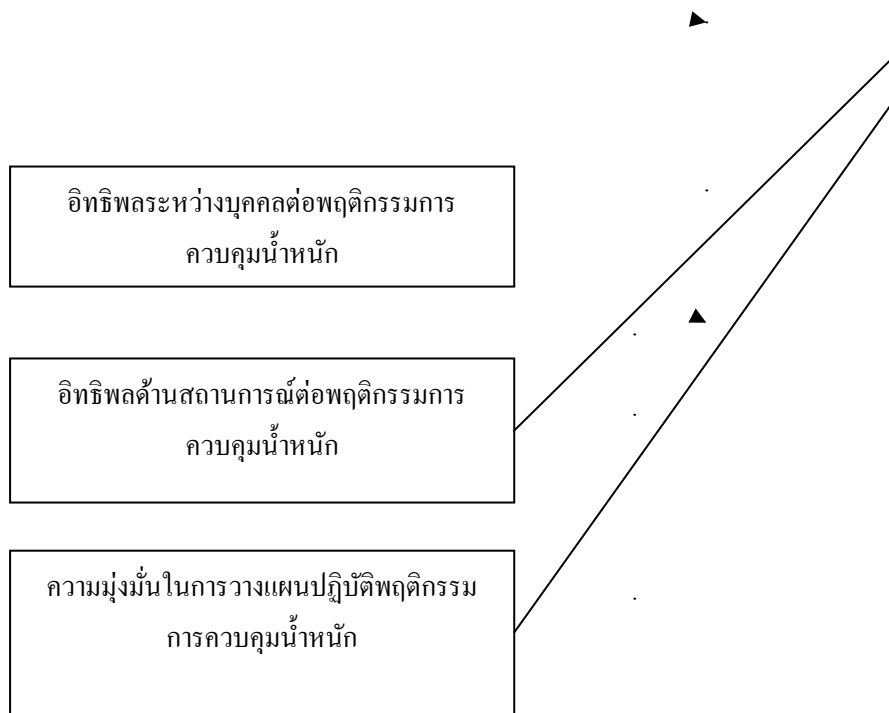
5.ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการร่วมมือกับผู้บริหารในการประเมิน และค้นคว้าเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก ที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา โดยการริเริ่มวางแผนและเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนระบบการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยร่วมกับผู้บริหารในการตั้งเป้าหมาย วางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาว และดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดภายใต้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(Pender, Murdaugh and Parson , 2002) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์และความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก

กรอบแนวคิดในการวิจัย





บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกินในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย(Discriptive Research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวพร้อมทั้งศึกษาความสามารถในการพยากรณ์ ของปัจจัยเหล่านี้กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีน้ำหนักเกินในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือสตรีมุสลิม อายุ20-59 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ที่มีภาวะอ้วนตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป คือค่าดัชนีมวลกาย เท่าหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งเป็นค่าดัชนีมวลกายที่กำหนดสำหรับชาวเอเชีย(WHO, 2,000)

กลุ่มตัวอย่าง สตรีมุสลิม อายุระหว่าง 20- 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ได้มาจากการสุ่มแบบหลาย

ขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ได้แก่ อำเภอละงู จังหวัดสตูล อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณจากสูตร ซึ่งมีวิธีในการคำนวณ ดังต่อไปนี้(ชานินทร์ ศิลป์จารุ, 2555)

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{P(1-P)(Z)^2}{e^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 P = ค่าเปอร์เซ็นต์ที่ต้องการจะสุ่มจากประชากรทั้งหมด
 e = ค่าเปอร์เซ็นต์ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง
 z = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดไว้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดค่า P ไว้ที่ 50% จากจำนวนประชากรทั้งหมด และต้องการกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่ง Z มีค่าเท่ากับ 1.96 และยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่ .05 ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณได้ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{(.50)(1-.50)(1.96)^2}{.05^2} \\ &= \frac{(.50)(.50)(3.8416)}{.0025} \\ &= \frac{.9604}{.0025} \\ &= 384.16 \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ คือ 385 ราย

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi – Stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ภาคใต้ตอนล่างประกอบไปด้วย 7 จังหวัด คือ ตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส แต่เนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถที่จะเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ได้ด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัย จึงจำเป็นต้องตัด 3 จังหวัดดังกล่าวออกไป คงเหลือพื้นที่ศึกษาวิจัยแค่ 4 จังหวัด คือสงขลา สตูล ตรัง และพัทลุง โดยการสุ่มอย่างง่าย(Simple Random Sampling)มา 2 จังหวัด (อัตรา 1 : 2) ผลการสุ่มปรากฏว่าได้จังหวัดสตูลและจังหวัดพัทลุง

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มหาอำเภอ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย(Simple Random Sampling)มา จังหวัดละ 1 อำเภอ ดังนี้

จังหวัดสตูล ประกอบไปด้วย 7 อำเภอ คือ อำเภอเมือง ควนโดน ละงู ควนกาหลง ท่งหว้า ท่าแพ และอำเภอมนัง โดยทำการสุ่มได้อำเภอละงู

จังหวัดพัทลุง ประกอบไปด้วย 11 อำเภอ คือ อำเภอป่าบอน ปากพะยูน ตะโหมด กงหรา บางแก้ว เขาชัยสน ศรีนครินทร์ อำเภอเมือง ควนขนุน ศรีบรรพต และอำเภอป่าพะยอม แต่บางอำเภอไม่มีประชากรมุสลิมอาศัยอยู่หรือมีจำนวนน้อยมาก เช่น อำเภอเขาชัยสน อำเภอเมือง อำเภอศรีนครินทร์ อำเภอควนขนุน อำเภอป่าพะยอม และอำเภอศรีบรรพต ทางผู้วิจัย จึงตัดออกไป จึงเหลือแค่ 5 อำเภอ คือ อำเภอป่าบอน อำเภอปากพะยูน อำเภอตะโหมด อำเภอกงหราและอำเภอบางแก้ว โดยทำการสุ่มได้อำเภอกงหรา

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มหาคำบล อำเภอละ 1 คำบล ดังนี้

อำเภอละงู ประกอบไปด้วย 6 คำบล สุ่มมา 1 คำบล ได้ตำบลแหลมสน

อำเภอกงหรา ประกอบ ไปด้วย 5 คำบล สุ่มมา 1 คำบล ได้ตำบลคลองเฉลิม

ขั้นตอนที่ 4 ทำการสุ่มหาหมู่บ้านจากตำบลที่ได้ ดังนี้

ตำบลแหลมสน อำเภอละงู จังหวัดสตูล ประกอบไปด้วย 6 หมู่บ้าน สุ่มมา 3 หมู่บ้าน(อัตรา 1:2) ผลปรากฏว่าได้หมู่ที่ 2 บ้านกาบัง หมู่ที่ 3 บ้านนุโบาย และหมู่ที่ 6 บ้านสนใหม่

ตำบลคลองเฉลิม อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ประกอบไปด้วย 14 หมู่บ้าน แต่ที่มีมุสลิมอาศัยอยู่ จำนวน 11 หมู่บ้าน ทำการสุ่มอย่างง่ายมา 6 หมู่บ้าน (อัตรา 1:2 เหลือเศษ 1 สุ่มเพิ่มอีก 1 หมู่บ้าน) ผลการสุ่มปรากฏว่าได้ หมู่ที่ 1 บ้านโคกไทร-นาเหรน หมู่ที่ 2 บ้านพุด หมู่ที่ 3 บ้านศาลาเม็ง หมู่ที่ 6 บ้านป่าแ่ตค หมู่ที่ 11 บ้านนาทุ่งโพธิ์ และหมู่ที่ 12 บ้านควนไต่ะบุญ

ขั้นตอนที่ 5 สุ่มกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยหมู่บ้านละเท่าๆกัน ได้กลุ่มตัวอย่างดังตาราง

ตำบล/อำเภอ/จังหวัด	หมู่บ้าน	กลุ่มตัวอย่าง(คน)
ตำบลแหลมสน อำเภอละงู	1.บ้านนุโบาย	43
จังหวัดสตูล	2.บ้านกาบัง	43
	3.บ้านสนใหม่	43
	1.บ้านโคกไทร-นาเหรน	43
จังหวัดพัทลุง	2.บ้านพุด	43

	3.บ้านศาลาเม็ง	43
	4.บ้านป่าแกดก	40
	5.บ้านนาทุ่งโพธิ์	43
	6.บ้านควนโต๊ะบุญ	43
	รวม	385

ขั้นตอนที่ 6 นำทะเบียนรายชื่อสตรีมุสลิม อายุระหว่าง 20 – 59 ปีที่มีค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร จากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ จำนวน 3 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแหลมสน ตำบลแหลมสน อำเภอละงู จังหวัดสตูล รับผิดชอบพื้นที่เก็บข้อมูล 3 หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุด ตำบลคลองเฉลิม อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง รับผิดชอบพื้นที่เก็บข้อมูลจำนวน 4 หมู่บ้าน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคู ตำบลคลองเฉลิม อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง รับผิดชอบพื้นที่เก็บข้อมูลจำนวน 2 หมู่บ้าน โดยผู้วิจัยนำทะเบียนรายชื่อผู้ที่มีภาวะอ้วนทั้งหมดของแต่ละหมู่บ้านมาทำการสุ่มหากกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดโดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ(Systematic Sampling) ซึ่งกำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมได้ 1 คนต่อ 1 ครัวเรือน และถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิเสธการเข้าร่วม ผู้วิจัยจะต้องหากกลุ่มตัวอย่างใหม่มาทดแทนจากครัวเรือนเดียวกัน ถ้าไม่มีหรือมีแต่ปฏิเสธการเข้าร่วม ผู้วิจัยต้องสุ่มหาผู้เข้าร่วมจากครัวเรือนอื่นแทน กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ผู้วิจัยจะต้องทำการตรวจประเมินร่างกายโดยการวัดรอบเอว ซึ่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเพื่อหาค่าดัชนีมวลกายก่อนทุกราย หากไม่เข้าหลักเกณฑ์ คือค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้วิจัยจะต้องสุ่มหาคนใหม่

3. กำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

- เป็นเพศหญิงและนับถือศาสนาอิสลาม
- มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร
- มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี
- สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
- สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

- สตรีมุสลิมที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ หลังคลอด พิการ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย (n=384)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี) (Mean = 43.49, S.D =9.10,Min=20,Max =59)		
20-29	28	7.3
30-39	84	21.9
40-49	149	38.8
50-59	123	32.0
สถานภาพสมรส		
โสด	15	3.9
คู่	346	90.1
หม้าย	14	3.6
หย่าร้าง	5	1.3
แยกกันอยู่	4	1.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	7	1.8
ประถมศึกษา	175	45.6
มัธยมศึกษา,ปวช.	158	41.1
อนุปริญญา,ปวศ.	31	8.1
ปริญญาตรี	12	3.1
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.3
รายได้(บาท)		

<5,000	42	10.9
5,000-10,000	200	52.1
10,001-15,000	109	28.4
15,001-20,000	26	6.8
>20,000	7	1.8
อาชีพ		
แม่บ้าน	63	16.4
รับจ้าง	41	10.7
<hr/>		
ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรรวม	198	51.6
ค้าขาย	68	17.7
พนักงานบริษัท	8	2.1
รับราชการ	1	0.3
อื่นๆ	5	1.3
เส้นรอบเอว(เซนติเมตร)(Mean=95.15 ,S.D =11.79,Min=79,Max=165)		
80-90	165	43.0
90.1-100	124	32.3
100.1-110	65	16.9
>110	30	7.8
น้ำหนัก(กก.)(Mean = 71.85,S.D =10.37 ,Min =52,Max =105)		
50-60	52	13.5
60.1-70	176	45.8
70.1-80	93	24.2
80.1-90	48	12.5
90.1-100	10	2.6
>100	5	1.3
ส่วนสูง(ซม.)(Mean =155.92 ,S.D = 6.009 ,Min =140 , Max =170)		
140-150	98	25.5
150.1-160	239	62.2
160.1-170	46	12.0

>170	1	0.3
ค่าดัชนีมวลกาย(กก./ม ²)(Mean =29.56 ,S.D = 4.01,Min = 25,Max =43.70)		
25-30	249	64.8
30.1-35	98	25.5
35.1-40	26	6.8
>40	11	2.9

จากตารางที่ 1 พบว่า อายุของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดอยู่ระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาได้แก่อายุ 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.0 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 90.1 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 45.6 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา, ปวช. คิดเป็นร้อยละ 41.1 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.6 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 17.7 ส่วนใหญ่มีรายได้ อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมา 10,000-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 28.4 เส้นรอบเอวเฉลี่ย 95.15 เซนติเมตร(SD =11.79) น้ำหนักตัวเฉลี่ย 71.85 กิโลกรัม(SD = 10.37) ส่วนสูงเฉลี่ย 155.92 เซนติเมตร(SD =6.009) โดยมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-30 กก./ตารางเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.8

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือการวิจัยที่นำมาใช้ ประกอบด้วย 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล เช่น อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกาย จำนวน 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักตัว ได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของ ทาริกา คำสม (2547) และ ธนธรรณ์ เก็บไว้ (2549) โดยมีโครงสร้างของเครื่องมือประกอบไปด้วยการรับรู้ประโยชน์ทั้ง 5 ด้าน คือ 1.ด้านร่างกาย 5 ข้อ 2.ด้านจิตใจ 2 ข้อ 3.ด้านเศรษฐกิจ 1 ข้อ 4.ด้านสังคม 2 ข้อ 5. ด้านวัฒนธรรม/ความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม 2 ข้อ รวม 12 ข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครั้งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักในระดัปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของทาริกา ค้าสม(2547) รวมทั้งหมด 11 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1.ด้านเจตคติ/ค่านิยม 3 ข้อ 2.ด้านชนิดของอาหาร 2 ข้อ 3.ด้านเวลา 2 ข้อ 4.ด้านความไม่สะดวก 2 ข้อ และ 5.ด้านหลักปฏิบัติทางศาสนา 2 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครั้งหนึ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเลย

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้อุปสรรคของ
การควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้อุปสรรคของ
การควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้อุปสรรคของ
การควบคุมน้ำหนักในระดัปลานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้อุปสรรคใน
การควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้อุปสรรคของ
การควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม
การควบคุมน้ำหนักตัว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของทาริกา ค้ำสม(2547) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อ
คำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.อุปสรรคด้านการบริโภค 9 ข้อ 2.อุปสรรคด้านการ
ออกกำลังกาย 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากกว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการการควบคุมน้ำหนักตัวอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการการควบคุมน้ำหนักในระดัปลานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้สมรรถนะ
แห่งตนในการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้สมรรถนะ
 แห่งตนในการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุม
 น้ำหนักตัว ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบสอบถามของทาริกา ค้ำสม(2547) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อ
 คำถาม 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.กลุ่มบุคคลในครอบครัว 4 ข้อ 2.กลุ่มเพื่อน 4 ข้อ 3. กลุ่ม
 บุคลากรทางสุขภาพ 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของ
 ท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของ
 ท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น ของ
 ท่านเพียงครั้งหนึ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของ
 ท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น
 ของท่านเลย

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการ
 ควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการ
 ควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการ
 ควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการ
 ควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการ
 ควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุม
 น้ำหนัก ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของทาริกา ค้ำสม(2547) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ข้อ
 แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1.ด้านทางเลือกที่เหมาะสม 4 ข้อ 2.ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ 2 ข้อ 3.ด้าน
 สิ่งแวดล้อม 3 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
เห็นด้วยปานกลาง	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
เห็นด้วยน้อย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับสูงมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 7 แบบสอบถามระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ(2002) โดยมีขั้นตอนดังนี้

-ศึกษาเอกสาร บทความ งานวิจัย และแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัว

-พัฒนาแบบสอบถามความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวขึ้นตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) ประกอบไปด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.ด้านข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ 5 ข้อ 2.ด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 5 - 6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
พอประมาณ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 3 - 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 1 - 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย

เกณฑ์การแปลผล

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง ระดับความมุ่งมั่นในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง ระดับความมุ่งมั่นในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง ระดับความมุ่งมั่นในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง ระดับความมุ่งมั่นในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง ระดับความมุ่งมั่นในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับไม่ดี

ตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนได้ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของทาริกา ค้าสม(2547) มีทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1. พฤติกรรมด้านการบริโภค 10 ข้อ 2.พฤติกรรมการออกกำลังกาย 4 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 5-6 วันต่อสัปดาห์
พอประมาณ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 3-4 วันต่อสัปดาห์
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 1-2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน การให้คะแนนแบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งมีข้อคำถามเชิงบวก 11 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

		ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน	1	5
นานๆครั้ง	ให้คะแนน	2	4

พอประมาณ	ให้คะแนน	3	3
บ่อยครั้งให้	คะแนน	4	2
เป็นประจำ	ให้คะแนน	5	1

การแปลผลคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49 หมายถึง พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

1.การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 นำแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ดังต่อไปนี้

1.1.1 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน

1.1.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ จำนวน 1 ท่าน

1.1.3 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน(ภาคใต้) จำนวน 1 ท่าน

1.1.4 อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์(ภาคใต้) จำนวน 1

ท่าน

1.1.5 อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1 ท่าน

1.2 โดยใช้เกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิร้อยละ 80 หรือ 4 ใน 5 คน ซึ่งค่าความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .80 จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี โดยใช้สูตรดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index, CVI) (Polit&Hungler, 1994;419)ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$$

ผลการพิจารณาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา(Content Validity Index) ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าความตรงตามเนื้อหา
1.แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์	.90
2.แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค	.80
3.แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.86
4.แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล	.86
5.แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์	.80
6.แบบสอบถามความมุ่งมั่น	.80
7.แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	.94

2.การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น(Reliability)

นำแบบสอบถามปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
	ทดลองใช้(n=30)	ใช้จริง(n =384)
1.แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์	.75	.85
2.แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค	.80	.80
3.แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.88	.88
4.แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคล	.91	.90
5.แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์	.80	.73

6.แบบสอบถามความมุ่งมั่น	.89	.91
7.แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก	.90	.67

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ประสานงานกับหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่
2. ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่นเพื่อชี้แจงการดำเนินงานและขออนุญาตในการเก็บข้อมูล
3. ติดต่อนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าเป็นรายบุคคลเพื่อกำหนดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ที่ใช้ในการพบปะ เพื่อเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม
4. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และเอกสารต่างๆให้พร้อม เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัด ส่วนสูง สายวัดรอบเอว และเอกสารที่จำเป็นต่างๆ
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพูดคุยทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ เทคนิคต่างๆในการเก็บข้อมูลเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้น
6. ผู้วิจัยชี้แจงหัวข้อเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิต่างๆของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย
7. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม ในเดือนกรกฎาคม 2556 ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม ประมาณ 45 นาที
8. กรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออกไม่สามารถทำแบบสอบถามด้วยตัวเองได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเป็นคนอ่านและอธิบายแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฟังและพิจารณาตัดสินใจเอง
9. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะต้องตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ ของแบบสอบถามก่อนทุกฉบับ ถ้าพบว่ายังขาดส่วนหนึ่งส่วนใดอยู่จะได้ซักถามเพิ่มเติม
10. ผู้วิจัยจะต้องให้คำตอบหรือคำแนะนำทางสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ทุกรายหลังจากสิ้นสุดการทำแบบสอบถาม
11. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบจำนวน 384 รายตามที่ต้องการ หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้อัปโหลดใส่ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์และสัตว์ทดลองจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสิทธิของผู้เข้าร่วมที่จะพึงได้รับ การได้รับความเคารพในเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง การเคารพในการตัดสินใจของผู้เข้าร่วม ได้ชี้แจงให้ผู้เข้าร่วม ได้ทราบว่าท่านมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถาม และสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องมีเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และไม่มีผลต่อการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของท่านแต่ประการใด

การลงนามยินยอม

ผู้วิจัยต้องชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ และเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดทั้งฉบับและได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว จึงให้ลงนามในใบยินยอม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Statistical Package for the Social Science for Windows (SPSS/FW 17.0) ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพการสมรส รายได้ อาชีพ การศึกษา น้ำหนัก ส่วนสูงและค่าดัชนีมวลกายมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การศึกษาปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว วิเคราะห์การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว วิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(Pearson product – moment correlation) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง โดยทำการศึกษาระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติตามแผนกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก รวมทั้งศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนว่าอยู่ในระดับใด โดยเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในอำเภอละงู จังหวัดสตูล และอำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2556 จำนวน 384 ราย

การวิเคราะห์และการนำเสนอผลของการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” นี้ จะนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งการนำเสนอเป็น 3 ข้อ ดังนี้

4.1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

4.2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นต่อการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

4.3. ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นต่อการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

4.1 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

การศึกษาพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (n = 384)

พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนัก	Mean	SD.	ระดับ
1.พฤติกรรมการบริโภค	3.45	0.45	ปานกลาง
2.พฤติกรรมออกกำลังกาย	3.40	0.70	ปานกลาง
รวม	3.43	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรวมของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.43, SD. = 0.43) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.45, SD. = 0.45) รองลงมาคือด้าน พฤติกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 3.40, SD. = 0.70)

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นต่อการวางแผน ปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรวมของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรวมของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง วิเคราะห์ข้อมูล โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ซึ่งผลปรากฏดังตารางที่ 3 - 8

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรวมของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (n = 384)

การรับรู้ประโยชน์	Mean	SD.	ระดับการรับรู้
พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก			
1.ด้านร่างกาย	4.09	0.53	สูง
2.ด้านจิตใจ	4.25	0.62	สูง
3.ด้านเศรษฐกิจ	3.41	1.39	ปานกลาง
4.ด้านสังคม	3.27	1.03	ปานกลาง
5.ด้านวัฒนธรรม/ความเชื่อตามหลักศาสนา	3.75	0.73	สูง
การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรม			
การควบคุมน้ำหนัก	3.86	0.58	สูง

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรวมของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.86, SD. = 0.85) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.41, SD.= 1.39 และ Mean = 3.27, SD.= 1.03 ตามลำดับ) นอกนั้นอยู่ในระดับสูง โดยที่การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านจิตใจมีคะแนนสูงสุด

(Mean = 4.25, SD.= 0.62) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย(Mean = 4.09, SD.=0.53) และด้านวัฒนธรรม ความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม(Mean =3.75, SD.= 0.73) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง(n = 384)

ปัจจัยการรับรู้อุปสรรค ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	Mean	SD	ระดับการรับรู้
1.ด้านเจตคติ	2.71	0.83	ปานกลาง
2.ด้านชนิดของอาหาร	2.67	0.85	ปานกลาง
3.ด้านเวลา	2.18	0.70	ปานกลาง
4.ด้านความไม่สะดวก	2.16	0.88	ปานกลาง
5.ด้านวัฒนธรรม/ความเชื่อตามหลักศาสนา	4.39	0.75	สูง
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนัก	2.41	0.69	ต่ำ

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัจจัยการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.41) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้อุปสรรคด้านวัฒนธรรม/ความเชื่อตามหลักศาสนา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(Mean = 4.39) นอกนั้นอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่การรับรู้อุปสรรคด้านเจตคติ ด้านชนิดของอาหาร ด้านเวลา และด้านความไม่สะดวกมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง(Mean = 2.71, 2.67, 2.18 และ 2.16 ตามลำดับ)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง(n = 384)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	Mean	S.D	ระดับการรับรู้
1.ด้านการบริโภค	3.18	0.65	ปานกลาง
2.ด้านการออกกำลังกาย	3.29	0.76	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	3.22	0.62	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.22, SD.= 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.29, SD.= 0.76) รองลงมา คือด้านการบริโภค (Mean = 3.18, SD.= 0.65)

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล(ครอบครัว เพื่อน และบุคคลากรสุขภาพ)ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (n=384)

อิทธิพลระหว่างบุคคล	Mean	S.D	ระดับการรับรู้
1.บุคคลในครอบครัว	3.73	0.74	สูง
2.กลุ่มเพื่อน	3.58	0.72	สูง
3.บุคคลากรทางสุขภาพ	3.88	0.79	สูง
อิทธิพลระหว่างบุคคล	3.73	0.60	สูง

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอิทธิพลระหว่างบุคคล(ครอบครัว เพื่อน และบุคคลากรทางสุขภาพ)ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.73, SD.= 0.60) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อิทธิพลของบุคคลากรทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.88, SD.= 0.79) รองลงมาคืออิทธิพลของบุคคลในครอบครัว (Mean = 3.73, SD.= 0.74) และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนน้อยที่สุด (Mean = 3.58, SD.= 0.72)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักรักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (n = 384)

อิทธิพลด้านสถานการณ์	Mean	S.D	ระดับการรับรู้
1.การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม	3.60	0.67	สูง
2.ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ	4.06	0.61	สูง
3.ด้านสิ่งแวดล้อม	3.66	0.81	สูง
อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อ			

พฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก	3.72	0.58	สูง
------------------------------	------	------	-----

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง อยู่ในระดับสูง (Mean = 3.72, SD.= 0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านคุณลักษณะที่ต้องการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.06, SD. = 0.61) รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.66, Sd.= 0.81) และด้านการรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสมน้อยที่สุด (Mean =3.60, SD.= 0.67)

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนต่อพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (n = 384)

ความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติ	Mean	S.D	ระดับความมุ่งมั่น
1.ด้านข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ	3.17	0.76	ปานกลาง
2.ด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ	2.30	0.96	ต่ำ
ระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนัก	2.74	0.80	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.74, SD.= 0.80) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.17, SD.= 0.76) รองลงมาคือด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ (Mean = 2.30, SD.= 0.96)

4.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นต่อการวางแผนปฏิบัติกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นต่อการวางแผนปฏิบัติกับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (n = 384)

ตัวแปรอิสระ	1	2	3	4	5	6	7
1.การรับรู้ประโยชน์ของการควบคุมน้ำหนัก	1.00						
2.การรับรู้อุปสรรคของการควบคุมน้ำหนัก	.146**	1.00					
3.การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก	.337**	-.059	1.00				
4.อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก	.449**	-.001	.257**	1.00			
5.อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก	.612**	.072	.402**	.544**	1.00		
6.ระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติการควบคุมน้ำหนัก	.421**	.030	.416**	.456**	.490**	1.00	
7.พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก	-.037	-.310**	.488**	.112*	.277**	.349**	1.00

**p<.01, *p<.05

จากตารางที่ 8 พบว่า ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติการควบคุมน้ำหนัก อิทธิพลด้านสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .488, .349, .277, .112$ ตามลำดับ)

ส่วนปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง($r = -.037$) และปัจจัยการรับรู้อุปสรรค พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.310$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างโดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างและศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

กลุ่มประชากรของการวิจัย คือ สตรีมุสลิมที่มีอายุ 20 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งประกอบไปด้วย จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่าง คือสตรีมุสลิมที่มีอายุ 20 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร
$$n = \frac{P(1-P)(Z)^2}{e^2}$$

ซึ่งผู้วิจัยกำหนดค่า P ไว้ที่ 50% จากจำนวนประชากรทั้งหมด และต้องการกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ซึ่ง Z มีค่าเท่ากับ 1.96 และยอมรับค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่ .05 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 384 ราย ได้มาโดยกาสุ่มแบบหลายขั้นตอน(Multi – Stage Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม จำนวน 8 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบปลายเปิดและแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 9 ข้อ ประกอบไปด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ รอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น ด้าน ด้าน คือ 1.ด้านร่างกาย 5 ข้อ 2.ด้านจิตใจ 2 ข้อ 3.ด้านเศรษฐกิจ 1 ข้อ 4.ด้านสังคม 2 ข้อ 3.ด้านวัฒนธรรมความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม 2 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักในสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ 1.ด้านเจคติ 5 ข้อ 2.ด้านชนิดของอาหาร 3.ด้านเวลา 4.ด้านความไม่สะดวก 5.ด้านวัฒนธรรมตามหลักศาสนาอิสลาม 2 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านการบริโภค จำนวน 9 ข้อ และด้านการออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 5 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จำนวน 12 ข้อ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1.อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว จำนวน 4 ข้อ 2. อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน จำนวน 4 ข้อ และ 3.อิทธิพลของบุคลากรทางสุขภาพ/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 ข้อ

ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จำนวน 9 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1.ด้านการรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม จำนวน 4 ข้อ 2. ด้านคุณลักษณะที่ต้องการ จำนวน 2 ข้อ และ 3.ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 7 แบบสอบถามระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1.ด้านข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ จำนวน 5 ข้อ และ 2. ด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น

2 ด้าน คือ 1.ด้านพฤติกรรมกรบริโภค จำนวน 9 ข้อ และ 2. ด้านพฤติกรรมกรออกกำลังกาย จำนวน 5 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก จำนวน 11 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 3 ข้อ

เครื่องมือการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับแต่งตั้งจำนวน 5 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ ระดับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติวางแผนการกระทำ และพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง เท่ากับ .75, .80, .88, .91, .80, .89 และ .80 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 384 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85, .80, .88, .90, .73, .91 และ .67 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (Statistical Package for the social science for Windows (SPSS/FW 17.0) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ เส้นรอบเอว น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) แสดงจำนวน ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ระดับการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ ระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำ และพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัววิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ ระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำ และพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัววิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation)

5.1 สรุปผลการวิจัย

การนำเสนอสรุปผลการวิจัย ผู้วิจัยขอเสนอในภาพรวมและข้อสรุปผลการวิจัยที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

5.1.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างและศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

5.1.1.1 การศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง(Mean = 3.43, SD. = 0.43) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมด้านการบริโภคมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(Mean = 3.45, SD. = 0.45) รองลงมาคือด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย(Mean = 3.40, SD. = 0.70)

5.1.1.2 การศึกษาระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับสูง(Mean = 3.86, SD. = 0.85) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.41, SD.= 1.39 และ Mean = 3.27, SD.= 1.03 ตามลำดับ) นอกนั้นอยู่ในระดับสูง โดยที่การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักด้านจิตใจมีคะแนนสูงสุด(Mean = 4.25, SD.= 0.62) รองลงมาคือด้านร่างกาย(Mean = 4.09, SD.=0.53) และด้านวัฒนธรรมความเชื่อตามหลักศาสนาอิสลาม(Mean =3.75, SD.= 0.73) ตามลำดับ

5.1.1.3 การศึกษาระดับการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยปัจจัยการรับรู้อุปสรรคพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.41, SD.= 0.69) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านวัฒนธรรม/ความเชื่อตามหลักศาสนา มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(Mean = 4.39, SD.= 0.75) โดยที่การรับรู้อุปสรรคด้านเจตคติ ด้านชนิดของอาหาร ด้านเวลาและด้านความไม่สะดวกมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง(Mean = 2.71, SD.=0.83, Mean = 2.67, SD.= 0.85, Mean = 2.18, SD.=0.70 และ Mean = 2.16, SD.=0.88 ตามลำดับ)

5.1.1.4 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง(Mean = 3.22, SD.= 0.62) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(Mean = 3.29, SD.= 0.76) รองลงมา คือด้านการบริโภค(Mean = 3.18, SD.= 0.65)

5.1.1.5 อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง คะแนนเฉลี่ยของอิทธิพลระหว่างบุคคล(ครอบครัว เพื่อน และบุคคลากรทางสุขภาพ)ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับสูง(Mean = 3.73, SD.= 0.60) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อิทธิพลของบุคคลากรทางสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.88, SD.= 0.79) รองลงมาคือ

อิทธิพลของบุคคลในครอบครัว(Mean = 3.73, SD.= 0.74) และอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน(Mean = 3.58, SD.= 0.72)

5.1.1.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง อยู่ในระดับสูง(Mean = 3.72, SD.= 0.58) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านคุณลักษณะที่ต้องการมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(Mean = 4.06, SD. = 0.61) รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.66, Sd.= 0.81) และด้านการรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม(Mean =3.60, SD.= 0.67) ตามลำดับ

5.1.1.7 ความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอยู่ในระดับปานกลาง(Mean = 2.74, SD.= 0.80)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติตามกิจกรรมเฉพาะมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 3.17, SD.= 0.76) รองลงมาคือด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติตามกิจกรรมเฉพาะ (Mean = 2.30, SD.= 0.96)

5.1.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

พบว่าปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความมุ่งมั่นในการวางแผนปฏิบัติ อิทธิพลด้านสถานการณ์และอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .488, .349, .277$, และ $.112$ ตามลำดับ)

ส่วนปัจจัยการรับรู้อุปสรรค พบว่า มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.310$)

และพบว่า ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง($r = -.037$)

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ประเด็นสำคัญที่ได้ค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะได้นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจะอภิปรายผลลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบเป็นเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการเชื่อมโยงกับการอภิปรายผลในประเด็นอื่นๆต่อไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี มีสถานภาพการสมรส คู่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ผลการตรวจร่างกายโดยการวัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย(Body mass index) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเส้นรอบเอว 80-90 เซนติเมตร($X = 95.15$) น้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 60-70 กิโลกรัม($X = 71.85$) ส่วนสูง อยู่ระหว่าง 150-160 เซนติเมตร($X = 155.92$) และค่าดัชนีมวลกาย ส่วนใหญ่ อยู่ระหว่าง 25-30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร($X = 29.56$, $S.D = 4.01$)

เมื่อพิจารณาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกันต์ สมจรรย์(2550) พบว่า อายุของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-44 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 49.15 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือแม่บ้าน มีรายได้เดือนละ 4,500-5,499 บาท มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 63.40 ส่วนสูงเฉลี่ย 149 เซนติเมตร และค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29.9 กก/ตร.ม. และสอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อกิจกรรมทางกายของสตรีมุสลิมผู้ประกอบอาชีพค้าในตลาดสด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 41.25

มโนทัศน์หลักตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) กล่าวว่า ประสิทธิภาพและลักษณะเฉพาะของปัจเจกบุคคลในส่วนของปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biological factors) ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ภาวะการเจริญพันธุ์ ภาวะหมดประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉง หรือการทรงตัว และปัจจัยทางวัฒนธรรมและสังคมของบุคคล(Personal sociocultural factors) เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา เป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อความคิดและความรู้สึกของพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ดังนั้น สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้สตรีมุสลิมมีภาวะอ้วนนั้น กล่าวได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ วัฒนธรรมวิถีชีวิต มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ อายุที่มากขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง ความกระฉับกระเฉงลดลง มีการสะสมของพลังงานเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับลักษณะเฉพาะของเพศหญิงที่มีกิจกรรมทางกายน้อยเมื่อเทียบกับเพศชาย จึงส่งผลให้ผู้หญิงมีภาวะอ้วนมากกว่าผู้ชาย ดังรายงานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวง

สาธารณสุข(2549) ที่พบว่า เพศหญิงอายุ 15 – 59 ปี มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีภาวะอ้วนและออกกำลังกายน้อยกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 12 ส่วนด้านการประกอบอาชีพนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม อาจจะทำให้เป็นอุปสรรคในการออกกำลังกายได้ เนื่องจากการประกอบอาชีพตามปกตินี้ทำให้ไม่มีเวลาและเมื่อเสร็จงานแล้วมักจะมีความเหนื่อยล้าไม่สามารถไปทำกิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มเติมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ตำบลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาชีพค้าขายมากที่สุดที่ต้องทำงานต่อเนื่องตลอดทั้งวันทำให้มีความเหนื่อยล้า ส่งผลให้ไม่อยากออกกำลังกาย (ฉลวย เหลาะหามาน, 2548) สอดคล้องกับการศึกษา(สุวิมล2534 อ้างใน ชนิกานต์ สมจรรย์(2550) พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบีได้(สุวิมล2534 อ้างใน ชนิกานต์ สมจรรย์(2550) สอดคล้องกับรายงานที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลได้ มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ(อุบลทิพย์ นนทณรงค์, 2553) ทำให้สามารถดูแลจัดการกับสุขภาพตนเองได้ดีและเหมาะสมกว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wichi Aekplakorn, et al.(2004) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะน้ำหนักเกิน คือ อายุ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี อัตราเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า ในเพศหญิง 1.4 เท่า ในคนที่แต่งงานแล้ว 2.2. เท่า

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างและศึกษาปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติวางแผนการกระทำกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

1.1ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง
พบว่า สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักรายด้าน ประกอบไปด้วย พฤติกรรมการบริโภค และพฤติกรรมออกกำลังกายนั้น พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

ในด้านพฤติกรรมการบริโภค เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานต่ำและอาหารที่มีกากใย คะแนมเฉลี่ย เท่ากับ 3.35 และ 3.56 ตามลำดับ การลดการรับประทานผลไม้รสหวาน การลดกินอาหารทอดหรือใช้กะทิ การหลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลทราย ในอาหารและการลดการกินอาหารทะเลปริมาณมากนั้น มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22, 3.36, 3.09

และ 3.01 ตามลำดับ การดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวานหรือน้ำอัดลม มีคะแนนเฉลี่ย 4.23 การกินข้าวมี
 ละไม่เกิน 2 ทัพพีและการกินอาหารมือเย็นน้อยกว่าอาหารมือเช้าและมือกลางวัน มีคะแนนเฉลี่ย
 เท่ากับ 3.20 และ 3.44 ตามลำดับ

ในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อคำถามการทำ
 กิจกรรมที่นั่งหรือนอนอยู่กับที่นานมากกว่า 2 ชั่วโมง เช่น การดูโทรทัศน์ภายหลังกินอาหารเสร็จ
 แล้วและฉันจะนอนทุกครั้งเมื่อมีเวลาว่างหรือมีโอกาส มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.42 และ 3.44
 ตามลำดับ ฉันออกกำลังกายครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ และฉันทำงานที่ใช้แรงงาน 30 นาที
 เช่น การทำความสะอาดบ้าน กรีดยาง ฉางหญ้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.01 และ 3.7 ตามลำดับ ซึ่ง
 แตกต่างจากผลการศึกษาของชนิกานต์ สมจรรย์(2550) ที่พบว่า ข้อคำถามการออกกำลังกายนานครั้ง
 ละ 30 ที่ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.50

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้
 ตอนล่างที่พบว่าอยู่ในระดับปานนั้น ถือว่าเป็นระดับพฤติกรรมที่ยังไม่เพียงพอในการควบคุม
 น้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนซึ่งจะต้องมีพฤติกรรมในระดับที่สูงกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพอยู่
 ในระดับปกติ ทั้งในด้านของพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการออกกำลังกายซึ่งผลการศึกษา
 ครั้งนี้มีความสอดคล้องกับผลการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลามจังหวัด
 ปัตตานี ของ กนกวรรณ จันทร์แดง(2541) พบว่า ผู้นำศาสนาอิสลามมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการ
 บริโภคอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรม
 สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมของเดือนจิตร ภักดีพรหม(2548) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่
 เป็นมุสลิมมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 ส่วนเบี่ยงเบน
 มาตรฐาน เท่ากับ .38 และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง
 ของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง ของชนิกานต์ สมจรรย์(2550) พบว่า
 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงโดยรวม อยู่ในระดับสูง และ
 การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มี
 น้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร ของทริกา คำสม(2547) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม
 ส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.12 ส่วน
 เบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1.31

**1.2 ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะ
 อ้วนในภาคใต้ตอนล่าง** จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม
 การควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 เท่ากับ 0.58 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 4.25 ส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.62 ซึ่งสอดคล้องกับการของเตื่อนจิตร ภักดีพรหม(2548) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .62 และชนิกานต์ สมจารี(2550) ที่พบว่า การรับรู้ของบุคคลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .29

การที่สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนมีระดับการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูงนั้น แสดงให้เห็นว่า สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน มีความรู้ ความเข้าใจและรับรู้ถึงประโยชน์และผลดีของพฤติกรรม การควบคุมน้ำหนักในแต่ละด้านสูง อาจจะเนื่องมาจากการณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆตามโครงการลดอ้วน ลดโรค และโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชน ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆซึ่งทำให้มีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักได้

2.2 ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.41 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.69 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้อุปสรรคด้านเวลามีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.7 รองลงมาคืออุปสรรคด้านข้อปฏิบัติตามหลักศาสนาอิสลามที่เกี่ยวกับการแต่งกายและสถานที่ที่ออกกำลังกายสำหรับผู้หญิง โดยเฉพาะ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.75 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ตำบลปากพะยูน จังหวัดพัทลุงของฉลวย เหลาะหมาน(2548) พบว่า จากการประกอบอาชีพทางการเกษตร รับจ้าง ค้าขายทำให้สตรีมุสลิมไม่มีเวลาในการออกกำลังกายหรือมีความเห็นเหนื่อยจากการประกอบอาชีพ และรายงานการศึกษาการส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้านจังหวัดปัตตานี ของกานธี ยื้อ แร(2553)กล่าวว่า ในบริบทของการออกกำลังกายสำหรับสตรีมุสลิม จะต้องระวังในเรื่องของการแต่งกายที่จะต้องปกปิดร่างกายทั้งหมดยกเว้นที่เปิดเผยได้ คือใบหน้าและฝ่ามือ เสื้อผ้าจะต้องไม่บางจนเห็นเรือนร่างภายใน ไม่รัดรูปจนเห็นส่วนนูนเว้าของร่างกาย ส่วนสถานที่ออกกำลังกายอิสลามให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งจะต้องไม่มีการปะปนระหว่างชายหรือหญิง จะต้องไม่เป็นป่าสายตาของเพศตรงข้าม

ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทาริกา คำสม(2547)ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนัก

เกินมาตรฐานโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการศึกษาของเดือนจิตร ภักดีพรหม(2548) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง

2.3 ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.62 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การรับรู้สมรรถนะด้านการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมของเดือนจิตร ภักดีพรหม(2548) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทาริกา คำสม(2547)ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง

2.3 ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน โดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.60 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อิทธิพลของบุคคลากรทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.79 สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีการรับรู้ถึงการให้คุณค่าของบุคคลใกล้ชิดในระดับสูง เนื่องจากบุคคลที่อยู่ในวัยนี้จะมีการคบหาสมาคมกับเพื่อนฝูงและมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิดที่ตนเองสนิทสนม ซึ่งมีความคิด ความเชื่อ ค่านิยมที่คล้ายกัน การตัดสินใจในกิจกรรมต่างๆจึงขึ้นอยู่กับเพื่อนฝูง(เฉลิมพล,2541 อ้างใน ชนิกันนัต สมจารี, 2550)

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาพบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน โดยรวมอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.58 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อิทธิพลด้านคุณลักษณะที่ต้องการมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 4.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.61 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อมและด้านทางเลือกที่เหมาะสมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.66, 3.60 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของทาริกา คำสม(2547)ที่พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยรวมอยู่ในระดับสูง

2.5 ปัจจัยระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

ระดับการความมุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.80 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะมีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.96 รองลงมาคือ ด้านข้อผูกมัดที่จะต้องปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.76

วัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ และระดับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติวางแผนการกระทำกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

3.1 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ประโยชน์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ($r = -0.35$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง และผลการศึกษานี้ ไม่เป็นไปตามทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) ที่กล่าวว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

3.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.309, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่ว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง สอดคล้องกับการศึกษาของทริกา คัสสม(2547) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.405$)

3.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.309, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทริกา ค้ำสม(2547) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.503$)

3.4 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ผลการศึกษา พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .111, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่ว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนใน ภาคใต้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ(2002) ที่กล่าวว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีกิจกรรมทางกายและพฤติกรรมการบริโภค สอดคล้องกับการศึกษาของชนธรณ์ เก็บไว้(2549) พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .26$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทริกา ค้ำสม(2547) ที่พบว่าอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร

3.5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักกับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ผลการศึกษา พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .275, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ที่ว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักร่างกายของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ สอดคล้องกับการศึกษาของธนธรรณ์ เก็บไว้ พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในภาคใต้ของไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .36$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของทาริกา คำสม(2547) ที่พบว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ(2002) ที่กล่าวว่า การรับรู้ ความรู้และความเข้าใจของบุคคลในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม สามารถส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ได้รับการเสนอว่าควรเกิดขึ้น ณ สถานที่นั้น สิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และน่าสนใจเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

3.6 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำที่มีผลในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ผลการศึกษา พบว่า ระดับความมุ่งมั่นในการวางแผนการกระทำที่มีผลในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .350, p < .01$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ที่ว่า อิทธิพลด้านสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์และคณะ (2002) ที่กล่าวว่า เงื่อนไขหรือข้อผูกมัดในแผนจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรม ยกเว้นมีความจำเป็นอย่างอื่นที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือมีความต้องการอย่างอื่นที่ไม่สามารถปฏิเสธได้ บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมหรือร่วมกิจกรรมที่รับการจัดอย่างเป็นระเบียบมากกว่าพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ไม่เป็นระเบียบ กำลังใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม คือ ความตั้งใจเข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตทางสุขภาพ ซึ่งเป็นผลให้เกิดประสบการณ์ทางบวกไปตลอดชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ในด้านเวลา ความไม่สะดวก และด้านข้อปฏิบัติตามหลักศานานั้นอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม

การควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมในภาคใต้ตอนล่าง ประกอบกับผลการศึกษาระดับความ มุ่งมั่นในการวางแผนการปฏิบัติในการควบคุมน้ำหนักตัวของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยเฉพาะด้านยุทธวิธีเฉพาะเจาะจงให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะนั้น พบว่า อยู่ใน ระดับต่ำ ทำให้สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนขาดความกระตือรือร้นในการที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมทาง สุขภาพเพื่อที่จะลดและคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวในระดับปกติ

ในปัจจุบันนี้ พบว่า มีหลายหน่วยงาน โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบ หลัก ได้ออกมารณรงค์ในเรื่องของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และการบริโภคผ่าน โครงการ ต่างๆมากมาย เช่น โครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โครงการคลินิกโรคอ้วน เป็นต้น แต่ในทางปฏิบัติแล้วมีประชาชนเพียงบางส่วนเท่านั้นที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และส่วน ใหญ่มักจะเป็นคนกลุ่มเดิมที่ตื่นตัวทางสุขภาพอยู่แล้วเข้าร่วม แต่กลุ่มที่ค่อนข้างมีปัญหาทางสุขภาพ เช่นกลุ่มเสี่ยงต่างๆมักจะไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะในชุมชนมุสลิมและกลุ่มสตรีมุสลิมที่มี ข้อจำกัดที่เกี่ยวกับข้อปฏิบัติตามหลักศาสนาและวัฒนธรรม

ดังนั้น จึงขอเสนอแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มี ภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ดังนี้

1.ด้านเวลา เนื่องจากสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทางด้านการเกษตร รับจ้างและเป็นแม่บ้าน มักจะไม่ค่อยมีเวลาในการออกกำลังกายที่แน่นอน ประกอบกับความเหนื่อยล้าจากการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่อยากจะออกกำลังกาย ดังนั้น การกำหนด โปรแกรมการออกกำลังกายจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรีมุสลิมด้วย เช่น การส่งเสริมการ ออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้าน การกำหนดเวลาการออกกำลังกายของชุมชนตอนเสร็จสิ้นภารกิจ งานบ้านแล้ว เช่น ช่วงเวลา 17.30-18.30 น.

2.ด้านสถานที่ จะต้องจัดให้มีสถานที่สำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้หญิง โดยเฉพาะ ไม่ ปะปนกับผู้ชาย และต้องเป็นสถานที่ที่มิดชิด เป็นสัดส่วน ไม่มีผู้คนสัญจรไปมาพลุกพล่าน หรืออาจ มีโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่บ้านสำหรับสตรีมุสลิมที่มีเวลาไม่แน่นอนหรือไม่อยากไป ทำกิจกรรมข้างนอกซึ่งเป็นการสร้างความสะดวกอีกวิธีหนึ่งด้วย

3.ประเภทของกิจกรรม จะต้องไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลามหรือทัศนคติ ค่านิยมของชุมชน หรือกลุ่มบุคคล เช่น การเดินแอโรบิก เดินเร็ว วิ่ง ปั่นจักรยาน เป็นต้น

4.การจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มอายุ ความสนใจ และความสะดวก ให้ทุกคนสามารถ เข้าถึงได้ เช่น การเดินแอโรบิก วิ่ง ปั่นจักรยานอาจจะเหมาะสมกับสตรีกลุ่มหนึ่งแต่อาจจะไม่ สะดวกกับอีกกลุ่มก็เป็นได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณา

5.การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข หน่วยบริการสาธารณสุขจะต้องจัดให้กลุ่มสตรีมุสลิมที่ มีภาวะอ้วนได้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง จริงจัง และต่อเนื่อง โดยการจัด โปรแกรม

การดูแลที่เข้าถึงกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย โดยการจัดกลุ่มเล็กๆที่ไม่เป็นทางการในชุมชนละแวกบ้านใกล้เคียง เพื่อให้มีการช่วยเหลือกันในการทำกิจกรรมทางสุขภาพ เพื่อแก้ปัญหาการขาดโอกาสในการเข้าถึงการออกกำลังกายที่เป็นปัญหาของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่ในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อต้องการทราบระดับพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งคำตอบที่ได้ยังไม่ชัดเจนของปัญหาทั้งหมดของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักในสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องและยังไม่ได้รับการศึกษา เช่น การศึกษาด้านการรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วนในสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนว่าอยู่ในระดับใด และการศึกษาทัศนคติ/ค่านิยมของสตรีมุสลิมเกี่ยวกับภาวะอ้วนว่าเป็นปัญหาหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร.(2550). โรคอ้วน: การเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี. ภาควิชาโภชนศาสตร์เขตร้อนและวิทยาศาสตร์อาหาร.คณะเวชศาสตร์เขตร้อน.มหาวิทยาลัยมหิดล.
 ยูซุฟ นิมะ และ สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ.(2551). การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้(สวรส.ภาคใต้).มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้. (2552). การบูรณาการองค์ความรู้บัพัญญูติศาสนาสลามกับการส่งเสริมสุขภาพ:โรคเรื้อรัง(โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต. โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้.
- พรทิศา ชัยอำนาจ. (2545). แนวทางป้องกันและรักษาโรคอ้วนในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทคอนฟอร์ม.
- ชนิกานต์ สมจารี. (2550). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของสตรีไทยมุสลิมกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- การีซา ยือแร. (2553). การส่งเสริมการออกกำลังกายตามหลักศาสนาอิสลามในกลุ่มแม่บ้าน จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- กนกวรรณ จันทร์แดง. (2541). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี. วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉลวย เหลาะหมาน. (2548). พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ตำบลปากพะยูน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดรุณี ดลรัตน์ภัทร. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนธรรณ เก็บไว้. (2549). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทาริกา คำสม. (2547). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์. จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และคณะ. (2551). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มอ.สงขลานครินทร์ เวชสาร. ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 มีนาคม-เมษายน 2551.
- ศุภลักษณ์ บุญความดี. (2541). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. คณะพยาบาลศาสตร์.

มหาวิทยาลัยมหิดล.

เดือนจิตร ภัคคีพรหม.(2548).ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย
เบาหวานที่เป็นมุสลิม.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะพยาบาลศาสตร์.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมทรง สมควรเหตุ. (2541). การศึกษาการลดน้ำหนักด้วยตนเองของผู้ที่รับรู้ว่ามีน้ำหนักเกินใน
กรุงเทพฯ.วิทยานิพนธ์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์.

มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจิรา คิ้วงสา. (2544). ผลของการประยุกต์โปรแกรม “Take PPID” ในโครงการควบคุมน้ำหนักใน
เขตเทศบาลเมือง นครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎ์บัณฑิต สาขาสุศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้. (2552). การบูรณาการองค์ความรู้ทบทวนยัติศาสนาอิสลามกับ
การส่งเสริมสุขภาพ:โรคเรื้อรัง(โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดัน
โลหิต). โครงการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้.

สุดกัญญา ปานเจริญ. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมด
ประจำเดือนที่มาใช้บริการในคลินิกสตรีวัยหมดประจำเดือนโรงพยาบาลสวรรค์ประชา
รักษ์ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสภาการพยาบาล 24(2), 78-87.

สุวรรณณี โคนุช และคณะ. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรี
ตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี.วารสารการพยาบาลและการศึกษา ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม –
สิงหาคม 2554.

อุบลทิพย์ นนทณรงค์. (2553). การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคต่อกิจกรรมทางกายของสตรี
มุสลิมผู้ประกอบการค้าขายในตลาดสด.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. คณะ
พยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

กฤษณา พงษ์ธานี. (2545). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในพฤติกรรมควบคุม
น้ำหนักสตรีหลังคลอด อายุตั้งแต่ 15 ปี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ากรุงเทพฯ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย.
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สร้อยรัตน์ พลอินทร์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของ
ตน ในการออกกำลังกาย การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและสภาพแวดล้อมของ
วิทยาลัยกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชานินทร์ ศิลป์จารุ.2555. การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS และ AMOS. พิมพ์ครั้งที่

13. กรุงเทพฯ; ห้างหุ้นส่วนสามัญบิซิเนสอาร์แอนด์ดี.
 เซคอาลี อีชา.(2546). **สิทธิสตรีตามบทบัญญัติอิสลาม**.วารสารสายสัมพันธ์.มัศยิดคารุลอิซาน.ปีที่
 38 อันดับที่ 417 – 418.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.(2556). **ถึงเวลา วัตถุประสงค์**.จดหมายข่าวชุมชนคนรัก
 สุขภาพ.ฉบับที่ 139 ปีที่ 9 พฤษภาคม 2556.
- ทักษพล ชรรมรังสี และคณะ.(2545). **อ้วนทำไม ทำไมอ้วน : สถานการณ์ของปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะ
 น้ำหนักเกินและโรคอ้วนในประเทศไทย**. วารสารวิชาการสาธารณสุข. ปีที่ 20 ฉบับที่ 1
 ม.ค – ก.พ 2554.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **คนไทยไร้พุง** [Online].
 Available from : <http://konthairaijung.anamai.moph.go.th> [26 กันยายน 2554]
- จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงศ์. (2544). **รายการอาหารแลกเปลี่ยนในเทคนิคการกินไม่ให้อ้วน**. [Online]
 สำนักพิมพ์ดอกหญ้า. Available from: [http://www.nutriline.co.th/nutriline/healthinfo/index
 -weight.html#1](http://www.nutriline.co.th/nutriline/healthinfo/index-weight.html#1)[29 สิงหาคม 2555]

ภาษาอังกฤษ

- World Health Organization. (2000). **The Asia-Pacific perspective: Redefining Obesity and Its
 treatment**. Knoll Pharmaceutical and steering committee.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. (2002). **Health Promotion in Nursing Practice**. 4 th ed.
 New Jersey: Prentice Hall.
- Aree Kantachuvessiri. (2005). **Obesity in Thailand**. J Med Assoc Thai Vol.88 No.4: 554-562.
- Ambady Ramachandran and Chamukuttan.(2010)**Rising Burden of Obesity in Asia**.Hindawi
 Publishing Corporation Journal of Obesity volume 2010.
- Aviva Must and league.(1999)**The Didease Burden Associated With Overweight and Obesity**.
 JAMA. October 27, 1999-Vol.282. No.10
 Downloaded from jama.ama.assn.org by guest on August 19, 2011
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010a). **Overweight and Obesity**. [Online]
 Available from: <http://www.cdc.gov/obesity/defining.html>. [2011,september 26]
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010b). **Overweight and Obesity**. [Online]
 Available from: <http://www.cdc.gov/obesity/defining.html>
- Jia, H., & Lubetkin, E. I. (2005). **The impact of obesity on health-related quality-of-life in the
 general adult US population**. *Journal of Public Health*, 27(2), 156-164.

- Glasgow RE, Strycker LA, Robert DJ, Eakin E. A social-ecological Approach to Assessing Support for Disease Self-Management: The Chronic Disease Illness Resources Survey. *J Behav Med* 2000;23(6):559-83
- Kantachuvessiri, A. (2005). Obesity in Thailand. *J Med Assoc Thai* 88(4), 554-562.
- Kumarmishra, A. (2007). Muslim Women: Women in Mauritania want freedom from obesity. [Online]. Available from: <http://www.themuslimwoman.org/entry/women-in-mauritania-want-freedom-from-obesity/>[2001, September 26]
- Nattinee Jitnarin and league.(2010)Risk factors for Overweight and Obesity among Thai Adult Result of the National Thai Food Consumption Survey,Nutrient,2010 , 2,60,-74 (Online). Available from: www.mdpi.com/journal/trients.
- World Health Organization Western Pacific Region. (2000). The Asia-Pacific perspective:Redefining Obesity and it treatment
- Reynaldo Martorell and league.1998 Obesity in Latin American Women and Children.The Journal of Nutritio Download from jn.nutrition.org by guest on August 19, 2011
- Suad Joseph, Afsaneh Najma(2006). *The Encyclopedia of women & Islam Culture; Family, Sexuality and health.* (online) <http://inallhonesty.wordpress.com/2008/01/17/obesity-and-eating-in-islam>
- Wichai Aekplakorn and league.(2004) Prevalenc and Determinants Of Overweight and Obesity in Thai Adult:Result of the Second National Health Examination Survey. [Online] *J Med Assoc Thai* 2004;87(6): 685-93.Availalbel from: <http://www.geocities.ws/nanthanatphon/sl.html> [2 กันยายน 2554]
- World Health Organization. (2000). Obesity : preventing and managing the global epidemic. report of a WHO consultation on Obesity . Geneva, Switzerland.
- Nattapong Pannin et al.(2006). Diabetes Mellitus Mortality Rate in Southern Thailand during 1996-2006.Princes of Songhla University, Pattani campus.
- Debiasis Bagchi and Harry G. Preuss.(2007). Obesity Epidemiology, Pathophysiology. and Prevention.CRC Press Taylor & Francis Group.
- Yue Chen, Ying Jiang and Yang Mao.(2009).Association between Obesity and Depression in Canadians.*Journal of Women Health.* Volume 18.Number 10 .

ภาคผนวก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัย ชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย วลัยลักษณ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาล สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ อวยกิจ

คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดร.วนิษา กิจวรพัฒน์

ศูนย์อนามัยที่ 8 จังหวัดนครสวรรค์

ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

และ

จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย

ที่ ศธ 0512.11/0062

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เนื่องด้วย นายปรีชาธิปไตย ยี่หริ่ม นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา หนูนิล อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ	โทร.0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นายปริชาธิ์ฟ ยีหริ่ม โทร.080-030-7976

ที่ ศธ 0512.11/0062

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 นครสวรรค์

เนื่องด้วย นายปริชาธิ์ฟ ยีหริ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.วนิษา กิจวรพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุข เชี่ยวชาญด้าน โภชนาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ	โทร.0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นายปรีชาธิปไตย ยี่หริ่ม โทร.080-030-7976

ที่ ศธ 0512.11/0062

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นายปรีชาธิปไตย ยี่หริ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ	โทร.0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นายปรีชาธิฟ ยีหริ่ม โทร.080-030-7976

ที่ ศธ 0512.11/0062

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มกราคม 2556

เรื่อง ขออนุมัติบุคคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เนื่องด้วย นายปรีชาธิฟ ยีหริ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศรมาลัย อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ	โทร.0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นายปรีชาธิปไตย ยี่หริ่ม โทร.080-030-7976

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร.81131 โทรสาร 81130
ที่ ศร 0512.11/0062 วันที่ 15 มกราคม 2556
เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์(ฉบับ)ส่งแปล 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

ตามที่ นายปรีชาธิปไตย ยี่หริ่ม นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร ธนศิลป์)

รองคณบดี

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นายปรีชาธิปไตย ยี่หริ่ม โทร.080-030-7976

ที่ ศธ 0512.11/0292

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

7 มีนาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน นายอำเภอตะโหมค จังหวัดพัทลุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยในสตรีมุสลิม อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 75 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร.0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม โทร.080-030-7976

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน นายอำเภอองครักษ์ จังหวัดพัทลุง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในสตรีมุสลิม อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 75 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร.0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156

ชื่อนิสิต

นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม โทร.080-030-7976

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11

ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน

กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2556

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เรียน นายอำเภอละงู จังหวัดสตูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1.โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง” โดยมีอาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในสตรีมุสลิม อายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 75 คน โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการเก็บข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารักษ์ ชัยวัฒน์)

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ	โทร.0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร.0-2218-1156
ชื่อนิสิต	นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม โทร.080-030-7976

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่1 โทร.0-2218-8147
ที่ จว 485/56 วันที่ 11 กรกฎาคม 2556
เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
- 1.ใบรับรองผลการพิจารณา
 - 2.เอกสารข้อมูลสำหรับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 - 3.หนังสือแสดงความยินยอม

4.แบบสอบถาม

ตามที่ นายปรีชาธิปไตย นิติระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอโครงการวิจัยที่ 027.1/56 เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง (FACTORS RELATED TO BODY WEIGHT CONTROL BEHAVIORS AMONG OBESE MUSLIM WOMEN LOWER SOUTHERN REGION) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการ วิจัยได้รับรองวันที่ 5 กรกฎาคม 2556 โดยมีข้อสังเกตดังนี้

ในบางวัฒนธรรมภาวะอ้วน ไม่ได้เป็น Stigma ซึ่งคนในสังคมนั้นๆอาจคิดว่าความ อ้วนไม่ได้เป็นปัญหา ปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา(ความมุ่งมั่น/อิทธิพลสถานการณ์/บุคคล ฯลฯในการ ควบคุมน้ำหนัก) เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม จึงควรจะมีการสำรวจ/หาข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติ/ค่านิยม ของวัฒนธรรมในพื้นที่นั้นๆก่อน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะ

อ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

ชื่อผู้วิจัย

นายปรีชาธิฟ ยีหริม

ที่อยู่ติดต่อ เลขที่ 83 หมู่ที่ 14 ตำบลคลองเฉลิม อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

โทรศัพท์ 0912046097

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ และได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดทั้งฉบับ และ**ได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งใช้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 45 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **และไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ** แก่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงของผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** และจะนำเสนอข้อมูล ผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีข้อมูลใด ๆ ในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงของผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 **E-mail: eccu@chula.ac.th**

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงของผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายปรีชาธิป ยีหิริม)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

ชื่อผู้วิจัย นายปรีชาธิฟ ยีหริม

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพุด อ.กงหรา จ.พัทลุง
(ที่บ้าน) เลขที่ 83 หมู่ที่ 14 ตำบลคลองเฉลิม อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 074-603685 ต่อ

โทรศัพท์มือถือ 0912046097

E-mail : shukranallah_shareef@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ซึ่งก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ท่านมีความจำเป็นที่ควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง โดยศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยการรับรู้ระยะ โยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์และระดับความมุ่งมั่นต่อการปฏิบัติตามแผนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ เพื่อต้องการทราบระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีดังนี้

เป็นสตรีมุสลิมที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ตอนล่าง จำนวน 384 คน มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ซึ่งผู้เข้าร่วมจะต้องตอบแบบสอบถามการวิจัย จำนวน 8 ตอน รวมทั้งการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดรอบเอว ซึ่งใช้เวลาประมาณ 45 นาที และหากผู้เข้าร่วมวิจัยอ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายรายละเอียดของข้อคำถาม และคำตอบให้ท่านเข้าใจ

ในกระบวนการวิจัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด

6. ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องอธิบายเกี่ยวกับรายละเอียดงานวิจัยวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย เมื่อเข้าใจดีแล้วจึงลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากพบว่า ท่านไม่อยู่ในเกณฑ์คัดเข้าในโครงการวิจัย และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ/แนะนำ ทางผู้วิจัยจะต้องให้คำแนะนำและให้การช่วยเหลือตามความจำเป็น

8. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นกลุ่มสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ซึ่งผลกระทบหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากภาวะอ้วนอาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคข้อ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

หรือภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยจะต้องให้ข้อมูล คำแนะนำที่เป็นประโยชน์กับกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการส่งต่อเพื่อพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในรายที่จำเป็น

9. ประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย สามารถที่จะประเมินระดับของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของตนเองเบื้องต้นจากการทำแบบสอบถาม ประชากรกลุ่มตัวอย่างและประชาชนในชุมชนมีความตื่นตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น และผลจากการทำวิจัยดังกล่าวสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลทางวิชาการเพื่อศึกษาพัฒนาในกลุ่มประชากรและประเด็นทางสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน และสามารถนำผลการวิจัยไปดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างต่อไป

10. การเข้าร่วมในการวิจัยของท่านให้เป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ เช่น ไม่มีผลต่อการไปใช้บริการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขหรือกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลของท่านแต่อย่างใด และไม่มีผลต่อการศึกษาหรือการดำเนินชีวิตตามปกติของท่าน

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้จ่ายค่าตอบแทนยานพาหนะ ค่าเสียเวลาหรือของที่ระลึกอื่นๆแก่ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมแต่อย่างใด แต่ผู้เข้าร่วมจะได้ทราบผลการตรวจร่างกาย ได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพ

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในภาคใต้ตอนล่าง

คำชี้แจง ในการตอบแบบสอบถาม โปรดอ่านคำชี้แจงในแต่ละส่วนของแบบสอบถามและตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยแบบสอบถามนี้มี 8 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ตอนที่ 5 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ตอนที่ 7 แบบสอบถามระดับความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

ตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัว

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมค่าลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ ปี (เต็ม).....เดือน

2. สถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย

3. ระดับการศึกษา หย่าร้าง แยกกันอยู่
จำนวนปีที่ศึกษา.....ปี
- ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา, ปวช. อนุปริญญา, ปวส.
ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
4. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
- ต่ำกว่า 5,000 บาท 5,000 – 10,000 บาท
 10,001-15,000 บาท 15,001- 20,000 บาท
 มากกว่า 20,000 บาท
5. อาชีพ เป็นแม่บ้าน รับจ้าง
 เกษตรกรรม ค้าขาย
 พนักงานบริษัท รับราชการ
 อื่น ๆ ระบุ.....
6. เส้นรอบเอว.....เซนติเมตร
7. น้ำหนัก กิโลกรัม
8. ส่วนสูงเซนติเมตร
9. ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/ตารางเมตร

**ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุมน้ำหนัก
ของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน**

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรม
ควบคุมน้ำหนักของท่านว่าการที่ท่านสามารถควบคุมน้ำหนักได้นั้นมีประโยชน์ต่อตัวท่านอย่างไร
โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่าน ตามความเป็นจริง

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเลย

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1	การที่ฉันควบคุมน้ำหนักได้ ทำให้มีรูปร่างได้สัดส่วน สวยงาม					
12	การที่ฉันควบคุมน้ำหนักได้ ทำให้ร่างกายฉันแข็งแรงและ สามารถปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ ได้อย่างสม่ำเสมอ					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของ
สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการ
ควบคุมน้ำหนักของท่าน โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับกาปฏิบัติของ
ท่าน ตามความเป็นจริง

ข้อความถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็น
ของท่านเลย

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1	การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ ในเกณฑ์ปกติเป็นสิ่งที่ไม่ สามารถกระทำได้ .					
11	ฉันไม่ชอบการออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมที่ต้องออก แรงมาก					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุม น้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน

คำชี้แจงแบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึง ความนึกคิด ความเชื่อมั่นใน
ความสามารถของท่านในการควบคุมน้ำหนัก โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้
ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านมั่นใจมากน้อยแค่ไหนในความสามารถที่จะกระทำในข้อคำถามนั้น ๆ

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	ท่านไม่มั่นใจเลยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจเล็กน้อย	หมายถึง	ท่านมั่นใจเล็กน้อยว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจปานกลาง	หมายถึง	ท่านมั่นใจปานกลางว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมาก	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากว่าจะสามารถกระทำได้
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	ท่านมั่นใจมากที่สุดว่าจะสามารถกระทำได้

ลำดับ	ข้อความ	มั่นใจ มาก ที่สุด	มั่นใจ มาก	มั่นใจ ปาน กลาง	มั่นใจ เล็กน้อย	ไม่ มั่นใจ เลย
1	ฉันมั่นใจว่าฉันสามารถกิน ผักหรือผลไม้แทนอาหารมื้อ เย็นได้ . . .					
14	ฉันมั่นใจว่าสามารถออก กำลังกายโดยการเดินเร็วๆ วิ่ง เต้นแอโรบิก หรือการปั่น จักรยานได้					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการ
ควบคุมน้ำหนักสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึง ความคิด ความเชื่อ ทักษะคติหรือการ
ปฏิบัติของบุคคลในครอบครัว เพื่อนๆ บุคคลากรทางสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผลต่อ

การปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของท่าน โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน ตามความเป็นจริง

ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง

เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ลำดับ	ข้อคำถาม	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่ เห็น ด้วย

	บุคคลในครอบครัว(พ่อ แม่ พี่น้อง หรือ สามี)					
1	บุคคลเหล่านี้คาดหวังให้ท่านควบคุม น้ำหนักตัว					
4	บุคคลเหล่านี้เป็นกำลังใจให้ท่านในการ ควบคุมน้ำหนักตัว					
	กลุ่มเพื่อน					
5	บุคคลเหล่านี้ชื่นชมท่านเมื่อท่านควบคุม น้ำหนักตัวได้.					
8	บุคคลเหล่านี้เป็นแบบอย่างในการ ควบคุมน้ำหนักตัวให้กับท่าน					
	กลุ่มบุคลากรสุขภาพ/จนท.สาธารณสุข					
9	บุคคลเหล่านี้เป็นกำลังใจให้ท่านในการ ควบคุมน้ำหนักตัว					
12	บุคคลเหล่านี้เป็นแบบอย่างในการ ควบคุมน้ำหนักตัวให้กับท่าน					

ตอนที่ 6 แบบสอบถามอิทธิพลด้านสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักตัวของ
สตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึงอิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยขอให้
ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ตามความเป็นจริง

- ข้อคำถามในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ดังนี้
- เห็นด้วยมากที่สุด หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วยมาก หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านมาก
- เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงครึ่งหนึ่ง
- เห็นด้วยน้อย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงเล็กน้อย
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเลย

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย
1	การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุทำให้ท่านอยากควบคุมน้ำหนักตัว . . .					
9	การที่สตรีมุสลิมในชุมชนมีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมทางสุขภาพ เช่นทำให้ฉันมีโอกาสในการควบคุมน้ำหนักตัว					

ตอนที่ 7 แบบสอบถามระดับความมุ่งมั่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วนในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึง **ระดับความมุ่งมั่นที่มีผลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก**ที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายของท่าน โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ตามความเป็นจริง

ข้อความในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- เป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 5 - 6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 พอประมาณ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 3 - 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 1 - 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ลำดับ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	พอประมาณ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	ฉันมีความตั้งใจที่จะควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ					
9	ฉันจัดเตรียมรองเท้าและเสื้อผ้าเพื่อกระตุ้นเตือนให้ฉันไปออกกำลังกาย					

ตอนที่ 8 แบบสอบถามพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักสตรีมุสลิมที่มีภาวะอ้วน ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการพักผ่อน การทำงานบ้าน การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารของท่าน โดยขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน ตามความเป็นจริง

ข้อความในแบบสอบถามชุดนี้มีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

- เป็นประจำ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
 บ่อยครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 5 - 6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 พอประมาณ หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 3 - 4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 นาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านทำกิจกรรมนั้น 1 - 2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้น ๆ เลย

ลำดับ	ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	พอประมาณ	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1	ฉันรับประทานอาหารที่มีพลังงานต่ำ เช่น ข้าวต้ม แกงเลียง สลัดผักและผักสดต่างๆ					
14	ฉันทำงานที่ต้องใช้แรงงาน 30 นาที เช่น การทำความสะอาด ระเบียงบ้าน ขนของ กวาด ยาง ถางหญ้า เป็นต้น					

นายปรีชาธิ์ฟ ยีหริ่ม เกิดวันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2512 อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง จบ
การศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดราชบุรี เมื่อปี
พ.ศ. 2550 จบการศึกษารัฐศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เมื่อปี พ.ศ.
2543 ปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ประจำโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านพุด(สพ.สต.) อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง