

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) เป็นกลุ่มความผิดปกติร่วมกันของภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และความผิดปกติของ Prothrombotic และ Proinflammatory ที่มีผลต่อการอักเสบของหลอดเลือดในร่างกาย (ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2549) ภาวะอ้วนลงพุงกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณร้อยละ 24 ของประชากรทั้งประเทศมีภาวะอ้วนลงพุง (Bray & Champagne, 2004) ในยุโรปพบความชุกประมาณร้อยละ 15 (Cook, Weizman, Auinger, Nguyen, & Dietz, 2003) ในประเทศเม็กซิโกพบความชุก ร้อยละ 26.6 (Aguilar-Salinas, Rojas, Gomez-Perez, Valles, Rios-Torres, Franco, Olaiz, Rull, & Sepulveda, 2004) ในประเทศตุรกีพบ ร้อยละ 38.1 (Gemalmaz, Aydin, Basak, Discigil, & Karul, 2008) ในประเทศอิหร่านพบความชุก ร้อยละ 27 (Esteghamati, Ashraf, Rashidi, & Meysamie, 2008) การศึกษาความชุกของภาวะอ้วนลงพุง ในประเทศสิงคโปร์พบ ร้อยละ 12.2 (Deurenberg- Yip, Yian, Kai, Deurenberg & Vanstaveren, 1999) ในไต้หวันพบ ร้อยละ 9.5 (Lin, Lai & Liu, 2006) ในประเทศเวียดนามพบ ร้อยละ 12 (Son, Kunli, Hung, Sakai & Yamamoto, 2005) จากการศึกษาในประเทศไทย พบความชุก ร้อยละ 15 (Pongchaiyakul, Nguyen, Wanothayaroj, Krusun, & Klungboonkrong, 2007) และพบความชุกในกลุ่มนักศึกษาชีพและพนักงาน ร้อยละ 15.2 (Lohsoonthorn, Lertmaharit, & Williams, 2007) ส่วนในผู้ป่วยเบาหวานพบภาวะอ้วนลงพุงถึง ร้อยละ 67.54 (ชุดิมา การสมวรรณ์, 2551) และจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ โดยการใช้เส้นรอบเอวเป็นเกณฑ์ พบประชาชนที่อ้วนลงพุง ร้อยละ 15 ในผู้ชาย และร้อยละ 36 ในผู้หญิง (กรมอนามัย, 2550)

ภาวะอ้วนลงพุงพบที่มีความสัมพันธ์กับ เชื้อชาติ เพศ และอายุ (นิภา จรูญเวสม์, 2551) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าคนเชื้อสายเม็กซิกันมีอัตราการเกิดภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าคนผิวขาวและคนผิวดำ ส่วนการศึกษาในประเทศสิงคโปร์พบว่า ผู้ที่มีเชื้อสายอินเดียมีอัตราการเกิดภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าคนเชื้อสายมาเลย์และเชื้อสายจีน (Deurenberg-Yap, 1999 อ้างถึงใน ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, 2549) นอกจากนั้นยังพบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิดภาวะอ้วนลงพุงสูงกว่าเพศชาย (Pongchaiyakul et al., 2007; Santibhavank, 2007; แหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์, 2551)

และจากการศึกษาของจิตรบรรจง ตั้งสมปอง, อุทัย ไตรอธิกรักษ์, วรางคณา จุ่งลก, คารารัตน์ ปันวงศ์ และรัชฎ์ลักษณ์ พลอยด้วง (2551) และ Brunero, Lamont, and Fairbrother (2009) พบว่ามีอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น ตามอายุที่เพิ่มขึ้น

ภาวะอ้วนลงพุงเกิดจากการสะสมของไขมันบริเวณช่องท้องหรือบริเวณรอบเอว การมีรอบเอวเพิ่มขึ้นหมายถึงการมีไขมันสะสมในช่องท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งไขมันที่สะสมในส่วนนี้จะแตกตัวเป็นกรดไขมันอิสระและแพร่เข้าสู่ตับ มีผลทำให้สารอินซูลินไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มที่ ผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีโอกาสเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงและถ้ารอบเอวเพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 ซม. จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ถึง 3-5 เท่า (นิภา จรูญเวสม์, 2551) เพิ่มโอกาสการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดมากขึ้นถึง 2-3 เท่า (กรมอนามัย, 2550) รวมถึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนิ่วในถุงน้ำดี ภาวะความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ โรคข้อเข่าและสะโพกเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระเพาะบางชนิด (วีระเดช พิศประเสริฐ, 2551) และภาวะอ้วนลงพุงเป็นภัยเงียบ ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ถึงภาวะนี้ เหตุผลเพราะผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคอื่น ผู้ป่วยอาจไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะอ้วนลงพุง

การควบคุมภาวะอ้วนลงพุงทำได้โดยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต ได้แก่ การลดและควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว เพื่อควบคุมภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Torpy, Lynn, & Glass, 2006) การลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหารเป็นวิธีการควบคุมภาวะอ้วนลงพุงที่ได้ผลดีในระยะยาว โดยลดพลังงานจากอาหารที่ได้รับประมาณ 500-1000 แคลอรีต่อวัน เพื่อให้ น้ำหนักลดได้อย่างน้อยร้อยละ 5-10 ในระยะเวลา 6-12 เดือน (นิภา จรูญเวสม์, 2551) ผู้หญิงควรได้รับพลังงานจากอาหารประมาณ 1200 กิโลแคลอรีต่อวัน และผู้ชายประมาณ 1600 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ ใยอาหารสูง (กรมอนามัย, 2550) จากการศึกษาของสุกัญญา บุญความดี (2541) พบว่า สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 89 มาจากบริโภคนิสัย โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงร้อยละ 97.6 และรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงร้อยละ 78.1 และจากการศึกษาของลักขณา รัตนศรีทอง และเจิมจันทร์ เฉษปั้น (2551) พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วน หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารโดยลดอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้น้ำหนักตัว รอบเอว ระดับโคเลสเตอรอล และแอลดีแอลลดลง

การออกกำลังกายเพื่อควบคุมภาวะอ้วนลงพุง ควรเน้นการออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจนในระดับเบาถึงปานกลาง เพื่อให้ร่างกายใช้พลังงานจากไขมัน โดยใช้เวลาแต่ละครั้งนานกว่า 20 นาทีขึ้นไป จะเผาผลาญไขมันได้ประมาณร้อยละ 50 ถ้าออกกำลังกายดังกล่าวเกิน

3 ชั่วโมงขึ้นไป จะเผาผลาญพลังงานจากไขมันได้ถึงร้อยละ 70 (ณัฐเศรษฐ มนินนากร และอภิวันท์ มนินนากร, 2550) การออกกำลังกายควรทำออกอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งช้า ๆ (Melinda et al., 2003 อ้างถึงใน กรกฎ เห็นแสงวิไล, สายนที ปรารณาผล และเพียรชัย คำวงษ์, 2546) จากการศึกษาของกรกฎ เห็นแสงวิไล และคณะ (2546) เปรียบเทียบผลของการเดินเร็ว 12 นาที ในคนอ้วนเพศหญิง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวลดลงจาก 68.22 ± 11.53 กิโลกรัม เป็น 66.09 ± 11.24 และสัดส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบวงสะโพกลดลงจาก 0.82 ± 0.03 เป็น 0.80 ± 0.03 จากการศึกษาของโคมบุพา เศรษฐี และสมยศ แสงหิ่ห้อย (2551) ศึกษาในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีรอบเอวมากเกินไป พบว่า หลังจาการออกกำลังกาย 3 เดือนกลุ่มตัวอย่างมีรอบเอวลดลง ร้อยละ 96 จากการศึกษาของ พรรณี บึงสุวรรณ, กล้วยไม้ พรหมดี, วิกา ศรีธาบุญ, รัตนวดี ฌ นคร และนฤมล ลีลาวัฒน์ (2551) พบว่า การออกกำลังกายแบบรำไม้อพลอง ทำให้น้ำหนักตัว มวลไขมัน ในร่างกาย สัดส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบวงสะโพกลดลง จากการศึกษาของเพียรชัย คำวงษ์, นิภาพร ทองหลอม และกัลยา อินตะพอง (2546) ศึกษาการออกกำลังกายในน้ำ แบบแอโรบิกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนใช้ความหนักประมาณ 60 ถึง 80 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ครั้งละ 45 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งเป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง นอกจากนั้น Stewart et al. (2005) พบว่า การเดิน 45 นาที ก่อนและหลังอาหารจะทำให้อัตราการเผาผลาญสูงขึ้น และเผาผลาญอย่างต่อเนื่องอยู่ได้นานขึ้น 5 ชั่วโมง ถ้าการออกกำลังกายหนัก อาจเพิ่มการเผาผลาญได้นานถึง 24 ชั่วโมง นอกจากนั้นยังพบว่าการเดินสลับวิ่งประมาณ 4-5 กิโลเมตร ทุกวัน นาน 4 เดือน ทำให้อัตราส่วนระหว่าง HDL-C ต่อ LDL-C สูงขึ้น สามารถลดไตรกลีเซอไรด์ และช่วยให้อินซูลินทำงานดีขึ้น ถ้ามีการปรับเปลี่ยนทั้งพฤติกรรมรับประทานอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม จะสามารถลดรอบเอวลงได้ 7 ซม. และน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 15.8 (ดาวลอย กลิ่นศรีสุข, 2551)

การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่า มีผลในการตัดสินใจจัดการกับการเจ็บป่วย (Leventhal, 1996) การรับรู้เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้ที่ถูกต้องของบุคคล ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เช่น พบว่า ผลของการควบคุม น้ำหนักของหญิงและชายที่มีภาวะอ้วน มีความสัมพันธ์กับการรับรู้และความเชื่อที่ถูกต้องต่อภาวะอ้วนและผลกระทบของภาวะอ้วนของบุคคลนั้น ๆ (Wamsteker et al., 2007) จากการศึกษาของบุญมี โพธิ์สนามและศิริพร เผ่าภูธร (2551) ศึกษาโปรแกรมการควบคุมน้ำหนักของข้าราชการที่มีภาวะอ้วน อำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้ภาวะอ้วนบ่งชี้ความมีฐานะ ข้าราชการที่มีภาวะอ้วนจึงยังคงมีพฤติกรรมบริโภคเดิม โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ การศึกษาของมณีนรัตน์ ภาควิชา, รัชนิกรณัฏฐ์ ทรัพย์กรานนท์ และรัชนิวรรณ รอส (2550) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่ดี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของ จำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) พบว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ระดับต่ำและปานกลางเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินมีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วน ดังนั้นการรับรู้การเจ็บป่วยจึงน่าจะเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งของภาวะอ้วนลงพุง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย มีผลต่อภาวะอ้วนลงพุง แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเมืองชะเอมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนลงพุง อันจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง

คำถามการวิจัย

1. ระดับการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงเป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงเป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง
2. การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง

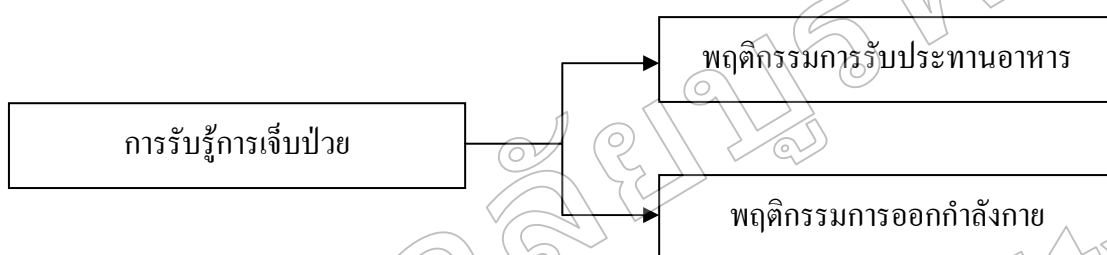
กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสามัญสำนึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Common Sense Model) ของ Leventhal (1996) โดยแนวคิดนี้เชื่อว่า การที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขึ้นอยู่กับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วย การเผชิญปัญหา และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลย้อนกลับทำให้บุคคลตัดสินใจจัดการกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามการรับรู้และความเข้าใจ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

แนวคิดสามัญสำนึกของ Leventhal (1996) มีองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ข้อมูลดังกล่าวอาจได้มาจากแหล่งต่าง ๆ เช่น คำแนะนำจากแพทย์ จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา จากการบอกเล่าของผู้ที่เคยมีประสบการณ์ เป็นต้น
- 2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (Representation) บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เช่น สาเหตุของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่เป็น การรับรู้ผลกระทบที่ตามมาของการเจ็บป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยทั้งระยะสั้นและระยะยาว และวิธีการรักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วย
- 3) การเผชิญปัญหา (Coping) ที่ผู้ป่วยตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตัดสินใจจัดการการเจ็บป่วย หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในการจัดการการเจ็บป่วย ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหา 4) การประเมินผลลัพธ์ (Appraisal) บุคคลประเมินประสิทธิภาพการเผชิญปัญหา เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงและทำให้การปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วย บุคคลจะมีการคิดรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ก่อนการเจ็บป่วยของตัวเอง จากคนรอบข้าง จากข้อมูลบุคลากรทีมสุขภาพ จากสื่อต่าง ๆ หรือจากสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลดังกล่าวบุคคลจะนำมาให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการของโรค สาเหตุของโรค ช่วงเวลาของการเจ็บป่วย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย และการรักษา/ควบคุมโรค หลังจากนั้นบุคคลจะมีวิธีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะมีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ผู้ป่วยมีอยู่และนำไปใช้สู่การแก้ปัญหา และประเมินผลของการกระทำ ว่าการกระทำนั้นได้ผลลัพธ์เป็นอย่างไร

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นศึกษาองค์ประกอบที่ 2 ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยและองค์ประกอบที่ 3 ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ซึ่งเป็นวิธีการจัดการปัญหา ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรับรู้และเข้าใจการเจ็บป่วยที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติ เป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากร ผู้ปฏิบัติการพยาบาล และทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง มีการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องเหมาะสม
2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางศึกษา และจัดการเรียนการสอนให้กับบุคลากรทางการพยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง มีการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม
3. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553

นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะอ้วนลงพุง หมายถึง เป็นกลุ่มความผิดปกติร่วมกันของภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ความผิดปกติของ Prothrombotic และ Proinflammatory ที่มีผลต่อการอักเสบของหลอดเลือดในร่างกาย ผู้ที่มีภาวะเมตาบอลิกหรือภาวะอ้วนลงพุง เพศชายจะต้องมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 90 ซม. หรือ 36 นิ้ว ขึ้นไป และผู้หญิงจะต้องมีเส้นรอบเอวตั้งแต่ 80 ซม. หรือ 32 นิ้ว ขึ้นไป ร่วมกับความผิดปกติทางเมตาบอลิสมอย่างน้อย 2 ข้อ ใน 4 ข้อ ได้แก่

1. ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ≥ 150 มก./ ดล.
2. ระดับเอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอล ผู้ชาย ≤ 40 มก./ ดล. หรือ ผู้หญิง ≤ 50 มก./ ดล.
3. ความดันโลหิต $\geq 130/85$ มม.ปรอท หรือต่ำกว่าถ้าได้รับยาลดความดันโลหิตอยู่
4. ระดับน้ำตาลขณะอดอาหาร ≥ 100 มก./ ดล.

การรับรู้การเจ็บป่วย หมายถึง การแปลความหมายจากความรู้ ความเข้าใจที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เกิดขึ้นขณะที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และมีการตีความหมายการรับรู้ โดยอาศัยประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและความรุนแรงของโรค ผลกระทบที่เกิดจากโรค การปฏิบัติตนในการควบคุมโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย วัดโดยแบบสัมภาษณ์ การรับรู้การเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยของวิราวรรณ จันทมูล (2551)

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ ใยอาหารสูง ครอบคลุมถึงเรื่องการเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร รวมทั้งความชอบและความเคยชินเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร วัดโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของอรุณลดา นางแย้ม (2550)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างเป็นแบบแผน โดยมีความบ่อย (จำนวนครั้งต่อสัปดาห์) ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง ช่วงเวลาการออกกำลังกาย รวมถึงกิจกรรม และระยะเวลาของการบริหารเพื่ออบอุ่นร่างกาย และการผ่อนคลายร่างกาย วัดโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของวิราวรรณ จันทมูล (2551)