

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 200 ราย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราวที่มีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยของวิราวรรณ จันทมูล (2551) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) เท่ากับ .90 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของอรุณลดา นางแย้ม (2550) มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .92 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .76 และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายของวิราวรรณ จันทมูล (2551) มีค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .91 ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficients) ผลการวิจัยพบว่า

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.5 อายุระหว่าง 51 - 60 ปี ร้อยละ 51.5 ($M = 49.77$, $SD = 7.86$) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 85 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.5 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 65 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53 รายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 45.5 ($M = 10862$, $SD = 11348.4$) เพศหญิงมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. ร้อยละ 39.5 เพศชาย มีเส้นรอบเอว 90-100 ซม. ร้อยละ 18.5 ($M = 94.42$, $SD = 8.97$) ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ร้อยละ 69.5 ($M = 27.66$, $SD = 5.124$) มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 31.5 ระดับความดันโลหิต $\geq 130/85$ มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 55.5 ระดับไตรกลีเซอไรด์ ≥ 150 มิลลิกรัมเดซิลิตร ร้อยละ 44.5 ($M = 169.96$, $SD = 95.70$) ผู้ชายที่มีระดับเอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอล ≥ 40 มิลลิกรัมเดซิลิตร ร้อยละ 25 ผู้หญิงที่มีระดับเอช-ดี-แอล โคเลสเตอรอล ≤ 50 มิลลิกรัมเดซิลิตร ร้อยละ 36.5 ระดับน้ำตาล

ในเลือด ≥ 100 มิลลิกรัมเดซิลิตร ร้อยละ 96.5 ($M = 153.99$, $SD = 53.97$) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่ามีภาวะเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 54.5 ส่วนการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.141$, $p < .05$) แต่การรับรู้การเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ($r = .080$, $p > .05$)

การอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

1. ระดับการรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง

1.1 การรับรู้การเจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง Leventhal (1996) กล่าวถึง การรับรู้การเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคล ที่จะรับรู้จากสภาพแวดล้อมและประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกรับรู้ของบุคคล ที่เป็นประสบการณ์ที่มีความหมายเฉพาะตน ในการเข้าใจการเจ็บป่วย วิธีการจัดการ การเจ็บป่วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรค จากผลการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้การเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 65) ซึ่ง การศึกษาอาจเป็นตัวกำหนดถึงความสามารถในการรับรู้ และเข้าใจปัญหาสุขภาพอนามัย ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงอันตรายจากภาวะอ้วนลงพุง นอกจากนั้นภาวะอ้วนลงพุงยังไม่ได้มีผลคุกคามต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยในปัจจุบัน ประกอบกับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะอ้วนลงพุง แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับการรักษาด้วยโรคอื่น เช่น ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ร้อยละ 55.5) มีภาวะเบาหวาน (ร้อยละ 31.5) มีภาวะเบาหวานร่วมกับระดับไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.5) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การเจ็บป่วยเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงยังไม่มีพอ

นอกจากปัจจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้นอาจมีปัจจัยด้านการประกอบอาชีพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ซึ่งประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 53) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.5) อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ขาดความตระหนักในเรื่องของปัญหาสุขภาพและภาวะอ้วนลงพุง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 51.5) ซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุที่ค่อนข้างมาก อาจมีความคิดเห็นว่าคุณเองมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง (ร้อยละ 54.5) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จำปี ประสิทธิ์ชัย (2548) พบว่า บุคลากรที่มีการรับรู้ระดับต่ำและปานกลาง เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินมีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วน

1.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งกรมอนามัย (2550) ได้กล่าวถึงการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ควรหลีกเลี่ยงอาหารมันจัด หวานจัด และเค็มจัด ควรเลือกรับประทานอาหารไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ ใยอาหารสูง โดยผู้หญิงควรได้รับพลังงานประมาณ 1200 กิโลแคลอรีต่อวัน ผู้ชายควรได้รับพลังงานประมาณ 1600 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งการรับประทานอาหารมากเกินไปเกินกว่าเกณฑ์ดังกล่าว ร่างกายจะใช้พลังงานไม่หมดและจะเก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไขมัน (Adipose Tissue) ในคนปกติจะเก็บไขมันไว้ประมาณร้อยละ 10-30 ของน้ำหนักตัว แต่ในคนอ้วนมาก ๆ อาจจะเก็บสะสมไว้ได้ถึงร้อยละ 80 (ประสาร เปรมาสกุล, 2547) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ในข้อคำถามเกี่ยวกับการใช้กะทิปรุงอาหาร คั้นน้ำอัดลม เลือกซื้อเนื้อสัตว์ประเภทเนื้อติดมัน รับประทานไส้กรอก กุนเชียง หมูหยอง อยู่ในระดับดี ส่วนข้อคำถามเกี่ยวกับการหมักเนื้อสัตว์ ก่อนปรุงอาหาร การใช้กะปิ น้ำปลา เต้าเจี้ยว ซุปก้อน ปรุงอาหาร รับประทานปลาร้า ปลาเค็ม ปลาล้ม รับประทานเครื่องในสัตว์ ไข่แดง กุ้ง ปลาหมึก รับประทานอาหารประเภทผัด หรือทอด และรับประทานอาหารปรุงสำเร็จ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งข้อคำถามเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง ยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง จากผลการวิจัยครั้งนี้ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 53) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 45.5) ไม่มีเวลาในการแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสม ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัลลักษณ์ บุญความดี (2541) พบว่า สาเหตุของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 89 มาจากบริโภคนิสัย โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 97.6 และรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ร้อยละ 78.1 และสอดคล้องกับการศึกษาของอารยา ตามภานนท์ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ส่วนใหญ่เลือกรับประทานขนมที่ให้พลังงานสูง เครื่องดื่มที่มีรสหวาน และรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55

1.3 พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วย ที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง ญัฐเศรษฐ์ มนินนากร และอภิวันท์ มนินนากร (2550) ได้กล่าวถึง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ควรออกกำลังกายในระดับเบาถึงปานกลางอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งช้า ๆ โดยใช้เวลานานกว่า 20 นาทีขึ้นไป จะเผาผลาญไขมันได้ประมาณร้อยละ 50 ถ้าออกกำลังกายเกิน 3 ชั่วโมงขึ้นไป จะใช้พลังงานจากไขมันได้ ถึงร้อยละ 70 ซึ่งการออกกำลังกายควรใช้พลังงาน 250 กิโลแคลอรี โดยการวิ่งเหยาะๆ ติดกัน 15 นาที เต้นแอโรบิก 30 นาที เดินเร็ว 45 นาที หรือว่ายน้ำ 15 นาที (รัตนา เสงส์สวัสดิ์, 2549) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 10-30 นาที มีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย และมีการสังเกตความผิดปกติระหว่างการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร ซึ่งน่าจะมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 68.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85) ต้องรับผิดชอบครอบครัว ไม่มีเวลาออกกำลังกาย รวมทั้งค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร² ทำให้เกิดความเชื่องช้าในการเคลื่อนไหว และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 51-60 ปี เป็นกลุ่มอายุมาก รวมถึงยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 55.5) ไขมันในเลือดผิดปกติ (ร้อยละ 56.5) เบาหวาน (ร้อยละ 31.5) จึงมีความยุ่งยากในการออกกำลังกาย และอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการออกกำลังกาย เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจเกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น เป็นลมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัลยณัฏ์ บุญความดี (2541) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐานมีกิจกรรมการทำงาน และพักผ่อนที่ใช้แรงงานน้อย และไม่ออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของปริญญ์ พลเสน (2554) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนไม่ออกกำลังกาย จากการสำรวจพฤติกรรมทางสุขภาพของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและสมาชิกวุฒิสภา ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2553) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ อรพรรณ ชัยมณี (2551) พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในกลุ่มที่ออกกำลังกายมีภาวะอ้วนลงพุง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง

การรับรู้การเจ็บป่วย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.141, p < .05$) หมายถึง ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงดีขึ้นก็จะมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมีความตระหนักในเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

มีผลต่อภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Leventhal (1996) ที่กล่าวถึง การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย จะมีส่วนในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้โรครุนแรงขึ้น ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหาความเจ็บป่วย จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีข้อมูลรายข้อบางข้อที่สะท้อนว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การรับรู้ภาวะอ้วนลงพุงเกิดจากการรับประทานอาหารมันจัดหวานจัด อยู่ในระดับดี แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะอ้วนลงพุงบางส่วนถูกต้อง แต่บางส่วนยังไม่เหมาะสม ซึ่งการรับรู้ถึงภาวะอ้วนลงพุงที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองซึ่งมีผลในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ตระหนักในการควบคุมอารมณ์ และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกอยากรับประทานอาหารทั้ง ๆ ที่ยังไม่หิว มีความยับยั้งชั่งใจได้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วยกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร แต่ความสัมพันธ์ที่พบยังมีขนาดเล็ก ($r = -.141, p < .05$) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของบุญมี โพธิ์สนาม และศิริพร เผ่าภูธร (2551) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้ภาวะอ้วนเป็นตัวบ่งชี้ความมีฐานะ ผู้ที่มีภาวะอ้วนจึงยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคคงเดิม โดยไม่คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเจ็บป่วย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง

การรับรู้การเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุง ($r = .080, p > .05$) แสดงให้เห็นว่า ผลการศึกษานี้การรับรู้การเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์อ้วนลงพุงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วยเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล โดยการรับรู้ที่ถูกต้องของบุคคลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Wamsteker et al., 2007) จากการศึกษาของ ณัฐเศรษฐ มนินนากร และอภิวันท์ มนินนากร (2550) ได้กล่าวถึงการออกกำลังกายในระดับเบาถึงปานกลาง โดยใช้เวลานานกว่า 20 นาทีขึ้นไป จะช่วยให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานจากไขมันได้ประมาณร้อยละ 50 สามารถลดโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจได้ (ปิยะนุช รักพาณิชย์, 2550) แต่ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของภาวะอ้วนลงพุงไม่ดีพอจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของมณีรัตน์ ภาณุรูป และคณะ (2550) ที่พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงสาเหตุของความอ้วนว่าเกิดจากการไม่ออกกำลังกาย แต่ก็รู้สึกอวยที่ ต้องเข้าร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายกับบุคคลอื่น

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้การเจ็บป่วย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ที่มิภาวะอ้วนลงพุงมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยจัดทำแนวทางส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงให้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะอ้วนลงพุง

2. ด้านการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีเพียงการรับรู้การเจ็บป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยเพียง 200 คน ในคลินิกโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และอาจรวมผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล

ข้อจำกัดของการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำในเวลาจำกัดขณะที่ผู้ป่วยรอแพทย์ตรวจและรอรับยา ผู้ป่วยบางรายมีความวิตกกังวลระหว่างการรอตรวจ และการรอรับยา ผู้ป่วยอาจเร่งรีบในการตอบแบบสอบถาม ทำให้คำตอบที่ได้ อาจคลงเคลื่อน ส่งผลต่อผลการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรวางแผนในการเก็บข้อมูลและมีการประสานงานกับห้องตรวจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจโดยไม่ต้องวิตกกังวล