

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
กับการจัดการเรื้อนร่างตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก
The relation between health belief model and self body
management of fat person in Phitsanulok Province

ยุทธนา เกตุคำ (Yuttana Keatkum)¹

พิษณุ อภิสมาจารย์โยธิน (Phitsanu Aphisamacharayothin)²

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของคนอ้วน 2) เพื่อศึกษาการจัดการเรื้อนร่างตนเองของคนอ้วน 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการจัดการเรื้อนร่างตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก 360 คน ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า คนอ้วนมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$) มีการจัดการเรื้อนร่างตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.98$) และการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื้อนร่างตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.173$)

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การจัดการเรื้อนร่างตนเอง, คนอ้วน

¹นิสิตหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
E-mail: gangwoy@outlook.com

²อาจารย์ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร E-mail: Phisanua@nu.ac.th

Abstract

This study has purposes to 1) study health belief model of fat person, 2) study self body management of fat person, 3) analyze the relation between health belief model and self body management of fat person in Phitsanulok Province. This research was using quantitative methodology. with the sample of researcher collected data 360 fat person The instrument were questionnaires. Data analyzed by using statistics of frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square, and Pearson's product-moment correlation coefficient. The result found that fat person had a high level of perceived health belief model ($\bar{X} = 4.01$), a moderate level of self body management ($\bar{X} = 2.98$), and perceived health belief model and cue to action was related to self body management of fat person in Phitsanulok Province at .01 significant level ($r = 0.173$).

Keywords : Health Belief Model, Self Body Management, Fat Person

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ของภาวะอ้วนลงพุงในประเทศไทยในปัจจุบันมีความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไปที่อยู่ในภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ใน พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ใน พ.ศ. 2557 (สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559, น. 27) และจังหวัดพิษณุโลกมีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 41 จากข้อมูลการวัดรอบเอว ปี 2551 (ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก, 2552) ซึ่งจะสังเกตได้ว่ามีจำนวนตัวเลขที่ใกล้เคียงกับภาวะอ้วนลงพุงของประชากรในประเทศไทย จึงส่งผลให้เน้นการทำงานนโยบายหรือยุทธศาสตร์เพื่อเข้าจัดการเกี่ยวกับความอ้วน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการปกครองชีวญาณ (Governmentality) เพราะมองว่าความอ้วนนั้นเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ เป็นต้น ที่แสดงให้เห็นถึงการประกอบสร้างความหมายโดยวาทกรรมทางการแพทย์ (Medical Discourse) ที่เข้ามาครอบงำในรูปแบบของความรู้ และได้ผลิตซ้ำความจริงผ่านการให้ความรู้ในสถาบันการศึกษา สื่อมวลชน และ

บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น จนทำให้คนอ้วนเป็นเสมือนผู้ที่เปราะบางและเป็นชายขอบของสังคม

วาทกรรมทางการแพทย์ (Medical Discourse) เป็นชุดความจริงที่มีอำนาจในการอธิบายหรือให้เหตุผลกับเรื่องสุขภาพและการรักษาโรคภัยไข้เจ็บผ่านกระบวนการจ้องมองทางการแพทย์ (Medical Gaze) ก็คือการจ้องมองการดำเนินชีวิตของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย เพื่อให้เหตุผลในการสร้างโรค ทำให้สังคมเกิดการรับรู้และความเชื่อว่าความอ้วนเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆ จึงทำให้เกิดการจัดการตนเองเพื่อที่จะลดความอ้วน

ผลกระทบจากการจัดการตนเองเพื่อลดความอ้วนในรูปแบบต่าง ๆ นั้นทำให้เกิดผลข้างเคียง ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีของนักร้องชื่อดังคนหนึ่งในแต่ละประเทศ ซึ่งเป็นนักร้องที่โด่งดังมากในอดีต ก็ได้รับอิทธิพลจากวาทกรรมทางการแพทย์และแพทยานูวัตร์ที่เกี่ยวกับความอ้วน จนนำไปสู่การพยายามที่จะอดอาหารด้วยการอดอาหารมากเกินไปเพราะเหตุผลว่ากลัวอ้วน ไม่ยอมกินอาหารจนเป็นโรคเบื่ออาหาร จนถึงจุดหนึ่งที่ร่างกายรับไม่ไหว กินอาหารเข้าไปก็อาเจียนออกมาหมด สุดท้ายก็ถึงแก่ความตาย (วันชัย ตัน, 2545, น. 20-21) เจน แคปแลน (Jane, n.d. อ้างถึงใน วันชัย ตัน, 2545, น. 13) นักจิตวิทยาซึ่งทำงานกับผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการผิดปกติมากกว่า 20 ปี ก็ออกมายอมรับว่า การรักษาพยาบาลในช่วงที่ผ่านมาเน้นมีอคติกับความอ้วนมากเกินไปเพราะอันตรายที่รุนแรงกว่าความอ้วนคือความเครียดจากการจำกัดอาหารและเครียดจากการเกลียดตัวเองที่อ้วนเอา ๆ จากข้อความข้างต้นสามารถอธิบายได้ว่าสิ่งที่อันตรายนั้นมีใช่ความอ้วนแต่เป็นความเครียดที่เกิดจากการถูกครอบงำโดยวาทกรรมทางการแพทย์ จนนำไปสู่การจัดการเรื้อรังของตัวเอง ทำให้เสียอำนาจในตัวเองไป คุณไม่สามารถกินอย่างที่ตนเองอยากกินได้ คุณไม่สามารถทำสิ่งที่ตนเองอยากทำได้ แต่คุณจะถูกกำหนดพฤติกรรมโดยวาทกรรมทางการแพทย์อยู่ตลอดเวลา

วาทกรรมทางการแพทย์ได้มีการตอกย้ำและผลิตซ้ำอุดมคติดังกล่าวโดยสร้างอุดมคติความผอมในเชิงบวกและผลิตซ้ำอยู่ตลอดเวลาจนเราไม่สามารถแยกออกได้จากวิถีชีวิตประจำวัน ทำให้ความอ้วนไม่เป็นที่นิยมทางสังคมเหมือนในอดีตที่เคยเป็นมา ที่คนอ้วนหรือความอ้วนเป็นสัญลักษณ์ของคนที่มีความสมบูรณ์ มั่งคั่ง มีบุญวาสนา มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี เป็นที่นับหน้าถือตาในสังคม กลายเป็นความเกลียดชังที่เกิดขึ้นกับความอ้วนและคนอ้วนได้กลายเป็นบทลงโทษให้กับบุคคลเหล่านี้ให้กลายเป็นอื่น (Others) เป็นผู้ที่ไร้อิทธิพลในสังคม ซึ่งมีตัวการสำคัญ คือ

วาทกรรมทางการแพทย์ ที่มีผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน โดยอาศัยหลักของเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์และการนิยามความเสี่ยงหรือไม่ปกติ อันเป็นผลให้เกิดรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วย และการใช้อำนาจในการปกครองชีวิตญาณ (Governmentality) ให้เกิดร่างกายที่เชื่อฟัง (Docile Body) ซึ่งยอมรับความคิดและความรู้เหล่านั้น โดยไม่ได้ให้การอธิบายและทำความเข้าใจอย่างละเอียดถึงปัจจัยอื่น ๆ จึงทำให้คนอ้วนต้องเข้าสู่กระบวนการจัดการเรื้อรังตนเอง โดยมีการแพทย์เป็นผู้เข้ามาจัดการเรื้อรังของคนอ้วน จนต้องสูญเสียอำนาจในตัวตนไปอย่างแยบยล (พิชญ อภิสมมาตรโยธิน, 2560, น. 112-114) แต่จากการศึกษาของโกรแกน (Grogan, 1999, pp. 193-196) พบว่า มีความเชื่อทางด้านชีวภาพว่าความอ้วนหมายถึงสุขภาพที่ไม่ดี ความผอมหมายถึงมีสุขภาพดี โดยเฉพาะความเชื่อที่เกิดจากแพทย์ ทั้ง ๆ ที่มีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่าไม่มีสิ่งใดบอกได้อย่างแน่นอนว่าความอ้วนคือสุขภาพที่ไม่ดี และความผอมคือสุขภาพที่ดี ทำให้คนอ้วนจำนวนมากมีความพยายามที่จะควบคุมเรื้อรังและความงาม ตลอดจนสุขภาพของตนเองให้สามารถมีร่างกายแบบอุดมคติ หรือมีสุขภาพที่ดีตามวาทกรรมทางการแพทย์ เพื่อให้หลุดพ้นจากความผิดปกติหรือการเป็นชายขอบของสังคม

จากแนวคิดข้างต้นทำให้ผู้วิจัยต้องการจะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก เนื่องจากคนอ้วนเป็นมายาคติอย่างหนึ่งที่ถูกสร้างขึ้นจากสังคมโดยมีการสร้างและนำเสนอเป็นมาตรฐานทางสังคมให้เป็นภาพแห่งสุขภาพและความงามในอุดมคติ กล่าวถึงก็คือ ความผอม คือ ความสวยที่เป็นมาตรฐานของความงามและเรื้อรังในอุดมคติ ความอ้วนจึงถูกสร้างให้ดูเป็นสิ่งอันตรายที่ไม่ควรเข้าใกล้ เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพราะนอกจากจะเป็นอันตรายที่ทำให้เกิดความเสียหายในโรคต่าง ๆ ได้แล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อบุคคลได้อีกด้วย ซึ่งงานวิจัยในครั้งนี้จะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลกและสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและเพิ่มพลังอำนาจในการจัดการสุขภาพ เรื้อรังและชีวิตของคนอ้วนได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการเรือนร่างตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาการจัดการเรือนร่างตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการจัดการเรือนร่างตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1999, pp. 7-12) ในกรณีไม่ทราบขนาดของประชากรที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณโดยใช้ค่าสัดส่วนที่คาดหวังจากสถิติแนวโน้มของคนอ้วนลงพุงตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไปร้อยละ 37.5 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2559, น. 27) ได้กลุ่มตัวอย่าง 360 คน และใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) กับคนอ้วนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-Square) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient)

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนออาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมครบถ้วนของเนื้อหาในประเด็นและสาระสำคัญตรงตามพฤติกรรมที่ต้องการวัดรวมทั้งความเหมาะสมของสำนวนภาษา และปรับปรุงแก้ไขแล้วหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence) โดยต้องมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป
2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับคนอ้วนในจังหวัดพิจิตร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน
 - 2.1 แบบวัดความรู้ที่เป็นคำถามแบบถูก-ผิด หาค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกด้วยเทคนิค 25 เปอร์เซนต์ โดยค่าความยากง่ายต้องอยู่ระหว่าง 0.2-0.8



และค่าอำนาจจำแนกต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป (โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับความอ้วนมีค่าทดสอบความยาก-ง่ายเท่ากับ 0.663)

2.2 แบบสอบถามที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) หาค่าอำนาจจำแนกด้วยวิธีหาสหสัมพันธ์รายข้อกับคะแนนรวม (Corrected Total-Item Correlation) ซึ่งจะต้องมีค่าตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

3. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแบบ ถูก-ผิด ใช้สูตร KR_{20} ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson's Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เท่ากับ 0.742

4. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha - Coefficient) ดังสูตร (พิชญ์ อภิธมาจารย์โยธิน, 2549, น. 108) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.948

เกณฑ์การแปลผล

ความรู้เกี่ยวกับความอ้วนใช้ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ (Thorndike, 1977 อ้างถึงใน พิชญ์ อภิธมาจารย์โยธิน, 2549, น. 109)

คะแนนเฉลี่ยที่ต่ำกว่าร้อยละ 21	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วนในระดับน้อยที่สุด
คะแนนเฉลี่ยที่ระหว่างร้อยละ 21-40	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วนในระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยที่ระหว่างร้อยละ 41-60	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วนในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยที่ระหว่างร้อยละ 61-80	หมายถึง	มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วนในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยที่มากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับ
ความอ้วนในระดับ
มากที่สุด

สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยแบ่งคะแนนเป็น 5
ระดับ (Best, 1987 อ้างถึงใน พิษณุ อภิสมการโยธิน, 2557, น. 179)

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง น้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง มาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด

เกณฑ์การแปลผลความสัมพันธ์ของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการ
รับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ และแรงจูงใจด้าน
สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน โดยใช้
เกณฑ์การแปลความหมาย 3 ระดับ ของ Cohen (1988, p. 109)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระดับต่ำ r = 0.10 ถึง 0.29
หรือ -0.10 ถึง -0.29

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระดับปานกลาง r = 0.30 ถึง 0.49
หรือ -0.30 ถึง -0.49

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระดับสูง r = 0.50 ถึง 1.00
หรือ -0.50 ถึง -1.29

นิยามศัพท์เฉพาะ

คนอ้วน หมายถึง คนที่มีรูปร่างใหญ่กว่าปกติจนสามารถสังเกตเห็นได้ด้วย
การมองเห็น ตัวอย่างเช่น มีท้องใหญ่จนสามารถสังเกตเห็น มีคางหลายชั้น มีแก้มกลม
ใหญ่ ต้นขาใหญ่ และมีก้นที่ใหญ่ มีเนื้อและไขมันมาก เป็นต้น (พจนานุกรม ฉบับ
ราชบัณฑิตยสถาน, 2556, น. 946) นอกจากนี้สามารถดูจากการเคลื่อนไหวได้
ตัวอย่างเช่น จะเคลื่อนไหวช้า เหนื่อยง่าย ทำทางขยับตัวลำบาก เป็นต้น ซึ่งในงานวิจัย
ครั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาคนอ้วนจากลักษณะทางกายภาพด้วยการใช้สายตา โดยดูจากการ
มีหน้าท้อง การมีเนื้อตัวที่ท่วม และดูมีขนาดร่างกายใหญ่ เนื่องจากไขมันสะสมเป็น
หลัก

ผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นปัจจัยร่วม (Modifying Factors) พบว่า คนอ้วนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.1 มีอายุ 20-28 ปี ร้อยละ 45.0 จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 66.0 ระยะเวลาการเป็นคนอ้วนมากกว่า 2 ปี ร้อยละ 55.0

2. การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความอ้วนของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า คนอ้วนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วนอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 54.7 รองลงมาคือ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.2 ระดับปานกลาง จำนวน 16 คิดเป็นร้อยละ 4.4 และระดับน้อย ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 16.31 (เต็ม 20 คะแนน) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับความอ้วนของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ระดับความรู้เกี่ยวกับความอ้วน	คะแนน	ความถี่	ร้อยละ
น้อยที่สุด	ต่ำกว่าร้อยละ	21	0
น้อย	ระหว่างร้อยละ	21-40	6
ปานกลาง	ระหว่างร้อยละ	41-60	16
มาก	ระหว่างร้อยละ	61-80	141
มากที่สุด	มากกว่าร้อยละ	80	197
รวม		360	100.0
\bar{X} = 16.31 (81.57%)	(คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	S.D. = 0.842	

3. การวิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของคนอ้วน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของความอ้วน การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันความอ้วน และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า คนอ้วนมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01

4. การวิเคราะห์สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากเพื่อน การสนับสนุนจากสื่อมวลชน การสนับสนุนจาก

บุคลากรทางการแพทย์ของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า คนอ้วนมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.15

5. การวิเคราะห์แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า คนอ้วนมีแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.26 โดยหากพิจารณารายข้อ พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนมากที่สุด ได้แก่ การลดความอ้วนจะส่งผลให้มีสุขภาพที่แข็งแรงอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.7

6. การวิเคราะห์การจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า มีการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์การจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ลดความอ้วนโดยการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้มากขึ้น	3.91	0.924	มาก
2. ควบคุมน้ำหนักตัวโดยการลดหรืองดการดื่มน้ำที่มีน้ำตาลสูง เช่น อัดลม น้ำหวาน เป็นต้น	3.77	1.047	มาก
3. ใช้วิธีการเผาผลาญไขมันโดยการออกกำลังกาย เช่น การเดินหรือการวิ่ง เป็นต้น	3.69	1.000	มาก
4. ใช้วิธีเผาผลาญไขมันในร่างกายโดยการบริหารร่างกาย เช่น เล่นโยคะ เต้นแอโรบิก เล่นกีฬา เป็นต้น	3.62	1.147	มาก
5. ใช้วิธีการลดความอ้วนโดยการควบคุมปริมาณของอาหารที่กินให้น้อย	3.53	1.117	มาก
6. ควบคุมความอยากอาหารโดยการปรับเปลี่ยนวิธีการทำอาหาร เช่น ใช้เครื่องปรุงน้อยหรือไม่ใส่เครื่องปรุง ไม่ใช้น้ำมันในการทำอาหาร เป็นต้น	3.44	1.131	ปานกลาง

	รายการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
7.	ใช้วิธีการลดความอ้วนด้วยการกินยา แผนปัจจุบันที่เป็นสารเคมี	2.08	1.275	น้อย
8.	ใช้วิธีการลดความอ้วนด้วยการกินยา แผนโบราณที่เป็นสมุนไพร	2.14	1.274	น้อย
9.	ใช้วิธีการลดไขมันส่วนเกินด้วยการดูดไขมัน หรือสลายไขมันโดยแพทย์	1.85	1.304	น้อย
10.	ใช้วิธีการลดความอ้วนโดยการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดลดกระเพาะ ผ่าตัดโดยใช้เข็มขั้ดรัด กระเพาะ ใส่บอลลูนในกระเพาะ เป็นต้น	1.74	1.245	น้อย
เฉลี่ยการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน		2.98	0.762	ปานกลาง

7. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการเป็นคนอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน ส่วนอายุมีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่า χ^2 เท่ากับ 36.139 และระดับความรู้เกี่ยวกับความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยค่า χ^2 เท่ากับ 44.540

8. การหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.563 และ 0.173 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและระดับน้อยตามลำดับ หากพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามด้วยกันจะพบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.560 และ 0.415 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ซึ่งมี

ความสัมพันธ์มากกว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.215 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในระดับน้อย ดังที่แสดงให้เห็นในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติและแรงจูงใจด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน

ตัวแปร	การจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน	การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ	แรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วน
(n = 360)	(Y)	(X ₁)	(X ₂)	(X ₃)
Y	1	.173**	.563**	.103
X ₁		1	.415**	.560**
X ₂			1	.215**
X ₃				1

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บทสรุป

คนอ้วนมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งประกอบด้วยคนอ้วนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความอ้วนอยู่ในระดับมากที่สุด คนอ้วนมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของความอ้วนอยู่ในระดับมาก การรับรู้ความรุนแรงของความอ้วนอยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันความอ้วนอยู่ในระดับมาก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของคนอ้วนอยู่ในระดับปานกลาง และคนอ้วนยังมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง การสนับสนุนจากสื่อมวลชนอยู่ในระดับมาก และการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง และคนอ้วนมีแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้

คนอ้วนยังมีการจัดการเรื้อรังตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ ปัจจัยร่วม (ความรู้เกี่ยวกับความอ้วน) การรับรู้ตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพและสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก

อภิปรายผล

1. การวิเคราะห์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนในจังหวัดพิษณุโลก

1.1 จากผลการวิจัย พบว่า คนอ้วนมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัสตราภรณ์ แยมเม่น (2554, น. 64) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอ้วนและน้ำหนักเกินอยู่ในระดับมาก การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วนและน้ำหนักเกินอยู่ในระดับมาก การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับมาก อาจอธิบายได้ว่า คนอ้วนมีการรับรู้ถึงความอ้วนมีโอกาเสี่ยงที่จะเกิดโรค เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อกระดูกเสื่อม โรคเบาหวาน เป็นต้น รวมถึงรับรู้ว่าการหากเป็นโรคแล้วไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงที่อาจทำให้เจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิตได้ เช่น อาจทำให้อวัยวะบางส่วนเสียหายจนต้องตัดทิ้งจึงพิการบางส่วน ถ้าหากมีความดันมากเกินไปก็อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตก และรวมถึงไขมันเข้าไปอุดตันในเส้นเลือดหัวใจจนส่งผลให้หัวใจวาย เป็นต้น คนอ้วนจึงเห็นประโยชน์ในการลดความอ้วน เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมถึงเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง แต่คนอ้วนก็มีการรับรู้อุปสรรคที่จะเป็นตัวลดหรือขัดขวางการปฏิบัติ เช่น ในด้านค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ความสะดวกสบายในการเดินทางไปยังสถานบริการทางการแพทย์ เช่น ระยะเวลาและพาหนะ เป็นต้น และการเข้าถึงเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ เช่น การดูดไขมัน การศัลยกรรม เป็นสิ่งที่เข้าถึงได้ยาก เป็นต้น แต่อุปสรรคเหล่านี้สามารถได้รับการช่วยเหลือจากสังคม ดังนั้นคนอ้วนจึงมีการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 จากผลการวิจัย พบว่า คนอ้วนมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาติ อีสริยपालกุล และคณะ (2549, น. 41) พบว่า มีการสนับสนุนจากสังคมในการแนะนำผลิตภัณฑ์ยาลดความอ้วนในระดับมาก อาจอธิบายได้ว่า คนอ้วนได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่าย ยานพาหนะ

ช่วยดูแลการรับประทานอาหารเพื่อลดความอ้วน เป็นต้น คนอ้วนได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน เช่น เป็นแบบอย่างในการลดความอ้วน ชักชวนให้ออกกำลังกายด้วยกัน ชักชวนให้ใช้ผลิตภัณฑ์ลดความอ้วน การดูดไขมัน และการผ่าตัดลดความอ้วน เป็นต้น การสนับสนุนจากสื่อมวลชนสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับความอ้วน เช่น ช่วยให้ข้อมูลวิธีการลดความอ้วนต่าง ๆ หรือแบบอย่างในการลดความอ้วนจากดารารหรือศิลปินในสื่อโทรทัศน์หรือสื่อออนไลน์ เป็นต้น การสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น ช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการลดความอ้วนโดยการใช้ผลิตภัณฑ์ลดความอ้วนที่ปลอดภัย ช่วยให้รู้เกี่ยวกับการทำศัลยกรรมทางการแพทย์ เช่น การดูดไขมัน ผ่าตัดลำไส้ เป็นต้น ช่วยแนะนำการออกกำลังกายเพื่อลดความอ้วนอย่างปลอดภัย ให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายหรือความเสี่ยงที่มาจากความอ้วน เป็นต้น แต่เนื่องจากคำแนะนำบางอย่างเป็นที่รู้จักกันทั่วไปอยู่แล้ว จึงเลือกที่จะเชื่อในสิ่งที่ตนเองรู้และเชื่อว่าเหมาะสมกับตนเองมากกว่าฟังคำแนะนำจากคนอื่น การสนับสนุนทางสังคมจึงอยู่ในระดับปานกลาง

1.3 จากผลการวิจัย พบว่า คนอ้วนมีความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัสตราภรณ์ แยมเม่น (2554, น. 60) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้ระดับสูง อาจอธิบายได้ว่า คนอ้วนมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่มาจากความอ้วน เนื่องจากทางการแพทย์ ได้มีการวินิจฉัยว่าความอ้วน คือ โรคชนิดหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคข้อกระดูกเสื่อม เป็นต้น ซึ่งควรได้รับการรักษา จึงเกิดการรณรงค์ และในปัจจุบันโรงพยาบาลสำนักงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สถานศึกษาและสถานที่ที่มีองค์ความรู้ด้านสุขภาพต่าง ๆ ได้มีการเผยแพร่ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของคนอ้วน ผ่านช่องทางต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้คนอ้วนได้รับความรู้จำนวนมาก

1.4 จากผลการวิจัย พบว่า คนอ้วนมีแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุศลสิน อินทชาญ และคณะ (2551, น. 46) พบว่า แรงจูงใจในการลดความอ้วนอยู่ในระดับมาก อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากสังคมในปัจจุบันได้มีการให้ความสำคัญกับสุขภาพมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากสื่อโฆษณาหรือสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ที่ได้ให้ภาพคนที่มีหุ่นที่ดี ผอม และมีกล้ามเนื้อ จึงทำให้เกิดความต้องการที่จะมีความงามและสุขภาพที่แข็งแรงรวมถึงเพื่อป้องกัน ลด และรักษาโรค คนอ้วนจึงมีแรงจูงใจด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความอ้วนในระดับมาก เช่น การลงรูปการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตั้งแต่เริ่มลดความอ้วนจนถึงผอมและมีกล้ามเนื้อ

รวมถึงการนำเสนอเรื่องราวชีวิตที่เปลี่ยนไปหลังจากที่ลดความอ้วนสำเร็จ เป็นต้น ซึ่งสามารถสร้างแรงบันดาลใจในการลดความอ้วนให้แก่ผู้ที่เข้ามารับรู้หรือรับฟัง ประสบการณ์เหล่านี้ นอกจากนี้ทางการแพทย์เองยังได้ระบุถึงอันตรายที่มาจากความอ้วน ประกอบกับตัวอย่างของคนอ้วนที่มีอาการป่วยขั้นรุนแรง ผ่านสื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หนังสือพิมพ์ เป็นต้น คนอ้วนจึงตระหนักว่าการลดความอ้วนนั้นเป็นสิ่งที่ จะต้องให้ความสำคัญเพื่อป้องกันหรือลดการเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ ที่มาจากความอ้วน และเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง

2. การวิเคราะห์การจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน พบว่า คนอ้วน ส่วนใหญ่มีการจัดการเรื้อรังตนเองในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัศตราภรณ์ แยมเม่น (2554, น. 77) พบว่า คนอ้วนมีการจัดการตนเองโดยการ ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง อาจอธิบายได้ว่า เนื่องจากคนอ้วนมีการประเมิน สถานการณ์ว่าโรคที่มาพร้อมกับความอ้วน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจที่ อาจทำให้เจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิตได้ โดยอาจได้รับการยืนยันข้อมูลจากทาง การแพทย์หรือรับรู้ตัวอย่างของคนอ้วนที่ป่วยเป็นโรคจนต้องได้รับการรักษาผ่านสื่อ ต่าง ๆ จึงทำให้คนอ้วนตระหนักและยอมรับว่าต้องรับผิดชอบและแก้ไขพฤติกรรมของ ตนเอง โดยการค้นหาวิธีการต่าง ๆ ในการลดความอ้วน เพื่อป้องกันหรือลดโรคต่าง ๆ ที่มาจากความอ้วน รวมถึงเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและมีบุคลิกภาพที่ดี ซึ่งขั้นตอน เหล่านี้ล้วนมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ดังนั้น คนอ้วนจึงมีการจัดการเรื้อรังตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน

3.1 จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยร่วมมีความสัมพันธ์กับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุทธิชชา เวฬุสุวรรณ (2546, น. 31) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันส่งผลต่อ ปัจจัยในการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ลดความอ้วน อาจอธิบายได้ว่า ช่วงอายุที่ แตกต่างกัน ส่งผลต่อการจัดการเรื้อรังแตกต่างกันไปด้วย โดยคนที่มีอายุน้อยจะสนใจ เรื่องของความสวยงาม รูปร่างที่ดีและมีกลิ่นเนื้อ จึงพยายามรักษาและดูแลรูปร่าง อยู่ตลอดเวลา แต่เมื่อเริ่มมีอายุมากขึ้นจะเปลี่ยนมาสนใจในเรื่องของสุขภาพมากกว่า เพียงแค่การดูแลรูปร่างให้ดูดีจึงมีการจัดการเรื้อรังตนเองน้อยลง นอกจากนี้ถ้าหาก ไม่รู้หรือมีความรู้เกี่ยวกับการลดความอ้วนด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การรับประทาน ผลิตภัณฑ์ลดความอ้วน ก็จะทำให้มีโอกาสที่จะเลือกรับประทานผลิตภัณฑ์ลดความ

อ้วนไปด้วย หรือไม่ทาน รวมถึงการลดความอ้วนด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการศัลยกรรมไขมันเพราะเสี่ยงที่จะมีผลกระทบต่อร่างกาย ดังนั้นจึงเลือกปฏิบัติตามในสิ่งที่ตนเองรู้และเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เหมาะสม

3.2 จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ กุศลิน อินทชาญ และคณะ (2551, น. 51) พบว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมียผลต่อการลดความอ้วน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทาศิริ แก้วพันธ์ และคณะ (2547, น. 35) ที่พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความอ้วน อาจอธิบายได้ว่า ถ้าคนอ้วนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคต่าง ๆ ที่เกิดจากความอ้วนและรู้ว่าโรคเหล่านั้นมีความรุนแรง ถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้เจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิตได้ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ทำให้รู้สึกกลัว คนอ้วนจึงรับรู้ถึงประโยชน์ในการลดความอ้วนมากขึ้น และส่งผลให้คนอ้วนมีการจัดการเรื้อรังตนเองมากขึ้นตามไปด้วย โดยการลดความอ้วน เพื่อป้องกัน ลดหรือรักษาโรค รวมถึงเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากคนอ้วนมีการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ในการลดความอ้วนน้อยก็จะส่งผลให้คนอ้วนมีการจัดการเรื้อรังตนเองน้อยลงตามไปด้วย เช่น ถ้าหากรับรู้โรคเหล่านี้ไม่มีความรุนแรงมากพอที่จะส่งผลกระทบต่อตนเอง ก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือลดความอ้วนน้อย

3.3 จากผลการวิจัย พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ นันทาศิริ แก้วพันธ์ และคณะ (2547, น. 35) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความอ้วน อาจอธิบายได้ว่า ถ้าหากคนอ้วนได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก เช่น การให้กำลังใจ จากครอบครัว การช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายจากครอบครัว การเป็นแบบอย่างในการออกกำลังกายของเพื่อนช่วยแนะนำสถานที่ในการออกกำลังกายโดยเพื่อน การให้ความรู้วิธีการลดความอ้วนต่าง ๆ ที่ถูกต้องโดยแพทย์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้คนอ้วนมีกำลังใจในการลดความอ้วนโดยการออกกำลังกายวิ่งหรือเดินโดยมีเพื่อนคอยช่วยผลักดัน และสามารถลดความอ้วนโดยการคุมไขมัน การผ่าตัดลำไส้ และการใช้ผลิตภัณฑ์ลดความอ้วนที่จำเป็นจะต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูง รวมถึงการได้รับคำแนะนำและ

ข้อมูลจากสื่อมวลชนสามารถลดความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบจากการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่งผลให้คนอ้วนมีการจัดการเรื้อรังของตนเองมากขึ้นตามไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัยที่ได้จากผลการวิจัย

1. จากผลการศึกษา พบว่า คนอ้วนที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการลดความอ้วน โดยการงดอาหารเย็นไม่ส่งผลเสียต่อร่างกาย (ตอบผิด ร้อยละ 54.4) ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการทานอาหารเพื่อลดความอ้วนอย่างถูกวิธีและปลอดภัยกับคนที่ต้องการจะลดความอ้วน

2. จากผลการศึกษา พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว สื่อมวลชนและบุคลากรทางการแพทย์ให้ถูกวิธี เพื่อเป็นการส่งเสริมการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วนได้อย่างถูกต้อง

3. จากการศึกษา พบว่า การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการจัดการเรื้อรังตนเอง เพื่อให้คนอ้วนมีการจัดการเรื้อรังตนเองได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเก็บข้อมูลเชิงลึกในลักษณะของการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตและสัมภาษณ์เกี่ยวกับการจัดการเรื้อรังตนเองของคนอ้วน เพื่อที่จะทราบถึงปัจจัยการจัดการเรื้อรังตนเองอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับพฤติกรรมลดความอ้วนมากยิ่งขึ้นและสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นการส่งเสริมหรือพัฒนาการดูแลคนอ้วน

บรรณานุกรม

- กุศลสิน อินทชาญ, เบญจวรรณ โปแก้ว, พรรณธิดา เลี้ยงประเสริฐ, พิสมัย ดวงตะปะ, รพีพร แซ่ลิ้ม, วิลัยลักษณ์ อัดฮาด, ... อาลิษา ศรีบุญเรือง. (2551). *การศึกษาพฤติกรรมการลดความอ้วนของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- นันทาศิริ แก้วพันธุ์, ภิชา งามสิทธิโชค, วราพร ศรทรง, วิลาสินี มากจ้อย, และ สายเพชร ว่องไวพิทยา. (2547). *การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาลดความอ้วนที่ได้รับจากสถานพยาบาลเอกชนของสตรีในจังหวัดพิษณุโลก* (การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- พัสดรารณณ์ แยมเม่น. (2554). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิชญ์ อภิสมาจารย์โยธิน. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- _____. (2557). รูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานของผู้ป่วยโรกระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐม. *วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร*, 34(3), 171-189.
- _____. (2560). *เรื่องเพศกับการแพทย์ : อนามัยการเจริญพันธุ์ในมิติของสังคมวิทยา*. กรุงเทพฯ: ทริปปี้ล เอ็ดดูเคชั่น.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.
- วันชัย ตัน. (2545). *อ้วนแล้วไง*. กรุงเทพฯ: สารคดี.

- ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก. (2552). *รายงานประจำปี 2552 ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก*. สืบค้น 21 ธันวาคม 2559, จาก <http://hpc2.anamai.moph.go.th/eval>
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2559). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 “Kickoff to the Goals”*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุชาติ อีสริยपालกุล, สันติ สิริมินันท์, ไตรรัตน์ ชั่งใจ, ฌัญพงศ์ อมรปิยศิริ, อภิสสิทธิ์ บุญปาสาน, ศิริภรณ์ อิบรอฮีม, ... สุธีรา ประเสริฐศักดิ์. (2549). *การศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมการลดความอ้วนของวัยรุ่น* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- สุทัชชา เวฬุสุวรรณ. (2546). *การศึกษาปัจจัยในการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ลดความอ้วนประเภทอาหารควบคุมน้ำหนักเฉพาะหัวบุกของคนกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Nj: Lawrence Erlbaum.
- Daniel, W. (1999). *Biostatistics: a foundations for analysis in the health sciences* (7th ed). New York: John Wiley & Sons.
- Grogan, S. (1999). *Body Image :understanding body dissatisfaction in men, women and children*. New York: Routkege.