

# การศึกษาติดตาม: ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและ ภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรม การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์\*

สาคร เหล็กแย้ม พยม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)\*\*

นพวรรณ เปี้ยเชื้อ, Ph.D. (Nursing), APN \*\*\*

สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ Ph.D. \*\*\*\*

ผจงจิต ไกรถาวร Ph.D. (Nursing) \*\*\*\*

## บทคัดย่อ :

**วัตถุประสงค์:** ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ในระยะ 3 เดือน และเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ ของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

**การออกแบบวิจัย :** การวิจัยเชิงพรรณนาติดตามระยะยาว

**การดำเนินการวิจัย :** ตัวอย่างจำนวน 79 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง และได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการประเมินภาวะโภชนาการ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติอ้างอิง

**ผลการวิจัย:** ผลการทดสอบที่พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน ค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของตัวอย่างดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ( $p < .001$ ) ผลสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ภาวะโภชนาการหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ดีกว่า พบว่าค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ( $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ( $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ( $p < .001$ ) และค่าเฉลี่ยปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย ( $p < .001$ ) น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

**ข้อเสนอแนะ :** โรงพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรปรับใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ในการประเมินและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในชุมชนที่มีน้ำหนักเกิน รวมทั้งวางแผน หาแนวทางที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละชุมชน ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและยั่งยืน

วารสารสภาการพยาบาล 2560; 32(2) 126-137

**คำสำคัญ :** ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะน้ำหนักเกิน โปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์

\* ได้รับทุนจากโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

# Knowledge, Attitude, Consumption Behaviour and Nutritional Condition of Overweight People Participating in a Counseling Programme for Nutrition and Community Relations: A Follow-Up Study\*

Sakorn Legyam M.N.S. \*\*

Noppawan Piaseu, Ph.D. (Nursing), APN \*\*\*

Suchinda Jarupat Maruo, Ph.D. \*\*\*\*

Phachongchit Kraithaworn, Ph.D. (Nursing) \*\*\*\*

## Abstract:

**Objective:** To conduct a comparative study of overweight community members' (1) knowledge, attitude and consumption behaviour before and 3 months after participating in the nutrition and community relations counselling programme, and (2) nutritional condition (body mass index (BMI), waist circumference (WC), capillary blood glucose (CBG), percentage of body fat (PBF) before and 3, 6 and 12 months after participation in the programme.

**Design:** Long-term descriptive research based on secondary data.

**Methodology:** The sample consisted of 79 overweight community members who had participated in the nutrition and community relations counselling programme for one year. Data were collected by means of a questionnaire and nutritional condition evaluation. Data analysis was conducted using descriptive statistics and one-way repeated ANOVA measures.

**Results:** Three months after having participated in the programme, the participants displayed significantly higher average scores for knowledge ( $p < .001$ ), attitude ( $p < .001$ ) and consumption behaviour ( $p < .001$ ) than before their participation. In addition, at the 3<sup>rd</sup>, 6<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> months after having participated in the programme, the participants' body mass index, waist circumference, capillary blood glucose, and percentage of body fat had reduced significantly, all by  $p < .001$ .

**Recommendations:** It is suggested that community practitioner nurses apply the nutrition and community relations counselling programme to providing on-going assistance for overweight community members in adjusting their consumption behaviour and improving their nutritional condition, as a means of encouraging an appropriate and sustainable nutritional condition.

*Thai Journal of Nursing Council 2017; 32(2) 126-137*

**Keywords :** knowledge; attitude; consumption behaviour; overweight; nutrition and community relations counselling programme

---

\*This study was funded by the Development Potentials of Thai People Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

\*\* Student, Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*\*Corresponding Author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

\*\*\*\*Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

## ความสำคัญและความเป็นมา

โรคอ้วน เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) พบว่าในปี ค.ศ. 2008 ประชากรทั่วโลกจำนวน 6,705 ล้านคนมีประชากรวัยผู้ใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 1,500 ล้านคน และคาดว่าประชากรที่น้ำหนักเกินจะเพิ่มเป็น 2,300 ล้านคน ประชากรที่มีภาวะอ้วนจะเพิ่มจำนวนเป็น 700 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015<sup>1</sup> เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคอ้วนของทวีปเอเชีย จากการศึกษาของ Asia Pacific Cohort Studies Collaboration (APCSC) ในปี ค.ศ. 2006 พบว่า อัตราชุกของโรคอ้วนในประเทศของทวีปเอเชียมีอัตราเพิ่มขึ้น และพบว่าเพศหญิงมีภาวะอ้วนมากกว่าเพศชาย<sup>2</sup> จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของคนไทยทั่วประเทศโดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey [NHES]) ในปี พ.ศ. 2534, 2539 และปี พ.ศ.2547 พบว่าคนไทยมีอัตราชุกโรคอ้วนเพิ่มขึ้น<sup>3</sup>

ผลกระทบของโรคอ้วนต่อสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1) กลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคถุงน้ำดี 2) กลุ่มความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม เช่น โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือด 3) กลุ่มโรคหรือภาวะที่เกิดจากน้ำหนักและไขมันที่มากเกินไป เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง โรคระบบการขับถ่ายผิดปกติ และ 4) กลุ่มปัญหาทางสังคมและจิตใจที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน<sup>4</sup> นอกจากนี้โรคอ้วนยังทำให้อัตราตายและอัตราพิการเพิ่มมากขึ้น<sup>5</sup> สาเหตุการที่มีไขมันสะสมมากเกินไปนั้นเกิดจากความไม่สมดุลของการรับประทานอาหารและการใช้พลังงาน<sup>6</sup> ปัจจุบันทางพันธุกรรม พบว่าหากบิดามารดาคนใดคนหนึ่งอ้วนร้อยละ 40 ของบุตรมักจะอ้วน<sup>7</sup> ปัจจุบันด้านเพศ พบว่าเพศหญิงมีโอกาส

อ้วนกว่าเพศชาย ปัจจัยด้านอายุ เมื่ออายุมากขึ้นการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมน้อยลง พลังงานจากอาหารที่ได้รับเกินความต้องการของร่างกายเกิดการสะสมมากขึ้น<sup>8</sup> อีกทั้งจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกาย<sup>9</sup> การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นแนวทางการควบคุมโรคอ้วนซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นการที่จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมยั่งยืนจะต้องได้รับความร่วมมือ การมีส่วนร่วมและการมีชุมชนสัมพันธ์ โดยการใช้กลยุทธ์และวิธีการต่างๆที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน ซึ่งโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้สนับสนุนการพัฒนาแบบจำลองในการดูแลด้านอาหารและโภชนาการในการประเมินปัญหาและการจัดการปัญหา โดยใช้หลักชุมชนสัมพันธ์ ที่เน้นความผูกพันในชุมชน มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ 1) Raising community awareness (R) เป็นการสร้างความตระหนักของชุมชน 2) Aiming at targeted health (A) เป็นการตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน 3) Mobilizing change and innovation (M) เป็นการขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) Assuring synergy and sustainability (A) เป็นการรวมพลังของชุมชนในการปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน ในการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของชุมชนอันเป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวมตามบริบทของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของชุมชน โดยที่ผ่านมามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการของประชาชนซึ่งในหลายงานวิจัยได้นำการให้คำปรึกษามาใช้ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนพบว่า การให้คำปรึกษามีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ หากแต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่างๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงยังไม่สามารถอธิบายหรือบอกถึงความยั่งยืนของพฤติกรรมที่ต้องการปรับเปลี่ยนได้ จากเหตุผลดังกล่าวเพื่อเป็นการส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อการมีสุขภาพที่ดีป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ผู้วิจัยจึงศึกษาติดตามผลของโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ต่อภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนชอยสวนเงิน เพื่อให้สามารถเห็นผลการเปลี่ยนแปลงระยะยาวที่เกิดขึ้น และความยั่งยืนของพฤติกรรมอย่างชัดเจน ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชากรในชุมชนต่อไป

### กรอบแนวคิดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาติดตามความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชนของ นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ ซึ่งเป็นโครงการหนึ่งของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพในด้านอาหารและโภชนาการของชุมชน โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน การศึกษาใช้กรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่าง Knowledge, Attitude, Practice<sup>10</sup> การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วย 1) การสำรวจปัญหาด้านพฤติกรรมบริโภค กิจกรรมทางกายและภาวะโภชนาการ 2) ร่วมกันวิเคราะห์ กำหนดเป้าหมาย ทำข้อตกลง

ร่วมกัน และเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทของแต่ละบุคคล 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง 4) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามและประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับเรื่องภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคล พร้อมสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรายที่มีปัญหา ให้แรงเสริม กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งมีการใช้ชุมชนสัมพันธ์ซึ่งเป็นแบบจำลองในการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ (RAMA Model) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นเนื่องจากการศึกษาสถานการณ์ด้านโภชนาการและติดตามภาวะโภชนาการของชุมชนพบว่า วิธีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไป มีการบริโภคอาหารประเภทแป้ง ไขมัน น้ำตาลและเกลือที่มากเกินไป ความต้องการของร่างกายเป็นปัจจัยที่นำไปสู่โรคอ้วนและโรคเรื้อรัง โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี จึงได้สนับสนุนการพัฒนาแบบจำลองในการดูแลด้านอาหารและโภชนาการในการประเมินปัญหาและการจัดการปัญหา โดยใช้หลักชุมชนสัมพันธ์ที่เน้นความผูกพันในชุมชน มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ 1) Raising community awareness (R) เป็นการสร้างความตระหนักของชุมชน 2) Aiming at targeted health (A) เป็นการตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน 3) Mobilizing change and innovation (M) เป็นการขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนานวัตกรรมดูแลสุขภาพของชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) Assuring synergy and sustainability (A) เป็นการรวมพลังของชุมชนในการปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน ในการดูแลด้านอาหาร

**การศึกษาติดตาม: ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน  
ในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์**

และโภชนาการของชุมชน อันเป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวมตามบริบทของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของชุมชนร่วมด้วย ซึ่งทั้งหมดจะส่งผลต่อ ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด และปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย) เนื่องจากความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์กับทักษะเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เมื่อได้รับความรู้เพิ่มขึ้น ก็จะนำไปสู่ทัศนคติที่ดี ซึ่งทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม และนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี

### **วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนชอยสวนเงิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ในระยะ 3 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการ (ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยของปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย) ของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนชอยสวนเงิน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

### **วิธีการวิจัย**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาติดตามระยะยาวโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)

### **ประชากรและตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในชุมชนชอยสวนเงิน

ตัวอย่าง คือ ประชาชนที่มีน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในชุมชนชอยสวนเงิน ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชน ของรองศาสตราจารย์ ดร. นพวรรณ เปียชื่อ ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 จำนวน 79 ราย เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนดข้อ 1 เป็นหลักและข้อ 2 ถึงข้อ 4 ข้อใดข้อหนึ่ง

1. มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23 กก./ตร.เมตรขึ้นไป
2. มีเส้นรอบเอวเกิน 80 เซนติเมตรในผู้หญิง และเกิน 90 เซนติเมตร ในผู้ชายหรือ
3. ปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าร้อยละ 30 ในผู้หญิง และมากกว่าร้อยละ 25 ในผู้ชายหรือ
4. ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 100 มก./ดล.

### **การเลือกตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง**

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาติดตามระยะยาวโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้ที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ จำนวน 79 รายที่ได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและเข้าร่วมกิจกรรมตลอดการศึกษา

### **สถานที่ศึกษา**

ศูนย์สุขภาพชุมชนชอยสวนเงิน แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ลักษณะงาน การศึกษา สูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

2. แบบสอบถามความรู้ทางโภชนาการ พัฒนาโดย นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ (2549) โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหารทั่วไปและผลของอาหารต่อสุขภาพ อาหารประเภทไขมัน อาหารที่มีแคลเซียม อาหารที่มีใยอาหารอาหารที่มีโซเดียม รวม 31 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบประเมินค่า (rating scale) ให้เลือกกว่า ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยทำการกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-31 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีความรู้ทางโภชนาการที่ดี

3. แบบสอบถามทัศนคติต่ออาหาร พัฒนาโดย นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ (2549) โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติต่ออาหารทั่วไป อาหารประเภทไขมัน อาหารที่มีแคลเซียม อาหารที่มีใยอาหารอาหารที่มีโซเดียม อาหารประเภทโปรตีน รวม 28 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน โดยทำการกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-28 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีทัศนคติที่ดีต่ออาหาร

4. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารพัฒนาโดย นพวรรณ เปียชื่อ และคณะ (2549) โดยแบ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องการเลือกประเภทอาหารและรูปแบบในการรับประทานอาหาร จำนวน 30 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตรวัดแบบลิเกิต 5 ระดับ คือเป็นประจำ (4 คะแนน) บ่อยครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1 คะแนน) และไม่เคย (0 คะแนน) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน โดยทำการกลับค่าคะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงลบ คะแนนมาก หมายถึง การมีพฤติกรรมที่ดีในการรับประทานอาหาร

5. เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดไขมันสะสมในร่างกาย แบบดิจิตอล ซึ่งค่ามาก หมายถึง น้ำหนักและปริมาณไขมันในร่างกายมาก โดยใช้หลักการของ Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) โดยมีเกณฑ์ปกติของเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายช่วงอายุ 5-99 ปี<sup>11</sup> ค่าน้ำหนักที่ได้นำมาประเมินดัชนีมวลกายโดยคิดจากน้ำหนักกิโลกรัม (กก.)หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (ม<sup>2</sup>) และใช้เกณฑ์ประเมินสำหรับคนเอเชีย

6. สายวัดใช้สำหรับวัดเส้นรอบเอว โดยมีเกณฑ์มาตรฐาน เพศชายเส้นรอบเอวเกณฑ์ปกติต่ำกว่า 90 เซนติเมตร เพศหญิง เส้นรอบเอวเกณฑ์ปกติต่ำกว่า 80 เซนติเมตร

7. เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยทดสอบด้วยน้ำยาควบคุมคุณภาพ มี 2 ระดับคือค่าต่ำและค่าสูง โดยมีช่วงค่าเป้าหมายที่ 47-77 มก./ดล. และ 254-344 มก./ดล. ผลการทดสอบพบว่าค่าที่ได้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

8. แบบบันทึกภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ปริมาณไขมันในร่างกาย ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมให้คำปรึกษาทางโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ เป็นกระบวนการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ประกอบด้วย 1) การสำรวจปัญหาด้านพฤติกรรมบริโภคกิจกรรมทางกาย และภาวะโภชนาการ 2) ร่วมกันวิเคราะห์ กำหนดเป้าหมาย ทำข้อตกลงร่วมกัน และเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทของแต่ละบุคคล 3) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามและประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล การให้ข้อมูลย้อนกลับเรื่องภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคล 4) พร้อมสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรายที่มี

ปัญหา ให้แรงเสริม กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม 5) การรับประทานอาหารที่ถูกต้อ มี การติดตามเตือนละครั้งและมีการกระตุ้น โดยพยาบาลวิชาชีพที่ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน โดยใช้หลักชุมชนสัมพันธ์ ที่เน้นความผูกพันในชุมชน มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ 1) Raising community awareness (R) เป็นการสร้างความตระหนักของชุมชน 2) Aiming at targeted health (A) เป็นการตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของชุมชน 3) Mobilizing change and innovation (M) เป็นการขับเคลื่อนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนานวัตกรรม การดูแลสุขภาพของชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่าย 4) Assuring synergy and sustainability (A) เป็นการรวมพลังของชุมชนในการปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน ในการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของชุมชน อันเป็นรูปแบบที่ทำให้เกิดความเชื่อมโยงอย่างเป็นองค์รวม ตามบริบทของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของชุมชน

2. คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการของเครื่องปรุงรส และอาหารแปรรูป ประกอบด้วยวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ ประเภทเครื่องปรุงรส การเปรียบเทียบอาหารประเภทเครื่องปรุงรส<sup>12</sup>

3. คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่ม ประกอบด้วย การอ่านฉลากโภชนาการในเครื่องดื่มและขนมขบเคี้ยว การเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์อาหารประเภทขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่ม<sup>13</sup>

4. คู่มือการบริโภคอาหารจานเดียว ประกอบด้วย โรคอ้วนและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วน การควบคุมสมดุล

พลังงาน ข้อเสนอแนะในการบริโภคอาหาร และรายการอาหารจานเดียว พร้อมทั้งปริมาณสารอาหารและการคำนวณพลังงานจากอาหารนั้น ๆ<sup>14</sup>

5. จุลสาร 3 ฉบับ ได้แก่ 1) อ้วน-มัน-ดัน-โรค 2) เริ่มที่ตัวเรา และ 3) อาหารปลอดภัยไว้พิชิตชุมชนไร้พุง ใช้สำหรับการกระตุ้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยเนื้อหารวบรวมมาจากข้อคำถามในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและนำมาจัดทำเป็นเอกสารซึ่งมีการออกทุก ๆ 3 เดือน มอบให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม และมอบให้ไว้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยประชาชนในชุมชนสามารถรับจุลสารเพิ่มเติมได้

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการอนุญาตจาก หัวหน้าโครงการให้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงคณบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และการใช้สถานที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนซอยสวนเงิน ประชุมชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ค่าคะแนนของความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนซอยสวนเงิน และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ในระยะเวลา 3 เดือน และเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกินในชุมชนซอยสวนเงิน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

## การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. ใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ และชุมชนสัมพันธ์ในระยะ 3 เดือน โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วย สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบ ภาวะโภชนาการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี โดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated measure ANOVA)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยในการเก็บข้อมูลมีการอธิบาย

วัตถุประสงค์ กระบวนการทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูล มีการชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัย ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ และมีสิทธิที่จะไม่ตอบคำถามบางคำถามที่เป็นเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องที่ไม่ต้องการเปิดเผย และการขอถอนตัวจากการวิจัยตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการได้รับการรักษาพยาบาล การนำเสนอข้อมูลเพื่ออภิปรายผลหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวม พร้อมทั้งให้ผู้เข้าร่วมโครงการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกิน ที่ได้รับโปรแกรมให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ มีจำนวน 79 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 มีอายุตั้งแต่ 21-79 ปี อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.4 อายุเฉลี่ย 54.92 ปี (SD = 12.36) มีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35 นับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพส่วนตัว ร้อยละ 40 รองลงมาไม่ได้ทำงานร้อยละ 26 โดยร้อยละ 47 มีรายได้ต่อเดือน 15,001-20,000 บาท

### ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน ค่าเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกิน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม  
ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ในระยะเวลา 3 เดือน โดยสถิติ Paired t-test (N = 79)

| ตัวแปร                    | ระยะเวลา               |                           | t      | p-value |
|---------------------------|------------------------|---------------------------|--------|---------|
|                           | ก่อน<br>$\bar{X}$ (SD) | 3 เดือน<br>$\bar{X}$ (SD) |        |         |
| ความรู้ทางโภชนาการ        | 16.14(5.07)            | 20.09(5.88)               | -4.75  | <.001   |
| ทัศนคติต่ออาหาร           | 12.28(6.42)            | 19.62(4.80)               | -8.65  | <.001   |
| พฤติกรรมการรับประทานอาหาร | 62.27(18.44)           | 75.33(7.64)               | -6.739 | <.001   |

หลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี ไขมันสะสมในร่างกาย ของตัวอย่างที่มีน้ำหนักเกิน  
ค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดัง  
ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยของปริมาณ ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด เส้นรอบเอวและปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย  
ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ในระยะเวลา 3 เดือน  
6 เดือน และ 1 ปี โดยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-Way Repeated measure ANOVA)  
(N = 79)

| ตัวแปร                   | $\bar{X}$ (SD) | df | SS       | MS      | F     | p- value |
|--------------------------|----------------|----|----------|---------|-------|----------|
| ดัชนีมวลกาย              | 26.28(4.09)    | 3  | 85.78    | 28.60   | 29.57 | <.001    |
| เส้นรอบเอว               | 88.91(1.04)    | 3  | 659.15   | 219.72  | 25.61 | <.001    |
| ระดับน้ำตาลในเลือด       | 106.61(36.09)  | 3  | 11140.09 | 3713.36 | 42.07 | <.001    |
| ปริมาณไขมันสะสมในร่างกาย | 33.67(7.61)    | 3  | 418.65   | 139.55  | 63.22 | <.001    |

#### การอภิปรายผล

1. ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร  
ของตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้าน  
โภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 1)  
ซึ่งอธิบายได้จากการจัดกิจกรรมในโปรแกรม ประกอบ  
ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การให้ความรู้เรื่อง  
การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร  
ที่ถูกหลักโภชนาการ ประกอบกับการใช้คู่มือ การอ่าน  
ฉลากโภชนาการของเครื่องปรุงรส และอาหารแปรรูป  
ซึ่งประกอบด้วย วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ ประเภท

เครื่องปรุงรส การเปรียบเทียบอาหารประเภทเครื่อง  
ปรุงรส รวมทั้งผลิตภัณฑ์อาหารประเภทอาหารแปรรูป  
คู่มือการบริโภคอาหารจานเดียวโดยเนื้อหาประกอบด้วย  
โรคอ้วนและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วน การควบคุม  
สมดุลพลังงาน ข้อเสนอแนะในการบริโภคอาหาร และ  
รายการอาหารจานเดียวพร้อมทั้งปริมาณสารอาหาร  
และการคำนวณพลังงานจากอาหารนั้นๆ และคู่มือการ  
อ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยว และเครื่องดื่ม  
พร้อมทั้งมี Model อาหารประกอบในการให้ความรู้  
เกี่ยวกับอาหารแลกเปลี่ยนเป็นกลยุทธ์ที่ทำให้กลุ่ม  
ตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ทัศนคติ พฤติกรรม

การบริโภคอาหารไปในทางที่ดีขึ้น โดยเห็นได้จากคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 52.6 เป็น ร้อยละ 67.39 ซึ่งทำให้คะแนนทัศนคติต่ออาหาร และคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (จากร้อยละ 51.17 เป็น 81.75 และจากร้อยละ 51.89 เป็นร้อยละ 62.78) จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปตามทฤษฎี เกี่ยวกับความรู้ (knowledge) ทัศนคติ (attitude) และ พฤติกรรม (practice) ของชวาร์ท ซึ่งกล่าวว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กัน และมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิด ความรู้ก็จะมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และสุดท้ายก็เกิด การกระทำพฤติกรรมขึ้น

นอกจากนี้คะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ที่เพิ่มขึ้น เกิดจากการที่ชุมชนมีการรับรู้และเกิดความ ตระหนักถึงปัญหา มีการตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกัน ตามความต้องการและสถานการณ์ของชุมชนโดยการนำ RAMA Model ซึ่งเป็นแบบจำลองในการดูแลสุขภาพ ด้านอาหารและโภชนาการของชุมชนมาใช้ นำไปสู่การ ขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการพัฒนา นวัตกรรมดูแลสุขภาพในชุมชน เช่น การเดินรณรงค์ ด้านภัยอ้วน การประกวดทำอาหาร ประกวดการ ออกกำลังกาย การรณรงค์ “ชิมก่อนปรุง” สร้างเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับครอบครัวและบุคคล เกิด การค้นพบปัจจัยในการควบคุมน้ำหนักคือ “ทุกอย่าง อยู่ที่ใจ ทำให้เป็นนิสัยเคลื่อนไหวออกแรง เปลี่ยนแปลง ทั้งครอบครัว น้ำหนักตัวพอดี” และเป็นการรวมพลัง ของชุมชนในการปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสุขภาพที่ หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายได้จากตัวอย่างได้รับการ บริการจากพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

ดูแลครอบคลุมทั้งในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ เช่น การคัดกรองญาติสายตรงของผู้ที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงและโรคอ้วน ด้านการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังและผู้สูงอายุและการส่งเสริมศักยภาพใน การดูแลตนเอง มีความใกล้ชิดกับชุมชนสามารถเข้า ถึงการบริการได้อย่างเท่าเทียม สามารถเข้าถึงข้อมูล ต่างที่มีในโปรแกรม

2. ภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกินใน ชุมชนขอยสวนเงินหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา ด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี พบว่าตัวอย่าง มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น โดยค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด ค่าเฉลี่ยของปริมาณ ไขมันสะสมในร่างกาย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (ตารางที่ 2) เป็นผลของกระบวนการให้ คำปรึกษาด้านโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วย การสำรวจ ปัญหาด้านพฤติกรรมบริโภค กิจกรรมทางกาย และ ภาวะโภชนาการ ร่วมกันวิเคราะห์ กำหนดเป้าหมาย ทำ ข้อตกลงร่วมกัน และเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามบริบทของแต่ละบุคคล กิจกรรมการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ข้อมูล ย้อนกลับเรื่องภาวะโภชนาการเป็นรายบุคคล พร้อม สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในรายที่มีปัญหา ให้แรงเสริม กำลังใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ทำให้ตัวอย่างเข้าใจและตระหนักถึงปัญหา ของแต่ละบุคคล และยังสามารถหาแนวทางในการ ปฏิบัติตนที่เหมาะสมกับตนเองได้ อีกทั้งมีการนำข้อมูล ที่ได้จากการวัดจากเครื่องชั่งน้ำหนักและวัดไขมันสะสม ในร่างกาย อันเป็นการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยให้เห็น เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จากผลการวัดที่แสดงเป็น

**การศึกษาติดตาม: ความรู้ทัศนคติ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน  
ในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์**

ตัวเลข ทำให้เกิดความตระหนักและเป็นตัวสร้างแรง  
จูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการติดตาม  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวอย่างในระยะเวลา  
3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี ซึ่งเป็นตัวช่วยกระตุ้นให้  
เกิดการปฏิบัติตามการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง รวมทั้ง  
การใช้สื่อจุลสาร 3 ฉบับ ได้แก่ 1) อ้วน- มัน- ดัน -โรค  
2) เริ่มที่ตัวเรา และ 3) อาหารปลอดภัยไว้พิชชุมชน  
ไร้พุง ใช้สำหรับการกระตุ้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ  
ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยเนื้อหารวบรวมมาจาก  
ข้อคำถามในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและนำ  
มาจัดทำเป็นเอกสารซึ่งมีการออกทุก ๆ 3 เดือน แจกให้  
ผู้เข้าร่วมโปรแกรม และมอบให้ไว้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน  
โดยประชาชนในชุมชนสามารถรับจุลสารเพิ่มเติมได้  
และในการติดตามแต่ละครั้งมีการมอบรางวัลให้กับผู้ที่  
สามารถลดน้ำหนักได้ มีดัชนีมวลกายที่ลดลง รอบเอว  
ลดลงมากที่สุดเป็นการสร้างแรงจูงใจ แข่งขันเปรียบเทียบ  
ให้เกิดความสำเร็จ สร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการปฏิบัติ  
พฤติกรรมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการ  
ทบทวนงานวิจัยที่พบว่าโปรแกรมให้คำปรึกษามีผลต่อ  
การเปลี่ยนแปลงระดับของกิจกรรมทางกายและภาวะ  
โภชนาการของลูกจ้างเทศบาล<sup>15</sup> และมีผลต่อภาวะ  
โภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มี  
น้ำหนักเกินในหน่วยบริการปฐมภูมิ<sup>16</sup>

### **ข้อเสนอแนะจากการศึกษา**

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลเวช  
ปฏิบัติชุมชนควรปรับใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา  
ด้านโภชนาการและชุมชนสัมพันธ์ ในการประเมินและ  
ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภค อาหาร มุ่งเน้นการมี  
ส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ  
สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การประเมิน  
และวิเคราะห์ปัญหาภาวะโภชนาการ รวมทั้งวางแผน

ตั้งเป้าหมายและหาแนวทางที่เหมาะสมให้สอดคล้อง  
กับบริบทของแต่ละชุมชน และติดตามการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการอย่าง  
ต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งควรจัดกิจกรรมกระตุ้น  
เดือนทุก 3 เดือน ร่วมกับการนำเครื่องมือเทคโนโลยี  
มาใช้ประเมินภาวะโภชนาการเพื่อช่วยกระตุ้นให้เกิด  
แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้  
ประชาชนที่มีน้ำหนักเกิน มีความรู้ พฤติกรรมการ  
บริโภคอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและม  
ความยั่งยืน

2) ด้านการวิจัย ควรมีการขยายผลโดยทำการ  
ศึกษาในชุมชนอื่น ๆ ตามบริบทและทำการศึกษาเชิง  
ทดลอง เพื่อที่จะสามารถเปรียบเทียบให้เห็นถึง  
ประสิทธิผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

### **Reference**

1. WHO. (2008). The global burden of disease:2004 update.[serial online ] 2008 [cite 2011 April 25]. Available from : URL: .[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html).
2. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. The burden of overweight and obesity in the Asia-Pacific region. Obesity Reviews 2007; 8: 191-6.
3. Aekplakorn W & Mo-suwan L. (2009). National Prevalence of Obesity: Prevalence of obesity in Thailand. Obesity reviews 2009; 10: 589-92.
4. Dtangdtrogiitr R. Obesity: Changes in nutrition and biochemistry Bangkok: Charoenmankong Printing; 2007. (In Thai)
5. Obesity club of Thailand Guidelines for Diagnosis and Treatment of Obesity: 2005. Bangkok; 2007. (In Thai)

6. Archananuparp S. Obesity treatment for medical practitioners: Moh-chao-ban Publishing House; 2006. (In Thai)
7. Kamjanarangsichai E. Restoration academic articles about obesity prevention and control practices in health promotion. 2002. (In Thai)
8. Haygsawat R. Obesity. Ramkhamhaeng Journal 2006; 23(2): 208-17. (In Thai)
9. National health examination survey office Health system research institute. Nutrition surveys Thai people's health survey by physical examination No.4 2008. Bangkok; 2008. (In Thai)
10. Schwartz NE. Nutritional knowledge, attitude and practice of high school graduated. Journal American Diet Assoc 1975; 66(1), 25-31.
11. TANITA Corporation. Body composition analyzer BC-420MA instruction manual; 2005.
12. The Development Potentials of Thai People Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Guidebook for reading nutritional labels of condiments and processed foods. Bangkok; Juttog; 2011. (In Thai)
13. The Development Potentials of Thai People Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Guidebook for reading nutrition labels of snack foods and beverages. Bangkok; Juttog; 2011. (In Thai)
14. The Development Potentials of Thai People Project, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Fast food consumption guidebook. Bangkok; Juttog; 2011. (In Thai)
15. Proper K.I, Hildebrandt V.H, Van der Beek A.J, Twisk J.W, Mechelen, W.V. Effect of individual counseling on physical activity fitness and health a randomized controlled trial in a workplace setting. American J Prevent Med 2003; 24(3), 219-26.
16. Sartorelli D.S, Sciarra E.C, Franco L.J, Cardoso M.A. Beneficial effects of short-term nutritional counselling at the primary health-care level among Brazilian adults. Public Health Nutrition 2005; 8(7), 820-5.