

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงานเรื่อง การศึกษาสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2554

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 กันยายน 2554

3. สัดส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ 80 %

4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน

4.1 นางพุดสุข	ปลัดชัย	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	สัดส่วนของผลงาน 5%
4.2 นางนันทิชา	แปะกระโทก	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	สัดส่วนของผลงาน 5%
4.3 นางสาวสันธนี	ชโลปถัมภ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	สัดส่วนของผลงาน 5%
4.4 นางสาวกาญจนารัตน์	หาญทองกลาง	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	สัดส่วนของผลงาน 5%

5. บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive Study)นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการตรวจสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2553 – 30 กันยายน 2554 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,556 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกผู้รับบริการของแผนกตรวจสุขภาพประจำปีและจากเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และChi-square

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกฯ พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 55.8 และ ร้อยละ 44.2 ตามลำดับ อายุเฉลี่ย 47.4 ปี พบรอบเอวปกติ(กลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง)มากกว่ารอบเอวเกิน(กลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง) ร้อยละ 60.5 และ ร้อยละ 39.5 ตามลำดับ สถานการณ์ของกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 มีอายุระหว่าง 45 – 54 ปี ร้อยละ 55 พบดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ร้อยละ 58.5 ความดันโลหิตอยู่ในความดันสูงระดับอ่อน ร้อยละ 28.4 โคลเลสเตอรอลอยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 37.6 ไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.1 เอชดีแอลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 77.3 และแอลดีแอลอยู่ในระดับก้ำกึ่ง ร้อยละ 31.1

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่า

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต น้ำตาลขณะอดอาหาร โคลเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลและแอลดีแอล มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น จากข้อมูลสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว สามารถเป็นข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือด ในกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้หญิงที่มีรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตร และผู้ชายที่มีรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร โดยรณรงค์ให้ลดน้ำหนักและลดรอบเอว โดยใช้หลัก 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว โดยเน้นการติดตามและประเมินผลปัจจัยข้างต้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง

6. บทนำ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ ภาวะอ้วนลงพุง โดยเฉพาะภาวะอ้วนที่บริเวณพุง เนื่องจากเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ จากเซลล์ไขมันออกสู่กระแสเลือดเพิ่มและเป็นผลให้เกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2550 กล่าวว่ากลุ่มอาการอ้วนลงพุงเป็นการระบาดที่เป็นสากลทั่วโลก ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในสหรัฐอเมริกา โดยพบความชุกร้อยละ 25 ของประชากรทั่วประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่า จะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวใน 20 ปีข้างหน้า จากรายงานกรมอนามัยปี 2551 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ มีภาวะอ้วนลงพุง 22 ล้านคนหรือประมาณ 1 ใน 3 ของคนทั้งประเทศในจำนวนนี้เป็นหญิง 14 ล้านคนและชาย 8 ล้านคน ซึ่งภาวะอ้วนลงพุงนี้ วัดจากขนาดเส้นรอบเอวผู้ชายตั้งแต่ 90 เซนติเมตร และผู้หญิงตั้งแต่ 80 เซนติเมตร⁷ จากการรายงานการเฝ้าระวังและติดตามภาวะอ้วนลงพุงในประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2555 ได้รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศจำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 10,719,817 คน และเพศหญิงจำนวน 22,657,368 คน พบอัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุง ในเพศชาย ร้อยละ 7.7 และในเพศหญิง ร้อยละ 30.3¹¹ และจากการรายงานการเฝ้าระวังและติดตามภาวะอ้วนลงพุงของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ปี 2555 จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 99,180 คน และเพศหญิง จำนวน 507,910 คน พบอัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุง ในเพศชาย ร้อยละ 6.4 และในเพศหญิง ร้อยละ 29.9¹¹ การวัดขนาดเส้นรอบเอวจึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นเกณฑ์วินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง ได้แก่เกณฑ์ NCEP ATPIII 2001, เกณฑ์ International Diabetes Federation (IDF) และเกณฑ์ของ American Heart Association (AHA) ร่วมกับ National Heart Lung and Blood Institutes (NHLBI) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ต้องใช้เส้นรอบเอวร่วมในพิจารณาทั้งสิ้น ไขมันในช่องท้องมาก หรือภาวะอ้วน

ลงพุง มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น รอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 5 ซม. จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน 3-5 เท่า⁷

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา จึงได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2554 เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือด ในกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้หญิงที่มีรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตร และผู้ชายที่มีรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรและเพื่อเป็นข้อมูลดำเนินกิจกรรมรณรงค์ลดน้ำหนักและลดรอบเอว โดยใช้หลัก 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าวกลุ่มนี้ต่อไป

7. วัตถุประสงค์

7.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

7.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

8.1 วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกผู้รับบริการของแผนกตรวจสุขภาพประจำปีและจากเวชระเบียนผู้ป่วย

8.2 ทบทวนวรรณกรรม

ภาวะอ้วนลงพุง (Abdominal obesity: visceral obesity) คือภาวะที่มีไขมันของอวัยวะภายในช่องท้องมากกว่าปกติ และมีภาวะไขมันใต้ชั้นผิวหนังหน้าท้องเพิ่มขึ้น

ปัจจัยและสาเหตุ

1. พันธุกรรม แบ่งเป็น

1.1 พันธุกรรม พบได้น้อย พ่อและแม่อ้วนทั้งสองคน ลูกจะมีโอกาสอ้วนได้ถึงร้อยละ 80 ถ้าพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งอ้วนลูกมีโอกาसा้วนได้ถึงร้อยละ 40

1.2 อันตรกิริยาระหว่างยีน (gene) กับสิ่งแวดล้อม การศึกษาเชิงลึกในระดับยีนพบว่ายีนเลปตินเป็นยีนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนในมนุษย์ยีนเลปตินตั้งอยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 7 ตำแหน่ง 931.3 ทำหน้าที่ควบคุมการสร้างฮอร์โมนเลปตินในเซลล์ไขมันของร่างกาย ฮอร์โมนเลปตินทำหน้าที่ปรับสมดุลพลังงานของร่างกายและควบคุมการสะสมของไขมันในร่างกายและน้ำหนักตัว โดยลดการกินอาหารและเพิ่มการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย เมื่อฮอร์โมนเลปตินถูกหลั่งออกมาจะทำให้เกิดความรู้สึกอิ่ม การกลายพันธุ์ของยีนเลปตินทำให้การหลั่งของฮอร์โมนเลปตินผิดปกติ ทำให้บริโภคอาหารจำนวนมากโดยไม่รู้สึกอิ่ม การเผาผลาญพลังงานใน

ร่างกายลดน้อยลงและเกิดการสะสมของไขมันตามส่วนต่างๆของร่างกายเพิ่มขึ้นจนมีภาวะอ้วนลงพุง⁵ และ การศึกษาการกลายพันธุ์ในยีน Melanocortin-4 receptor(MC4R) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งยีน MC4R อยู่บนโครโมโซมที่ 18q22 ประกอบด้วยกรดอะมิโน 332 ตัว พบมากในสมองส่วนไฮโปทาลามัส มีบทบาทสำคัญในกลไกการควบคุมสมดุลของอาหารและพลังงานในร่างกาย พบมากในสมองส่วนไฮโปทาลามัส มีบทบาทสำคัญในกลไกการควบคุมสมดุลของอาหารและพลังงานในร่างกาย การกระตุ้นการทำงานของ MC4R ด้วย α - Melanocyte stimulating hormone จะลดความอยากอาหารหรือทำให้รู้สึกอิ่มและเพิ่มการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย การกลายพันธุ์ในยีน MC4R จะทำให้กลไกนี้เกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ ทำให้บริโภคอาหารมากกว่าปกติ การเผาผลาญพลังงานในร่างกายลดลงจึงทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุงและมีการถ่ายทอดในลักษณะของยีนเด่น⁹

2. พฤติกรรมการกินอาหาร แบ่งได้ 2 รูปแบบ คือ ความผิดปกติของการกินอาหารจุกมาก และ กลุ่มอาการการกินอาหารตอนกลางคืน

2.1 ความผิดปกติของการกินอาหารจุกมาก(binge-eating disorder) คือ มีการกินอาหาร ปริมาณมากที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นตอนหัวค่ำ ลักษณะการกินแบบนี้พบมากในคนอ้วน และร้อยละ 30 ของคนกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือจากแพทย์

2.2 กลุ่มอาการกินอาหารตอนกลางคืน(night-eating syndrome) คือ การกินอาหารที่ให้ พลังงานร้อยละ 20-50 ของพลังงานทั้งหมดภายหลังจากอาหารมื้อเย็น ความผิดปกตินี้พบบ่อยในผู้ที่อ้วนมากและ สัมพันธ์กับความผิดปกติในการนอนหลับ เช่น การหยุดหายใจขณะหลับ

3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย ขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายจาก สภาพการทำงานและการมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น ติดโทรทัศน์ ติดเกมส์ หรือติดคอมพิวเตอร์ จึงทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง

4. ปัจจัยทางชีวภาพ สภาพที่รับไว้ทางชีวภาพที่ไม่ใช่พันธุกรรม ได้แก่

4.1 เพศ ผู้ชายจะใช้พลังงานส่วนเกินเพื่อการสังเคราะห์โปรตีน ความแตกต่างกันดังกล่าวนี้ทำให้ ผู้หญิงมีดุลยภาพเป็นบวกและมีไขมันภายในร่างกายเพิ่มขึ้นได้ง่ายกว่าผู้ชาย

4.2 ชาติพันธุ์ มีกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศอุตสาหกรรมหลายประเทศ ซึ่งปรากฏชัดเจนเมื่อบุคคล นั้นก้าวสู่วิถีชีวิตที่มั่งคั่ง เช่น ชาว Pima Indian ในมลรัฐอะริโซนา สหรัฐอเมริกา มีความชุกของโรคอ้วนสูงมาก

4.3 ช่วงชีวิตที่ง่ายต่อการมีน้ำหนักตัวเพิ่ม การเพิ่มของไขมันในร่างกายจะเกิดขึ้นตลอดอายุขัย จนกระทั่งถึงอายุ 60-65 ปี จะมีการสะสมของไขมันในร่างกาย

5. ปัจจัยอื่น ๆ

5.1 การสูบบุหรี่ มีผลต่ออัตราเมตาโบลิซึมและมีผลต่อการบริโภคอาหาร

5.2 การบริโภคแอลกอฮอล์ เนื่องจากร่างกายไม่สามารถสะสมแอลกอฮอล์ได้ จึงมีการเปลี่ยน รูปแบบไกลโคเจนและสะสมของร่างกายแทน นอกจากนี้การบริโภคแอลกอฮอล์ยังทำให้พลังงานจากสารอาหารอื่นๆ ถูกสะสมไว้มากขึ้นด้วย

5.3 การได้รับยารักษาโรคบางชนิด อาจส่งเสริมให้น้ำหนักเพิ่มได้ เช่น ยาคุมกำเนิด สเตียรอยด์ เป็นต้น

5.4 โรคบางชนิด การเป็นโรคผิดปกติทางพันธุกรรมบางชนิดและความผิดปกติทางต่อมไร้ท่อ บางชนิดทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ เช่น โรคต่อมธัยรอยด์ทำงานต่ำกว่าปกติ โรคคุชชิง และเนื้องอกของต่อมใต้สมอง เป็นต้น

5.5 การลดการเคลื่อนไหวร่างกายลงอย่างมาก ในบุคคลที่ลดการเคลื่อนไหวร่างกายลงอย่างมาก แต่ไม่ได้ลดปริมาณพลังงานที่เคยบริโภคจะเป็นสาเหตุหลักของการมีไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น นักกีฬา เมื่อเลิกเล่นกีฬา มารดาหลังคลอด เป็นต้น

5.6 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางสังคม เช่น การแต่งงาน การมีบุตร การได้งานใหม่ และการเปลี่ยนแปลงทางอากาศ สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงลบของกระแสการบริโภค ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และสิ่งแวดล้อมในการดำเนินชีวิตที่สะดวกสบายด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ และการเคลื่อนไหว กิจกรรมทางกายลดลง ประกอบกับการบริโภคอาหารพลังงานสูงเพิ่มขึ้น ทำให้คนเราได้พลังงานเพิ่มขึ้นแต่อกกำลังกายน้อยลง สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของน้ำหนักตัว

ผลกระทบต่อสุขภาพ แบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม คือ

1. โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคถุงน้ำดี เป็นต้น

2. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและเมตาโบลิซึม ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ภาวะต่ออินซูลิน ความผิดปกติของฮอร์โมนที่มีผลกระทบต่อหน้าที่สืบพันธุ์ เช่น ความผิดปกติของการตกไข่ ภาวะแอนโดรเจนมาก การทำหน้าที่ของต่อมหมวกไต เป็นต้น ความผิดปกติของเมตาโบลิซึมที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนได้แก่ ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติและกลุ่มอาการเมตาโบลิซึม ซึ่งประกอบด้วย 5 ภาวะเหล่านี้ ตั้งแต่ 2 ภาวะขึ้นไป คือ ภาวะโรคอ้วนลงพุง ระดับความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไตรกลีเซอไรด์สูง และระดับเอชดีแอลต่ำ

3. ปัญหาสุขภาพอ่อนแอ ได้แก่ โรคข้อเสื่อม ภาวะกรดยูริกในเลือด การหายใจผิดปกติขณะหลับ เป็นต้น

4. ปัญหาทางสังคมและจิตใจ ในด้านผลกระทบทางจิตวิทยาพบว่า คนอ้วนมักมีความรู้สึกไม่มั่นคง มีความรู้สึกไวต่อความรู้สึกต่างๆ และแยกตัวเองออกจากสังคม

การป้องกันน้ำหนักตัวเพิ่ม แบ่งได้เป็น 3 ระดับได้แก่

1. การป้องกันน้ำหนักตัวเพิ่มระดับประชากร เป็นการควบคุมน้ำหนักตัวของทุกคนในประชากรหรือชุมชน โดยมีเป้าหมายในระดับความอ้วนคงที่ ลดอุบัติการณ์ของผู้ที่เป็นโรคอ้วนใหม่ ลดความชุกของโรคอ้วนในประชากรนั้น วิธีการหลัก คือ การปรับปรุงสัดส่วนของอาหารที่บริโภคและการเคลื่อนไหวร่างกาย

2. การป้องกันน้ำหนักตัวเพิ่มแบบคัดเลือก เป็นการควบคุมน้ำหนักตัวที่มีเป้าหมายในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนในประชากร ได้แก่ กลุ่มที่มีสภาพพันธุกรรมเสี่ยงต่อโรคอ้วนชาติพันธุ์ เพศ การเป็นโรคบางชนิด การใช้ยารักษาโรคบางชนิดที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะอ้วน เป็นต้น

3. การป้องกันน้ำหนักตัวเพิ่มแบบมุ่งเป้าหมาย เป็นการควบคุมน้ำหนักเน้นในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรือมีตัวบ่งชี้ทางชีวภาพว่ามีการสะสมไขมันมากโดยที่บุคคลเหล่านี้ยังไม่อ้วน

เนื่องจากปัจจัยหลักของการมีน้ำหนักเกินหรือการเกิดโรคอ้วน คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและระดับการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ทำให้พลังงานที่บริโภคมากกว่าพลังงานที่นำไปใช้ เกิดมีไขมัน

สะสมในร่างกาย ดังนั้นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วนจึงต้องมีการปรับปรุงการบริโภคอาหารควบคู่ไปกับการเพิ่มระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย ดังแผนภาพ



แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักตัว

เป้าหมายคือ ให้ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 20.0-24.9 กก./ม² และอัตราส่วนเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบวงสะโพกน้อยกว่า 1.0 ในผู้ชายและน้อยกว่า 0.8 ในผู้หญิง ทั้งนี้สามารถทำได้โดย

1. การบริโภคพลังงานแต่พอควร โดยในการบริโภคพลังงานต้องคำนึงถึง การบริโภคพลังงานไม่ให้เกินกว่าพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสะสมของไขมันในร่างกาย
2. การบริโภคไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ ด้วยเหตุที่ไขมันที่บริโภคเกินจะถูกสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไขมันได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงถึงประมาณร้อยละ 96 การจำกัดปริมาณไขมันที่บริโภคจึงมีผลต่อการควบคุมน้ำหนัก
3. การบริโภคโปรตีนร้อยละ 15-20 ของพลังงานที่ได้รับ โปรตีนในอาหารมีความสามารถสูงในการยุดติการบริโภคอาหารและยับยั้งความหิว มีความหนาแน่นของพลังงานต่ำและเป็นสารอาหารมหัพภาคที่มีส่วนให้พลังงานประจำวันต่ำ ร่างกายมีความสามารถสูงในการเพิ่มออกซิเดชันกรดอะมิโน เมื่อบริโภคโปรตีนมากขึ้น มีวิถีเมตาโบลิซึมที่ถ่ายโอนโปรตีนที่บริโภคเกินเป็นสารอื่น และมีความจุในการสะสมโปรตีนต่ำ
4. การบริโภคคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 ของพลังงานที่ได้รับ คาร์โบไฮเดรตในอาหารมีความสามารถในการยุดติการบริโภคอาหารได้ปานกลางและยับยั้งความหิวได้สูง แม้ว่าคาร์โบไฮเดรตมีความหนาแน่นพลังงานต่ำ แต่เป็นสารอาหารมหัพภาคที่มีส่วนให้พลังงานประจำวันสูง และร่างกายมีขีดความสามารถสูงในการเพิ่มออกซิเดชันคาร์โบไฮเดรต เมื่อบริโภคมาก รวมทั้งมีวิถีเมตาโบลิซึมที่ถ่ายโอนคาร์โบไฮเดรตที่บริโภคเกินเป็นสารอื่น และมีความจุในการสะสมคาร์โบไฮเดรตในสภาพไกลโคเจนต่ำ
5. การงดหรือการลดการบริโภคแอลกอฮอล์ การบริโภคแอลกอฮอล์ให้พลังงานแก่ร่างกายบางส่วน ร่างกายให้ลำดับออกซิเดชันแอลกอฮอล์ก่อนสารอาหารมหัพภาค การบริโภคแอลกอฮอล์เปิดโอกาสให้พลังงานจากสารอาหารมหัพภาคถูกสะสมเป็นไขมันในร่างกายมากขึ้น
6. การบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ ผัก ผลไม้ วิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร ซึ่งมีส่วนทำให้ลดการบริโภคพลังงานและควรบริโภคผลไม้ที่มีรสหวานจัดแต่พอควร

แนวทางการบำบัด

การบำบัดโรคอ้วนมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ ได้แก่ การลดน้ำหนักตัวให้ได้พอสมควรคือไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวที่เป็นอยู่ในระยะเริ่มต้น การรักษาน้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วให้ได้ตลอดไป และการป้องกันและลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของโรคต่างๆที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคอ้วน

วิธีการลดน้ำหนักตัวในผู้ที่อ้วน แบ่งได้เป็น 5 ประเภท คือ

1. การบำบัดด้วยอาหาร

ปัจจุบันแบ่งอาหารที่ใช้ลดน้ำหนักเป็น 3 ประเภท คือ

1.1 อาหารที่ให้พลังงานต่ำที่พอเหมาะกับปัจเจกบุคคล โดยมีหลักการของการใช้อาหารประเภทนี้คือการบริโภคอาหารให้น้อยลงวันละ 500-600 แคลลอรี่ ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้ที่ลดน้ำหนักสามารถนำไปปฏิบัติต่อเนื่องได้เป็นเวลานาน และในระยะยาวสามารถลดน้ำหนักตัวได้ดีกว่าผู้ที่ลดน้ำหนักโดยจำกัดพลังงานที่บริโภคอย่างมาก อาหารพลังงานต่ำที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคลไม่ควรให้ระดับพลังงานต่ำกว่า 1200 กิโลแคลลอรี่ ผู้ที่ได้พลังงานที่บริโภคลดลงวันละ 500 แคลลอรี่ น้ำหนักตัวจะลดลงประมาณ 0.45 กิโลกรัมต่อสัปดาห์

1.2 อาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,000-1,200 กิโลแคลลอรี่ เป็นวิธีการที่กำหนดให้ผู้ใช้อ้วนบริโภคอาหารวันละ 1,000-1,200 แคลลอรี่เท่านั้น อาจก่อให้เกิดการขาดสารอาหารบางชนิดได้ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารเสมอ และมีผู้ที่ลดน้ำหนักจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถทนต่อการจำกัดพลังงานที่บริโภคดังกล่าวได้ จึงเป็นวิธีที่ไม่แนะนำให้ปฏิบัติโดยทั่วไป

1.3 อาหารที่ให้พลังงานต่ำ (very low-calorie diet) อาหารประเภทนี้จัดเป็นอาหารทางการแพทย์ โดยมีสัดส่วนของพลังงานจากโปรตีนสูงและจากไขมันต่ำ การบำบัดโรคอ้วนด้วยอาหารชนิดนี้ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด และน้ำหนักตัวจะลดลงอย่างรวดเร็วมากในช่วง 3 เดือนแรกของการได้รับอาหารพลังงานต่ำมาก แต่ในระยะยาวมักจะไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาน้ำหนักตัวที่ลดลงไว้ได้ และควรให้ผู้ลดน้ำหนักที่ได้อาหารชนิดนี้ได้รับพลังงานวันละ 800 กิโลแคลลอรี่เพราะการได้รับพลังงานจากอาหารชนิดนี้น้อยกว่านี้ก็ไม่มีผลให้น้ำหนักตัวลดเพิ่มขึ้น

2. การลดน้ำหนักโดยการเคลื่อนไหวร่างกายและการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีการสำคัญในการเพิ่มพลังงานที่นำไปใช้และนำมาใช้ควบคู่กับการคุมอาหาร จะมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนักตัวมากกว่าการควบคุมอาหารหรือออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว ปัจจุบัน 2 ประการที่ทำให้การลดน้ำหนักวิธีนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพคือ การบรรลุระดับการเคลื่อนไหวร่างกายและการปรับปรุงให้ยึดติดกับการเคลื่อนไหวร่างกาย

การบรรลุระดับการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่ออรรถน้ำหนักตัว และลดน้ำหนักตัวเพื่อให้มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งด้านจิตใจและสรีรวิทยานั้นไม่จำเป็นต้องรุนแรง การเคลื่อนไหวร่างกายที่มีความเข้มข้นต่ำแต่นานพอ เช่น การเดินอย่างตั้งใจนาน 30-60 นาที เกือบทุกวัน สามารถเพิ่มการใช้พลังงานได้พอสมควร รวมทั้งมีผลให้น้ำหนักตัวลดและลดไขมันในร่างกาย ดังนั้นกลยุทธ์ของการเคลื่อนไหวร่างกาย จึงมุ่งสนับสนุนการเพิ่มระดับของการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีความเข้มข้นต่ำ และการเคลื่อนไหวร่างกายเวลาว่าง

มาตรฐานการเพิ่มการออกกำลังกายพอประมาณ โดยการเดินหรือถีบจักรยานใช้พลังงาน 60-200 กิโลแคลลอรี่ต่อชั่วโมงขึ้นกับความเข้มข้นของการออกกำลังกาย ในคนอ้วนที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกายให้เพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกายวันละ 3 ชั่วโมง เช่น การยืนมากกว่าการนั่งจะเพิ่มพลังงานที่ใช้ใน 24 ชั่วโมง จากร้อยละ 40 เป็นเท่ากับหรือมากกว่า 1.75 เมตาโบลิซึมมาตรฐาน

การฝึกสมรรถภาพทางสรีรวิทยาด้วยการออกกำลังกายปานกลางหรือรุนแรง โดยจัดให้ออกกำลังกายเป็นกลุ่มภายใต้การดูแล 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 45-60 นาที วิธีนี้มีประโยชน์มาก แต่ยากที่จะปฏิบัติได้ยั่งยืน เพราะคนอ้วนมักมีปัญหากล้ามเนื้อและกระดูกหรือปัญหาการหายใจร่วมด้วย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายที่ต้องใช้พลังงานมากอย่างต่อเนื่อง

ในการปรับปรุงให้คนอ้วนยึดติดกับการเคลื่อนไหวร่างกาย คือ การดำเนินการที่บ้านมากกว่าที่ศูนย์ลดน้ำหนัก การให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งคำแนะนำอย่างเป็นทางการจากนักวิชาชีพ เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการลดความอ้วนหรือการลดน้ำหนัก ประกอบด้วย การปรับปรุงบริโภคนิสัยและควบคุมระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย วิธีนี้มักดำเนินการเป็นกลุ่ม ๆ ละ 8-10 คน โดยมีหลักปฏิบัติที่ประกอบด้วย การสำรวจตนเองเกี่ยวกับอาหารที่บริโภค และภาวะที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค การฝึกให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่พบจากการสำรวจตนเองอย่างเป็นระบบ การให้ความรู้ทางโภชนาการ การบริโภคอาหารให้ช้าลงในแต่ละมื้ออาหาร การควบคุมสิ่งกระตุ้นที่เอื้ออำนวยต่อการบริโภคอาหาร เช่น งดไปงานเลี้ยงที่ไม่จำเป็น การเปลี่ยนแปลงความคิดและการวางตัวเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวให้ไปในทิศทางที่ดีขึ้น การออกกำลังกาย และการป้องกันน้ำหนักเพิ่มโดยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาน้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วไว้ได้ และนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

4. การรักษาโดยยาต้านโรคอ้วน

การรักษาโดยใช้ยาต้านโรคอ้วนต้องใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์เท่านั้น ข้อบ่งชี้ในการใช้ยาต้านโรคอ้วน ได้แก่

4.1 ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย เท่ากับหรือมากกว่า 30 กก./ m^2 และการรักษาด้วยอาหาร การออกกำลังกายและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ได้ผล

4.2 ผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25.0-29.9 กก./ m^2 ที่มีโรคอื่นร่วมด้วย และการรักษาด้วยอาหาร การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ได้ผล

ยาต้านโรคอ้วน แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ (1) ยาที่ออกฤทธิ์ผ่านระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ ยาระงับความอยากอาหาร ทำให้ความหิวกระหายอาหารลดลง โดยออกฤทธิ์ผ่านระบบประสาทส่วนกลาง (2) ยาที่ออกฤทธิ์ภายนอก ได้แก่ ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ lipase (3) ยาที่ออกฤทธิ์รอบนอก และผ่านระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ยาก่อความร้อนและความอยากอาหาร คือ ephedrine ร่วมกับ caffeine

5. การผ่าตัดเพื่อบำบัดความอ้วน

การผ่าตัดใช้เฉพาะผู้ที่มีอ้วนมาก คือมีดัชนีมวลกายเกินกว่า 35 กก./ m^2 โดยมีหลัก 2 ประการ คือ ผ่าตัดเพื่อจำกัดพลังงานที่บริโภค และเพื่อลดการดูดซึมอาหาร ปัจจุบันการผ่าตัดโดยวิธี vertical banded gastroplasty และวิธี Rouxen-Y gastric bypass เป็นการผ่าตัดที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก ผู้ป่วยโรคอ้วนระยะยาว³

8.3 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้รับบริการในโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2554 มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

8.4 ขอบเขตการศึกษา

ผู้รับบริการตรวจสุขภาพเชิงรุกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2553 ถึง 30 กันยายน 2554

8.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกผู้รับบริการของแผนกตรวจสุขภาพประจำปีและเวชระเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

8.6 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูล ผลการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้รับบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ
2. ข้อมูลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตช่วงบน ความดันโลหิตช่วงล่างและรอบเอว
3. ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ น้ำตาลขณะอดอาหาร โคเลสเตอรอลรวม แอลดีแอล ไตรกลีเซอไรด์ และเอชดีแอล

8.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและChi-square

9. ผลการดำเนินงาน

9.1 ข้อมูลสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตรวจร่างกายและข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ และอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,556 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย(ร้อยละ 55.8และ 44.2 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 51.9) รองลงมาอยู่ระหว่าง 35-44 ปี (ร้อยละ 24.5) และอายุระหว่าง 55-64 ปี (ร้อยละ 17.1) อายุเฉลี่ย 47.4 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.6) อายุต่ำสุดคือ 19 ปี อายุสูงสุดคือ 74 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 2556	ร้อยละ	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1.เพศ						
ชาย	1131	44.2				
หญิง	1425	55.8				
2.อายุ						
น้อยกว่า 25 ปี	8	0.3				
25-34 ปี	155	6.1				
35-44 ปี	625	24.5	19	74	47.4	7.6
45-54 ปี	1326	51.9				
55-64ปี	437	17.1				
65-74 ปี	4	0.2				

ข้อมูลการตรวจร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตและรอบเอว พบว่า ดัชนีมวลกายระดับปกติ (ร้อยละ 33) และดัชนีมวลกายระดับอ้วน (ร้อยละ 32) ใกล้เคียงกัน รองลงมาดัชนีมวลกายระดับน้ำหนักเกิน ร้อยละ 22.1 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.5 กก/ม² (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4) ดัชนีมวลกายต่ำสุดคือ 13.1 กก/ม² และดัชนีมวลกายสูงสุดคือ 50.5 กก/ม²

ความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 32.2) รองลงมาความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 21.1) และความดันโลหิตอยู่ในความดันสูงระดับอ่อน (ร้อยละ 20.0) ความดันโลหิตเฉลี่ย 129.9/81.1 มม.ปรอท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.5) ความดันโลหิตต่ำสุดคือ 80/46 มม.ปรอท และความดันโลหิตสูงสุดคือ 233/135 มม.ปรอท

รอบเอวส่วนใหญ่ปกติ(กลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนพุง) ร้อยละ 60.5 และรอบเอวเกิน(กลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง) ร้อยละ 39.5 รอบเอวเฉลี่ย 82 เซนติเมตร (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11) รอบเอวน้อยที่สุด 55 เซนติเมตร รอบเอวสูงสุด 150 เซนติเมตร ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตรวจร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 2556	ร้อยละ	ค่า ต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1.ดัชนีมวลกาย(Body Mass Index)(กก/ม²)						
ผอม(≤ 18.4)	104	4.0	13.1	50.5	24.5	4
ปกติ(18.5-22.9)	845	33				
น้ำหนักเกิน(23-24.9)	565	22.1				
อ้วน(25-29.9)	820	32				
โรคอ้วน(≥ 30 ขึ้นไป)	222	8.7				
2.ความดันโลหิต(Systolic/Diastolic blood pressure) (มม.ปรอท)						
ต่ำ <120/<80	824	32.2	80/46	233/135	129.9/81.1	19.5
ปกติ 120-129/80-84	539	21.1				
เสี่ยง 130-139/85-89	487	19.1				
ความดันสูงระดับอ่อน 140-159/90-99	512	20.0				
ความดันสูงระดับปานกลาง 160-179/100-109	142	5.6				
ความดันสูงระดับรุนแรง >180/>110	52	2.0				
3.รอบเอว(Waist circumference) (ซม.)						
ปกติ(ชาย ≤ 89 ,หญิง ≤ 79)	1547	60.5	55	150	82.03	11.04
เกิน(ชาย ≥ 90 ,หญิง ≥ 80)	1009	39.5				

ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ น้ำตาลขณะอดอาหาร โคลเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล และแอลดีแอล พบว่า ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารส่วนใหญ่ระดับปกติ (ร้อยละ 8.2) รองลงมา ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารระดับเสี่ยง (ร้อยละ 12.4) และระดับน้ำตาลขณะอดอาหารระดับเบาหวาน (ร้อยละ 5.4) ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเฉลี่ยคือ 93 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.4) ระดับน้ำตาลขณะอดอาหารต่ำสุดคือ 47 มก./ดล.และระดับน้ำตาลขณะอดอาหารสูงสุดคือ 507 มก./ดล.

โคเลสเตอรอลรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 36.9) รองลงมาโคเลสเตอรอลรวมระดับสูง (ร้อยละ 36.6) และโคเลสเตอรอลรวมระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 36.5) โคเลสเตอรอลรวมมีค่าเฉลี่ยคือ 215 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 46) โคเลสเตอรอลรวมต่ำสุดคือ 27 มก./ดล. และโคเลสเตอรอลรวมสูงสุดคือ 458 มก./ดล.

ไตรกลีเซอไรด์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ(ร้อยละ67.1) รองลงมาไตรกลีเซอไรด์ระดับสูง(ร้อยละ 14.1) และไตรกลีเซอไรด์ระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 13.1) ไตรกลีเซอไรด์มีค่าเฉลี่ย 139.7 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 103.6) ไตรกลีเซอไรด์ต่ำสุดคือ 13 มก./ดล.และไตรกลีเซอไรด์สูงสุด 1100 มก./ดล.

เอชดีแอลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.4) และเอชดีแอลระดับปกติ (ร้อยละ 34.6) ระดับเอชดีแอลมีค่าเฉลี่ย 55 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16) เอชดีแอลต่ำสุดคือ 16 มก./ดล. และเอชดีแอลสูงสุดคือ 114 มก./ดล.

แอลดีแอลส่วนใหญ่อยู่ในระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 30.7) รองลงมาแอลดีแอลระดับเสี่ยง (ร้อยละ 27.5) และแอลดีแอลระดับสูง (ร้อยละ 17.1) แอลดีแอลมีค่าเฉลี่ยคือ 135.45 มก./ดล. (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 40.2) แอลดีแอลต่ำสุดคือ 11 มก./ดล. และแอลดีแอลสูงสุดคือ 344 มก./ดล. ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 2556	ร้อยละ	ค่า ต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
1.น้ำตาลขณะอดอาหาร (Fasting blood glucose) (มก./ด.)						
ปกติ(<100)	2101	82.2	47	507	27.4	93
เสี่ยง(100-125)	316	12.4				
เบาหวาน(≥126)	138	5.4				
2.โคเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol)(มก./ดล.)						
ปกติ(<200)	944	36.9	27	458	215	46
ก้ำกึ่ง(200-239)	932	36.5				
สูง(≥240)	680	36.6				
3.ไตรกลีเซอไรด์(Triglyceride)(มก./ดล.)						
ปกติ(≤150)	1715	67.1				
ก้ำกึ่ง(151-199)	334	13.1	13	1100	139.7	103.6
สูง(200-499)	360	14.1				
สูงมาก(≥500)	39	1.5				
4.เอชดีแอล (High density lipoprotein)(มก./ดล.)						
ปกติ(ชาย≥40,หญิง≥50)	884	34.6	16	114	55	16
ต่ำ(ชาย<40,หญิง<50)	1672	65.4				

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน n = 2556	ร้อยละ	ค่า ต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
5.แอลดีแอล (Low density lipoprotein)(มก./ดล.)						
ปกติ(<100)	419	16.4	11	344	135.45	40.2
เสี่ยง(100-129)	703	27.5				
กำกวม(130-159)	785	30.7				
สูง(160-189)	437	17.1				
สูงมาก(≥ 190)	212	8.3				

9.2 ข้อมูลวิเคราะห์ปัจจัยสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,556 ราย พบว่า เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุงมากกว่ากลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง (ร้อยละ 54.1 และ 45.9)ตามลำดับ การวิเคราะห์ปัจจัยสุขภาพด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศและอายุ ด้านเพศพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 54.1) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 56.8)

ด้านอายุ พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบช่วงอายุ 45 – 54 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 55.0) รองลงมาช่วงอายุ 55 – 64 ปี (ร้อยละ 21.9) และช่วงอายุ 35 – 44 ปี (ร้อยละ 18.8) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบช่วงอายุ 45 – 54 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 49.8) รองลงมาช่วงอายุ 35 – 44 ปี (ร้อยละ 28.2) และช่วงช่วงอายุ 55 - 64 ปี (ร้อยละ 14.0) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลปัจจัยสุขภาพด้านข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

ข้อมูลทั่วไป	Abdominal obesity		Non Abdominal obesity		Pearson chi-square	ระดับ นัยสำคัญ
	จำนวน n = 1009	ร้อยละ	จำนวน n = 1547	ร้อยละ		
1.เพศ						
ชาย	463	45.9	668	43.2	1.874	.17
หญิง	546	54.1	879	56.8		
2.อายุ						
น้อยกว่า 25 ปี	2	0.2	6	0.4	60.650	.00
25 – 34 ปี	40	4.0	115	7.4		
35 – 44 ปี	190	18.8	436	28.2		
45 – 54 ปี	555	55.0	771	49.8		
55 – 64 ปี	221	21.9	216	14.0		
65 – 74 ปี	1	0.1	3	0.2		

การวิเคราะห์ปัจจัยสุขภาพด้านการตรวจร่างกาย ได้แก่ ดัชนีมวลกายและความดันโลหิต ด้านดัชนีมวลกาย พบว่า ระดับดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนมากที่สุด (ร้อยละ 58.5) รองลงมาดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วน (ร้อยละ 21.8) และดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 14.6) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 52.1) รองลงมาดัชนีมวลกายอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 27.1) และดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (ร้อยละ 14.8)

ด้านความดันโลหิต พบว่า ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบความดันโลหิตความดันสูงอยู่ในระดับอ่อนมากที่สุด (ร้อยละ 28.4) รองลงมาความดันโลหิตอยู่ในระดับเสี่ยง (ร้อยละ 22.8) และความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 18.9) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบความดันโลหิตอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 28.4) รองลงมาความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 22.9) และความดันโลหิตอยู่ในระดับ (ร้อยละ 16.6) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ข้อมูลปัจจัยสุขภาพด้านการตรวจร่างกายระหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

ข้อมูลทั่วไป	Abdominal obesity		Non Abdominal obesity		Pearson chi-square	ระดับ นัยสำคัญ
	จำนวน n = 1009	ร้อยละ	จำนวน n = 1547	ร้อยละ		
1.ดัชนีมวลกาย					1199.077	.00
ผอม	12	1.2	91	5.9		
ปกติ	39	3.9	805	52.1		
น้ำหนักเกิน	147	14.6	418	27.1		
อ้วน	590	58.5	229	14.8		
โรคอ้วน	220	21.8	2	0.1		
2.ความดันโลหิต					204.614	.00
ต่ำ	191	18.9	633	40.9		
ปกติ	184	18.2	355	22.9		
เสี่ยง	230	22.8	257	16.6		
ความดันสูงระดับอ่อน	287	28.4	225	14.5		
ความดันสูงระดับปานกลาง	87	8.6	55	3.6		
ความดันสูงระดับรุนแรง	30	3.0	22	1.4		

การวิเคราะห์ปัจจัยสุขภาพด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ น้ำตาลขณะอดอาหาร โคเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล และแอลดีแอล ด้านน้ำตาลขณะอดอาหาร พบว่า น้ำตาลขณะอดอาหารมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงพบน้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 73.1) รองลงมา น้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับเสี่ยง (ร้อยละ 17.1) และน้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับเบาหวาน (ร้อยละ 9.5) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบน้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 88.0) รองลงมา น้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับเสี่ยง (ร้อยละ 9.3) และน้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับเบาหวาน (ร้อยละ 2.7)

ด้านโคเลสเตอรอลรวม พบว่า โคเลสเตอรอลรวมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบโคเลสเตอรอลรวมอยู่ในระดับก้ำกึ่งมากที่สุด (ร้อยละ 37.6) รองลงมาโคเลสเตอรอลรวมอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 31.3) และโคเลสเตอรอลรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 31.1) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบโคเลสเตอรอลรวมอยู่ในระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 40.6) รองลงมาโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 35.8) และโคเลสเตอรอลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 23.6)

ด้านไตรกลีเซอไรด์ พบว่า ไตรกลีเซอไรด์มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 57.1) รองลงมาไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 21.0) และไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 19.7) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับปกติมากที่สุด (ร้อยละ 78.7) รองลงมาไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 10.5) และไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับก้ำกึ่ง (ร้อยละ 9.6)

ด้านเอชดีแอล พบว่า เอชดีแอลมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบเอชดีแอลอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 77.3) และเอชดีแอลอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 22.7) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบเอชดีแอลอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 57.1) และเอชดีแอลอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 42.9)

ด้านแอลดีแอล พบว่า แอลดีแอลมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง พบแอลดีแอลอยู่ในระดับก้ำกึ่งมากที่สุด (ร้อยละ 31.1) รองลงมาแอลดีแอลอยู่ในระดับเสี่ยง (ร้อยละ 25.1) และแอลดีแอลอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 20.1) ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบแอลดีแอลอยู่ในระดับก้ำกึ่งมากที่สุด (ร้อยละ 30.4) รองลงมาแอลดีแอลอยู่ในระดับเสี่ยง (ร้อยละ 29.3) และแอลดีแอลอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 17.5) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ข้อมูลปัจจัยสุขภาพด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง

ข้อมูลทั่วไป	Abdominal obesity		Non Abdominal obesity		Pearson chi-square	ระดับ นัยสำคัญ
	จำนวน n = 1009	ร้อยละ	จำนวน n = 1547	ร้อยละ		
1.โคเลสเตอรอลรวม					27.024	.00
ปกติ	316	31.3	628	40.6		
เสี่ยง	380	37.6	553	35.8		
เบาหวาน	313	31.1	365	23.6		
2.ไตรกลีเซอไรด์					131.369	.00
ปกติ	576	57.1	1217	78.7		
ก้ำกึ่ง	199	19.7	149	9.6		
สูง	212	21.0	162	10.5		
สูงมาก	22	2.2	19	1.2		
3.เอชดีแอล					97.535	.00
ปกติ	229	22.7	664	42.9		
ต่ำ	780	77.3	883	57.1		

ข้อมูลทั่วไป	Abdominal obesity		Non Abdominal obesity		Pearson chi-square	ระดับ นัยสำคัญ
	จำนวน n = 1009	ร้อยละ	จำนวน n = 1547	ร้อยละ		
4. แอลดีแอล					15.361	.04
ปกติ	136	14.8	230	17.5		
เสี่ยง	231	25.1	384	29.3		
กำกวม	287	31.1	398	30.4		
สูง	185	20.1	196	15.0		
สูงมาก	83	9.0	103	7.9		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

9.4 สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานี้ พบว่า สถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่างโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2554 ข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 2556 ราย พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 55.8 และ ร้อยละ 44.2 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 51.9) อายุเฉลี่ย 47.4 ปี ข้อมูลการตรวจร่างกายส่วนใหญ่พบดัชนีมวลกายระดับปกติ (ร้อยละ 33) ความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 32.2) และพบรอบเอวปกติ(กลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง) ร้อยละ 60.5 มากกว่ารอบเอวเกิน(กลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง) ร้อยละ 39.5 ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่พบน้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 82.2) โคเลสเตอรอลรวมอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 36.9) ไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 70.1) เอชดีแอลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 65.4) และแอลดีแอลอยู่ในระดับกำกวม (ร้อยละ 30.7)

สถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของกลุ่มตัวอย่างโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2554 ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 1009 ราย (ร้อยละ 39.5) พบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 54.1 และ ร้อยละ 45.9 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-54 ปี (ร้อยละ 55) ข้อมูลการตรวจร่างกาย ส่วนใหญ่พบดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน (ร้อยละ 58.5) ความดันโลหิตอยู่ในความดันสูงระดับอ่อน (ร้อยละ 28.4) ข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนใหญ่พบน้ำตาลขณะอดอาหารอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 73.4) โคเลสเตอรอลรวมอยู่ในระดับกำกวม (ร้อยละ 37.6) ไตรกลีเซอไรด์อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 57.1) เอชดีแอลอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.3) และแอลดีแอลอยู่ในระดับกำกวม (ร้อยละ 31.1)

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอายุ ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต น้ำตาลขณะอดอาหาร โคลเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอลและแอลดีแอล มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากข้อมูลดังกล่าวมา พบกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.5 ใกล้เคียงกับข้อมูลระดับวิทยาของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงในประเทศไทย ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 32¹⁰ ด้านเพศพบกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 54.2 และ 45.9 ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังและติดตามภาวะอ้วนลงพุงในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปปีพ.ศ. 2555 โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ พบอัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุงเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 30.3 และ ร้อยละ 7.7 ตามลำดับ¹¹ ด้านอายุพบกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงอายุระหว่าง 45-54 ปี พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลระดับวิทยาของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 พบภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นสูงสุดระหว่าง 45-69 ปี¹⁰

จากข้อมูลนี้ ประชาชนทุกคนควรตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพของตนเองโดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวาน หลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นระดับกระทรวงต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพพระดัมมหากา เช่น ด้านนโยบายและการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้เอื้ออำนวยด้านส่งเสริมสุขภาพในระดับประชาชน รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพพระดัมปัจเจก ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จึงเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการเข้มงวดมากขึ้นต่อไป

10. การนำไปใช้ประโยชน์

- 10.1 เพื่อเป็นข้อมูลเฝ้าระวังภาวะอ้วนลงพุงในพื้นที่จังหวัด
- 10.2 เพื่อในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพประชากรกลุ่มนี้ เพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคและ/หรือลดความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
- 10.3 เพื่อใช้เป็นเอกสารในการประกอบการศึกษาสำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน

11. ปัญหาอุปสรรค

การเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีของหน่วยงานราชการ ซึ่งการตรวจสุขภาพประจำปีจะยึดตามระเบียบกรมบัญชีการ บางรายอายุไม่ถึง 35 ปี จะไม่ได้ตรวจน้ำตาลขณะอดอาหาร โคลเลสเตอรอลรวม ไตรกลีเซอไรด์ เอชดีแอล และแอลดีแอล ทำให้ข้อมูลผลตรวจสุขภาพประจำปีบางรายการไม่ครบถ้วน

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ข้อมูลสถานการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถเป็นข้อมูลเฝ้าระวังสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของโรคเบาหวาน หัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือด ในกลุ่มเสี่ยงคือ ผู้หญิงที่มีรอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตร และผู้ชายที่มีรอบเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตร โดยรณรงค์ให้ลดน้ำหนักและลดรอบเอว โดยใช้หลัก 3 อ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ เพื่อลดอุบัติการณ์ดังกล่าว

13. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุเทพ เพชรหมาก ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา แพทย์หญิงวิณา มงคลพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ แพทย์หญิงแสงนภา อุทัยแสงไพศาล หัวหน้ากลุ่มอนามัยวัยทำงานและผู้สูงอายุ และคุณนพวรรณ หมิ่นน้อย หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำด้านวิชาการ ขอขอบคุณทีมแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

14. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. Health Start Here “แต่ละวัน แต่ละคำ แต่ละมือ”. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พระพุทธศาสนา; 2556.
2. จิราพร วรแสน. โรคอ้วน(Obesity). วารสารการพัฒนาศาสตร์พยาบาลมนุษย ;2553:2:315-329.
3. ถาวร มาตัน. โรคอ้วน:ภัยคุกคามสุขภาพคนไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ ;2553:40:356-365.
4. พิระ บุรณะกิจเจริญ. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทฮันน้ำพรีนตีงจำกัด; 2556.
5. ปาลีรัฐ คงมาชีพ. Nutrition Trend:การกลายพันธุ์ของยีนเลปตินกับการเกิดโรคอ้วน. วารสารโภชนาการ ;2551:43:14-16.
6. ปิยนุช รัตนกุล. การวิเคราะห์การกระจายอายุและแนวโน้มกลุ่มอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าได้จาก: <http://www.mulinet2.li.mahidol.ac.th>

7. พรรณสิริ กุลนาถศิริ. สธ เตือนชาย-หญิงไทย หากปล่อยให้รอบเอวเกิน ภัยโรคอ้วน โรคเรื้อรังเยือนแน่. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าได้จาก: <http://www.thaigov.go.th/new-ministry>
8. พິงใจ งามอุโฆษ. Guideline1 : แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าได้จาก: <http://www.maeprikhos.go.th/dyslipidemia.pdf>
9. รสขรินทร์ ศิริเวิน. Melanocortin-4 receptor กับโรคอ้วน. วารสารโภชนาการ ;2551:43:38-40.
10. วิชัย เอกพลากร. ระบาดวิทยาของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 1 ต.ค. 2554]. เข้าได้จาก: <http://www.nheso.or.th>
11. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. รายงานข้อมูลตัวชี้วัดระดับกรม. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 1 ม.ค. 2555]. เข้าได้จาก: <http://healthadta.moph.go.th>

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวขวัญจรยย์ฉัตร รุ่งโรจน์มณีรัตน์) ผู้เสนอผลงาน

วันที่...../...../.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุก
ประการ

(ลงชื่อ).....

(นางพุลสุข ปลัดชัย) ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นางนันทิชา เปะกระโทก) ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ).....

(นางสาวสันธนิ ชโลปลัมภ์) ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นางสาวกาญจนรัตน์ หาญทองกลาง) ผู้ร่วมดำเนินการ

วันที่...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นางสาวนพวรรณ หมิ่นน้อย)

ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

ลงชื่อ.....

(นายสุเทพ เพชรมาก)

ผู้อำนวยการศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา

(ข) ข้อเสนอแนวคิด/วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. **ชื่อผลงานเรื่อง** แนวทางการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลแบบระยะสั้นสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** ตุลาคม 2555–กันยายน 2556

3. สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1 หลักการและเหตุผล

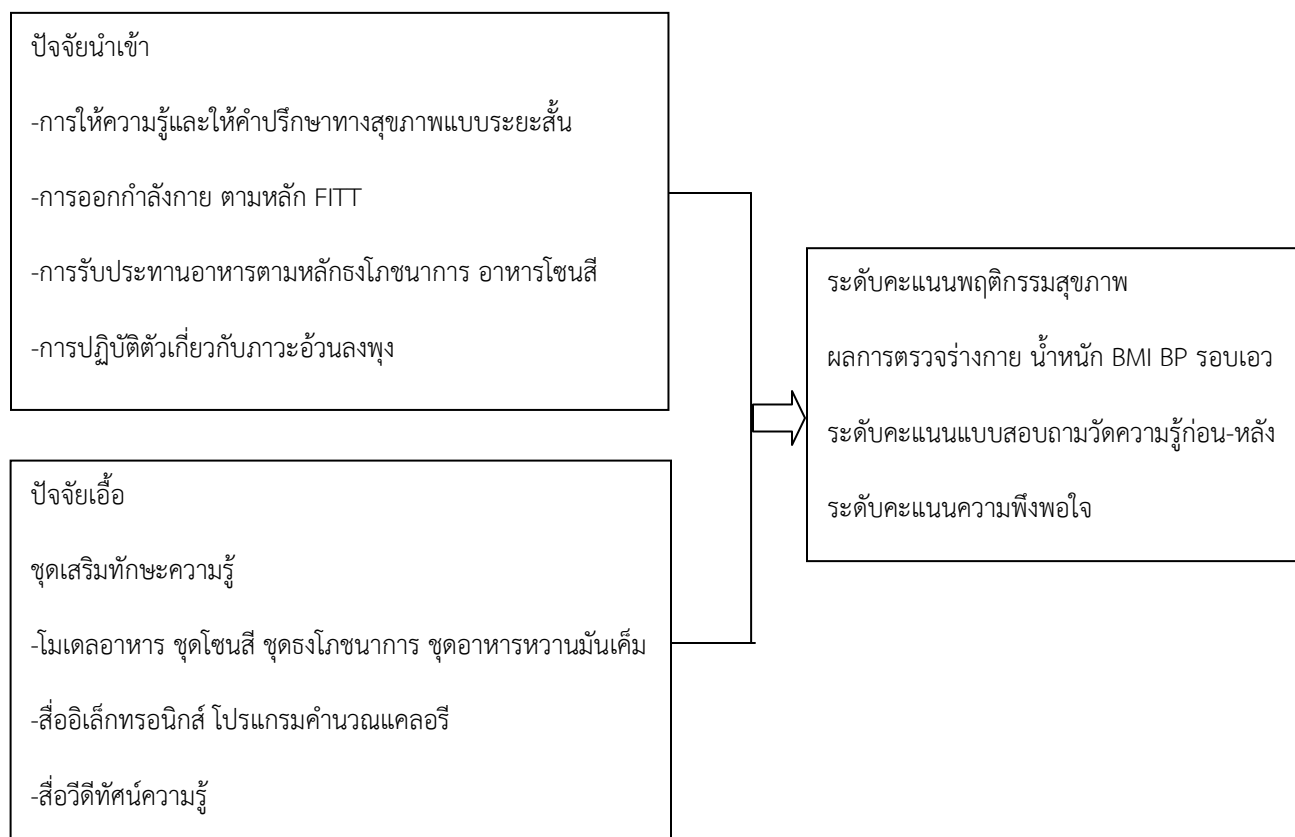
ภาวะอ้วนลงพุง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน เนื่องจากเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ จากเซลล์ไขมันออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้นและเป็นผลให้เกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2550 พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุงอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 25 ของประชากรทั่วประเทศ จากรายงานการเฝ้าระวังและติดตามภาวะอ้วนลงพุงในประชาชนอายุ 15 ปี โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี 2555 ได้รับข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศจำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 10,719,817 คน และเพศหญิงจำนวน 22,657,368 คน พบอัตราความชุกภาวะอ้วนลงพุง ในเพศชาย ร้อยละ 7.7 และในเพศหญิง ร้อยละ 30.8 และจากสถานการณ์ภาวะอ้วนลงพุงของผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยการตรวจสุขภาพประจำปีในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาประจำปี 2554 พบกลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.5 เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ร้อยละ 54.1 และร้อยละ 45.9 ตามลำดับจากข้อมูลภาวะอ้วนลงพุงของผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกฯ ร้อยละ 39.5 มากกว่ารายงานขององค์การอนามัยโลกปี 2556 พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 25

จากข้อมูลดังกล่าวเห็นได้ว่า ผู้รับบริการยังขาดความตระหนักขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนพุง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม จึงได้ดำเนินการทำแนวทางการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลแบบระยะสั้นสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงในกลุ่มผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกฯ เพื่อให้ผู้รับบริการที่มาตรวจสุขภาพประจำปีที่มีภาวะอ้วนลงพุงมีความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนพุง ตลอดจนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

3.2 บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

จากข้อมูลภาวะอ้วนลงพุงของผู้รับบริการโครงการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกฯ พบภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 39.5 ผู้รับบริการยังขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงจึงได้ดำเนินการทำแนวทางการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลแบบระยะสั้นสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุงโดยมีกรอบแนวคิดและแนวทางการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

กรอบแนวคิด



วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความตระหนักและความรู้สามารถดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงได้

กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับบริการตรวจสุขภาพเชิงรุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 นครราชสีมา
กระบวนการดำเนินงาน

1. ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพและวางแผนการดำเนินงาน
2. เขียนแนวทางการให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลแบบระยะสั้นสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง
3. จัดทำแบบสอบถามวัดความรู้ก่อน-หลังและแบบสอบถามความพึงพอใจ
4. จัดทำสื่ออิเล็กทรอนิกส์โปรแกรมคำนวณแคลอรีและสื่อวีดิทัศน์ความรู้
5. ดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน
6. สรุปและประเมินผล

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

3.3.1 มีแนวทางการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลแบบระยะสั้นสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง

3.3.2 ผู้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปี มีความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

3.4.1 ร้อยละของผู้รับบริการที่มีความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80)

3.4.2 ร้อยละของผู้รับบริการมีรอบเอวลดลง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80)

3.4.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อแนวทางการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลแบบระยะสั้นสำหรับผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80)

(ลงชื่อ).....(ผู้ขอรับการคัดเลือก)

(นางสาวขวัญจรรรยฉัตร รุ่งโรจน์มณีรัตน์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่...../...../.....