

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก

นัทจรี ศรีศิริประเสริฐ* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม** ป.ด. (การพยาบาล)

ปรีดา สัมฤทธิ์ประดิษฐ์*** พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์)

บทคัดย่อขยาย :

โรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ส่งผลถึงภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง จากผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคอ้วน นั้นทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนพยายามสรรหาวิธีการต่าง ๆ ในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง ทั้งที่เป็นผลดีและไม่ดีต่อภาวะสุขภาพ ดังนั้นการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก เป็นอีกหนึ่งทางเลือก ของผู้ป่วยโรคอ้วนที่พยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีต่าง ๆ แล้วยังไม่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก โดยประโยชน์ของการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักนั้นไม่ได้มีเพียงแต่ผลลัพธ์ทางด้านน้ำหนักตัวเท่านั้น แต่ในระยะยาวยังสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคร่วมลงได้อีกด้วย แต่การคงสภาวะน้ำหนักตัวให้คงที่หลังผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นกระบวนการสำคัญซึ่งนำไปสู่ผลสำเร็จของการคงระดับน้ำหนักตัวให้คงที่ได้ในระยะยาว

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยแบบพรรณนาเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนักและเปรียบเทียบตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักมาแล้วโดยมีการติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง ที่เข้ารับบริการที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด จำนวน 57 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับมาก (Mean = 24.98, SD = 1.69) การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับมาก (Mean = 26.91, SD = 3.32) การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 23.10, SD = 1.94) การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 24.00, SD = 2.79) แรงจูงใจด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 25.21, SD = 2.66) คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก (Mean = 52, SD = 11.34) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.73, SD = 17.86) โดยพบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่าง

*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, E-mail: suchira.cha@mahidol.edu.

***รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 24 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่แก้ไขบทความ 25 พฤษภาคม 2568 วันตอบรับบทความ 26 พฤษภาคม 2568

มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.47, p < .01$; $r = 0.38, p < .01$ และ $r = 0.12, p < .05$ ตามลำดับ) แต่การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.05, p > .05, r = 0.15, p > .05$ และ $r = 0.20, p > .05$ ตามลำดับ)

นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่าง ๆ ที่ศึกษาระหว่างกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดพบว่า การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ประสบความสำเร็จมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จเล็กน้อย เมื่อพิจารณาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในรายละเอียดพบว่า การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.48, p < .05$) โดยรวม กลุ่มที่ประสบความสำเร็จมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในทุกด้าน ยกเว้นด้านการจัดการความเครียด ที่กลุ่มไม่ประสบความสำเร็จมีคะแนนสูงกว่าเล็กน้อย แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมและจัดกิจกรรมเพื่อให้ครอบครัว เพื่อนและทีมสุขภาพ ได้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมสนับสนุนในการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นด้านการกำกับ ดูแลและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อคงระดับน้ำหนักตัวให้คงที่ภายหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ : ผ่าตัดลดน้ำหนัก ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โรคอ้วน แรงสนับสนุนทางสังคม

The Relationship among Health Beliefs, Social Support, and Health-Promoting Behaviors in Obese Patients after Bariatric Surgery

Natjaree Srisiriprasert* M.N.S (Adult Nursing)

Suchira Chaiviboontham** Ph.D. (Nursing)

Preeda Sumritpradit*** M.D., Dip. (General Surgery)

Extended Abstract:

Obesity is a risk factor for various diseases affecting health, quality of life, economy, and society in a wide range. According to the effects on health, patients with obesity try to seek various ways to lose weight by themselves, resulting in both good and undesirable effects on health and well-being. Bariatric surgery is another option for patients with obesity who have attempted weight loss through many methods but have not succeeded. The benefits of bariatric surgery do not only provide weight loss but also reduce the long-term comorbidity rates. It is found that maintaining stable body weight after bariatric surgery is extremely challenging. An important factor is changes in physical and psychological behaviors that lead to successful long-term maintenance of body weight. This descriptive correlational research aimed to examine the relationships among health belief factors, social support, and health-promoting behaviors and to compare those variables in successful and unsuccessful groups in bariatric surgery. Purposive sampling was performed to recruit 57 obese patients after bariatric surgery with continuous follow-up at the outpatient department. Data were collected using four questionnaires, including a personal information form, the Health Belief Questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Health-Promoting Behaviors Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and an independent t-test.

The results of the study found that the sample had a high level of perceived susceptibility (mean = 24.98, SD = 1.69) and perceived severity (mean = 26.91, SD = 3.32) and a moderate level of perceived benefit (mean = 23.10, SD = 1.94), perceived barriers (mean = 24.00, SD = 2.79), and health motivation (mean = 25.21, SD = 2.66). The social support scores were high (mean = 52, SD = 11.34) and health-promoting behaviors were moderate (mean = 2.73, SD = 17.86). Perceived severity, perceived benefit, and social support were positively correlated with health-promoting behaviors with statistical significance ($r = 0.47, p < .01, r = 0.38, p <$

*Master's student, Master of Nursing Science Program (Adult nursing), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Division of Adult and Gerontological Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

***Associate Professor, Division of Surgery, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Received February 24, 2025, Revised May 25, 2025, Accepted May 26, 2025

.01 and $r = 0.12$, $p < .05$, respectively). However, perceived susceptibility, perceived barriers, and health motivation were not significantly associated with health-promoting behaviors ($r = 0.05$, $p > .05$; $r = 0.15$, $p > .05$; and $r = 0.20$, $p > .05$, respectively).

Furthermore, a comparison of the studied factors between the successful and unsuccessful surgery groups revealed no statistically significant differences in perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, health motivation, social support, and health-promoting behaviors. The successful group scored slightly higher than the unsuccessful group. Upon further examination of health-promoting behaviors, no significant differences were found between the two groups in physical activity and exercise, nutrition, spiritual development, interpersonal relationships, and stress management. However, there was a statistically significant difference in health responsibility, with the successful surgery group scoring slightly higher than the unsuccessful group ($t = -2.48$, $p < .05$). Overall, the successful group had slightly higher scores in all areas except stress management, with the unsuccessful group had slightly higher scores in stress management, but there was no significant difference.

The study findings can be applied to assess social support and to organize activities that encourage participation from family members, friends, and healthcare teams in promoting health behaviors. The results also serve as a basis for developing programs that enhance family involvement in self-care before and after surgery, increase confidence in performing health-promoting behaviors, emphasize supervision, care, and continue follow-up to maintain a stable body weight after surgery.

Keywords: Bariatric surgery, Health beliefs, Health promoting behavior, Obesity, Social support

Author contributions:

NS: Conceptualization, method and design, tool validation, data collection and analysis, and writing and revising the manuscript

SC: Conceptualization, method and design, data analysis, writing, revising, and editing the manuscript, and corresponding with the editor-in-chief

PS: Conceptualization, method and design, data analysis, revising the manuscript

ความสำคัญของปัญหา

โรคอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุในการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่ส่งผลถึงภาวะสุขภาพ โดยผู้ที่เป็นโรคอ้วนคือผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ตั้งแต่ 30 ขึ้นไป¹ โรคอ้วนจัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาคมโลก และยังเป็นปรากฏการณ์ที่พบแทบทุกประเทศ อุบัติการณ์ของโรคมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกัน โดยมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า 890 ล้านคนมีภาวะอ้วน โดยพบว่าในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งในกลุ่มผู้ชายและผู้หญิงมีภาวะอ้วนอยู่ที่ร้อยละ 43 และ 44 ตามลำดับ โดยพบว่าอัตราการเกิดโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วง 4 ทศวรรษที่ผ่านมา¹

สำหรับประเทศไทยหากเปรียบเทียบในระดับภูมิภาค พบผู้ป่วยโรคอ้วนสูงเป็นอันดับสองของกลุ่มประเทศอาเซียน² จากผลสำรวจสุขภาพประชาชนครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบภาวะอ้วนในผู้ชายร้อยละ 37.8 และผู้หญิงร้อยละ 46.4³ พบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี³ โดยพบในพื้นที่เขตเมืองสูงกว่าในพื้นที่เขตชนบทในทั้งสองกลุ่มเพศ ในการสำรวจพบว่าการกระจายตัวของโรคอ้วนแตกต่างกันไปตามระดับการศึกษาซึ่งมีความชุกของผู้ชายที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ด้านการประกอบอาชีพที่ไม่ได้เคลื่อนไหวหรือการใช้พลังงาน⁴ จะทำให้ร่างกายเกิดการสะสมไขมันด้านพฤติกรรม การรับประทานอาหาร เช่น ชอบรับประทานอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารมากในมื้อเย็น มีผลทำให้เกิดโรคอ้วนได้เช่นกัน⁵ โดยโรคอ้วนมักก่อให้เกิดผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในด้านร่างกายผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน และจากการที่

การเพิ่มของน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันในช่องท้อง และปริมาณไขมันในเลือดสูง จะส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูงขึ้น⁶ ในด้านจิตใจมักมีความภูมิใจในตนเองต่ำ เกิดความรู้สึกมีปมด้อย อับอาย ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มักจะประสบปัญหาชีวิตครอบครัว ขาดโอกาสในการทำงาน เนื่องจากขาดความคล่องตัว สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องสูญเสียเงินในการลดน้ำหนักจำนวนมาก ทั้งยังต้องสูญเสียเงินในการรักษาโรคที่เกิดจากสาเหตุภาวะน้ำหนักเกิน⁷ โดยจะเห็นได้ว่าโรคอ้วนนั้นกำลังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง⁷

จากผลกระทบต่อภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคอ้วนนั้น ทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนพยายามสรรหาวิธีการต่าง ๆ ในการลดน้ำหนักด้วยตนเอง ทั้งที่เป็นผลดีและไม่ดีต่อภาวะสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดน้ำหนัก การใช้ยาระบายหรือการทำให้อาเจียน โดยพบว่าในคนที่รับรู้เรื่องน้ำหนักตัวไม่ถูกต้องจะพยายามลดน้ำหนักตัวอย่างรวดเร็ว และใช้วิธีการลดน้ำหนักที่ไม่เหมาะสม จะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ร่างกายขาดสารอาหาร มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และเกิดความเครียดขึ้นได้⁸ ความพยายามลดน้ำหนักจากการควบคุมอาหารและพลังงานที่ได้รับรวมถึงการออกกำลังกายนั้นมักส่งผลให้สามารถลดน้ำหนักลงได้ แต่จากการลดน้ำหนักเหล่านี้มักจะยังไม่ค่อยยั่งยืน หากกลับมารับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม⁹

การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก (bariatric surgery) เป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นสามารถช่วยลดการดูดซึมสารอาหารเข้าสู่ร่างกาย ทำให้อวัยวะมีน้ำหนักตัวลดลง โดยนับได้ว่าเป็นอีกหนึ่งทางเลือกของผู้ป่วยโรคอ้วนที่พยายามลดน้ำหนักด้วยวิธีต่าง ๆ

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

แล้วยังไม่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนัก⁴ โดยประโยชน์ของการผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนักนั้นไม่ได้มีเพียงแต่ผลลัพธ์ทางด้านน้ำหนักตัวเท่านั้น แต่ในระยะยาวยังสามารถช่วยลดอัตราการเกิดโรคร่วมลงได้อีกด้วย จะส่งผลทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษา และลดอัตราการตายลง¹⁰ ในการพิจารณาด้านความสำเร็จของการผ่าตัดลดน้ำหนักนั้น มีการให้ความหมายโดยใช้วิธีการคำนวณและติดตามไปข้างหน้า โดยการนำร้อยละของน้ำหนักส่วนเกินที่ลดลงหลังการผ่าตัดลดน้ำหนัก (% excess weight loss: %EWL) มาใช้เป็นตัวชี้วัดในการนำมาประเมินความสำเร็จในการผ่าตัด โดยพบค่าความไว (sensitivity) ของ %EWL ร้อยละ 99 และค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 55¹¹ ซึ่งสามารถคำนวณร้อยละของน้ำหนักส่วนเกินที่สูญเสียไป (%EWL) ได้จากการนำค่าน้ำหนักตัวก่อนการผ่าตัด (pre operation weight) ลบด้วยค่าน้ำหนักตัวในวันที่มาติดตามอาการหลังการผ่าตัด (current weight) และหารด้วยค่าน้ำหนักตัวก่อนการผ่าตัด ลบออกด้วยค่าน้ำหนักตัวในอุดมคติ (IBW) แล้วคูณด้วย 100 โดยมีเกณฑ์ของค่าร้อยละ น้ำหนักตัวที่ลดลงต้องมากกว่าร้อยละ 50¹² โดยใช้ระยะเวลาในการติดตามอาการ 2 ปี¹³ ซึ่งพบว่าภายหลังจากการผ่าตัดลดน้ำหนักแล้ว การคงสถานะน้ำหนักตัวให้คงที่ได้นั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายเป็นอย่างมาก สิ่งที่สำคัญในความท้าทายนั้นคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนของการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง ให้ได้รับสารอาหารและพลังงานอย่างเหมาะสม รวมถึงการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การเสริมสร้างแรงจูงใจ การกำหนดเป้าหมายและความคาดหวังในชีวิต เป็นกระบวนการสำคัญซึ่งนำไปสู่ผลสำเร็จของการคงระดับน้ำหนักตัวให้คงที่ได้ในระยะยาว¹⁴ โดยพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ โดยใช้ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ

จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์¹⁵ ได้อธิบายและทำนายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรค ซึ่งได้กล่าวว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคและรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลนั้นหลีกเลี่ยงจากการคุกคามของโรค ดังนั้นในการให้คำแนะนำกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดการรับรู้ที่เหมาะสม นับว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้จะเป็นตัวผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และสิ่งกระตุ้นให้ปฏิบัติพฤติกรรมล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยมีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้งด้านการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย¹⁶ และจากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนยังพบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอ้วน มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของการลดภาวะโรคอ้วน¹⁷ จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักตัว

แรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลในสังคมได้รับความรัก และความเอาใจใส่ โดยเห็นคุณค่า และได้รับการยกย่อง มีส่วนร่วมในสังคมเดียวกันได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การให้คำแนะนำ หรือการให้สิ่งของเพื่อการประเมินและพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น¹⁸

มีการศึกษาถึงผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดน้ำหนักตัวของผู้ที่มีภาวะอ้วน พบว่าการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม จากบุคลากรทางสาธารณสุขในการสนับสนุนปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้คำแนะนำและการกระตุ้นเตือนผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์นั้น เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้างแรงบันดาลใจในการลดน้ำหนัก¹⁹ และจากการทำการศึกษายังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำหนักตัวได้เช่นกัน²⁰ โดยจะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อสามารถควบคุมระดับน้ำหนักตัวให้คงที่ได้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ เพื่อความผาสุก และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายในชีวิต²¹ และต่อมาได้มีการพัฒนาแบบประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยนำรูปแบบการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอลส์เกอร์และคณะ²² ได้นำมาประยุกต์ใช้ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วน คือพฤติกรรมทางด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกแรงเคลื่อนไหวออกกำลังกาย⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันทั้งด้านความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสามารถส่งเสริมและป้องกันการดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยนี้มีความสำคัญต่อการประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก จากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักพบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมและจิตสังคมมีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัวภายหลังจากการผ่าตัด โดยพบว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารจิบอยู่ตลอดเวลา และกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มักจะมีผลลัพธ์ของการลดน้ำหนักไปในทิศทางที่ไม่ดี ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มที่มีความเคร่งครัดในรูปแบบการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ถือว่าเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีผลดีต่อการลดน้ำหนักเป็นอย่างมาก²³

จากการทบทวนสถิติย้อนหลังของผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม อุบัติเหตุโรงพยาบาลรามารัตติ ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2562- 30 มิถุนายน 2564 พบผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทั้งหมด 72 คน เพศชาย 21 คน และเพศหญิง 51 คน มาติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา จากเกณฑ์ชี้วัดความสำเร็จในการผ่าตัดของร้อยละน้ำหนักส่วนเกินที่สูญหายไป (%EWL) มากกว่าร้อยละ 50 พบผู้ป่วยโรคอ้วนที่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนักจำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 และไม่ประสบผลสำเร็จในการลดน้ำหนักจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 การขาดการติดตามอาการหลังผ่าตัดจำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 31.94 โดยพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนักนั้นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รู้สึกพึงพอใจในภาพลักษณ์ สามารถมีกิจกรรมทางสังคมเพิ่มมากขึ้น²⁴ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก แต่จากสถิติตั้งที่ได้กล่าวมานั้น พบว่าเมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดกับกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดนั้นมีความแตกต่างกันเล็กน้อยเท่านั้น

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

จากข้อมูลและการทบทวนวรรณกรรมทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงความสัมพันธ์และเปรียบเทียบปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักทั้งในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคอ้วนให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองเพื่อคงสภาวะน้ำหนักตัวให้คงที่ได้ภายหลังจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)²⁵ ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของซิมเมตและคณะ²⁶ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพเกิดจากแนวคิดทางจิตวิทยาที่พยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับความเชื่อและเจตคติของแต่ละบุคคลที่มี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้ของบุคคล มีองค์ประกอบย่อยคือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะส่งผลถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค 2) ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) มีองค์ประกอบย่อยคือลักษณะด้านโครงสร้าง ได้แก่ ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์ความเจ็บป่วย ลักษณะทางสังคมจิตวิทยา ลักษณะทางโครงสร้าง และสิ่งชักนำหรือจูงใจให้ปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งสิ่งชักจูงดังกล่าวอาจเกิดจากบุคคลหรือสิ่งของ เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น อาการหรือลักษณะความเจ็บป่วยของโรค ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด ซึ่งปัจจัยร่วมเหล่านี้อาจไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่จะส่งผลไปถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค เช่นเดียวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) ความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ และมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ได้อธิบายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค ป้องกันการเกิดซ้ำของโรค ตลอดจนลดความรุนแรงของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการป้องกันการกลับมาเป็นน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก และเปรียบเทียบตัวแปรดังกล่าวในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการลดน้ำหนัก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้ป่วย

โรคอ้วนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนักด้วยวิธี Laparoscopic Roux En Y Gastric Bypass หรือ Laparoscopic Sleeve Gastrectomy มาแล้วเป็นระยะเวลา 2 ปี และมาติดตามอาการหลังการผ่าตัดที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลรามธิบดีอย่างต่อเนื่อง ยินดีเข้าร่วมการศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างจากการศึกษาของปิยะนันท์ นามกุล²⁷ ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.302 วิเคราะห์อำนาจการทดสอบโดยใช้ G* power²⁸ ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 64 คน หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูล ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (COVID-19) ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 มีการยกเลิกหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เป็นระยะเวลา 3 เดือน ทางผู้วิจัยเองได้ดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านทางระบบออนไลน์ แต่ยังคงพบปัญหาการขาดการติดตามอาการของผู้ป่วยระหว่างการมาติดตามอาการ ซึ่งรวมระยะเวลาทั้งหมด 15 เดือน รวมผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 57 ราย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 57 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายก่อนการผ่าตัด น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายหลังการผ่าตัด ส่วนสูง เส้นรอบเอว และชนิดของการผ่าตัด
2. แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพพัฒนาโดยมินตรา สารระรักษ์ และคณะ²⁹ ตามแนวคิดของเบคเกอร์และคณะ¹⁵ ได้รับอนุญาตให้นำมาใช้และดัดแปลงข้อคำถามโดยผู้วิจัย มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการกลับมาเป็นน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรม การป้องกันโรคอ้วนโดยใช้หลัก 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรคอ้วน และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ด้านละ 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 28 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ดังนั้นคือ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับ 4 หมายถึง เห็นด้วย ระดับ 3 หมายถึง เฉย ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยคะแนนแยกเป็นรายด้าน ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ในแต่ละด้าน อยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 6-14 คะแนนแสดงว่ามีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 15-23 คะแนน แสดงว่ามีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 24-30 คะแนนแสดงว่ามีการรับรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี แบบวัดนี้ได้รับการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ประจำสาขาโภชนาการ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจภาษา ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1 และได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .76 และเมื่อนำมาหาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 57 ราย ได้เท่ากับ .77

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดความช่วยเหลือทางสังคมแบบพหุมิติ (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) ที่สร้างขึ้นโดยซิมเมตและคณะ²⁶ แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดยทินกร วงศ์ปการันย์³⁰

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

นำมาใช้โดยได้รับอนุญาต เป็นแบบสอบถามที่ประเมิน การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคคล สำคัญ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แรงสนับสนุนจาก ครอบครัวจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 3, 4, 8, 11 แรง สนับสนุนจากเพื่อนจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 6, 7, 9, 12 และแรงสนับสนุนจากบุคคลสำคัญจำนวน ได้แก่ข้อ 1, 2, 5, 10 ลักษณะคำตอบเป็น Likert scale 7 ระดับ ดังนี้ คือ ระดับ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยที่สุด ระดับ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ระดับ 3 หมายถึง ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย ระดับ 4 หมายถึง มีความเห็นเป็นกลาง ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยเล็กน้อย ระดับ 6 หมายถึง เห็นด้วย อย่างมาก ระดับ 7 หมายถึง เห็นด้วยที่สุด การแปล คะแนนตามต้นฉบับที่นำมาใช้ พบว่า คะแนนรวมอยู่ ระหว่าง 12-84 คะแนน โดยแบ่งคะแนนตามต้นฉบับ เป็น 2 ช่วง กำหนดระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ ถ้าคะแนนอยู่ระหว่าง 12-47 แสดงว่ามีการ สนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนอยู่ระหว่าง 48-84 แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดนี้ได้นำไป ทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.867 และ เมื่อนำมาหาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษานี้ 57 ราย ได้เท่ากับ 0.93

4. แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Lifestyle Profile II; HPLP II) พัฒนาโดยวอล์กเกอร์ และคณะ²²ได้รับอนุญาตให้นำ มาใช้และแปลโดยผู้วิจัย โดยใช้วิธีการแปลแบบ Back Translation เป็นภาษาไทยจำนวน 52 ข้อ ลักษณะ คำตอบเป็น Likert scale 4 ระดับ ดังนี้คือ ระดับ 1 หมายถึง ไม่เคย ระดับ 2 หมายถึง บางครั้ง ระดับ 3 หมายถึง บ่อยครั้ง ระดับ 4 หมายถึง เสมอ โดย ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจำนวน 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การพัฒนา จิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การจัดการกับ

ความเครียด และการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยนำผลรวม คะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มาคำนวณหาค่าเฉลี่ย ในแต่ละคนให้ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ ด้านการพัฒนาจิต วิญญาณ จำนวน 9 ข้อ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ ด้านการจัดการกับความเครียด จำนวน 9 ข้อ และด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย จำนวน 9 ข้อ แบ่ง คะแนนตามต้นฉบับ ถ้าคะแนนเฉลี่ย 1.00- 2.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับ ต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน หมายถึง มี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คะแนน เฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพในระดับสูง แบบวัดนี้ได้รับการพิจารณา จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ ประจำสาขาโภชนาการ อาจารย์พยาบาล และพยาบาล ประจำหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผลการตรวจ สอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเข้าใจภาษา ได้ค่า ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ 1.0 และได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วน หลังผ่าตัดลดน้ำหนัก จำนวน 30 ราย โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .79 และเมื่อนำมาหาความเที่ยง ในกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ 57 ราย ได้เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.MURA2019 /629) ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย โดยการเข้าร่วม การวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ และสามารถถอนตัว ออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบ

ต่อการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับ ถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยที่มาของข้อมูลเป็นรายบุคคลโดยรายงานผลการวิจัยในภาพรวม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการเก็บข้อมูลทุกราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยที่มาติดตามการรักษาหลังผ่าตัดที่คลินิกโรคอ้วนครบวงจร แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรมและติดต่อเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยตรวจ ในการช่วยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดจากบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาผ่าตัด และผู้ป่วยมีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อส่งต่อให้พบผู้วิจัย โดยผู้วิจัยปฏิบัติตามการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 45-60 นาที และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ โดยผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูลและโทรศัพท์ติดต่อไปยังผู้ป่วยโดยทำการแนะนำตัวพร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อร่วมทำงานวิจัย ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความประสงค์ตอบแบบสอบถามผ่านระบบออนไลน์ ผู้วิจัยทำการอธิบายเกี่ยวกับวิธีการส่งแบบสอบถามระบบออนไลน์โดยผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถเลือกวิธีการส่งแบบสอบถามผ่านระบบ LINE ID โดยวิธีการส่ง QR code เพื่อรับแบบสอบถาม หรือทางอีเมลโดยวิธีการลิงก์เพื่อรับแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยทำการอธิบายข้อมูลของแบบสอบถามและขั้นตอนในการตอบกลับแบบสอบถามมายังผู้วิจัย เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS (Statistic Package for the Social Science) ใช้สถิติบรรยายวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน ด้านความสัมพันธ์ของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Person correlation) ด้านความแตกต่างของตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดทั้งในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด และไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดโดยพิจารณาจากเกณฑ์ของค่าร้อยละน้ำหนักตัวที่ลดลง (% excess weight loss: %EWL) ต้องมากกว่าร้อยละ 50 วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent T-test โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) การแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ (normality) โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก อายุ 18 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.50 มีอายุระหว่าง 18-68 ปี อายุเฉลี่ย 38.14 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 96.50 และมีสถานภาพโสด ร้อยละ 63.20 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 49.10 ประกอบอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

ร้อยละ 24.60 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาท ร้อยละ 57.90 น้ำหนักตัวก่อนการผ่าตัดอยู่ระหว่าง 82.40–178 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 119.79 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 33– 81.80 กิโลกรัมต่อตารางเมตรค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 46.47 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธี Laparoscopic Ruox En Y Gastric Bypass ร้อยละ 91.20

ความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก

ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย 124.26 (SD = 7.41) โดยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับมาเป็นน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดีมีคะแนนเฉลี่ย 24.98 (SD=1.69) การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 26.91 (SD = 3.32) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 23.10 (SD=1.94) การรับรู้อุปสรรคและปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 24.00 (SD = 2.79) แรงจูงใจด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 25.21 (SD = 2.664) แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 52 คะแนน (SD = 11.34) การปฏิบัติพฤติกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 2.73 (SD = 17.85) โดยจำแนกด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.67 (SD = 4.46) การปฏิบัติกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 18.30 (SD = 4.30) โภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.28 (SD = 3.37) การพัฒนาทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีคะแนนเฉลี่ย 3.16 (SD = 3.92) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.76 (SD = 3.54) การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.65 (SD = 3.12)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.47, p < .01, r = 0.38, p < .01$ และ $r = 0.12, p < .05$ ตามลำดับ) การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.05, p > .05, r = 0.15, p > .05$ และ $r = 0.20, p > .05$ ตามลำดับ) รายละเอียด ดังตารางที่ 1 (Table 1)

Table 1 The correlation coefficient among perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, health motivation, social support and health-promoting behaviors of obese patients after weight loss (N = 57)

Variable	Health promoting behavior	
	r	p-value
Perceived susceptibility	.05	0.675
Perceived severity	.47	< .001
Perceived benefit	.38	< .005
Perceived barriers	.15	0.241
Health motivation	.20	0.134
Social support	.12	0.034

r = Pearson's correlation coefficient

เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรในการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนักและกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก

การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ

ในการผ่าตัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ประสบความสำเร็จมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จเล็กน้อยในทุกด้าน ยกเว้นด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่พบว่ากลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดจะมีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดอยู่เพียงเล็กน้อย รายละเอียด ดังตารางที่ 2 (Table 2)

Table 2 Compare the differences among perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit, perceived barriers, health motivation, social support, and health-promoting behaviors among obese patients who achieved weight loss and obese patients who did not achieve weight loss (N = 57)

Variable	Success (n = 40)		Unsuccess (n = 17)		t	Sig. (2-tailed)
	Mean	SD	Mean	SD		
Perceived susceptibility	26.27	3.12	27.47	1.58	1.49	.14
Perceived severity	27.02	3.45	26.64	3.10	-0.38	.69
Perceived benefit	26.87	2.91	26.11	2.11	-0.96	.33
Perceived barriers	24.20	2.78	23.52	2.83	-0.82	.41
Health motivation	25.52	2.69	24.47	2.50	-1.37	.17
Social support	68.25	11.32	67.94	11.73	-.09	.92
Health-promoting behavior	144.02	18.59	137.88	15.64	-1.19	.23

ผลการวิเคราะห์รายด้านของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาระหว่างกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนักและกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก

การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการความเครียด ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดและไม่ประสบความสำเร็จใน

การผ่าตัดไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดมีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ประสบความสำเร็จมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ประสบความสำเร็จในทุกด้าน ยกเว้นด้านการจัดการความเครียด รายละเอียด ดังตารางที่ 3.

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

Table 3 Compare the differences of study variables among the successful group and the unsuccessful group in the weight loss surgery group (N = 57)

Variable	Success (n = 40)		Unsuccess (n = 17)		t	p-value
	mean	SD	mean	SD		
Health responsibilities	24.95	4.34	21.88	4.07	-2.48	.016
Physical activity and exercise	18.47	4.16	17.94	4.70	-0.42	.672
Nutrition	25.50	3.57	25.11	2.95	-0.38	.700
Spiritual development	28.47	4.19	28.23	3.32	-0.20	.835
Interpersonal relationship	25.00	3.83	24.41	2.78	-0.57	.571
Stress management	21.10	3.09	21.47	3.28	-0.40	.686

อภิปรายผล

**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงด้านการรับรู้ประโยชน์และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีด้วย โดยพบว่าในแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งเมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร่วมกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด จะส่งผลไปถึงการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ดังนั้นความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ และมีการรับรู้อุปสรรค ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลอยปาริยาอายุระนันท์ และคณะ⁷ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วนของนักเรียน

ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการเกิดโรคอ้วน โดยจากการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางครอบครัวนั้นเป็นปัจจัยโน้มน้าวให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำหนักตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับมามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุษณีย์วรรณาลัย³¹ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของตัวอย่าง ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากโรงเรียน จำนวนการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที 1-2 วัน ต่อสัปดาห์ โดยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับประทานผลไม้สด 1-2 ทัพพีต่อวัน การบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวาน 1 ขวด/กล่อง ขนาด 250 ซีซีต่อวันและอายุ มีผลต่อการจัดการภาวะสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การป้องกันการกลับมามีน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น โดยหลัก การควบคุมระดับน้ำหนักตัวนั้น ไม่ใช่มีเพียงแต่การผ่าตัดเพื่อลดน้ำหนัก แต่ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกัน

การกำเริบของโรคที่อาจมีสาเหตุจากการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรค ทั้งด้านอาการ การรักษา การสังเกตอาการที่ผิดปกติ รวมไปถึงการปฏิบัติที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกำเริบ และรับรู้ความรุนแรงของโรค นอกจากนั้นความรู้เกี่ยวกับโรคยังทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และยังเป็นทั้งปัจจัยโดยตรงและโดยอ้อม ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ซึ่งเป็นตัวกลางของการรับรู้ส่วนบุคคลที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี และส่งเสริมให้ บุคคลในครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

ความแตกต่างระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด

จากการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพเมื่อแยกรายด้าน พบว่าการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีแนวโน้มคะแนนด้านความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดอย่างชัดเจน โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มคะแนนด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนักอย่างเห็นได้ชัด เมื่อพิจารณารายด้านมีบางด้านในกลุ่มที่ไม่

ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดมีการจัดการทางด้านความเครียดที่ดีกว่ากลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัด เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลด้านพื้นฐานแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือเพื่อนสนิทจะช่วยจัดการความเครียดได้ดีกว่า อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ยังมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงทำการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบการศึกษาที่ใกล้เคียงกันของพัสดราภรณ์ แยมแมน และคณะ³² ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินท่า อำเภอมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอ้วน การปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ในการควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการศึกษาพบว่า คะแนนด้านการรับรู้ความรุนแรงโรคอ้วน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ในกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดมีแนวโน้มคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก แสดงให้เห็นว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคยังทำให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม และยังเป็นทั้งปัจจัยโดยตรงและโดยอ้อม ที่จะทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ซึ่ง

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

เป็นตัวแทนของการรับรู้ส่วนบุคคลที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมของผู้ป่วย สำหรับปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอาจส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการกำเริบของโรคผู้ป่วย โดยในผู้ป่วยที่รับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมากจะมีโอกาสปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น

ข้อเสนอแนะและแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคอ้วนได้ติดตามต่อเนื่องกับนักโภชนาการและนักกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัดเพื่อติดตามให้ความรู้และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ผู้ที่ให้การสนับสนุน ชนิด และการให้การสนับสนุนในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการผ่าตัดลดน้ำหนัก

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนสนับสนุนในการดูแลตนเองทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นด้านการกำกับ ดูแล และติดตามการรักษอย่างต่อเนื่องเพื่อคงระดับน้ำหนักตัวให้คงที่ภายหลังการผ่าตัด

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของความไม่ประสบความสำเร็จในการผ่าตัดลดน้ำหนัก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 Feb 17]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Kumfum A, Jaitae S, Rattanapunya S, Numboonjit S, Sukseetong N. Nutritional status, attitudes and policy recommendation on surveillance of obesity among personnel at Chiangmai Rajabhat University. Disease Control Journal. 2023;49(3):541–50. (in Thai)
3. Aekplakorn W, Puckcharern H, Satheannoppakao W. Survey of Thai people's health by physical examination, No.6 (2019–2020) Bangkok: Mahidol University, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2023.
4. Sukkum S. Nurses' roles in caring for obese patients undergoing laparoscopic sleeve gastrectomy. Thai Journal of Nursing. 2021;70(3):29–38. (in Thai)
5. Taptamtut M. A Health literacy lifestyle program for working age people with metabolic syndrome, Lammae district, Chumphon province. Journal of Boromarjonnani College of Nursing, Suphanburi. 2023; 6(1):145–59. (in Thai)
6. Limprasert S. Obesity and cardiovascular diseases. J Med Health Sci. 2024;31(1):107–12.
7. Ayanan P, Chomchuen T, Tangkawanich T. Factors related obesity behavior of senior high school students in Muang district, Chiang Rai Province. Journal of Health Research and Development Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office. 2021;7(1):75–89. (in Thai)
8. Mo-suwan L, Puwanant M, Phosuwattanakul J, Suthutvoravut U, Jongpipatwanich S, Chongviriyaphan N, et al. Clinical practice guidelines for the pediatric inpatient treatment of severe acute malnutrition. Thai Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2019;28(1):10–39. (in Thai)
9. Juárez-Fernández M, Román-Sagüillo S, Porras D, García-Mediavilla MV, Linares P, Ballesteros-Pomar MD, et al. Long-term effects of bariatric surgery on gut microbiota composition and faecal metabolome related to obesity remission. Nutrients. 2021;13(8):2519. doi: 10.3390/nu13082519.

10. Lam BCC, Lim AYL, Chan SL, Yum MPS, Koh NSY, Finkelstein EA. The impact of obesity: a narrative review. *Singapore Med J.* 2023;64(3):163–71. doi: 10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-232
11. Van de Laar AW, van Rijswijk AS, Kakar H, Bruin SC. Sensitivity and specificity of 50% excess weight loss (50%EWL) and twelve other bariatric criteria for weight loss success. *Obes Surg.* 2018;28(8):2297–304. doi: 10.1007/s11695-018-3173-4.
12. Alfadda AA, Al Qarni A, Alamri K, Ahamed SS, Abo'ouf SM, Shams M, et al. Perceptions, attitudes, and barriers toward obesity management in Saudi Arabia: data from the ACTION-IO study. *Saudi J Gastroenterol.* 2021;27(3):166–72. doi: 10.4103/sjg.sjg_500_20.
13. Moriconi D, Masi S, Rebelos E, Viridis A, Manca ML, De Marco S, et al. Obesity prolongs the hospital stay in patients affected by COVID-19, and may impact on SARS-COV-2 shedding. *Obes Res Clin Pract.* 2020;14(3):205–9. doi: 10.1016/j.orcp.2020.05.009.
14. Ullah A, Jamil M, Jamil J. The role of dietary interventions in the management of obesity [Internet]. In: I. McFarlane S, editor. *Obesity-recent insights and therapeutic options.* IntechOpen; 2023. p. 1–22. doi: 10.5772/intechopen.111529
15. Becker, Marshall H. The health belief model and sick role behavior. *Health Educ. Monogr.* 1974; 2(4):409–19.
16. Phasuk, P. The relation between health beliefs and self health care behaviors of elders in Nongkae subdistrict, Rasisalai district, Sisaket Province. *Journal of Department of Health Service Support.* 2020; 16(1):44–55. (in Thai)
17. Jaiyod N, Manoton A. Effectiveness of applying the concept of health belief model in modifying obesity reduction behavior of Sukhothai personnel, Muang district, Sukhothai province. *Journal of Community Public Health.* 2023; 9(1):54–68. (in Thai)
18. Hongsakornprasert K. Effects of social support on elderly patients with depressive disorders. *Multidisciplinary Journal for Health.* 2022;4(2):15–26. (in Thai)
19. Jintanapanya P. Effect of behavior modification program on the health behavior and nutritional status of overweight and obese healthcare worker in Thung Song Hospital, Nakhon Si Thammarat Province. *Maharaj Nakhon Si Thammarat Medical Journal.* 2023;7(1):28–41. (in Thai)
20. Athanasiadis DI, Martin A, Kapsampelis P, Monfared S, Stefanidis D. Factors associated with weight regain post-bariatric surgery: a systematic review. *Surg Endosc.* 2021;35(8):4069–84.
21. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice.* 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.
22. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res.* 1987;36(2):76–81.
23. Cadena-Obando D, Ramírez-Rentería C, Ferreira-Hermosillo A, Albarrán-Sánchez A, Sosa-Eroza E, Molina-Ayala M, Espinosa-Cárdenas E. Are there really any predictive factors for a successful weight loss after bariatric surgery? *BMC Endocr Disord.* 2020;20(1): 20. doi: 10.1186/s12902-020-0499-4.
24. Liao J, Yin Y, Zhong J, Chen Y, Chen Y, Wen Y, et al. Bariatric surgery and health outcomes: an umbrella analysis. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022;13: 1016613. doi: 10.3389/fendo.2022.1016613.
25. Maiman LA, Becker MH. The health belief model: origins and correlates in psychological theory. *Health Educ Monogr.* 1974;2(4):336–53.
26. Gregory D. Zimet, Nancy W. Dahlem, Sara G. Zimet, Gordon K. Farley. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess.* 1998;(52):30–41.
27. Narmkul P, Ua-Kit N. Predicting factors of weight control behaviors among overweight female adolescents. [Master's dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013. doi.org/10.58837/CHULA.THE.2010.655.
28. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* 2007;39(2):175–91. doi: 10.3758/BF03193146.
29. Sararuk M. Health beliefs and obesity prevention behaviors of over-nourished high school students: a case study of Matthayom Trakan Phuetphon school, Ubon Ratchathani province. *Humanities and Social Sciences Journal, Ubon Ratchathani Rajabhat University.* 2013;4(2):65–85. (in Thai)

**ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัดลดน้ำหนัก**

30. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Sirirak T, Arunpongpaisal S, Zimet G. Confirmatory factor analysis of the revised version of the Thai multidimensional scale of perceived social support among the elderly with depression. *Aging Ment Health*. 2018;22(9):1143-48.
31. Wannalai U. Factors influencing health status of late adolescents in Muang district, Lampang province. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 2021;8(2):197-18. (in Thai)
32. Yaemmen P, Duangsong R. The effects of health promotion program by application of health belief model and social support on behavioral modification for weight control among overweight students at Level 5 of primary school, Muang district, Phitsanulok province. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*. 2012;12(1):57-67. (in Thai)