

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน*

วัฒนพล ตั้งชูยกุล บัณฑิต วิทยม.**

วาริ กังใจ พย.ด.***

พรชัย จุลเมตต์ Ph.D.(Nursing)***

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่าง คือ พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 52 รูป สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 รูป กลุ่มทดลองได้รับการจัดการตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าโคสแควร์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measured analysis of variance) และทดสอบด้วยนิวแมน-คูลส์

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกาย ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้ ควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองนี้ไปใช้กับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27 (1) 92-108

คำสำคัญ: การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าดัชนีมวลกาย พระภิกษุสูงอายุ ภาวะอ้วน

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร Email: 4937369@hotmail.co.th

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาโภชนาการเกิดที่สำคัญในผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุที่มีรายงานในประเทศไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ เฉลี่ยเดือนละ 200 รูป คิดเป็นร้อยละ 15 และพบว่าพระภิกษุสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสงฆ์มีภาวะอ้วนร้อยละ 19.7¹

สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งจากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุอยู่ในระดับต่ำ ควรปรับปรุงมากที่สุด^{2,3} เนื่องจากพระภิกษุสูงอายุเชื่อว่า อาหารที่รับมาเป็นการถวายจากความศรัทธา ต้องฉันตอบสนองศรัทธา⁴ ทำให้ไม่สามารถควบคุมการบริโภคอาหารได้ ประกอบกับพระภิกษุสูงอายุขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมด้วยปัจจัยของการสูงอายุและวินัยสงฆ์ จึงเป็นปัจจัยให้เกิดภาวะอ้วนได้ง่าย เมื่อเกิดภาวะอ้วนแล้วจะส่งผลกระทบต่อพระภิกษุสูงอายุ เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ 1) กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน 2) กลุ่มความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และ 3) กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน ดังนั้น การจัดการภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุจึงต้องใช้แนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่เข้ามาทดแทน⁵ ทั้งนี้พระภิกษุสูงอายุจะต้องมีความพอใจ เข้าใจประโยชน์ รวมทั้งต้องมีความตั้งใจ และให้ความร่วมมืออย่างดี จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว และคงสภาพที่ดีไว้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่างที่จำพรรษาอยู่ที่วัด แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารในพระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสงฆ์⁶ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังพบอีกว่า การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick⁵ เป็นรูปแบบหนึ่งที่นิยมนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ⁷⁻¹¹ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมินและตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการดำรงชีวิต และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง¹⁰ ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุ โดยประยุกต์แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick⁵ เพื่อส่งเสริมให้พระภิกษุสูงอายุสามารถควบคุมภาวะอ้วนได้ โดยมุ่งเน้นให้พระภิกษุสูงอายุปฏิบัติตามกลวิธีการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (self management) 2) การประเมินผลตนเอง (self evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self reinforcement)^{5,7-10}

ผลของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเชื่อว่าหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองจะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยสามารถเลือกบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสม และต่อเนื่องกับตนเอง ซึ่งจะส่งผล

ให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น และมีค่าดัชนีมวลกายลดลง ช่วยลดการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษากลุ่มตัวอย่างอีกด้วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่างมาจากแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick⁵ ซึ่งมีความเชื่อว่าบุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลถูกกระตุ้นจากความชอบ หรือความสนใจของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะเกิดขึ้นเพราะมีการควบคุมตนเอง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการกระทำพฤติกรรม โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วยการให้ความรู้ และการฝึกทักษะ 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง ใช้กลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วยการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง และ 3) ระยะการติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความสามารถในการเลือกบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้น และมีค่าดัชนีมวลกายลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

สมมติฐานของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

2. กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีค่าดัชนีมวลกายในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ (repeated measures design: two group) 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2554 - วันที่ 25 กันยายน 2554

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554

ผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ 1) มีอายุตั้งแต่ 60 – 74 ปี มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 – 29.99 กิโลกรัม/ เมตร² จำวัดในกรุงเทพมหานคร ไม่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน และภาวะ hypothyroidism 2) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีสติ สัมผัสปัญญาสมบูรณ์ สามารถมองเห็น ฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้เข้าใจ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และ 3) ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมาก่อน จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 22 รูป การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ power analysis กำหนด power of test ที่ .80 และ effect size ที่ .05 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เปิดตาราง statistical power table ของ Kraemer and Thiernann (1987) cited in Burns and Grove¹² ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 22 ราย การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 รูป รวม กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 52 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่าง คู่มือส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง และสมุดบันทึกการติดตามตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick⁵ และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน

พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการดูแลพระภิกษุสูงอายุ 1 ท่าน และพระภิกษุผู้มีความรู้ด้านกฎระเบียบและพระวินัยของสงฆ์ 1 รูปหลังจากผ่านการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาให้มีความเหมาะสม ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รูป เพื่อประเมินประสิทธิภาพในการนำไปปฏิบัติ

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องชั่งน้ำหนักตัวชนิดดิจิตอล และสายวัดส่วนสูง โดยเครื่องชั่งน้ำหนักตัวชนิดดิจิตอล และสายวัดส่วนสูงได้ผ่านการรับรองมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม และควบคุมความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักตัวชนิดดิจิตอล และสายวัดส่วนสูงเดียวกันตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

2.2 แบบบันทึกอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกาย

2.3 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย น้ำหนักในรอบปีที่ผ่านมา จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์ โรคประจำตัว จำนวนมื้ออาหารที่ฉัน มื้อของอาหารที่ฉัน ปริมาณมากที่สุด และรสชาติของอาหารที่ฉันเป็นประจำ

2.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการเลือกชนิดของอาหารที่บริโภค ปริมาณอาหารที่บริโภค และความถี่ในการบริโภคอาหารโดยมี ข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางบวกจำนวน 7 ข้อ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตาม

เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิชุดเดียวกับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง หลังจากผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงและแก้ไข พร้อมทั้งนำไปคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .82 ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 รูป และนำวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .79

ส่วนที่ 3. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
ประกอบด้วย

3.1 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย¹³ มีเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) ได้คะแนน > 14 คะแนนจาก 23 คะแนน 2) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนหนังสือระดับประถมศึกษาได้คะแนน > 17 คะแนนจาก 30 คะแนน และ 3) ผู้สูงอายุปกติที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนน > 22 คะแนนจาก 30 คะแนน

3.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ¹⁴ กำหนดคะแนนที่ 12 คะแนนขึ้นไปจาก 20 คะแนน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสงฆ์ เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2554 และวันที่ 31 พฤษภาคม 2554 ตามลำดับ ส่วนในขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิตามเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์

ขั้นตอนในการศึกษา และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรักษา คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่าง ผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งการให้ความยินยอมตามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัย โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลพระภิกษุสูงอายุ ทำหน้าที่ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล วิธีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และวิธีการจดบันทึกก่อนนำไปใช้จริง หลังจากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไปใช้กับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 รูป จนกระทั่งได้ข้อมูลตรงกับผู้วิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มวันด้วยวิธีการจับฉลากจาก 5 วันทำการ (วันจันทร์-วันศุกร์) ซึ่งเป็นวันที่แพทย์ให้การตรวจรักษาผู้ป่วยตามปกติ เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยกลุ่มทดลองได้วันจันทร์ และวันศุกร์ กลุ่มควบคุมได้วันอังคาร และวันพฤหัสบดี ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันความซ้ำซ้อนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อีกทั้งเป็นการควบคุมปัจจัยภายนอกจากการถ่ายเทระหว่างกลุ่ม (contaminate)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลองผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแบบประเมินที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสัปดาห์ละ 1 ครั้งรวม 7 ครั้งใน 7 สัปดาห์ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อม สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 ใช้เวลาครั้งละประมาณ 60 นาที ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง การเสริมสร้างความรู้เรื่องภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ เนื้อหาประกอบด้วย ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุของการเกิดภาวะอ้วน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน ชนิดของภาวะอ้วน ผลกระทบของภาวะอ้วน และการดูแลรักษาภาวะอ้วน โดยการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน ประกอบกับการนำเสนอด้วยสื่อการสอน พร้อมทั้งมอบคู่มือส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เพื่อใช้ในการทบทวน และเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

ระยะจัดการด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ดำเนินกิจกรรมที่วัดเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ในการบริโภคอาหาร 5 หมู่ และการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง เสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง รวมถึงการปฏิบัติตามกลวิธีการกำกับตนเองทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การติดตามตนเอง ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การจำแนกพฤติกรรม การฝึกบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง การแสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน

และการวิเคราะห์ข้อมูลที่บ้านที่ 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง ส่วนการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการจัดการด้วยตนเอง เพื่อควบคุมภาวะอ้วน ประกอบด้วย การฝึกคำนวณพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ใน 1 วัน การฝึกคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และการฝึกคำนวณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร อีกทั้งผู้วิจัยได้มอบสมุดบันทึกการติดตามตนเอง เพื่อใช้ในการจดบันทึกรายการอาหารที่บริโภค

ระยะติดตามผลและประเมินผลการปฏิบัติ สัปดาห์ที่ 3 - 7 กิจกรรมครั้งที่ 3 - 7 ใช้เวลาครั้งละประมาณ 45 นาที ดำเนินกิจกรรมที่วัดเป็นรายบุคคล โดยผู้วิจัยตรวจสอบรายการอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคในแต่ละวันจากสมุดบันทึกการติดตามตนเอง ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างประเมินผลการปฏิบัติร่วมกัน โดยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึกการติดตามตนเอง เปรียบเทียบกับเป้าหมาย ถ้ากลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยให้แรงเสริมโดยการชมเชย แต่ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยให้แรงเสริมโดยการให้กำลังใจ พร้อมทั้งกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างให้กำลังใจตนเอง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองต่อไป

ระยะหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการที่วัดเป็นรายบุคคล ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารชุดเดิม พร้อมทั้งชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง

ระยะติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการที่วัดเป็นรายบุคคล ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารชุดเดิม พร้อมทั้งชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และยุติสัมพันธภาพ

2. กลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 45 นาที ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การบริโภคอาหาร หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษา และการพยาบาลตามอาการเจ็บป่วยของตนเอง พร้อมทั้งได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลตามสภาพปัญหา

ระยะหลังการทดลอง ในสัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการที่วัดเป็นรายบุคคล ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรม การบริโภคอาหารชุดเดิม พร้อมทั้งชั่ง น้ำหนัก และวัดส่วนสูง

ระยะติดตามผล ในสัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการที่วัดเป็นรายบุคคล ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรม การบริโภคอาหารชุดเดิม พร้อมทั้งชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง หลังจากนั้นผู้วิจัยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ ภาวะอ้วน และกลวิธีการกำกับตนเอง เช่นเดียวกับ กลุ่มทดลอง มอบคู่มือส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง และสมุดบันทึกการติดตามตนเอง พร้อมทั้งเปิดโอกาส ให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปด้วย สถิติไคสแควร์ (Chi - square)

2. คะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และ ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการ ทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ใช้ค่าเฉลี่ย

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที่ (Independent t-test) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated-measure analysis of variance) ประเภท หนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (one between subject variable and one within-subject variable) และทำการทดสอบเป็นรายคู่โดยใช้สถิติการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ (multiple comparisons) ด้วยวิธีทดสอบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) เมื่อพบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างมีความ แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลาการทดลอง

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ในระยะ ก่อนการทดลอง ทดสอบด้วยสถิติค่าที่ (Independent t - test) พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตอนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .05 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหารในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 3 จึงทำการเปรียบเทียบ ความแตกต่างของระยะเวลาภายในกลุ่มโดยการ เปรียบเทียบเชิงพหุคูณด้วยวิธีทดสอบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels Method) พบว่า กลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะ
หลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าระยะ
ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.01 ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ในระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากระยะหลังการ

ทดลอง ดังตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในระยะ
หลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อน
การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วน
ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในระยะติดตามผลไม่แตกต่าง
จากระยะหลังการทดลอง ดังตารางที่ 5 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 26)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ					.74	.69
60 – 64 ปี	15	57.69	12	46.16		
65 – 69 ปี	6	23.08	7	26.92		
70 – 74 ปี	5	19.23	7	26.92		
ค่าดัชนีมวลกาย					.36	.55
25.00 – 27.59 กก./ เมตร ²	17	65.38	19	73.08		
27.60 – 29.99 กก./ เมตร ²	9	34.62	7	26.92		
น้ำหนักในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา					–	–
เพิ่มขึ้น	14	53.84	14	53.84		
เท่าเดิม/ ลดลง	12	46.16	12	46.16		
จำนวนพรรษา					.92	.34
1 – 20 พรรษา	21	80.77	18	69.23		
20 พรรษาขึ้นไป	5	19.23	8	30.77		

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และค่าไคสแควร์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 26) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		X ²	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ระดับการศึกษา						
สายสามัญ					-	-
ประถมศึกษา	14	53.84	14	53.84		
มัธยมศึกษา-ปริญญาตรี	12	46.16	12	46.16		
สายปริยัติธรรม					.31	.86
ไม่เรียนพระปริยัติธรรม	6	23.08	7	26.92		
นักธรรม (ตรี-โท-เอก)	13	50.00	11	42.31		
เปรียญ (ตรี-โท-เอก)	7	26.92	8	30.77		
โรคประจำตัว					.34	.56
ไม่มี	16	61.54	18	69.23		
มี	10	38.46	8	30.77		
จำนวนมือกัฏดาหารที่ฉัน					-	-
2 มือ	26	100.00	26	100.00		
มือที่ฉันปริมาณมากที่สุด					3.00	.22
กัฏดาหารเช้า	3	11.53	8	30.77		
กัฏดาหารเพล	14	53.85	10	38.46		
ทั้งกัฏดาหารเช้า/เพล	9	34.62	8	30.77		
รสชาติของกัฏดาหารที่ฉันประจำ					.84	.36
หวาน/ มัน	6	23.08	9	34.62		
พอดีทุกรส	20	76.92	17	65.38		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และการทดสอบสถิติค่าที (Independent t-test) ของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 26)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	30.19	2.26	29.88	2.61	.45	.65
ค่าดัชนีมวลกาย	26.94	.97	26.96	.78	.08	.94

*p < .05

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

Source of Variation	df	SS	MS	F
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
ระหว่างกลุ่ม				
Group (G)	1	3712.31	3712.31	298.49**
Ss _{w/ingroup}	50	621.86	12.44	
ภายในกลุ่ม				
Intervals (I)	2	1694.24	847.12	393.12**
I x G	2	1740.96	870.47	403.95**
I x Ss _{w/ingroup}	100	215.49	2.16	
ค่าดัชนีมวลกาย				
ระหว่างกลุ่ม				
Group (G)	1	9.54	9.54	4.08*
Ss _{w/ingroup}	50	116.86	2.34	
ภายในกลุ่ม				
Intervals (I)	1.53	2.43	1.59	177.53***
I x G	1.53	4.45	2.90	324.74***
I x Ss _{w/ingroup}	76.72	.69	.01	

*p < .05

**p < .001

***p < .001, (F1.53, 76.72) ปรับค่า df ด้วยวิธีการของ Huynh – Feldt cite in Howell¹⁵

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะติดตามผล และระยะหลังการทดลอง ด้วยวิธีทดสอบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

M	ระยะก่อนการทดลอง	ระยะติดตามผล	ระยะหลังการทดลอง
	30.19	44.23	44.31
30.19	-	14.04*	14.12*
44.23		-	.08
44.31			-
R		2	3
$q_{.99}(r, 50)$		3.79	3.96
$q_{.99}(r, 50) \times \sqrt{\frac{39.15}{26}}$		4.66	4.87

* $p < .01$

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ด้วยวิธีทดสอบนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

M	ระยะติดตามผล	ระยะหลังการทดลอง	ระยะก่อนการทดลอง
	26.31	26.34	26.94
26.31	-	.03	.63*
26.34		-	.60*
26.94			
R		2	3
$q_{.99}(r, 50)$		3.79	3.96
$q_{.99}(r, 50) \times \sqrt{\frac{12.60}{26}}$		2.62	2.73

* $p < .01$

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ เนื่องจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองที่จัดขึ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการอย่างมีแบบแผนโดยประยุกต์แนวความคิดการจัดการด้วยตนเองและกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick⁵ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมความพร้อม 2) ระยะจัดการด้วยตนเอง และ 3) ระยะการติดตามผลและการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งผลการทดลอง พบว่า โปรแกรมนี้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน ผู้วิจัยดำเนินการโดยการอธิบาย และแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับ ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุของการเกิดภาวะอ้วน ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน ชนิดของภาวะอ้วน ผลกระทบของภาวะอ้วน และการดูแลรักษาภาวะอ้วนรักษา โดยเน้นให้เห็นถึงผลกระทบของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ความรู้เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของพฤติกรรมจัดการด้วยตนเอง¹⁶ ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะอ้วนเพิ่มมากขึ้น

ระยะการจัดการด้วยตนเอง ระยะนี้เป็นระยะของการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง และการฝึกทักษะต่าง ๆ รวมถึงการปฏิบัติตามกลวิธีการกำกับตนเอง จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารได้

การเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องในการบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ในการบริโภคอาหาร 5 หมู่ และการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ส่วนความรู้เกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วยการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญของพฤติกรรมจัดการด้วยตนเอง¹⁶ ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจะสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และกลวิธีการกำกับตนเองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมภาวะอ้วนด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

ส่วนการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการจัดการด้วยตนเองด้านพฤติกรรมบริโภคอาหาร เพื่อควบคุมภาวะอ้วน ประกอบด้วย การฝึกคำนวณพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ใน 1 วัน การฝึกคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และการฝึกคำนวณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร รวมถึงการปฏิบัติตามกลวิธีการกำกับตนเอง ทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ซึ่งการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 1) การตั้งเป้าหมาย กลุ่มตัวอย่างได้มีการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักลงด้วยตนเอง โดยในสัปดาห์แรกตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักที่ 0.5 กิโลกรัมทุกรูป และในสัปดาห์ที่ 2 - 7 ตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักที่ 0.3 - 0.5 กิโลกรัม แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักไม่

เท่ากัน เนื่องจากแต่ละรูปมีความพึงพอใจต่อเป้าหมายไม่เหมือนกัน คาดการณ์ว่าความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไปจึงมีการตั้งเป้าหมายไม่เท่ากัน การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามและสนใจในกิจกรรมที่ปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น 2) การจำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออก กลุ่มตัวอย่างสามารถแยกได้ว่าถ้าบริโภคอาหารที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวาน นมรสหวาน จะส่งผลให้มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น และถ้าบริโภคอาหารจำพวกผัก และผลไม้ที่มีรสหวานน้อย จะส่งผลให้มีน้ำหนักลดลง 3) การฝึกบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้มีการฝึกทักษะการจดบันทึกรายการอาหารที่บริโภคในแต่ละวันให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถจดบันทึกรายการอาหารที่บริโภคได้ด้วยตนเองที่วัด อีกทั้งผู้วิจัยได้มอบสมุดบันทึกการติดตามตนเอง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างไว้บันทึกรายการอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน 4) การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างสามารถสังเกตและบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง โดยดูจากสมุดบันทึกการติดตามตนเอง 5) การแสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน จากการติดตามเยี่ยมโดยผู้วิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถจดบันทึกรายการอาหารที่ตนเองบริโภคในแต่ละสัปดาห์ได้ถูกต้อง และ 6) การวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก จากการติดตามเยี่ยมโดยผู้วิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถคำนวณรายการอาหารที่ตนเองบริโภคในแต่ละวันได้ถูกต้อง และสามารถบอกได้ว่ากรณีที่น้ำหนักไม่ลดเป็นเพราะว่าจดบันทึกรายการอาหารที่บริโภคไม่ครบทำให้ไม่สามารถตรวจสอบรายการอาหารที่บริโภคได้ ทักษะจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการด้วยตนเอง¹⁶ โดยจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างจัดการเรื่องการบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง รวมถึงการสังเกต และการจดบันทึก

รายการอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับการปฏิบัติกิจกรรมที่จัดในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น¹⁶ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับการปฏิบัติกิจกรรมที่จัดในโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง และสามารถปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น¹⁶

ส่วนการประเมินตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถลดน้ำหนัก 0.3 – 0.5 กิโลกรัม/ สัปดาห์ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติกิจกรรมและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่เข้ามาแทนที่

สำหรับการเสริมแรงตนเอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้จนส่งผลให้มีน้ำหนักลดลง จะนำไปสู่การเสริมแรงตนเอง โดยการให้กำลังใจตนเองซึ่งเป็นการเสริมแรงภายใน อีกทั้งได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัยซึ่งถือเป็นตัวเสริมแรงทางสังคมโดยการชมเชย ส่งผลให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น ๆ

ระยะการติดตามผล และการประเมินผลการปฏิบัติ จากการทดลองผู้วิจัยได้มีการติดตามเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 1 ครั้ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองโดยการบันทึกรายการอาหารที่บริโภคลงสมุดบันทึกการติดตามตนเองเฉลี่ยสัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง การติดตามเยี่ยมที่วัด และประเมินผลการปฏิบัติโดยผู้วิจัย เป็นการส่งเสริมให้เกิดผลดีในด้านความสม่ำเสมอ และต่อเนื่องของการปฏิบัติ ส่งผลให้มีการปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองดีขึ้น

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kangchai¹⁰ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริม

การจัดการด้วยตนเองสำหรับผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่า สตรีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ดีกว่าระยะก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของพัชรินทร์ดวงคล้าย⁶ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ดีกว่าระยะก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารักษ์ คำพานิชย์⁷ ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ดีกว่าระยะก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัชวรรณ ตู้แก้ว⁸ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล ดีกว่าระยะก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองมีค่าดัชนีมวลกายในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 และ .01 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองอย่างเป็นระบบในการปรับเปลี่ยน และปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง โดยการหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน เช่น นมหวาน และผลไม้ที่มีรสหวาน เป็นต้น และการลดพลังงานจากการบริโภคอาหารโดยการคำนวณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถจัดการด้วยตนเอง โดยการตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักลงสัปดาห์ละ 0.3 - 0.5 กิโลกรัม¹⁷ ด้วยการลดพลังงานจากการบริโภคอาหารลงเฉลี่ยวันละ 300 - 500 กิโลแคลอรี สามารถอธิบายจากการกำกับปัจจัยทั้ง 4 ประการ¹⁸ ได้ดังนี้ 1) การปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งช่วยลดปัจจัยเสี่ยง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเลือกบริโภคอาหารที่ให้พลังงานต่ำ เช่น เปลี่ยนจากการดื่มนมรสหวานเป็นนมรสจืด เป็นต้น 2) สิ่งเร้าในสิ่งแวดล้อมซึ่งอาจทำให้เกิดน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลีกเลี่ยงการรับมึนต่อนอกสถานที่ซึ่งส่งผลให้บริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น 3) การรู้คิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายตามที่ตั้งไว้คือน้ำหนักลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และ 4) กระบวนการทางสรีรวิทยา หรือกระบวนการของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้น้ำหนักลดลงส่งผลให้อาการปวดข้อเข่าลดลง

จากผลการทดลองแสดงให้เห็นว่า หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองตามกำหนด ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในระยะหลังจากทดลอง และระยะ

ติดตามผลลดลงจากระยะก่อนการทดลองเท่ากับ .61 และ .64 ตามลำดับ โดยการติดตามเยี่ยมที่วัดในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ทำการชั่งน้ำหนัก และลงบันทึกน้ำหนักในแต่ละสัปดาห์ลงกราฟเส้นในสมุดบันทึกการติดตามตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถประเมินผลการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองได้ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดน้ำหนักให้ได้ตามที่ตั้งไว้ และเมื่อสามารถลดน้ำหนักได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงศักยภาพและรับรู้ความสามารถในการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเอง ทำให้เกิดความภาคภูมิใจซึ่งถือเป็นตัวเสริมแรงภายใน อีกทั้งยังได้รับการเสริมแรงจากผู้วิจัยซึ่งถือเป็นตัวเสริมแรงทางสังคม ได้แก่ การชมเชย ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่อง

สรุปจากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสามารถส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น และมีค่าดัชนีมวลกายลดลง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองไปใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำวิธีการจากโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคร่วม เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

2. งานวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาในการศึกษา มีการประเมินผล 2 ครั้ง คือระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 และระยะติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 การวิจัยครั้งต่อไป จึงควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลซ้ำ เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลง

และความคงอยู่ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

เอกสารอ้างอิง

1. สถิติโรงพยาบาลสงฆ์. เวชระเบียนและงานสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์. ข้อมูลดิบไม่ตีพิมพ์; 2554.
2. สมพล วิมาลา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา] มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
3. ยุพยง พรหมโบล, สุริยรัตน์ นิธิภัทรรัตน์ และสุภาภรณ์ ตันตีสุนทรชัยกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มารับบริการ ณ หน่วยหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารกรมการแพทย์ 2548; 30(3): 148-156.
4. พิชญ์วรา พันธุ์พิทยะแพทย์. ประสบการณ์การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุ: กรณีศึกษา ณ อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
5. Kanfer FH, Gaelick L. Self-Management Methods. In: Kanfer FH, Goldstein A, editors. Helping People Change: A Textbook of Methods. 3rd ed. New York: Pergamon Press; 1986. p. 283-345.
6. กัลยรัตน์ อนนทรัตน์. ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของพระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
7. จุฬารักษ์ คำพานุฑย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.

8. พัชรินทร์ ดวงคล้าย. ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] มหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
9. รัชวรรณ ตู่แก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเองและระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ] มหาวิทยาลัยบูรพา; 2550.
10. Kangchai, W. Efficacy of Self-Management Promotion Program for Elderly Women with Urinary Incontinence. [Doctoral Dissertation Faculty of Graduate Studies] Mahidol University; 2002.
11. Pettman TL, Midan GM, Owen K, Warren K, Coates AM, Buckley JD, et al. Self-Management for Obesity and Cardio-Metabolic Fitness: Description and Evaluation of the Lifestyle Modification Program of a Randomized Controlled Trial. *Int J Behav Nutr Phy* 2008; 5(53): 1-15.
12. Burn N, Grove SK. The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2005.
13. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; 2542
14. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, Bunnag S. Disability among Thai Elderly living in Klong Toey Slum. *J Med Assoc Thailand* 1994; 77(5): 231-238.
15. Howell D. Fundamental Statistics for The Behavioral Science. 4th ed. Albany: Duxbury Press; 1997.
16. Clark NM, Becker MH, Janz NK, Lorig K, Rakowski W, Anderson L, et al. Self-Management of Chronic Disease by Older Adults. *J Aging Health* 1991; 3(1): 3-27.
17. ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. คู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคอ้วน กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
18. Tobin DL, Reynolds RVC, Holroyd KA, Creer TL. Self-Management and Social Learning Theory. In: Holroyd KA, Creer TL, editors. *Self-Management of Chronic Disease: Handbook of Clinical Intervention and Research*. New York: Academic Press; 1986. p. 29-55.

Impact of Self-Management Promoting Program on Obese Monks' Consumption Behaviour and Body Mass Indices*

Wattanapol Tingsuikul Buakaew, M.N.S.**

Waree Kangchai, D.N.S.***

Pornchai Jullamate, Ph.D (Nursing)***

Abstract: The main objective of this research was to study the impact of self-management promoting programme on elderly obese monks' consumption behaviour and body mass indices. Data were collected from a sample of 52 monks who met the set obesity criteria and were out-patients at the Sangha Hospital, Bangkok. The subjects were randomly and equally divided into an experimental group and a controlled group, each with 26 members. The members of the experimental group were subjected to the self-management promoting programme, whilst those of the controlled group received normal treatment. The data, obtained through interviews focusing on consumption behaviour, and through weight and height measurement, were statistically analysed according to their frequency, percentage, chi-square, mean, standard deviation, t-test, repeated measured analysis of variance and Newman Keuls' method.

The research results are as follows. Firstly, the experimental group's consumption behaviour and body mass indices differed with a significant value of $p < .05$ from those of the controlled group. Secondly, as compared with the pre-experimental data, the experimental group displayed significant improvement of their consumption behaviour and body mass indices after the experiment and during the follow-up, significantly better than the controlled group's consumption behaviour and body mass indices by $p < .01$. Finally, a correlation was discovered between the method and duration of the experiment, in relation to both the consumption behaviour and body mass index, with a value of $p < .001$.

Based on this research, it is recommended that this self-management promoting programme be introduced to obese monks to be practiced on a regular basis.

Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(1) 92-108

Keywords: self-management promoting program; consumption behaviour; body mass index; elderly monks; obesity

*Thesis of Master Nursing Science, Grontological Nursing Faculty of Nursing Burapha University.

**Corresponding author, Register Nurse, Priest's Hospital, Email: ddavil99@hotmail.com

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University.