



พลของการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง

The Effect of Promoting Self-management for Health Behavior
Modication of Metabolic Syndrome Risk Group

ปราณี	จันธิมา	พย.ม.*	Pranee	Jantima	M.n.s.*
สมเกียรติ	ศรีธาราธิคุณ	ปร.ด.**	Somkiat	Sritaratikul	Ph.d.**

บทคัดย่อ

ภาวะอ้วนลงพุงเป็นสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ 3-5 เท่า ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงต่อขนาดของรอบเอว โดยให้ความรู้และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงตามแนวคิดการจัดการตนเอง ประกอบด้วย การดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลอารมณ์ การงดสูราและสารเสพติด กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มเสี่ยงอ้วนลงพุงอายุ 45-55 ปีจำนวน 30 คนได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ใช้ระยะเวลาในดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ วัดและประเมินผลแบบกลุ่มเดียว โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบประเมินสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การดื่มสุรา และสูบบุหรี่ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มสัมพันธ์กัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัย มีค่าเฉลี่ยของ น้ำหนักลดลง 2.30 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลง 0.87 กิโลกรัม/ตารางเมตร และมีระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง การจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.001)

ผลของการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในกลุ่มเสี่ยงอ้วนลงพุงหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องเมตาบอลิกได้โดยบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อ้วนลงพุง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม จ.

* professional nurse, srimaungchum health promoting hospital, chiang rai province, tukayee@gmail.com

** หัวหน้างานเวชปฏิบัติชุมชนสำนักงานเร่งพัฒนาชนบท จ.

** community health supervisor, office for rural development of mea sai, chiang rai province,



Abstract

Metabolic syndrome (MetS) is the cause of chronic non-communicable disease. Waist circumference increases of 5 cm have increased by 3 to 5 times which also increases the risk of diabetes and contributes to impact physical, psychological and socioeconomic. This study was a quasi-experimental research that had an objective to investigate the self-led health care behaviors of metabolic syndrome risk group towards effecting of waist circumference by providing knowledge and support for the group's health behavior modification. In addition, a self-management concept was applied related to food, exercise, emotion, alcohol, and substance abuse. A sample group of 30 metabolic syndrome risk people aged between 45-55 years were selected to participate in the study using a systematic random sampling technique. The duration of the study was a total of 12 weeks, measurement and evaluation was also conducted within One-Group Pretest-Posttest Design. The instruments included a health assessment form, eating behavior evaluation form, physical exercise, drinking, and monitoring smoking. Data were analyzed by using percentage, range, mean, standard deviation, and statistics of paired t-test.

The results of the study showed an average weight is statistically significant reduction 2.30 kgs. The average BMI reduction was 0.87 kg./m^2 . Knowledge levels of metabolic syndrome, also have statistical significance increased. (<0.001)

This results of this study could be applied with other groups at risk of other diseases or patients with uncontrolled diseases related with metabolic syndrome, by the diet.

Keyword: self-management, health behavior modification, metabolic syndrome

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน (metabolic syndrome) จัดเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาคมโลก และยังเป็นปรากฏการณ์ที่พบในแทบทุกประเทศ อุบัติการณ์ของภาวะ น้ำหนักเกินและโรคอ้วนและความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก รายงานว่า ใน พ.ศ. 2548 มีประชากรโลกมากถึง 1.6 พันล้านคน จัดอยู่ในภาวะ น้ำหนักเกิน และ 400 ล้านคน จัดอยู่ในภาวะอ้วน แต่มีการคาดการณ์ว่าประชากรโลกที่มีภาวะ น้ำหนักเกินจะเพิ่มเป็น 2.3 พันล้านคน และโรคอ้วนเพิ่มเป็น 700 ล้านคนใน พ.ศ.2582 ทิศทางการเปลี่ยนแปลงนี้พบได้ทั้งในประเทศพัฒนา และกำลังพัฒนา ในแทบทุกกลุ่มประชากรของ

สังคม และในทุกกลุ่มอายุในจำนวนนี้ประมาณสามในสี่อยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ (U.S. National, 2007) ประเทศไทยมีภาวะ น้ำหนักเกินและอ้วน โดยผลสำรวจพบร้อยละ 30.5 มีภาวะ น้ำหนักเกินที่ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป และผู้ที่ถือว่าอ้วนลงพุงมีอยู่ร้อยละ 7.5 ซึ่งภาวะ น้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนนี้มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง ทั้งระดับไขมันในเลือดสูง หรือระดับ น้ำตาลในเลือดสูง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน เป็นต้น และหากเปรียบเทียบในระดับภูมิภาคพบว่า คนไทยอ้วนสูงสุดเป็นอันดับ 2 จากทั้งหมด 10 ประเทศอาเซียน รองจากประเทศมาเลเซีย

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (2552-2556) อัตราตายด้วย



โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตของคนไทย 3 อันดับแรก ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตสูง และคอเลสเตอรอลในเลือดสูง การสำรวจสถานการณ์การเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของคนไทยพบว่าประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 มีกิจกรรมทางกายต่ำ และหากพิจารณาเฉพาะการออกกำลังกายพบว่า ผู้ใหญ่ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที ร้อยละ 22-24 และมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ออกกำลังกายเพียงพอสำหรับการป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคนไทยให้หันมาใส่ใจการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้นจึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ที่มีอายุ 15-60 ปี มักมีข้ออ้างว่าไม่มีเวลาว่าง ทั้ง ๆ ที่การออกกำลังกายในวัยนี้มีความจำเป็นมาก (กรมอนามัย, 2556)

ภาวะ น้ำหนักเกินก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ในด้านร่างกายผู้ที่ มี น้ำหนักเกิน เพิ่มความเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากกระดูกและข้ออักเสบ (osteoarthritis) เพิ่มความดันโลหิตสูงเพิ่มระดับไขมันในเลือด เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน โดยรอบเอวที่เพิ่มขึ้นทุกๆ 5 เซนติเมตร จะเพิ่มโอกาสเกิดโรคเบาหวานได้ 3-5 เท่า อีกทั้งการเพิ่มของ น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ปริมาณไขมันในช่องท้อง และปริมาณไขมันในเลือดสูง จะส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด มีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูงขึ้น (วนิษา กิจวรพัฒน์ และคณะ, 2553) ในด้านจิตใจ มักมีความภูมิใจในตนเองต่ำ เกิดความรู้สึกมีปมด้อย อับอาย ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ที่มีภาวะ น้ำหนักเกิน มักจะประสบปัญหาชีวิตครอบครัว ขาดโอกาสในการทำงานเนื่องจากขาดความคล่องตัว สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่มีภาวะ น้ำหนักเกินต้องสูญเสียเงินในการลด น้ำหนักจำนวนมาก อีกทั้งยังต้องสูญเสียเงินในการรักษาโรคที่เกิดจากสาเหตุภาวะ น้ำหนักเกิน (ดรณิ ดลรัตนภัทร, 2545) โรคอ้วนและอ้วนลงพุง กำลังเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง (วรรณิ นิธิยานันท์, 2554) เนื่องจากการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลง

ไปอย่างรวดเร็ว ร่วมกับกระแสวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลรับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการโดยไม่ได้สมดุล ประกอบด้วย ไขมันและ น้ำตาลมีใยอาหารน้อย ไม่ออกกำลังกายและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปมีอิทธิพลต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดอุดตันที่สมอง และโรคเบาหวาน เป็นต้น ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันสมควรหรือเป็นภาระให้กับสังคมในการ ดูแลรักษา (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2552)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ประยุกต์ทฤษฎีการจัดการตนเอง มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมพบว่าถ้าบุคคลมีการจัดการตนเอง (self-management) ในตนเองได้ก็จะช่วยให้ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่นการจัดการตนเองช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนัก และมีความรับผิดชอบต่อนตนเองในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมให้เหมาะสมกับโรค (Lorig & Holman, 2003) การจัดการตนเองที่มีประสิทธิภาพ จะต้องครอบคลุมการปฏิบัติในสิ่งที่ต้องกระทำ 3 ด้านได้แก่ 1) การจัดการทางการแพทย์ เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหารเฉพาะโรค 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้หรือการปรับเปลี่ยนและการสร้างพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับอารมณ์ เช่น อารมณ์โกรธ กลัว ซึมเศร้า และความเครียด นอกจากนั้นยังต้องอาศัยการสนับสนุนการจัดการตนเองที่ใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ได้แก่ การการสนับสนุนให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสภาวะร่างกายและอารมณ์อยู่ในภาวะปกติ ไม่เกิดความเครียด หรือความวิตกกังวล กระบวนการที่กล่าวมาทั้งหมดจะนำไปสู่การจัดการตนเองที่ถูกต้อง เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการใช้ความรู้และศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ในการจัดการกับโรคเรื้อรังของตนเองเพื่อที่จะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม (Kralik, Koch, Price, & Howard, 2003) แนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจในการนำมาใช้ดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปัจจุบัน โดยเป็นกระบวนการ



เรียนรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเปลี่ยนแปลง การดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงการติดตามและควบคุมภาวะเจ็บป่วยซึ่งมีความเป็น พลวัตร โดยเครียร์ (Creer, 2000) การจัดการตนเองเกิด จากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้น สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ จะต้อง อาศัยความรู้ ความเข้าใจถึงความเจ็บป่วยของตนเอง รู้ถึง ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นสามารถเผชิญกับอาการและอาการ แสดงที่เกิดขึ้น รวมถึงตัดสินใจที่จะจัดการกับความเจ็บป่วย

การที่ผู้ป่วยจะกระทำการจัดการตนเองเพื่อควบคุม โรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง ของอาการรวมทั้งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าอาการที่เปลี่ยนแปลง นั้นแสดงถึงการกำเริบของโรคที่เป็นอยู่และสามารถปฏิบัติ ตนในการควบคุมโรคหรือการเจ็บป่วยภายใต้การชี้แนะของ บุคลากรทางสุขภาพอย่างเหมาะสม จากการทบทวนงาน วิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทาง บวกกับความสามารถในการควบคุมโรคโดยพบว่าผู้ป่วย ภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีการจัดการตนเองดีมีความสามารถ ในการควบคุมอาการหายใจลำบาก อาการเหนื่อยล้าและ อาการบวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชุดินธร เรียนแพง, 2548) โดยทำให้มีการดูแลสุขภาพดีขึ้น ลดระยะเวลาใน การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและสามารถลดค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลรวมทั้งลดการเข้ารับการรักษซ้ำ ในโรงพยาบาลได้ (Bralow, Wright, 2003; Lorig et al., 2001) อีกทั้งผลการศึกษาเรื่องการจัดการตนเองต่อ พฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดัน โลหิตสูง ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล นาน จำนวน 30 คน ยืนยันว่าการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพได้อย่างเหมาะสมและลด ความดันโลหิตของผู้ป่วยได้ (ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ, 2551) การสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคอ้วน ลงพุงน่าจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ลดความ เสี่ยงลงได้

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงต่อผลของรอบเอว โดยการให้ ความรู้และสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงให้

มีการจัดการตนเองโดยใช้หลักการ 3 อ. 2 ส. (กอง สุขศึกษา, 2556) โดย 3 อ. ประกอบด้วย ออกกำลังกายให้ เหมาะสมและเพียงพอ วันละ 30 นาที การบริโภคอาหาร ให้เหมาะสม ลดหวาน มัน เค็ม และปรับอารมณ์ให้ไม่ เครียดมากเกินไป ขณะที่ 2 ส. คือ ลดการสูบบุหรี่ และลด การดื่มสุรา เพื่อลดปัญหาโรคที่เกิดจากวิถีชีวิต และมุ่งเน้น การสร้างความเข้มแข็งและการพึ่งพาตนเองได้ เพื่อเป็นการ จุดประกายให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงได้หันมาใส่ใจดูแล สุขภาพของตนเอง ร่วมกับการกำกับติดตามประเมินผล ตนเอง รู้จักบันทึกการทำการกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง มีการ ตั้งเป้าหมายชัดเจนในการออกกำลังกายซึ่งจะเป็นประโยชน์ ในการลรอบเอว ขณะเดียวกันการลดความเครียดได้จะ ส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง เมื่อมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากภาวะอ้วน ลงพุง และอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้อีกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง โรคอ้วนลงพุงก่อนและหลังให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง
2. เพื่อเปรียบเทียบ น้ำหนัก,ดัชนีมวลกาย และรอบ เอวก่อนและหลังให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเอง (self- management) ของเครียร์ (Creer, 2000) ซึ่งประกอบด้วย การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ จัดการตนเองร่วมกันระหว่างผู้ร่วมวิจัยและผู้วิจัย การ จัดการตนเองเป็น การกระทำในการควบคุมภาวะ เจ็บป่วย เรื้อรังและเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเป็น ความสามารถในการติดตาม และควบคุมภาวะเจ็บป่วยด้วย ตนเอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุม โรค โดยการเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรค ซึ่งจะช่วยให้รอบเอวลดลง ลดการเกิดภาวะ อ้วนลงพุงและโรคต่าง ๆ ที่จะตามมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-



experimental research design) ชนิดกลุ่มเดียววัดและประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ที่มีอายุ 45-55 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีเมืองชุม ปี 2557 มีภาวะรอบเอวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 252 คน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากประชากรที่มีรอบเอวเกินมาตรฐาน (ชาย >90 ซม. และ หญิง >80 ซม.) สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถสื่อสารด้วยวาจาเข้าใจภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) สมุดบันทึกเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ลดละ 2 ส. 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งพัฒนาจากกองโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ.2556 ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 จำนวน 15 ข้อตอบถูก 1-4 ข้อ อยู่ในระดับพอใช้ ตอบถูก 5-9 ข้อ อยู่ในระดับดี ตอบถูก 10-15 ข้อ อยู่ในระดับดีมาก (แบบทดสอบมี 2 ส่วนแต่ส่วนที่ 2 อาจารย์ให้แค่เป็น ข้อ 3 ข้อมูลในงานและผลการหาความตรงของเครื่องมือไม่ตรงกันค่ะ คือคำว่าส่วนที่ 2 จะหายไปจะให้เปลี่ยนหรือเขียนเหมือนเดิมค่ะ) 3) เป็นแบบทดสอบความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ สุรา จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยเครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา 1) สมุดบันทึกเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.ลดละ 2ส. มีค่าความตรง 1.0 และ 2) แบบทดสอบความรู้เรื่องภาวะอ้วนลงพุง มีค่าความตรง 0.90 ตามลำดับ นอกจากนี้ได้ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) ได้ค่าความเที่ยง 0.80 ถือว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงและสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการวิจัยได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส.พัฒนามาจากกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พ.ศ.2556 ซึ่ง

ประกอบด้วยกิจกรรม การให้ความรู้ในเรื่องกลุ่มอาการอ้วนลงพุงในด้านอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับการงดบุหรี่ และสุรา มีทั้งหมด 20 ข้อ มีเนื้อหาการควบคุมด้านอาหาร 13 ข้อ ด้านการดื่มสุรา สูบบุหรี่ 2 ข้อ ด้านอารมณ์ 2 ข้อ การมีกิจกรรมทางกาย / ออกกำลังกาย 3 ข้อ การวัดใช้แบบมาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) แบบประเมินนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านได้แก่แพทย์อายุรกรรม นักโภชนาการและพยาบาลที่ประจำคลินิกโรค ลดพุงของโรงพยาบาล ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะความตรง ด้านรูปแบบ ความถูกต้องด้านภาษา ด้านความครอบคลุมของเนื้อหาในเชิงคุณภาพ แล้วนำแบบสอบถามมาหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับเท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจาก ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสำรวจพฤติกรรม 3 อ.2 ส. แล้วผู้วิจัยนำข้อมูลจากการบันทึกของผู้เข้าร่วมวิจัย มาวิเคราะห์เพื่อสรุปหาสาเหตุ ที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง เพื่อวางแผนในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. จัดกิจกรรม โดยมีการบรรยายและสาธิต เกี่ยวกับการแก้ไขภาวะ น้ำหนักเกิน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

2. วางแผนการควบคุม น้ำหนักตัว และจัดทำโปรแกรมการควบคุม น้ำหนักตัว ของสมาชิกแต่ละคน โดยให้เลือกปฏิบัติเอง

3. สมาชิกปฏิบัติตามโปรแกรมของแต่ละคนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และระหว่างที่ปฏิบัติตามโปรแกรม สมาชิกขอคำปรึกษาโดยสามารถสอบถามผู้วิจัยทางโทรศัพท์ หรือมาพบ รวมทั้งผู้วิจัยออกไปเยี่ยมเยียนสมาชิกที่บ้านอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

4. จัดให้มีการพบปะกับสมาชิกอย่างเป็นทางการ



เพื่อติดตามความก้าวหน้าในระหว่างสัปดาห์ที่ 6, 9 และ สัปดาห์ 12 โดยพบปะกันประมาณ 3 ชั่วโมงเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และติดตามการจัดการในการดูแลตนเอง

5. เมื่อสิ้นสุดโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการทำการประเมิน น้ำหนักและรอบเอวของตนเอง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลขที่ 7/2558 กลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในเอกสารยินดียเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาในอนาคต การนำเสนอข้อมูลได้นำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลรอบเอว, น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ย (paired t-test)
3. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุงเปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ย (paired t-test)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบ น้ำหนักตัวก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวม (n= 30)

น้ำหนักตัว	($\bar{x}$)	SD	df	t	P-value
ก่อน	69.86	9.01	29	15.32	.000**
หลัง	67.56	8.72			

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 เพศชายร้อยละ 16.70 สถานภาพสมรสร้อยละ 80 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 86.70 รองลงมา ระดับมัธยมต้นร้อยละ 13.30 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 53.30 และรายได้น้อยกว่า 5,000 ร้อยละ 76.70 มีอายุ สูงสุด 55 ปี และต่ำสุด 45 ปี อายุเฉลี่ย 48.47 ปี น้ำหนัก ตัวสูงสุด 92.90 กิโลกรัม และต่ำสุด 56.00 กิโลกรัม น้ำหนักเฉลี่ย 69.86 กิโลกรัม. ส่วนสูงสูงสุด 176 เซนติเมตร. ต่ำสุด 150 เซนติเมตร ส่วนสูงเฉลี่ย 160.40 เซนติเมตรค่า ดัชนีมวลกาย สูงสุด 30.00 และต่ำสุด 24.00

ผลการเปรียบเทียบ น้ำหนัก,ดัชนีมวลกายและรอบเอวก่อนและหลังให้การสนับสนุนการจัดการตนเองพบว่า น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (ตารางที่ 1) โดยมี น้ำหนักเฉลี่ย 67.56 กิโลกรัม (SD 8.72) ค่าดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (ตารางที่ 2) โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.13 (SD 1.85) โดยรอบเอวของกลุ่มตัวอย่างหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 (ตารางที่ 3) โดยมีขนาดรอบเอวเฉลี่ย 89.60 เซนติเมตร (SD 6.00) สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนพุง ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุราพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 (ตารางที่ 4) โดยมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรม 2.60 (SD 0.70)



ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบ BMI ก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (n= 30)

BMI	($\bar{x}$)	SD	df	t	P-Value
ก่อน	27.04	2.12	29	12.52	.000**
หลัง	26.13	1.85			

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบ รอบเอวก่อนและหลังของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (n= 30)

รอบเอว	($\bar{x}$)	SD	df	t	P-Value
ก่อน	90.6	5.69	29	8.52	.000**
หลัง	89.6	6.00			

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n= 30)

พฤติกรรม	($\bar{x}$)	SD	df	t	P-Value
ก่อน	2.00	0.51	29	10.52	.000**
หลัง	2.60	0.70			

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบความแตกต่างของ น้ำหนักตัวและรอบเอวก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า น้ำหนักและรอบเอวหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งนี้เกิดจากการจัดการการตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อปรับพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย แสดงถึงผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถจัดการตนเอง (self-management) ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการควบคุมภาวะอ้วนลงพุง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา ทำให้ น้ำหนักและรอบเอวลดลง โดยปราศจากการกำหนดหรือบังคับจากผู้ชี้นำหรือตัววิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของศักดิ์ชาย ควรระงับ (2555) ซึ่งได้ศึกษากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุม น้ำหนักของบุคลากร มหาวิทยาลัยพายัพ ที่เข้าร่วมกิจกรรมโดยความสมัครใจหรืออาสาสมัคร มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุม น้ำหนักตัว เมื่อสิ้นสุดการวิจัย

ไปแล้ว 1 เดือนผลการศึกษาพบว่า น้ำหนักของผู้เข้าร่วมโปรแกรมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ค่าดัชนีมวลกาย BMI หลังการเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า BMI หลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งการที่ น้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างลดลงอาจเนื่องมาจากกิจกรรมการจัดการตนเอง กิจกรรมการออกกำลังกาย การควบคุมปริมาณของอาหาร และปริมาณของแคลอรีให้ใกล้เคียงกับพลังงานที่ร่างกายของกลุ่มตัวอย่างใช้ในแต่ละวัน จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรู้ของผู้เข้าร่วมวิจัย เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย อารมณ์ บุหรี่ และสุรา หลังเข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้เกี่ยวกับ 3 อ. 2 ส. มานำเสนอให้กลุ่มตัวอย่างได้เห็นและ



ตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัลยา อัจฉนนท์ และคณะ (2555) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการเคลื่อนไหวการออกกำลังกายมีผลต่อการลด น้ำหนัก รอบเอวและดัชนีมวลกาย เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุง และ 3อ.2ส. ก่อนและหลังการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าความรู้หลังการเข้าร่วมวิจัยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ มีการให้ความรู้ที่ถูกต้องเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจนำไปจัดการตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการตนเองของ เครียร์ (Creer, 2000) ซึ่งประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการตนเองในการควบคุมโรคและอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลวหลังจากได้รับความรู้และความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น ซึ่งตัวแปรทั้งสองนี้มีความสัมพันธ์กันมากต่อการตัดสินใจว่าจะเลือกกระทำหรือไม่กระทำ ด้วยหากผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถนำความรู้ไปจัดการตนเองอย่างถูกต้องและมีความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นสูง พวกเขาก็มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจทำการลด น้ำหนักอย่างแน่นอน และยิ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุพัชรินทร์ วัฒนกุล (2556) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 34 รายกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอนสุขศึกษาตามปกติทดลอง 10 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ จะเห็นได้ว่าการจัดการตนเองก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพหลายประการเช่น ทำให้มีการดูแลสุขภาพดีและลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นต้น โดยผลจากการศึกษาเกี่ยวกับการสอนการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วยการสอนการจัดการตนเอง (self-management education) และการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเอง พบว่าผู้ที่ได้รับการสอนการ

จัดการตนเองมีการจัดการกับความคิด ติดต่อกสื่อสารกับทีมสุขภาพ สามารถจัดการกับความเหนื่อยล้าดีขึ้น มีภาวะซึมเศร้าและความเครียดทางสุขภาพลดลงและสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำได้ (Lorig et al., 2001; Wright, Barlow, Turner, & Bancroft, 2003) สำหรับการศึกษาแนวความคิดการจัดการตนเองของเครียร์ (Creer, 2000) ในการส่งเสริมควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นเดียวกับการศึกษาของชดช้อย วัฒนะ (Wattana, 2007) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานโดยโปรแกรม ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การอภิปรายกลุ่มเพื่อส่งเสริมสมรรถนะในการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างและการติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามผลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับ น้ำตาลสะสมในเลือดลดลงและมีคุณภาพ ชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มควบคุมและยังพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบ การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเอง จะทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้ ทราบปัญหาสุขภาพของตนเอง มั่นใจในการเลือกแนวทางในการดูแลตนเองและในการวิจัยมีข้อเสนอแนะจากกลุ่มผู้วิจัยว่า การให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้เข้าร่วมกิจกรรม ควรใช้ช่องทางอื่นๆ ด้วยเช่น Face Book โทรศัพท์ โน้ต โดยให้มีหัวหน้ากลุ่มที่ผ่านการฝึก การจัดให้มีการออกกำลังกายควรจัดกิจกรรมตามกลุ่มสนใจและมีผู้รับผิดชอบประจำกลุ่มเพื่อให้สามารถควบคุมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างทั่วถึง ,ควรมีการจัดบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะรายการอาหารที่รับประทานแต่ละวันเพื่อให้ทราบปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน การชั่ง น้ำหนักตัว ควรให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมตรวจสอบตนเองเป็นระยะ และควรแสดงผลด้วยกราฟ นำไปติดหรือวางไว้ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการควบคุมโรคมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นและสามารถนำแนวทางนี้ไปพัฒนา คุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นต่อไป



สิ่งที่ขาดปัญหาที่พบ

1. เป็นการวิจัยในพื้นที่เดียว ในการนำไปใช้อาจต้องปรับให้เหมาะสมกับของแต่ละพื้นที่

2. การวิจัยนี้ทำในกลุ่มเสี่ยงโรคอ้วนลงพุง ควรต้องมีการติดตามอัตราการเกิดโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงนี้ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และควรมีการเพิ่มเทคนิคอื่นๆเข้าไปในงานวิจัย เช่น การกำกับตนเอง (self-regulation) การดูแลตนเอง (self care) การควบคุมตนเอง (self control) เพื่อให้ผลการวิจัยมีความชัดเจนและเชื่อถือได้มากขึ้น

2. ควรศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ

กับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงอย่างละเอียดและควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามรอบแวนและดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมวิจัยมากกว่า 12 สัปดาห์ จะทำให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคอื่น ๆ ในสถานบริการเช่นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน,ความดันสูงและโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโปรแกรมการจัดการตนเองก็สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย*. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย.

กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มปกติ/เสี่ยง/ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556) *โรคอ้วนลงพุง Metabolic syndrome ภัยเงียบที่คุณคาดไม่ถึง*: กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทย.

กัลยา อรุณานนท์. (2553). *รูปแบบคลินิกคนไทยไร้พุง*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 10.

ชุตินธร เรียนแพง. (2548). *การจัดการตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ดรณี ดลรัตน์ภัทร. (2545). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการควบคุม น้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วนิชา กิจารพัฒน์. และคณะ.(2553). *การศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของเมตาบอลิกซินโดรมในกลุ่มวัยทำงานประเภทงานเบาเขตกรุงเทพมหานคร*. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยและสิ่งแวดล้อม*, หน้า 33(1):89

วรรณิ นิธิยานันท์. (2554). *อ้วนและอ้วนลงพุง*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายคนไทยไร้พุงราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย.

ศักดิ์ชาย ควรระงับ. (2555). *กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุม น้ำหนักของบุคลากรมหาวิทยาลัยพายัพ* (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต การส่งเสริมสุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศิริวัฒน์ วงศ์พุทธคำ. (2551). *ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*, (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- สุพัชรินทร์ วัฒนกุล. (2556). โปรแกรมการเรียนรู้ในการจัดการตนเองเรื่องอาหารและการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดบุรีรัมย์ (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร-มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2552). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 self ด้วยหลัก PRMISE Model. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- Bralow, J., Wright, C., Sheasby, J., Tumer, A., & Hainsworth, J. (2003). Self-management approaches for people with chronic condition; a review *Patient Education and counseling* 48,177-187
- Creer, L. T. (2000). *Self-management of chronic illness*. In M. Boekaerts, P. R. Printrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). California: Academic.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K., & Howord, N. (2003). Chronic illness self-management: Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 259-267. Retrieved October 23, 2007, from Blackcell Synergy database.
- Lorig, R.K., Ritter, P, Stewart, L.A., Sobel, S. D., Brown, B. W., Bandura, A., . . . Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 39(11), 1217-1223.
- Lorig, R., Holman, R. (2003). Self-management education: History, definition, outcome and mechanism, *Annals of behavioural. Medicine*, 26(1), 1-7
- U.S. National Center for Health Statistics.(2007). *Prevalence of selected chronic condition, by age and sex*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubs/series.htm>
- Wattana, C. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing & Health Sciences*, 9(2), 135-141.
- Wright, S.P.,etal,. (2003). Uptake of self-management strategies in a heart failure management programme. *The European Journal of Heart Failure*, 5, 371-380