



Factors Influencing Obese Self-management Behaviors in Patients with Overweight at Outpatient Department in a University Hospital, Bangkok Metropolitan

Chongjit Saneha, RN, PhD¹, Pannipa Boontein, RN, MNS¹, Wandee Tosuksri, RN, MNS¹

Abstract

Purpose: To study the predictive power of personal factors, stress level, health perception, patient-provider communication, and self-efficacy on obese self-management behaviors in patients with overweight at outpatient department in a university hospital.

Design: Correlational predictive study.

Methods: A total of 105 patients with overweight came to visit the physician at the outpatient department of a university hospital in Bangkok, Thailand were recruited in the study. The research instruments include questionnaires of demographic form, stress level, health perception, patient-provider communication, self-efficacy, and obese self-management behaviors. Data were analyzed by using descriptive statistics, Spearman Rho correlation, Pearson's product moment correlation, and multiple regressions.

Main Findings: The findings showed that the participants mean age was 56.19 years (SD = 16.48). Majority was female (53.3%). Overall the participants had moderate stress level ($\bar{X} = 2.56$, SD = 0.88), moderate health perception ($\bar{X} = 48.20$, SD = 6.33), good patient-provider communication ($\bar{X} = 81.64$, SD = 14.65), high self-efficacy ($\bar{X} = 88.83$, SD = 17.52), and moderate obese self-management behaviors ($\bar{X} = 83.87$, SD = 7.35). In multiple regression analysis, all variables jointly accounted for 70.4% of the variance in obese self-management behaviors (Adjusted $R^2 = .704$, Stress ($\beta = -.634$, $p < .001$). High school and vocational education ($\beta = -.392$, $p < .001$), patient-provider communication ($\beta = .353$, $p < .001$), Self-efficacy ($\beta = .246$, $p < .05$), and no education and elementary school ($\beta = .224$, $p < .01$) were the statistical significant predictors of obese self-management behaviors.

Conclusion and recommendations: Nurses should develop nursing interventions for reducing stress, improving patient-provider communication, and increasing self-efficacy in order to promote obese self-management behaviors of patients with overweight at the outpatient department especially in high school and vocational education group.

Keywords: overweight, patient-provider communication, self-efficacy, self-management behaviors, stress

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(1):77-91

Corresponding Author: Associate Professor Chongjit Saneha, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 20 August 2020 / Revised: 12 December 2020 / Accepted: 24 December 2020



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง ในผู้ป่วยน้ำหนักเกินที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

จงจิต เสน่หา, PhD¹ พรรณิภา บุญเทียร, พย.ม.¹ วันดี โตสุขศรี, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพและสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองในผู้ป่วยน้ำหนักเกินที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 105 ราย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติวิจัยเชิงพรรณนา ความสัมพันธ์สเปียร์แมน ความสัมพันธ์เพียร์สัน และพหุคูณถดถอย

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56.19 ปี (SD = 16.48) ส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 53.3 ความเครียดปานกลาง ($\bar{X} = 2.56$, SD = 0.88) การรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง ($\bar{X} = 48.20$, SD = 6.33) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพดี ($\bar{X} = 81.64$, SD = 14.56) สมรรถนะแห่งตนสูง ($\bar{X} = 88.83$, SD = 17.52) และมีพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองปานกลาง ($\bar{X} = 83.87$, SD = 7.35) วิเคราะห์ด้วยสถิติพหุคูณถดถอยพบว่าตัวแปรทั้งหมดร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้ร้อยละ 70.4 (Adjusted $R^2 = .704$, $F_{(8, 96)} = 31.952$, $p < .001$) โดยความเครียด ($\beta = -.634$, $p < .001$) มัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา ($\beta = -.392$, $p < .001$) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ($\beta = .353$, $p < .001$) สมรรถนะแห่งตน ($\beta = .246$, $p < .05$) และไม่เรียนหนังสือกับประถมศึกษา ($\beta = .224$, $p < .01$) เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรพัฒนารูปแบบการบำบัดทางการพยาบาลเพื่อลดระดับความเครียด ปรับปรุงการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพให้ดียิ่งขึ้นและเพิ่มสมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินที่มารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกโดยเน้นในกลุ่มที่มีการศึกษามัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

คำสำคัญ: น้ำหนักเกิน การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมจัดการตนเอง ความเครียด

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(1):77-91

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: รองศาสตราจารย์จงจิต เสน่หา, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700,
e-mail: chongchit.san@mahidol.ac.th

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 20 สิงหาคม 2563 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 12 ธันวาคม 2563 / วันที่ตอบรับบทความ: 24 ธันวาคม 2563

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) และภาวะอ้วน (obesity) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย¹ และเป็นปัญหาของทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและที่กำลังพัฒนาที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2559² พบว่าร้อยละ 40 ในผู้หญิง และร้อยละ 39 ในผู้ชายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปมีน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนรวมทั้งหมักร้อยละ 13 ในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2556-2557³ พบมากกว่า 1 ใน 3 ในผู้ชาย (ร้อยละ 38.7) และประมาณ 1 ใน 4 ในผู้หญิง (ร้อยละ 26.5) มีน้ำหนักเกิน ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนรวมกันของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ขึ้นไป ใช้เกณฑ์มีค่า BMI ตั้งแต่ 25 ขึ้นไป มีร้อยละ 71.6 โดยความชุกของผู้ที่มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นมากจากระหว่างปี พ.ศ. 2542-2543 พบจำนวนร้อยละ 30.5 เพิ่มเป็นจำนวนร้อยละ 42.4 ในปี พ.ศ. 2560-2561 และความชุกของภาวะอ้วนรุนแรงเพิ่มจากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 9.2 ตามลำดับ³ และมีค่าใช้จ่ายประมาณการจากปี พ.ศ. 2541 จำนวน 78.5 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ เพิ่มเป็น 147 พันล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ ในปี พ.ศ. 2551⁴

สำหรับประเทศไทยกว่า 1 ใน 3 ของคนไทยมีภาวะน้ำหนักเกิน จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2552 และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินในผู้หญิงจากร้อยละ 40.7 และในผู้ชายจากร้อยละ 28.4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41.8 ในหญิงและเพิ่มเป็นร้อยละ 32.9 ในชายตามลำดับ⁵ ใน พ.ศ. 2558 กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล⁶ พบว่าความชุกโดยรวมของภาวะน้ำหนักเกินเท่ากับร้อยละ 30.5 และภาวะอ้วนร้อยละ 7.5 โดยพบในผู้หญิงมีน้ำหนักเกินร้อยละ 26.1 และมีภาวะอ้วนร้อยละ 9.8 ในขณะที่ผู้ชายมีน้ำหนักเกินร้อยละ 19.7 และมีภาวะอ้วนร้อยละ 5 ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่หลากหลายเท่าๆ กับปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ภาวะน้ำหนักเกิน (overweight) เป็นภาวะที่ร่างกายมีน้ำหนักมากกว่าปกติ โดยมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังสูงกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ที่แสดงถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพ² คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมักมาจากการมีภาวะโภชนาการเกิน จากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ เป็นภาวะที่แสดงให้เห็นว่าเกิดความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญสารอาหารต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มี ความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต แต่ส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว และร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามกระแสนิยม รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง นอกจากนี้ลักษณะการทำงานที่ใช้แรงงานน้อยลง การเดินทางและการสื่อสารสะดวก ทำให้คนไทยโดยเฉพาะในสังคมเมืองมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง ออกกำลังกายน้อย ใช้เวลาไปกับหน้าจอ คอมพิวเตอร์ โทรทัศน์หรือโทรศัพท์เป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้มีน้ำหนักเกิน มีแนวโน้มของการเกิดโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นตามมา เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเกือบทุกระบบ⁷ รวมทั้งมีผลกระทบด้านสังคมและจิตใจ⁸ และเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควร

WHO⁹ ได้แบ่งระดับ BMI เพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยกำหนดเกณฑ์ไว้สำหรับคนเอเชียดังนี้ น้ำหนักต่ำกว่าปกติ BMI < 18.5 kg/m² น้ำหนักปกติ BMI = 18.5-22.99 kg/m² น้ำหนักเกิน BMI 23-24.99 kg/m² เริ่มอ้วน BMI 25-27.49 kg/m² อ้วนระดับ 1 BMI 27.5-29.99 kg/m² อ้วนระดับ 2 BMI 30-32.49 kg/m² ซึ่งจะต่างจากเกณฑ์มาตรฐานสากล¹⁰ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินตามเกณฑ์ของ WHO ที่เสนอแนะสำหรับคนเอเชีย⁹ ซึ่งผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินหมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่า BMI เท่ากับหรือมากกว่า 23.0 ถึง 24.99 kg/m² ซึ่งจัดเป็นระยะนำไปสู่ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง ผู้ที่มีน้ำหนักเกินเป็นภาวะเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้ แต่ตัวผู้ป่วยเองที่มี

น้ำหนักเกินตามเกณฑ์ของเอเชียอาจยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการเพื่อไม่ให้เกิดภาวะอ้วนเท่าที่ควร ถ้าหากมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นที่มีน้ำหนักเกิน และทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมนั้นๆ ก็น่าจะช่วยแก้ไขภาวะน้ำหนักเกินตั้งแต่ระยะเริ่มต้น มีการจัดการที่เหมาะสม และป้องกันก่อนนำไปสู่โรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา

ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer¹¹ นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งได้ผลดีในการควบคุมโรค ป้องกันโรคแทรกซ้อน¹¹⁻¹² ทั้งนี้การส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจะสามารถจัดการตนเองได้ จำเป็นต้องมีความรู้และได้รับการสอนทักษะในการจัดการกับสภาวะของตนเอง¹¹ ได้ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพตนเองและต้องสร้างให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้¹³ ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยการกินอาหารสุขภาพในปริมาณที่เหมาะสมกับพลังงานที่ร่างกายใช้ หรือการบริโภคอาหารครบหมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสมตามคำแนะนำของโภชนาการ และการออกกำลังกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หากมีโรคร่วมด้วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาตามความเหมาะสม มาตราการจัดการปัจจัยเหล่านี้จึงมีความสำคัญในการลดการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

จากการทบทวนการศึกษาก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในจังหวัดภูเก็ต¹⁴ พบว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารระดับต่ำมากร้อยละ 61 ระดับต่ำร้อยละ 13.1 และไม่พบพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหารในระดับดี โดยกลุ่มที่มีน้ำหนักเกินระดับที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักปกติ การศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนลงพุง¹⁵ พบว่าพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนลงพุงอยู่ในระดับปานกลางและการศึกษาในเด็กนักเรียนประถมศึกษา¹⁶ พบเช่นเดียวกัน

ว่ามีพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹⁷ พบว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{X} = 59.10$, $SD = 8.27$) โดยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอยู่ในระดับสูงเพียงด้านเดียว ส่วนด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง แต่ต่างกับการศึกษาในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁸ พบว่าพฤติกรรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต¹⁹ พบว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการแพทย์ด้านบทบาทที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน และด้านอารมณ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการศึกษาลงถึงพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองในกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินยังมีจำนวนน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินภายใต้กรอบทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว (individual and family self-management theory)¹¹ โดยเน้นที่พฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เพิ่มสุขภาพคาดหวัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการหรือโรคได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และอาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองของผู้ป่วยน้ำหนักเกินที่มารับการตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ รับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่ในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยนี้

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกลักษณะเฉพาะที่ส่งผลพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง โดยพบว่าเพศหญิงมีภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าชาย^{5,14} และอายุเป็นปัจจัยที่จะแสดงถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการจัดการของผู้ใหญ่²⁰ ในขณะที่ผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะมีการเผาผลาญสารอาหารของร่างกายลดลง ร่วมกับมักจะมีกิจกรรม

ทางกายลดลง เกิดการสะสมเพิ่มมากขึ้น จึงพบว่ามีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้น²¹ นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁸ ($\beta = -.206, p < .05$) ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่เชื่อกันว่าช่วยบ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลในการรู้ เข้าใจ และหาความรู้ให้กับตนเองได้ จากการศึกษาของ กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล⁶ พบว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือ การศึกษาระดับประถมศึกษา มีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุด การที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีน้อยอาจส่งผลให้ไม่สามารถรับข้อมูลข่าวสารที่หลากหลาย ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการตนเองได้ดีเท่าที่ควร¹⁴

นอกจากนี้ ความเครียดเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ส่งผลต่อการเกิดการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล ทำให้เกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อมีความเครียดจากการทำงานประจำหรือชีวิตประจำวันแบบเรื้อรัง มักจะทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเปลี่ยนแปลง บางคนมีพฤติกรรม การแก้ไขปัญหาคความเครียดโดยการรับประทานเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักตัวเกินเกิดภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงตามมา และมีการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง²² (Odd ratio = 1.38 CI = 1.00, 1.91) นอกจากนี้จากการศึกษาการป้องกันภาวะอ้วนของคนวัยทำงานในที่ทำงาน พบว่าคนที่มีความเครียดสูง ความระมัดระวังเกี่ยวกับการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และการเดินจะลดลง และคนที่มีความระมัดระวังการบริโภคต่ำ มีความเครียดสูง จะสัมพันธ์กับการทานผักและผลไม้ น้อยและทานอาหาร fast food มากขึ้น²³

สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นการตัดสินใจ ความสามารถตนเองว่าสามารถกระทำได้ในระดับใด หรือ ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการทำสิ่งหนึ่ง สิ่งใดซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต¹³ ซึ่งสมรรถนะแห่งตน เป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่ง ตามกรอบแนวคิดของ Creer's self-management¹¹ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะต้องมีความ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ จาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่มี

ความสำคัญอันดับต้นๆ ในการทำนายต่อพฤติกรรมต่างๆ ทั้งการจัดการตนเอง การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคทั้งในผู้ป่วยเบาหวาน¹⁸ และผู้ที่มีภาวะอ้วนลงพุง¹⁵ แต่ยังไม่พบการศึกษาอำนาจการทำนายของสมรรถนะ แห่งตนในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน ทั้งที่มีโรคเรื้อรังและไม่มีโรคเรื้อรังที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นการรับรู้ถึง กระบวนการดูแลด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การ แลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมตัดสินใจในการรักษาจัดเป็น ปัจจัย verbal persuasion ตามกรอบทฤษฎีของ Bandura¹³ ที่ผู้ป่วยจะได้รับการชักชวนจากบุคคลที่มี อิทธิพลต่อตนเอง ทำให้ตนเองเชื่อได้ว่าตนเองสามารถที่จะ ประสบความสำเร็จ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้รับ ข้อมูลจากการสื่อสารที่ดีจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ ก็จะช่วย ให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีความเชื่อว่าตนเองจะสามารถ จัดการกับภาวะที่ตนเป็นอยู่ได้ดีขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วย ได้สำเร็จและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การสื่อสารระหว่าง บุคคลสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วย เบาหวาน¹⁸ ($\beta = .229, p < .05$) และในผู้ป่วยอ้วนลงพุง¹⁵ ($\beta = .19, p < .05$) สำหรับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็น ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของ ตนเอง ซึ่งเป็นภาวะที่มีอิทธิพลต่อการเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง การรับรู้ภาวะทางร่างกายว่ามีการเจ็บป่วยที่ รุนแรง อาจส่งผลให้พยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ จัดการตนเองเพื่อควบคุมการเจ็บป่วย ไม่ให้เกิดความ รุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นตามมา จากการศึกษาใน ผู้ป่วยอ้วนลงพุงพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนลงพุงด้วยตนเอง แต่ไม่สามารถทำนายได้¹⁵

โดยที่ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินจัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการเป็นโรคอ้วนและโรคเรื้อรังได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมจัดการ ภาวะอ้วนด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มารับ บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ

ปัจจัยส่งผลต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาส่งเสริมแก้ไขปัจจัยที่ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้ดียิ่งขึ้น ช่วยให้ประสบผลสำเร็จในการป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของอายุ เพศ การศึกษา ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

สมมติฐานการวิจัย

อายุ เพศ การศึกษา ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive study) โดยเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data analysis) ซึ่งใช้ข้อมูลจาก primary research ของ พรรณีภา บุญเกียรติ, บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ และจงจิต เสน่หา²² เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจาก primary research²² ที่เก็บจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่

หน่วยตรวจโรคอายุรศาสตร์ ดึกผู้ป่วยนอกชั้น 2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 830 คน สำหรับการศึกษาคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่มีน้ำหนักเกินทั้งหมด จากค่า BMI ระหว่าง 23 ถึง 24.99 kg/m² ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ขนาดอิทธิพลขนาดปานกลางตาม Polit & Beck²⁴ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วย *G Power โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 และมีตัวแปร 7 ตัว คำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 103 คน ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จำนวน 105 คน จึงมีขนาดตัวอย่างเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามจาก primary research²² ทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาทำงาน รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว สิทธิการรักษา ประวัติการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระยะเวลาการออกกำลังกาย และระดับความเครียด มีข้อคำถาม 1 ข้อ “ท่านรู้สึกว่าคุณมีความเครียดมากน้อยเพียงใด” คำตอบเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1 = ไม่มี 2 = มีเล็กน้อย 3 = มีปานกลาง 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ พัฒนาโดย พรรณีภา บุญเกียรติ และจงจิต เสน่หา¹⁵ เป็นแบบสอบถามการรับรู้สุขภาพ จำนวน 19 ข้อ มีตัวเลือกแบบ rating scale 5 ระดับ โดยข้อความทางบวกจำนวน 14 ข้อ ให้คะแนน คือ ใช่แน่นอน = 5, ใช่ = 4, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่ใช่ = 2 และไม่ใช่แน่นอน = 1 และมีข้อความทางลบจำนวน 5 ข้อ ให้คะแนน คือ ใช่แน่นอน = 1, ใช่ = 2, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่ใช่ = 4, และไม่ใช่แน่นอน = 5 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 19-95

คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าหมายความว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่า แบ่งระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้ คะแนน 19-44 หมายความว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี คะแนน 45-70 หมายความว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้ คะแนน 71-95 หมายความว่ามีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

3. แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตน ที่มีวิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์สมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเบาหวานของ สุพาพร เพ็ชรอรุณ, นันทิยา วิฑายู และนันทวัน สุวรรณรูป¹⁸ จำนวน 12 ข้อ มีตัวเลือกแบบ rating scale 10 ระดับ คือ 0 คะแนน หมายถึงไม่มั่นใจเลย 10 คะแนน หมายถึงมั่นใจมากที่สุด มีคะแนนรวม 0-120 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า หมายความว่ามีความรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่า แบ่งระดับสมรรถนะแห่งตนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับดังนี้ คะแนน 0-40 หมายความว่ามีความรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ คะแนน 41-80 หมายความว่ามีความรู้สมรรถนะแห่งตนปานกลาง และคะแนน 81-120 หมายความว่ามีความรู้สมรรถนะแห่งตนสูง

4. แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย สุพาพร เพ็ชรอรุณ, นันทิยา วิฑายู และนันทวัน สุวรรณรูป¹⁸ จำนวน 22 ข้อ มีตัวเลือกแบบ rating scale 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เคยเลย, 2 = เล็กน้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด โดยมีคะแนนรวมตั้งแต่ 22-110 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า หมายความว่ามีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพดีกว่า แบ่งระดับการสื่อสารฯ เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับการสื่อสารฯ ดังนี้ คะแนน 22-51 หมายความว่ามีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพน้อย คะแนน 52-81 หมายความว่ามีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพปานกลาง และ คะแนน 82-110 หมายความว่ามีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมาก

5. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองพัฒนาโดย พรธรรณี สืบสุข และจงจิต เสน่หา¹⁵ จำนวน 30 ข้อ มี 4 ตัวเลือก คือ 1 = ไม่ปฏิบัติ, 2 = ปฏิบัติบางครั้ง, 3 = ปฏิบัติบ่อยครั้ง และ 4 = ปฏิบัติทุกครั้ง มีคะแนนรวมตั้งแต่ 30-120 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่า หมายความว่ามีการจัดการภาวะอ้วนได้ดีกว่า แบ่งระดับพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการจัดการฯ ดังนี้ คะแนนรวม 0-60 หมายความว่ามีการจัดการภาวะอ้วนน้อย คะแนน 61-90 หมายความว่ามีการจัดการภาวะอ้วนปานกลาง และคะแนน 91-120 หมายความว่ามีการจัดการภาวะอ้วนมาก

เครื่องมือทุกชุดจาก primary research²² ได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือแล้วและได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .79^{15,22} ได้ปรับแก้และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงจำนวน 30 คน¹⁵ และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเท่ากับ .75 แบบสอบถามสมรรถนะแห่งตนเท่ากับ .71 แบบสอบถามการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเท่ากับ .71 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองเท่ากับ .74

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของเครื่องมือทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 105 คน ของแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เท่ากับ .62 สมรรถนะแห่งตนได้เท่ากับ .82 การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้เท่ากับ .97 และพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช COA no. Si 699/2018 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามกระบวนการมาตรฐานของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โดยข้อมูลต่างๆ จาก primary research (Si 647/2015) ซึ่งได้รับการใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยในการบันทึกข้อมูลในแบบเก็บข้อมูลที่นำมาใช้ จะไม่สามารถระบุถึงตัวบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้ และการเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล ทั้งยังไม่มีชื่อหรือสิ่งใดๆ ที่จะทำให้ทราบได้ว่าข้อมูลที่ได้เป็นของผู้ใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรอง และได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ให้ใช้ข้อมูลจาก primary research²² ซึ่งเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 โดยการคัดเลือกเฉพาะข้อมูลของผู้ที่มีค่า BMI ระหว่าง 23 ถึง 24.99 kg/m² ข้อมูลของผู้ป่วยถือเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 18 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพันธ์เชิงทำนายของพฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ความเครียด รับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารกับทีมสุขภาพ และรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ ซึ่งทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ ก่อนการ

วิเคราะห์ข้อมูล พบว่าลักษณะการแจกแจงข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงและไม่มีปัญหา multicollinearity ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีค่าคงที่

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกซึ่งมีค่า BMI ระหว่าง 23 ถึง 24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร จำนวนทั้งหมด 105 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.3 อายุระหว่าง 27-89 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.19 ปี (SD = 16.40) อายุระหว่าง 40-60 ปี มีร้อยละ 33.3 ใกล้เคียงกับอายุระหว่าง 60-80 ปีมีร้อยละ 35.2 รองลงมาอายุระหว่าง 27-40 ปี ร้อยละ 25.7 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 61.9 การศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุดร้อยละ 36.2 รองลงมาเป็นประถมศึกษาร้อยละ 25.7 อาชีพรับราชการมากที่สุดร้อยละ 31.4 ส่วนใหญ่มีลักษณะงานที่ทำเป็นแบบนั่งทำงาน ร้อยละ 68.6 รองลงมาทำงานแบบยืนเดินร้อยละ 26.7 กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม 1 โรคมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 39.7 รองลงมาไม่มีโรคร่วมร้อยละ 25.7 และมีโรคร่วม 2 โรค ร้อยละ 21 โรคที่เป็นมากที่สุด คือ เบาหวานทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมาใกล้เคียงกันระหว่างความดันโลหิตสูงทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 38.3 และไขมันในเลือดสูงทั้งหมด ร้อยละ 37.2 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 77.1 และไม่ดื่มสุราร้อยละ 53.3 ปัจจุบันยังดื่มสุราร้อยละ 36.2 ส่วนใหญ่ออกกำลังกายร้อยละ 72.4 มีจำนวนผู้ที่ไม่เคยลดน้ำหนัก ร้อยละ 73.3 และผู้ที่เคยลดน้ำหนักร้อยละ 26.7 เคยใช้ยาลดน้ำหนักแต่หยุดแล้วร้อยละ 7.6 กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดเล็กน้อยมากที่สุดร้อยละ 39 รองลงมา มีความเครียดปานกลางร้อยละ 34.3 เครียดมากร้อยละ 16.2 ไม่เครียดร้อยละ 10.5 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (N = 105)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			อาชีพ			ความเครียด		
ชาย	49	46.7	รับจ้าง	21	20.0	ไม่มี	11	10.5
หญิง	56	53.3	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	33	31.4	มีเล็กน้อย	41	39.0
สถานภาพสมรส			ค้าขาย	19	18.1	มีปานกลาง	36	34.3
โสด	22	21.0	ทำงานบ้าน	12	11.4	มีมาก	17	16.2
คู่	65	61.9	อื่นๆ	20	19.1	การสูบบุหรี่		
หม้าย/หย่า	18	17.1	ลักษณะงานส่วนใหญ่			ไม่เคยสูบ	81	77.1
อายุ \bar{X} = 56.19 SD = 16.40 Min = 27 Max = 89			นั่งทำงาน	72	68.6	เลิกแล้ว	16	15.3
20-40	27	25.7	ยืนหรือเดินทำงาน	28	26.7	ยังสูบบุหรี่	8	7.6
41-60	35	33.3	ทำงานโดยใช้แรงงาน	5	4.7	ดื่มสุรา		
60-80	37	35.2	โรคร่วม			ไม่เคยดื่ม	56	53.3
>80	6	5.8	ไม่มี	27	25.7	เลิกแล้ว	11	10.5
การศึกษา			ความดันโลหิตอย่างเดียว	4	3.8	ยังดื่มอยู่	38	36.2
ไม่ได้เรียน	4	3.8	เบาหวานอย่างเดียว	26	24.8	ออกกำลังกาย		
ประถมศึกษา	27	25.7	ไขมันในเลือดอย่างเดียว	11	10.5	ออกกำลังกาย	76	72.4
มัธยมศึกษา	16	15.3	ความดันฯ เบาหวาน	9	8.6	ไม่ออกกำลังกาย	29	27.6
ปวช./ปวส.	10	9.5	ความดันฯ ไขมันฯ	8	7.6	เคยลดน้ำหนัก		
ปริญญาตรี	38	36.2	เบาหวาน ไขมันฯ	5	4.7	เคย	28	26.7
>ปริญญาตรี	10	9.5	ความดันฯ เบาหวาน ไขมันฯ	11	10.5	ไม่เคย	77	73.3
			ความดันฯ เบาหวาน ไขมันฯ	4	3.8	ยาลดน้ำหนัก		
			และหัวใจ			ไม่ใช้	97	92.4
						เคยใช้แต่หยุดแล้ว	8	7.6

พฤติกรรมกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง แต่ค่อนข้างมาทางด้านมาก (\bar{X} = 83.87, SD = 7.31) (ตารางที่ 2) พิจารณาจากช่วงคะแนนรวมปานกลางอยู่ระหว่าง 71-103 คะแนน พฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองคะแนนเฉลี่ยรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้คะแนนเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การไม่รับประทานยา ผลิตภัณฑ์ช่วยลดน้ำหนัก (\bar{X} = 3.87, SD = 0.43) และไม่ใช้ยาช่วยให้นอนหลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ (\bar{X} = 3.83, SD = 0.56) ในส่วนที่ปฏิบัติได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างน้อย คือ การเดิน

อย่างน้อย 10 นาทีเมื่อรับประทานอาหารเสร็จ (\bar{X} = 2.04, SD = 1.00) และสามารถปรึกษาผู้ที่ไว้ใจเมื่อมีปัญหา (\bar{X} = 2.04, SD = 0.74) และรองลงมา ได้แก่ รับประทานผักผลไม้สดอย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี (\bar{X} = 2.19, SD = 0.65) และการวัดรอบเอวของตนเองหรือสังเกตเสื้อผ้าที่ใส่ว่าคับหรือหลวมกว่าเดิม (\bar{X} = 2.37, SD = 0.87)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยมีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ที่ 48.20 (SD = 6.33) (ตารางที่ 2) พิจารณาจากช่วงคะแนนรวมปานกลางอยู่ระหว่าง 36-66 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อที่มากที่สุด คือ

จะคิดว่าตนเองป่วย ก็ต่อเมื่อไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ($\bar{X} = 3.37$, $SD = 1.13$) และรองลงมา คือ คิดว่าในอนาคตคงจะมีสุขภาพแย่ลงกว่าในปัจจุบัน ($\bar{X} = 3.36$, $SD = 0.91$) ส่วนข้อที่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตของท่าน ($\bar{X} = 1.57$, $SD = 0.63$) และรองลงมา ได้แก่ หากป่วยพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ($\bar{X} = 1.59$, $SD = 0.56$)

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 84.02$, $SD = 18.64$) (ตารางที่ 2) พิจารณาจากช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 31-136 คะแนน ทั้งหมดทุกข้อไม่มีข้อใดมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อต่ำกว่า 3.0 โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงที่สุด ได้แก่ สามารถถามแพทย์/พยาบาล เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ได้ ($\bar{X} = 4.04$, $SD = 0.67$) รองลงมา คือ แพทย์/พยาบาลใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย ($\bar{X} = 3.93$, $SD = 0.76$) ส่วนที่ได้คะแนนต่ำสุด ได้แก่ แพทย์/พยาบาล แนะนำตัวก่อนให้การรักษาพยาบาล ($\bar{X} = 3.24$, $SD = 1.02$)

รองลงมา คือ แพทย์/พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.93$)

สมรรถนะแห่งตนของกลุ่มตัวอย่างจากคะแนนเฉลี่ยรวมแล้วกลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 88.84$, $SD = 17.52$) (ตารางที่ 2) พิจารณาจากช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 47-111 คะแนน ทั้งหมดทุกข้อไม่มีข้อใดมีคะแนนเฉลี่ยรายข้อต่ำกว่า 6.0 โดยสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างมั่นใจมากที่สุด คือมั่นใจว่าสามารถเลือกกินผักหรือผักใบเขียวชนิดต่างๆ ได้ ($\bar{X} = 8.56$, $SD = 1.68$) และมั่นใจว่าสามารถหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ ($\bar{X} = 8.19$, $SD = 2.66$) แต่ที่มั่นใจน้อยที่สุด คือสามารถตัดสินใจไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนได้ ($\bar{X} = 6.39$, $SD = 2.91$) และรองลงมา คือมั่นใจว่าสามารถกินอาหารได้ครบทุกมื้อโดยแต่ละมื้อห่างกันทุก 4-5 ชั่วโมงรวมทั้งอาหารมื้อเช้าได้ทุกวัน ($\bar{X} = 6.94$, $SD = 2.97$)

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของตัวแปรที่ศึกษา (N = 105)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible Range	Actual Range	\bar{X}	SD	แปลผล
ระดับความเครียด	1-5	1-4	2.56	.88	ปานกลาง
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	19-95	36-61	48.20	6.33	พอใช้
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ	22-110	31-108	84.02	18.64	มาก
สมรรถนะแห่งตน	0-120	47-111	88.84	17.52	สูง
พฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง	30-120	71-103	83.87	7.35	ปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า สมรรถนะแห่งตน ($r = .63$) อายุ ($r = .40$) และเพศ ($r = .27$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่าความเครียด

($r = -.59$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = -.51$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนกับพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง (N = 105)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
อายุ	1						
เพศชาย	.37**	1					
ระดับการศึกษา ¹	-.16	-.29*	1				
ความเครียด	-.30**	-.08	-.07	1			
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.15	.01	-.04	.45**	1		
การสื่อสารฯ	.20*	-.16	-.17*	.10	-.13	1	
สมรรถนะแห่งตน	.15	.02	-.05	-.52**	-.79**	.16	1
พฤติกรรมการจัดการฯ	.40**	.28**	.02	-.59**	-.51**	.22*	.63**

¹ Spearman rho correlation, * p < .05, ** p < .01

จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติพหุคูณถดถอยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียด การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมรรถนะแห่งตน สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนของพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้ร้อยละ 70 (adjusted R² = .704) โดยมีตัวแปรความเครียด

(β = -.634 p < .001) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา (β = -.392, p < .001) การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (β = .353, p < .001), สมรรถนะแห่งตน (β = .246, p < .05) และการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้เรียน (β = .224, p < .01) เท่านั้น ที่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายของอายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง (N = 105)

Model	B	SE	β	t	p-value	Confidence Interval
Constant	79.261	8.752		9.057	.000	61.889, 96.634
อายุ	-.037	.032	-.082	-1.151	.253	-.100, .026
เพศหญิง ¹	.041	1.047	.003	.039	.969	-2.036, 2.118
การศึกษาระดับประถมหรือไม่ได้เรียน ²	3.591	1.136	.224	3.160	.002	1.335, 5.846
การศึกษาระดับมัธยมหรืออาชีว ²	-6.650	1.195	-.392	-5.567	.000	-9.022, -4.279
ระดับความเครียด	-5.260	.671	-.634	-7.836	.000	-6.593, -3.928
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.064	.104	-.055	-.613	.542	-.269, .142
การสื่อสารฯ	.179	.032	.353	5.561	.000	.115, .242
สมรรถนะแห่งตน	.103	.040	.246	2.560	.012	.023, .184

R² = .727, Adjusted R² = .704, ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง

¹ กลุ่มอ้างอิงคือเพศชาย, ² กลุ่มอ้างอิงคือการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไป

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer¹¹ ที่กล่าวไว้ว่ากระบวนการจัดการตนเองนั้นจะต้องประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเก็บรวบรวมข้อมูล ติดตามเฝ้าระวัง รวมถึงอาการและอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังที่แสดงถึงการกำเริบ หรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องฝึกสังเกตอาการ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินข้อมูล ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีการเฝ้าระวังตนเองในระดับต่ำจากการเดินอย่างน้อยว่า 10 นาทีเมื่อรับประทานอาหารเช้า ($\bar{X} = 2.04$, $SD = 1.00$) และขาดการติดตามการวัดรอบเอวของตนเองหรือสังเกตเสื้อผ้าที่ใส่ ว่าคับหรือหลวมกว่าเดิม จากกระบวนการเฝ้าระวังตนเอง ทั้งการรวบรวมข้อมูลและติดตามประเมินตนเอง จัดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจ นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม²⁵ นอกจากนี้จากทฤษฎีการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวของ Creer¹¹ ได้กล่าวถึงปัจจัยทั้งด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อาจไม่สามารถจัดเตรียมอาหารด้วยตนเองได้ ต้องรับประทานอาหารเช้าที่สะดวกหาได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานผัก ผลไม้สด อย่างน้อยวันละ 5 ทัพพี นอกจากนี้การออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันปกติ รูปแบบของการทำงานจะส่งผลต่อการใช้พลังงาน ถ้าบุคคลที่มีการดำเนินชีวิตอย่างกระตือรือร้น กระฉับกระเฉง และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะมีโอกาสที่มีน้ำหนักเกินได้น้อย แต่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานแบบนั่งทำงานมากที่สุดร้อยละ 68.9 มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับและที่ใช้ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างมีการเดินอยู่ในระดับน้อยจึงทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและมีพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานที่ว่า อายุ เพศ การศึกษา ความเครียด การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนของ

ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้ร้อยละ 70 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ โดยปัจจัยความเครียด การศึกษา การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ และสมรรถนะแห่งตนเท่านั้นที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ ตามลำดับ ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = .63$) และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง ($\beta = .246$) ของผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกได้ คือ สมรรถนะแห่งตน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองได้ ได้แก่ การศึกษาพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนของผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 40 ปี²⁶ การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนลงพุงด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนลงพุง¹⁵ การศึกษาพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹⁷ และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง¹⁹ ซึ่งต่างก็พบว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองทั้งสิ้น และอาจเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยน้ำหนักเกินยังไม่รู้สึกว่าจะตนเองมีความอ้วนและยังทำงานได้ตามปกติ ไม่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนได้ด้วยตนเองในระดับสูง และผลการศึกษานี้สนับสนุนทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer ที่กล่าวว่าสมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการด้วยตนเองได้ ถ้าผู้ป่วยมีสมรรถนะแห่งตนสูงมีความมั่นใจในตนเองว่าสามารถจัดการได้ก็จะมีพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้ดีขึ้นเช่นเดียวกัน

ความเครียดมีความสัมพันธ์ ($r = -.59$, $p < .001$) และสามารถทำนายกับพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง ($\beta = .634$, $p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานและสอดคล้องกับการศึกษาของ Barrington และคณะ²³ ที่ทำการศึกษาในผู้ใหญ่สุขภาพดีวัยทำงาน พบว่าคนที่มีความเครียดสูงจะมีพฤติกรรมรับประทานตลอดเวลาหรือเป็นส่วนใหญ่ และคนที่มีความเครียดสูงจะสัมพันธ์กับมี

พฤติกรรมอาการออกกำลังกายน้อย โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีความคล้ายคลึงกับการศึกษานี้ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในวัยทำงานและร้อยละ 89.6 มีความเครียดตั้งแต่ระดับน้อยถึงมาก และไม่มี ความเครียดร้อยละ 10.4 เท่านั้น และพฤติกรรม การจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างในข้อที่มีบุคคลที่ จะสามารถปรึกษาเป็นที่ไว้ใจเมื่อมีปัญหาพบว่ามีระดับน้อย แสดงว่าเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาจะไม่สามารถจัดการ เนื่องจาก ขาดการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยผู้ป่วยในการลด ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพของ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี พบว่ามีความสัมพันธ์ ($r = .22$) และสามารถทำนายกับพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเอง ($\beta = .353, p < .05$) ทั้งนี้หมายความว่า หากมีการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมี พฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พรณิภา บุญเที่ยง และจงจิต เสนหา¹⁵ พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็น ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการภาวะอ้วนลงพุง อาจเนื่องมาจาก การได้รับกำลังใจ เอาใจใส่ และการกระตุ้นเตือนจากแพทย์ พยาบาล ซึ่งการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ ทำให้รับรู้ถึงสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ จึงส่งผลให้ มีพฤติกรรมจัดการปัญหานั้นได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีการจัดการตนเองของ Creer¹¹ ที่อธิบายว่าการสื่อสาร ช่วยให้ผู้รับรู้ถึงกระบวนการดูแลด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การแลกเปลี่ยนข้อมูล และการร่วมตัดสินใจในการรักษา จัดเป็นปัจจัย verbal persuasion¹³ ที่ผู้ป่วยจะได้รับการ ชักชวนจากทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง สามารถส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตาม

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มี การศึกษาระดับมัธยมและอาชีวศึกษามีพฤติกรรมจัดการ ตนเองน้อยกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือ มากกว่า ($\beta = -.392, p < .001$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการ ศึกษาระดับปริญญาตรีหรือมากกว่ามีโอกาสหาความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตน มีรายได้และมีการสนับสนุนทาง สังคมได้มากกว่า ซึ่งจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมจัดการ ภาวะอ้วนด้วยตนเองได้ง่ายกว่า สำหรับกลุ่มที่ไม่ได้เรียน และประถมศึกษากลับมีพฤติกรรมจัดการตนเองดีกว่ากลุ่ม

ที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและมากกว่า ($\beta = .224, p < .01$) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ไม่มีการศึกษาหรือประถมศึกษา ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีญาติดูแล เมื่อได้รับคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ช่วยให้มีความรู้พฤติกรรมจัดการตนเอง ได้ง่ายกว่ากลุ่มที่การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือมากกว่า ที่ส่วนใหญ่ยังทำงาน

อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยด้านอายุแม้ จะมีความสัมพันธ์ ($r = .39, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับเพศหญิงแม้จะมี พฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนได้ดีกว่าชาย ($r = .28, p < .01$) แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการภาวะ อ้วนของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลักษณะวลัย มหาโชค²⁷ ถึงพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักของสมาชิก ชมรมแอโรบิก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐมพบว่า อายุและ เพศที่ต่างกันมีพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าชมรมแอโรบิกมีจุดมุ่งหมาย เดียวกัน แม้ว่าอายุและเพศจะแตกต่างกันแต่มีพฤติกรรม ควบคุมน้ำหนักไม่แตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน ซึ่งตามเกณฑ์ ยังมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่แตกต่างจากน้ำหนักปกติมาก และ อยู่ในวัยทำงาน ส่วนใหญ่จึงไม่รู้สึกรู้สึกเป็นปัญหาที่รูปร่าง จึงส่งผลให้อายุและเพศที่ต่างกัน จึงไม่มีผลต่อพฤติกรรม การจัดการภาวะอ้วนในการศึกษารั้งนี้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ ($r = -.51, p < .01$) หมายความว่า ถ้าผู้ป่วยรับรู้สุขภาพไม่ดีจะมี พฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองดีขึ้น แต่ไม่ สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยน้ำหนักเกิน ที่มารับการรักษาที่ผู้ป่วยนอก ($\beta = -.005$) ซึ่งไม่เป็นไปตาม สมมุติฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมจัดการ ตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน¹⁷ ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การจัดการโรคได้ ซึ่งเป็นไปได้ว่าในการศึกษานี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้ร่วมกับส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มคนที่ทำงานที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำอยู่แล้ว ร้อยละ 72.6 และมีพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนอยู่ในระดับ

ปานกลางค่อนข้างมาก จึงอาจส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า สมรรถนะแห่งตน ความเครียด การศึกษา และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยเสนอแนะในประเด็นต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลซึ่งมีโอกาสพบผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกควรมีการประเมินความเครียดของผู้ป่วย และส่งเสริมการสื่อสารกับผู้ป่วยให้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเพิ่มโอกาสของการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือแก้ไขความเครียด และมีการส่งเสริมความมั่นใจเพิ่มสมรรถนะแห่งตนที่จะเพิ่มพฤติกรรมจัดการภาวะอ้วนด้วยตนเองในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกินที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

ด้านการวิจัย

ควรนำผลการวิจัยไปทำวิจัยพัฒนารูปแบบในการจัดการความเครียด การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย รวมทั้งรูปแบบและแนวทางการส่งเสริมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมและอาชีวศึกษา

References

1. Jitnarin N, Kosulwat V, Rojroongwasinkul N, Boonpraderm A, Haddock CK, Poston WSC. Prevalence of overweight and obesity in Thai population: results of the National Thai Food Consumption Survey. *Eat Weight Disord.* 2011; 16(4):e242-9. doi: 10.1007/BF03327467.
2. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2018 Jun 24]. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
3. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of obesity and severe obesity among adults: United States, 2017-2018 [Internet]. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2020 [cited 2020 July 3]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db360.htm>.
4. Finkelstein EA, Trogon JG, Cohen JW, Dietz W. Annual medical spending attributable to obesity: payer and service-specific estimates. *Health Affair.* 2009;28 Suppl 1:w822-31. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.w822.
5. Aekplakom E. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Nonthaburi: Health Research institute. 2014. 283 p. (in Thai).
6. Vijitsuntronkul K. Hypertension in the survey of risk behavior non-communicable diseases and injuries 2015. In: Sawatdimongkol S, editor. Annual report 2015: Bureau of Non Communicable Disease. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Officer of Printing Mill; 2016. p.20-6. (in Thai).
7. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease. Health risks of being overweight [Internet]. Phoenix, AZ: NIDDK; 2020 [cited 2020 Mar 2]. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/weight-management/health-risks-overweight>.
8. Kantachuvessiri A. Obesity in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2005;88(4):554-62.
9. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet.* 2004; 363(9403):157-63. doi: 10.1016/S0140-6736(03)15268-3.
10. Center of Disease Control and Prevention. Defining about overweight and obesity [Internet]. Atlanta, GA: CDC; 2020 [cited 2020 Jun 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/obesity/>

- adult/defining.html#:~:text=If%20your%20BMI%20is%20less, falls%20within%20the%20obese%20range.
11. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Doekaret M, Prinrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego, CA: Academic Press; 2000. p.601-29.
 12. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1-7. doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
 13. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman. 1997. 604 p.
 14. Langlarlertsakul M, Imamee N, Therawiwat M, Kengganpanich T. Factors predicting self-care behavior on diet and exercise of diabetes risk group, Phuket Province, Thailand. *Journal of Public Health.* 2013;43(1):55-67. (in Thai).
 15. Boontein P, Sanaha C. Factors predicting metabolic self-management behavior among patients with metabolic syndrome at one university hospital in Bangkok. *Journal of Nursing Science.* 2017;35(3):70-81. (in Thai).
 16. Khuneepong A. Predicting factors of overweight prevention behaviors among graduate students. *Journal of Safety and Health.* 2017;10(37):58-66. (in Thai).
 17. Chaiwong N, Duangpaeng S, Masingboon K. Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal.* 2014;9(3):112-9. (in Thai).
 18. Phetarvut S, Watthayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting diabetes self-management behavior among patients with diabetes mellitus type 2. *Journal of Nursing Science.* 2011;29(4): 18-26. (in Thai).
 19. Ardhitkarn S, Pothiban L, Lasuka D. Self-management behaviors and predicting factors in elders with end stage renal disease undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Nursing Journal.* 2013;40 Suppl:22-32. (in Thai).
 20. Orem DE. Nursing concepts of practice. St. Louis: Mosby; 2001. 542 p.
 21. Puttaruk P, Kongkhum S, Siripurkpong P. Prevalence and risk factors of metabolic syndrome among Thammasat University personnels. *Songklanagarind Medical Journal.* 2012;30(3):123-34. (in Thai).
 22. Boontein P, Anuritpresert B, Sanaha C. Factors related to metabolic syndrome among patients at outpatient department. *Journal of Nursing Science.* 2017;35(4):74-86. (in Thai).
 23. Barrington WE, Ceballos RM, Bishop SK, McGregor BA, Beresford SAA. Perceived stress behavior, and body mass index among adults participating in a worksite obesity prevention program, Seattle, 2005-2007. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E152. doi: 10.5888/pcd9.120001.
 24. Polit DF, Beck CT. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. 2017. 784 p.
 25. Wattana C. Self-management support: strategies for promoting disease control. *Journal of Phrapokkiao Nursing College.* 2015;26 Suppl 1:117-27. (in Thai).
 26. Liou D, Kulik L. Self-efficacy and psychosocial considerations of obesity risk reduction behaviors in young adult Americans. *PLoS One.* 2020;15(6): e0235219. doi: 10.1371/journal.pone.0235219.
 27. Mahachote L. Factors influencing body weight control behaviors of aerobics club member in mueang district, Nakhon Pathom Province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University.* 2015: 8(2);2833-43. (in Thai).