

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เอกสาร ตำรา บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาสรุปดังต่อไปนี้

1. ภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุสูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเอง
4. ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ
5. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน

ภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ

ความหมายของภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน หรือ โรคอ้วน ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Obesity” ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาโภชนาการ ในส่วนของภาวะโภชนาการเกิน (Over Nutrition) ที่นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของภาวะอ้วนไว้ ดังนี้

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากขึ้นกว่าปกติ ซึ่งอาจทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ การที่มีการสะสมไขมันมากขึ้นอาจเนื่องจากร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการใช้ในการดำรงชีวิตให้เป็นไปในภาวะปกติ จึงมีการสะสมพลังงานที่เหลือเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ เป็นผลให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่าเกณฑ์ปกติ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีไขมันภายในร่างกายเกินกว่าปกติ ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นทั้งตัว หรือเกิดขึ้นเฉพาะที่ ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพ (นงนุช สุขพันธ์, 2552)

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร สำหรับชาวเอเชีย (Bray & Bouchard, 2004)

สรุป ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่ามาตรฐาน และมีการสะสมของไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าปกติ เกิดจากการที่ร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปจนทำให้มีการสะสมไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในรูปของไขมัน

อุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ

ภาวะอ้วนเกิดขึ้นได้ในทุกประเทศ ในทุกเพศ และทุกวัย รวมถึงเกิดขึ้นได้ในทุกกลุ่มอาชีพ ซึ่งจากการศึกษาประชากรวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุในทวีปยุโรป 10 ประเทศ พบภาวะอ้วนในประเทศสเปน กรีซ ออสเตรีย เยอรมัน อิตาลี เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส สวีเดน เดนมาร์ก และสวิตเซอร์แลนด์ ร้อยละ 24.0, 20.8, 19.9, 17.9, 17.9, 16.5, 16.0, 14.9, 14.7 และ 13.2 ตามลำดับ (Bridevaux et al., 2007) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีภาวะอ้วนเฉลี่ยร้อยละ 35.6 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 26.4 เพศหญิงร้อยละ 43.1 ส่วนในผู้สูงอายุที่อายุ 70 - 79 ปี มีภาวะอ้วนเฉลี่ยร้อยละ 25.5 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 18.6 เพศหญิงร้อยละ 31.3 และในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีภาวะอ้วนเฉลี่ยร้อยละ 12.8 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 11.3 เพศหญิงร้อยละ 13.9 (วิชัย เอกพลากร, 2552) สำหรับในกลุ่มของพระภิกษุในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระสังฆาธิการที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พระสังฆาธิการมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 53.52 (สุมินตรา มาเมือง, 2545) ต่อมาในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการศึกษาภาวะสุขภาพของพระภิกษุ สามเณรในกรุงเทพมหานครพบว่า พระภิกษุที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีภาวะอ้วนถึงร้อยละ 23.44 (วรารักษ์ ภูมิสวัสดิ์ และคณะ, 2551) สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลสงฆ์ (2554) พบว่า มีพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก เฉลี่ยเดือนละ 200 รูป คิดเป็นร้อยละ 15 ของจำนวนพระภิกษุสูงอายุ และยังพบอีกว่าพระภิกษุสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสงฆ์ มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 18.4 และมีภาวะอ้วนร้อยละ 19.7 จากสถิติบ่งชี้ให้เห็นชัดว่า พระภิกษุสูงอายุที่มีปัญหาของภาวะอ้วน ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ พยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องให้ความสำคัญ และหาแนวทางในการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ประเภทของภาวะอ้วน

ภาวะอ้วนแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548)

1. ภาวะอ้วนทั้งตัว (Overall Obesity) คือ ภาวะอ้วนที่บุคคลมีไขมันในร่างกายมากกว่าปกติ และไขมันที่เพิ่มขึ้นไม่ได้จำกัดอยู่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งโดยเฉพาะ
2. ภาวะอ้วนลงพุง (Visceral Obesity; Abdominal Obesity) คือ ภาวะอ้วนที่บุคคลมีไขมันของอวัยวะภายในช่องท้องมากกว่าปกติ โดยอาจมีไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Fat) บริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้นด้วย
3. ภาวะอ้วนทั้งตัวรวมกับการอ้วนลงพุง (Combined Overall and Abdominal Obesity) คือ ภาวะอ้วนที่บุคคลมีไขมันมากทั้งตัว และไขมันมากที่อวัยวะภายในช่องท้องร่วมด้วย

จากการศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ยังไม่พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนประเภทใดมากที่สุด

กลไกการเกิดภาวะอ้วน

กลไกการเกิดภาวะอ้วน เริ่มต้นจากการที่บริโภคอาหารเข้าไป อาหารเหล่านั้นจะผ่านขบวนการย่อยสลาย และเปลี่ยนรูปแบบเป็นพลังงานให้ร่างกายนำมาใช้ในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในแต่ละวัน และเมื่อร่างกายใช้พลังงานเหล่านั้นไม่หมด พลังงานที่เหลือจากส่วนเกินเหล่านี้จะถูกเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมัน ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ไขมัน (Adipose Tissue) และเมื่อจำนวนเซลล์ไขมันเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนได้ ดังนั้น การที่บุคคลจะมีภาวะอ้วน หรือมีน้ำหนักมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับดุลยภาพพลังงาน (Energy Balance) ซึ่งประกอบด้วยพลังงานที่บริโภค (Energy Intake) และพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ (Energy Expenditure) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Bray & Bouchard, 2004)

1. พลังงานที่บริโภค ครอบคลุมทั้งปริมาณพลังงานทั้งหมดที่บริโภค (Total Energy Intake) และสัดส่วนของพลังงาน (Energy Distribution) ที่ได้รับนั้นมาจากโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต
2. พลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ ประกอบด้วยพลังงานที่ร่างกายใช้เพื่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในขณะที่ร่างกายพักผ่อน (Resting Energy Expenditure: REE) หรือพลังงานพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต (Basal Metabolic Rate: BMR) พลังงานที่ใช้สำหรับประกอบกิจกรรมต่าง ๆ (Physical Activity: PA) และพลังงานที่ร่างกายใช้ในการเปลี่ยนแปลงอาหารภายในร่างกาย ซึ่งมีสูตรที่ใช้ในการคำนวณพลังงานต่าง ๆ ดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548)

สูตรขององค์การอนามัยโลก ในการคำนวณพลังงานขั้นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (BMR)

$$\text{ผู้ชายอายุ} > 60 \text{ ปี BMR} = 0.0491 \times \text{น้ำหนักจริง (กิโลกรัม)} + 2.4587$$

$$\text{ผู้หญิงอายุ} > 60 \text{ ปี BMR} = 0.0377 \times \text{น้ำหนักจริง (กิโลกรัม)} + 2.7545$$

$$\text{ผลลัพธ์ที่ได้ คูณ ด้วย 240} = \dots\dots\dots \text{กิโลแคลอรี/ วัน}$$

สูตรในการคำนวณ พลังงานที่ต้องใช้ในชีวิตประจำวัน (Total Energy expenditure: TEE)

$$\text{TEE} = 1.3 \times \text{BMR} \text{ สำหรับผู้ที่มีกิจกรรมเบา - ปานกลาง}$$

$$\text{TEE} = 1.5 \times \text{BMR} \text{ สำหรับผู้ที่มีกิจกรรมปานกลาง -หนัก}$$

ดังนั้น ถ้าต้องการลดน้ำหนัก 0.5 กิโลกรัม/ สัปดาห์ ร่างกายจะต้องการพลังงานเท่ากับ TEE - 500 กิโลแคลอรี/ วัน ในขณะที่คำนวณได้พลังงานที่ต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรี/ วัน ให้ใช้พลังงานต่ำสุดที่ 1,200 กิโลแคลอรี/ วัน

2.1 พลังงานที่ร่างกายใช้เพื่อการทำงานของวัฏจักรต่าง ๆ ในขณะที่ร่างกายพักผ่อน หรือพลังงานพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต เกิดขึ้นขณะร่างกายอยู่ในภาวะพักผ่อนทั้งร่างกาย และสมองประมาณร้อยละ 60 - 70 ของพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายได้รับ

2.2 พลังงานที่ร่างกายใช้สำหรับประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เป็นพลังงานที่ใช้ในการทำงาน โดยทำให้กล้ามเนื้อเกิดการเคลื่อนไหวเกิดขึ้นประมาณร้อยละ 25 - 30 ของพลังงานที่ได้รับซึ่งจะใช้พลังงานมากน้อยไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของกิจกรรม เพศ วัย และน้ำหนัก ดังนั้นในผู้ที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากจะใช้พลังงานมากกว่าผู้ที่อยู่นิ่ง เพศชายจะใช้พลังงานมากกว่าเพศหญิง และผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากจะใช้พลังงานในการทำกิจกรรมเดียวกัน มากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อย

2.3 พลังงานที่ร่างกายใช้ในการเปลี่ยนแปลงอาหารภายในร่างกาย (Specific Dynamic Action: SDA) เป็นพลังงานที่ร่างกายใช้ในการย่อยและดูดซึมอาหารประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับ (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2542)

การเกิดภาวะอ้วน หรือภาวะพอนนั้นขึ้นอยู่กับความสมดุลของพลังงานระหว่างพลังงานที่บริโภค และพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ ซึ่งหากร่างกายได้รับพลังงานที่บริโภคมากกว่าพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้จะทำให้เกิดภาวะอ้วน และในทางตรงข้ามกัน ถ้าร่างกายได้รับพลังงานที่บริโภคน้อยกว่าพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้จะทำให้เกิดภาวะผอม

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะอ้วน

ผู้ที่มีภาวะอ้วนมีข้อแตกต่างที่สำคัญจากผู้ที่มีน้ำหนักปกติคือ มีไขมันเก็บสะสมไว้ในร่างกายมากเกินไป ในปัจจุบันมีหลายวิธีการที่ใช้ตรวจสอบความผิดปกติ แต่ยังไม่มีวิธีใดที่สามารถหาปริมาณเนื้อเยื่อไขมันในร่างกายได้อย่างแม่นยำ ซึ่งแต่ละวิธีมีรายละเอียดแตกต่างกันไป วิธีการประเมินภาวะอ้วนที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ประกอบด้วย 1) การหาค่าดัชนีมวลกาย 2) การวัดเส้นรอบวงเอว 3) การหาอัตราเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก และ 4) การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (อภิสนี บุญญาวรกุล, 2548)

1. การหาค่าดัชนีมวลกาย ค่าดัชนีมวลกายเป็นค่าที่นิยมนำมาใช้ในการคัดกรองภาวะอ้วนมากที่สุดเนื่องจากวัดง่าย เชื่อถือได้ และสะท้อนปริมาณไขมันในร่างกายในผู้ใหญ่ได้ดี แต่ข้อจำกัดคือ ไม่สามารถบอกได้ว่าปริมาณของไขมันที่อยู่ในร่างกายมีจำนวนเท่าใด และสะสมอยู่บริเวณใดของร่างกายบ้าง (Bray & Bouchard, 2004) สามารถคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

นอกจากนี้ ยังใช้ค่าดัชนีมวลกายแบ่งประเภทของภาวะอ้วน และความเสี่ยงของการมีโรคร่วมได้ ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 การแบ่งประเภทของภาวะอ้วนจากค่าดัชนีมวลกาย และความเสี่ยงของการมีโรคร่วม (Bassett, 2000)

Classification	BMI (Kg/ M ²)		Risk of Co-morbidities
	Europeans	Asian	
underweight	< 18.59	< 18.59	low (but increased risk of other clinical problem)
normal range	18.59 - 24.99	18.59 - 22.99	average
overweight	≥ 25.00	≥ 23.00	
pre-obese	25.00 - 29.99	23.00 - 24.99	increased
obese I	30.00 - 34.99	25.00 - 29.99	moderate
obese II	35.00 - 39.99	30.00	severe
obese III	≥ 40.00	-	very severe

2. การวัดเส้นรอบวงเอว (Waist Circumference: WC) เส้นรอบวงระดับเอวที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้อง (Visceral Adiposity) วัดได้โดยใช้แถบวัดในแนวราบที่ระดับเอว ทำขึ้นบริเวณตำแหน่งสะดือ จะถือว่าเป็นเส้นรอบวงระดับเอวมากกว่าปกติเมื่อมากกว่า 102 เซนติเมตรสำหรับผู้ชาย และมากกว่า 88 เซนติเมตรสำหรับผู้หญิง โดยในคนไทยใช้ค่ามากกว่า 36 นิ้ว (90 เซนติเมตร) สำหรับผู้ชาย และมากกว่า 32 นิ้ว (80 เซนติเมตร) สำหรับผู้หญิง

3. การหาอัตราเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก (Waist - Hip Ratio: WHR) คำนวณได้จากการวัดเส้นรอบวงระดับเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก ส่วนที่หนูนที่สุดของสะโพก เส้นรอบวงระดับเอวเป็นตัวชี้วัดมวลไขมันในช่องท้อง และไขมันในร่างกายทั้งหมด ส่วนเส้นรอบวงสะโพกให้ข้อมูลทางด้านกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูกบริเวณสะโพก สำหรับค่าอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพกที่ใช้ตัดสินอ้วนลงพุงในผู้ชาย และผู้หญิงไทยคือ 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ

4. การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold Thickness) เป็นวิธีที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะอ้วนได้เป็นอย่างดี ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังมีความสัมพันธ์ดีมากกับปริมาณเนื้อเยื่อไขมันในร่างกาย เนื่องจากประมาณครึ่งหนึ่งของไขมันที่มีสะสมอยู่ในร่างกายจะอยู่ตามบริเวณใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Fat) ซึ่งถ้าวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังได้ $\frac{3}{4}$ นิ้ว ในผู้ชายจะมีไขมันในร่างกายร้อยละ 13 - 18 ของน้ำหนักตัว ในผู้หญิงจะมีไขมันในร่างกายร้อยละ 18 - 23 ของน้ำหนักตัว ดังนั้น ทั้งในผู้ชาย และผู้หญิงถ้าวัดความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนังได้น้อยกว่า $\frac{3}{4}$ นิ้ว ก็ไม่ถือว่ามีความอ้วน การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังสามารถวัดได้หลายตำแหน่ง แต่ตำแหน่งที่นิยมวัดกันมากที่สุด คือ บริเวณด้านหลังของต้นแขนถึงกลางระหว่างหัวไหล่ และข้อศอก (Triceps Skinfold Thickness) โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Skinfold Calipers

นอกจากที่ได้กล่าวมาข้างต้น ยังมีการประเมินภาวะอ้วนอีกหลายวิธี แต่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน และต้องเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง หรือต้องทำในห้องปฏิบัติการ และบางวิธีอาจมีอันตราย จึงไม่ขอกล่าวถึงรายละเอียด ซึ่งวิธีการเหล่านี้ได้แก่ การถ่ายภาพรังสีของไขมัน การวัดเนื้อเยื่อส่วนไม่ติดมัน การชั่งน้ำหนักได้น้ำ การฉีดสารเคมีเพื่อวัดปริมาณสารในร่างกาย ส่วนวิธีการประเมินภาวะอ้วนอย่างง่าย ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือ และสามารถประเมินภาวะอ้วนได้อย่างคร่าว ๆ แต่ไม่มีมาตรฐานแน่นอน เช่น การดูด้วยตา การตอ้งกระຈးก เป็นต้น

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าพระภิกษุสูงอายุมีภาวะอ้วน โดยใช้ค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ของ Bassett (2000) โดยทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับที่ 1 (Obese I) ($BMI = 25.00 - 29.99$ กิโลกรัม/ ตารางเมตร) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมในระดับปานกลาง และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน อีกทั้งค่าดัชนีมวลกายเป็นหนึ่งในตัวแปรที่ใช้ประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน การประเมินภาวะอ้วนโดยใช้ค่าดัชนีมวลกายเป็นวิธีที่สามารถวัดได้ง่าย มีความน่าเชื่อถือ ประหยัด อีกทั้งยังสามารถใช้ในการจำแนกความรุนแรงของการเกิดภาวะอ้วนได้ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550) ค่าดัชนีมวลกายได้รับความนิยมนอย่างกว้างขวางทางการแพทย์ และโภชนาการ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์ค่อนข้างสูงกับปริมาณไขมันในร่างกาย ซึ่งเหมาะสำหรับการประเมินภาวะอ้วนในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (Bray & Bouchard, 2004)

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ

ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะอ้วนในกลุ่มของพระภิกษุสูงอายุไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุชายทั่วไป การเกิดภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง อีกทั้งยังถูกจำกัดด้วยกฎระเบียบ ข้อบังคับ และวินัยของสงฆ์ ซึ่งสรุปปัจจัยต่าง ๆ ได้

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อายุ อายุมีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเกิดภาวะอ้วนในประเด็นของพลังงานพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิต (BMR) กล่าวคือ พลังงานพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตของแต่ละคนจะลดน้อยลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า ในผู้ที่มีอายุ 25 - 59 ปี ควรลดพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหารลงร้อยละ 5 ทุก 10 ปี เมื่ออายุตั้งแต่ 60 - 69 ปี ให้ลดพลังงานลงร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ให้ลดพลังงานลงร้อยละ 20 (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2550) ดังนั้น สำหรับพระภิกษุสูงอายุยิ่งมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้ร่างกายมีความต้องการใช้พลังงานพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตลดน้อยลง จึงมีความจำเป็นต้องปรับลดพลังงานที่ได้จากการบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสม ซึ่งถ้ายังคงบริโภคอาหารที่ให้พลังงานเท่าเดิม จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนมากขึ้น

2. พันธุกรรม พันธุกรรมมีผลต่อการทำงานของระบบเผาผลาญพลังงานในร่างกาย ฮอร์โมน และสาร โปรตีน หากมีการมีชั้นของไขมันที่ควบคุมการทำงานดังกล่าวจะมีผลทำให้เกิดน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้นส่งเสริมการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนได้ (Bjorntorp, 2001) โดยพบว่า ถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน บุตรมีโอกาสที่จะมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 20 - 40 บุตรที่มีทั้งบิดามารดามีน้ำหนักเกินมาตรฐาน บุตรมีโอกาสมีน้ำหนักเกินมาตรฐานร้อยละ 40 - 80 แต่บุตรที่มีบิดามารดาน้ำหนักตัวปกติ จะมีโอกาสมีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐานร้อยละ 10 (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548) สำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีบิดามารดาที่มีภาวะอ้วนจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนมากขึ้น

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน เนื่องจากภาวะอ้วนนั้นเกิดจากการที่ได้รับพลังงานจากการบริโภคอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้พลังงานที่เหลือถูกเปลี่ยนไปเป็นรูปของไขมันสะสมไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550) การที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไปทำให้พลังงานที่ได้จากอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย จนทำให้มีการสะสมของไขมัน (นงนุช สุขพันธ์, 2552) ซึ่งผู้ที่บริโภคอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้มีโอกาsov้วนได้มากกว่าผู้ที่บริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจำพวกแป้งน้ำตาล ไขมัน และอาหารที่ให้แคลอรีสูง เช่น หนังกุ้งทอด มันหมู หมูสามชั้น ข้าวขาหมู และขนมเค้ก เป็นต้น จะทำให้เกิดการสะสมเซลล์ไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ต้นแขน ต้นขา และหน้าท้อง เป็นต้น (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548) และยังพบว่า ถ้ามีการเพิ่มพลังงานที่บริโภค 50 กิโลแคลอรี/วัน ภายใน 10 ปี จะทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น 20 กิโลกรัม (นงนุช สุขพันธ์, 2552) สำหรับพระภิกษุสูงอายุบริโภคอาหารส่วนใหญ่ที่ได้มาจากการบิณฑบาต ไม่สามารถประกอบอาหารเพื่อบริโภคเองได้

อีกทั้งอาหารที่ญาติโยมนำมาถวายบางครั้งก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากเป็นความเชื่อ ความศรัทธา และความตั้งใจของผู้ที่ถวาย เช่น ทองหยิบ ทองหยอด และฝอยทอง เป็นต้น (พิชญ์วรา พันธุ์พิทย์แพทย์, 2550) ดังนั้น ถ้าพระภิกษุสูงอายุบริโภคอาหารเหล่านี้มากเกินไป จะทำให้ร่างกาย ได้รับพลังงานที่เกินความต้องการ ส่งผลให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนได้

4. ปัจจัยทางด้านร่างกาย ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ได้แก่ ต่อมธัยรอยด์ และ ต่อมหมวกไตก่อให้เกิดภาวะอ้วนได้ เนื่องจากต่อมธัยรอยด์จะทำหน้าที่ในการควบคุมอัตราการเผาผลาญพลังงาน การเปลี่ยนแปลงของต่อมธัยรอยด์จึงมีผลต่ออัตราการเผาผลาญพลังงาน ในร่างกาย ถ้าต่อมธัยรอยด์ทำงานมาก (Hyperthyroidism) อัตราการเผาผลาญจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 75 - 100 แต่ถ้าต่อมทำงานน้อย (Hypothyroidism) อัตราการเผาผลาญจะลดลงร้อยละ 30 - 40 ส่วนต่อมหมวกไตทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอะดรีนาลิน (Adrenaline) จะมีผลต่อค่าพลังงานพื้นฐาน สำหรับการดำรงชีวิต เมื่อร่างกายมีความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เช่น โกรธ เครียด วิตกกังวล เจ็บปวด เป็นต้น ต่อมหมวกไตจะผลิตฮอร์โมนอะดรีนาลินออกมาจำนวนมากส่งผลให้ค่าพลังงานพื้นฐาน สำหรับการดำรงชีวิตสูงขึ้น (สิริพันธุ์ จุลรังษะ, 2550) ถ้าพระภิกษุสูงอายุที่มีความผิดปกติ ของต่อมธัยรอยด์ และต่อมหมวกไต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการให้เกิดภาวะอ้วนมากขึ้น

5. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีการสำคัญในการเพิ่ม พลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ (พรจิตา ชัยอำเนว, 2545) ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงาน ทำให้พลังงานที่ได้จากการบริโภค และพลังงานที่ร่างกายใช้ไปมีความสมดุลกัน ถ้าขาดการ ออกกำลังกายที่เพียงพอ หรือสมดุลกับพลังงานที่ได้รับจะส่งผลให้เกิดภาวะอ้วนได้ สำหรับพระภิกษุ สูงอายุไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือนบุคคลทั่วไป เนื่องจากกระดูกเปราะ และวินัยบัญญัติต่าง ๆ ของสงฆ์ที่ควบคุมอยู่ เช่น การห้ามเล่นตะกร้อ ห้ามว่ายน้ำ และห้ามเดินร่า เป็นต้น (สมพล วิมาลา, 2540) นอกจากนี้ยังพบว่า ภารกิจของสงฆ์มีผลต่อการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะภารกิจ เกี่ยวกับกัณนิมัตตทั้งใน และนอกสถานที่ ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ (พิชญ์วรา พันธุ์พิทย์แพทย์, 2550) ซึ่งการเดินบิณฑบาต การกวาดลานวัด ที่ปฏิบัติเป็นประจำ และ ใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที สามารถนอนโลมได้ว่าเป็นการออกกำลังกาย (สมพล วิมาลา, 2540) ดังนั้นในพระภิกษุสูงอายุที่มีการเดินบิณฑบาต หรือกวาดลานวัด อย่างสม่ำเสมอ แต่ถ้ามีการบริโภค อาหารที่ให้พลังงานเกินความต้องการของร่างกาย และมากกว่าพลังงานที่ใช้ในการออกกำลังกาย ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนมากขึ้น

6. การใช้ยาบางชนิด ยาบางชนิดที่ใช้รักษาโรค อาจส่งเสริมให้น้ำหนักเพิ่มได้ เช่น สเตียรอยด์บางชนิด ยาที่ใช้รักษาโรคจิตกลุ่ม Phenothiazine Derivatives และยาลดความดันโลหิต สูง เป็นต้น สำหรับพระภิกษุที่ได้รับยาในกลุ่มนี้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน

สรุป ภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ อายุ พันธุกรรม ปัจจัยทางด้านร่างกาย และการใช้ยาบางชนิด ส่วนปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย แต่การออกกำลังกายสำหรับพระภิกษุนั้นจะเกี่ยวข้องกับกฎระเบียบ และวินัยบัญญัติของสงฆ์ ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงเป็นปัจจัยเดียวที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยการเสริมสร้างความรู้ และฝึกทักษะการจัดการด้วยตนเอง เพื่อให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถจัดการต่อการบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงนำพฤติกรรมการบริโภคอาหารมาเป็นตัวแปรที่ใช้ในการวัดผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน

ผลกระทบของภาวะอ้วน

ผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาวะสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน 2) ความผิดปกติที่ต่อเนื่อง และเมตาบอลิซึมที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน และ 3) ปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Bray & Bouchard, 2004)

1. โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคถุงน้ำดี เป็นต้น

1.1 โรคหัวใจขาดเลือด ภาวะอ้วนจัดเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โดยมีปัจจัยร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง

1.2 โรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีภาวะอ้วนมักจะตรวจพบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีความอ้วน 2 - 5 เท่า (นนุช สุขพันธ์, 2552)

1.3 โรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองยังไม่ชัดเจน แต่ได้มีรายงานว่าอัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าค่าดัชนีมวลกาย โดยได้มีผู้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้ที่มีภาวะอ้วน และเป็นอยู่นานมากในวัยกลางคนมีความสำคัญในการประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (พรชิตา ชัยอำนาจ, 2545)

1.4 โรคมะเร็ง ผู้ที่มีภาวะอ้วนมาก จะมีอัตราตายจากโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้น และพบว่าอันตรายจากโรคมะเร็งจะสูงกว่าคนที่น้ำหนักมาตรฐานร้อยละ 55 ในผู้ชายที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งมากกว่าผู้ชายที่ไม่อ้วนร้อยละ 33 ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่า เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งต่อมลูกหมาก (นนุช สุขพันธ์, 2552)

1.5 โรคเบาหวาน เป็นโรคที่พบบ่อยมากในผู้ที่มีภาวะอ้วน เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มีความอ้วน (นนุช สุขพันธ์, 2552) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ เรื่องของการบริโภคอาหารที่มี

ไขมันสูง คาร์โบไฮเดรตสูง และปริมาณใยอาหารน้อย

1.6 โรคหัวใจในถุงน้ำดี ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจในถุงน้ำดี ซึ่งพบได้ในผู้สูงอายุทั้งผู้หญิง และผู้ชาย (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550) สาเหตุเนื่องมาจากการที่ร่างกายมีการสะสมของไขมันมาก ทำให้มีการสร้างโคเลสเตอรอลไปเป็นน้ำดีเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความเข้มข้นของโคเลสเตอรอลในน้ำดีเพิ่มมากขึ้นจนตกตะกอน อีกทั้งในผู้ที่มีภาวะอ้วนมีการเคลื่อนไหวน้อย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจในถุงน้ำดีทำให้มีโอกาสเกิดการอักเสบ และติดเชื้อได้ง่ายนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งถุงน้ำดีต่อไป

2. ความผิดปกติที่ต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิซึมที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน

2.1 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เป็นที่ทราบกันดีว่าการดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน พบได้มากในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และผู้ที่มีภาวะอ้วน ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากการปรับตัวของเซลล์ในผู้ที่ไม่มีการสะสมไขมันมากกว่าเดิม ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับกระบวนการเผาผลาญไขมันมากกว่าการนำไขมันไปเก็บสะสม (Bray & Bouchard, 2004)

2.2 ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ในร่างกายของผู้ที่มีภาวะอ้วนจะมีการเผาผลาญสารอาหารหรือปฏิกิริยาทางชีวเคมีเกิดขึ้นมากกว่าปกติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายชนิด รวมถึงฮอร์โมนที่ควบคุมปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ โดยพบว่าในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และมีภาวะอ้วนจะมีระดับของ Total Cholesterol, Low Density Lipoprotein-Cholesterol (LDL - C) และ Triglycerides สูงกว่าผู้ที่มิมีน้ำหนักปกติ ในขณะที่ High Density Lipoprotein-Cholesterol (HDL - C) จะมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ที่มีน้ำหนักปกติ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

3. ปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน

3.1 โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) การที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมากเกินไป จะส่งผลให้บริเวณข้อเท้า และหัวเข่าต้องรับน้ำหนักทั้งหมดของร่างกาย ซึ่งการที่ข้อเท้า และหัวเข่าต้องรับน้ำหนักที่มากเกินไปเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคข้อเสื่อม อีกทั้งในกลุ่มของพระภิกษุสูงอายุซึ่งมีการสูญเสียมวลของกระดูกตามการเปลี่ยนแปลงตามวัย (Miller, 2009) จะยังส่งผลให้เกิดโรคข้อเสื่อมได้มากขึ้น

3.2 โรคเก๊าท์ (Gout) เป็นโรคที่เกิดจากการที่กรดยูริกเพิ่มขึ้น เมื่อมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทำให้มีกรดยูริกในเลือดสูง (Hyperuricemia) มีกรดในข้อมาก เกลือโซเดียมของกรดยูริก (Sodium Urate) ในข้ออาจตกผลึก เม็ดเลือดขาวที่กลืนกินผลึกเข้าไป จะปล่อยสารทำให้เกิดการอักเสบ และบวมได้ ดังนั้น ปัจจัยร่วมในการเกิดโรคเก๊าท์ คือ ภาวะอ้วน อีกทั้งการเกิดโรคเก๊าท์มีความสัมพันธ์กับอายุ (Pathy, Sinclair, & Morley, 2006)

3.3 โรคในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากภาวะอ้วนทำให้มีน้ำหนักมากจึงส่งผลให้ร่างกายไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวหรือไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย ทำให้ปอดไม่ได้ออกกำลังกายเต็มที่ ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลงเกิดอาการง่วงซึม หายใจไม่เต็มปอดก่อให้เกิดภาวะติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

การพยาบาล และการดูแลรักษาภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ

ภาวะอ้วนเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการ การดูแลรักษา และบำบัดเช่นเดียวกับโรคอื่น ๆ ซึ่งภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคข้อเสื่อม เป็นต้น แนวทางในการพยาบาล และการรักษาภาวะอ้วนนั้น จะต้องอาศัยความรู้เรื่องของโภชนาการ อีกทั้งผู้ป่วยต้องมีความอดทน มีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน สำหรับการรักษาที่ผิดพลาดปราศจากความเข้าใจที่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย และในบางรายอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ เนื่องจากปัจจุบันความตื่นตัวในเรื่องของการลดน้ำหนักมีมากขึ้น ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการลดน้ำหนัก จึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง แนวทางในการพยาบาล และการดูแลรักษาภาวะอ้วน ประกอบด้วย

1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยาในการรักษา 4) การผ่าตัดรักษาภาวะอ้วน และ 5) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548)

1. การควบคุมอาหาร

1.1 อาหารที่ให้พลังงานต่ำที่เหมาะสมกับปัจเจกบุคคล หลักการของอาหารประเภทนี้ คือ บริโภคอาหารให้น้อยลงวันละ 500 - 600 กิโลแคลอรี ผู้ที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับการบำบัดด้วยอาหารประเภทนี้เป็นระยะเวลานาน สามารถลดน้ำหนักตัวได้ดีกว่าผู้ที่ลดน้ำหนักโดยจำกัดพลังงาน

1.2 อาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,000 - 2,000 กิโลแคลอรี วิธีนี้เป็นการกำหนดให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนบริโภคอาหารวันละ 1,000 - 2,000 กิโลแคลอรี ซึ่งอาจก่อให้เกิดการขาดสารอาหารบางชนิดได้ และมีจำนวนไม่น้อยไม่สามารถทนต่อการจำกัดพลังงานที่รับประทานครึ่งกล่าวได้ ดังนั้น จึงต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการของอาหารเสมอ

1.3 อาหารที่ให้พลังงานต่ำมาก อาหารประเภทนี้จัดเป็นอาหารทางการแพทย์ คือ อาหารที่ให้พลังงานต่อวันน้อยกว่า 10 กิโลแคลอรี/ กิโลกรัม หรือเพียงวันละ 400 - 800 กิโลแคลอรี มีสัดส่วนพลังงานจากโปรตีนสูง และจากไขมันต่ำ โดยมีสัดส่วนของพลังงานร้อยละ 25.1 จากโปรตีน ร้อยละ 11.3 จากไขมัน และร้อยละ 63.6 จากคาร์โบไฮเดรต โดยการรักษาผู้ที่มีภาวะอ้วนด้วยการให้บริโภคอาหารที่มีพลังงานต่ำต้องอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด เพราะจะทำให้น้ำหนักตัวลดลงมากในช่วง 3 เดือนแรก แต่ในระยะยาวมักไม่ประสบความสำเร็จ

ในการรักษา อีกทั้งสัดส่วนการกระจายตัวของสารอาหารไม่สมดุลจึงเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารที่จำเป็นได้

1.4 อาหารที่มีไขมันต่ำแต่คาร์โบไฮเดรตสูง อาหารที่มีไขมันต่ำมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก การลดน้ำหนักจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันลดลงร้อยละ 10 สามารถลดน้ำหนักได้เฉลี่ย 5 กิโลกรัมในผู้ที่มีภาวะอ้วน ซึ่งแบ่งได้ 2 ชนิดคือ อาหารไขมันต่ำมาก คาร์โบไฮเดรตสูง และอาหารไขมันต่ำปานกลาง คาร์โบไฮเดรตสูง

1.4.1 อาหารไขมันต่ำมากคาร์โบไฮเดรตสูง ให้พลังงานจากไขมันน้อยกว่าร้อยละ 10 พลังงานจากคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 อาหารประเภทนี้มีคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนจากผลไม้ และผักที่มีกากใยอาหารสูง และให้พลังงานต่ำ ข้อเสีย คือ ผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์สูงอาหารคาร์โบไฮเดรตสูงจะทำให้ไตรกลีเซอไรด์สูงยิ่งขึ้น

1.4.2 อาหารไขมันปานกลางคาร์โบไฮเดรตสูง ให้พลังงานจากไขมันร้อยละ 20 - 30 พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต มากกว่าร้อยละ 55 ตัวอย่างอาหารประเภทนี้ได้แก่ อาหารลดน้ำหนักของสมาคมโรคหัวใจแห่งสหรัฐอเมริกา เป็นต้น

ดังนั้น การปรับเปลี่ยน หรือลดปริมาณสารอาหาร เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องทราบหน่วยของการตวงอาหาร รวมถึงปริมาณของสารอาหารที่ให้พลังงานในแต่ละหน่วย เพื่อที่จะทำให้สามารถคำนวณพลังงานที่จะบริโภคได้ด้วยตนเองในแต่ละวัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543)

1. ปริมาณอาหารเป็นหน่วยครัวเรือน ได้แก่

1.1 ทับพี ใช้ในการตวงนับปริมาณอาหารกลุ่มข้าว แป้ง และกลุ่มผัก เช่น ข้าวสุก 1 ทับพี ประมาณ 60 กรัม หรือ 1/2 ถ้วยตวง ผักสุก 1 ทับพี ประมาณ 40 กรัม หรือ 1/2 ถ้วยตวง

1.2 ช้อนกินข้าว ใช้ในการตวงนับปริมาณอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ เช่น เนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว ประมาณ 15 กรัม สามารถเปลี่ยนเป็นปลาทูน่าได้ 1/2 ตัว หรือไข่ 1/2 ฟอง หรือเต้าหู้ 1/4 แผ่น

1.3 ส่วน ใช้ในการนับหน่วยผลไม้ แบ่งเป็น

1.3.1 ผลไม้ที่เป็นผล 1 ส่วน มีปริมาณดังนี้คือ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือ กล้วยหอม 1/2 ผล หรือส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ หรือ เงาะ 4 ผล

1.3.2 ผลไม้ผลใหญ่ 1 ส่วน ใช้หั่นเป็นชิ้นพอคำ เช่น มะละกอ หรือสับปะรด หรือแตงโม ประมาณ 6 - 8 คำ

1.4 แก้ว ใช้ตวงอาหารกลุ่มนม 1 แก้ว ประมาณ 200 มิลลิลิตร

1.5 ชนิดของอาหารที่ควรบริโภคปริมาณน้อย ๆ คือ กลุ่มน้ำมัน และน้ำตาล

2. ปริมาณและพลังงานของอาหารแต่ละกลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 อาหารกลุ่มข้าว และแป้ง อาหารกลุ่มนี้ใน 1 ส่วน เท่ากับ 1 ทักพี รายละเอียดต่าง ๆ ดังตารางที่ 2-2 และ ตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-2 พลังงาน และสารอาหารในกลุ่มข้าว และแป้ง 1 ส่วน

อาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)
ข้าวสวย กว๊ยเตี่ยว ขนมหิน	83	17.9	1.4	0.65
ข้าวเหนียว	80	18.2	1.6	0.11
ขนมหึ่ง	98	18.8	3.7	0.9

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

ตารางที่ 2-3 หน่วย และน้ำหนักของอาหารกลุ่มข้าว และแป้ง 1 ส่วน

ชนิดของอาหาร	หน่วย	ปริมาณ (กรัม)
ข้าวเหนียวหนึ่ง	1/2 ทักพี	35
ข้าวสุก	1 ทักพี	60
ข้าวกล้อง	1 ทักพี	76
ขนมหิน	1 ทักพี (1จับ)	83
กว๊ยเตี่ยวเส้นใหญ่	1 ทักพี	60
กว๊ยเตี่ยวเส้นเล็ก	1 ทักพี	40
เส้นหมี่ขาวแช่น้ำ	2 ทักพี	54
บะหมี่สุก	1 ทักพี	55
เผือก	1 ทักพี	60
ข้าวโพดสุก	1 ทักพี	80
มันเทศสุก	2 ทักพี	120
วุ้นเส้นสุก	2 ทักพี	120
ขนมหึ่ง	1 ทักพี	30

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

2.2 อาหารกลุ่มผัก อาหารกลุ่มนี้ให้วิตามิน แคลอรี่ และใยอาหาร ใน 1 ส่วนให้พลังงานเฉลี่ย 11 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 1.9 กรัม โปรตีน 0.9 กรัม ปริมาณที่ใช้แลกเปลี่ยนในกลุ่มเดียวกัน 1 ส่วน หมายถึง ผักสุก (หนึ่ง ต้ม ผัด) 1 ถ้วย หรือ ผักดิบต้องเพิ่มเป็น 2 ถ้วย รายละเอียดต่าง ๆ ดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2-4 หน่วย และน้ำหนักของอาหารกลุ่มผัก 1 ส่วน

ชนิดของอาหาร	หน่วย	ปริมาณ (กรัม)
ผักสุก		
ฟักทองสุก, ผักบั้งจีนสุก	1 ถ้วย	50
ตำลึงสุก, ผักคะน้าสุก, กะหล่ำปลี	1 ถ้วย	47
ผักกระเฉดสุก	1 ถ้วย	42
ถั่วฝักยาวสุก	1 ถ้วย	45
ผักกาดขาวสุก, ผักกาดเขียว, มะเขือเปราะ	1 ถ้วย	62
ผักบุ้งไทยต้นขาว	1 ถ้วย	33
ดอกกะหล่ำ	1 ถ้วย	50
ผักกวางตุ้ง	1 ถ้วย	44
ถั่วพู	1 ถ้วย	50
ฟักเขียว	1 ถ้วย	70
ผักดิบ		
มะเขือเทศ	3 ถ้วย	130
ถั่วงอก	1.5 ถ้วย	67
ถั่วฝักยาว	1 ถ้วย	50
มะเขือเปราะ	1 ถ้วย	62
แตงกวา	2 ถ้วย	116

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

2.3 อาหารกลุ่มผลไม้ อาหารกลุ่มนี้ให้วิตามิน แคลอรี่ และใยอาหาร ในอาหาร 1 ส่วน ให้พลังงานเฉลี่ย 67 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 15.4 กรัม โปรตีน 0.98 กรัม และไขมัน 0.12 กรัม ตัวอย่างผลไม้ รายละเอียดต่าง ๆ ดังตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2-5 หน่วย และน้ำหนักของอาหารกลุ่มผลไม้ 1 ส่วน

ผลไม้	ปริมาณใน 1 ส่วน	ปริมาณ (กรัม)
เงาะ	4 ผล	76
ฝรั่ง	1/2 ผลกลาง	128
มะม่วงดิบ	1/2 ผลกลาง	85
มะม่วงสุก	1/2 ผลกลาง	75
กล้วยน้ำว้า	1 ผล	40
กล้วยไข่	1 ผล	40
กล้วยหอม	2/3 ผล	44
ทับปัด	6 ชิ้น	108
มะละกอสุก	6 ชิ้น	100

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

2.4 อาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ อาหารกลุ่มนี้ 1 ส่วน เท่ากับ 1 ช้อนกินข้าว ประมาณ 15 กรัม แบ่งเป็นประเภท เนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์ และไข่ รายละเอียดต่าง ๆ ดังตารางที่ 2-6 และตารางที่ 2-7

ตารางที่ 2-6 พลังงาน และสารอาหารในกลุ่มเนื้อสัตว์ 1 ส่วน

อาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)
เนื้อสัตว์ ปลา ไก่ หมู เครื่องในสัตว์	26	0	2.7	1.7
ถั่วเมล็ดแห้ง	25	1.1	2.4	1.5
ไข่	41	0.2	3.2	2.9

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

ตารางที่ 2-7 หน่วย และน้ำหนักของอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ 1 ส่วน

เนื้อสัตว์	หน่วย	ปริมาณ (กรัม)
ปลา/ ปลาสด	1 ช้อนกินข้าว	15
ปลาช่อน	1 ช้อนกินข้าว	15
ปลาตะเพียน	1 ช้อนกินข้าว	15
ไข่ไก่	1/2 ฟอง	25
เนื้อหมู	1 ช้อนกินข้าว	15
เนื้อไก่	1 ช้อนกินข้าว	15
ตับหมู และตับไก่	1 ช้อนกินข้าว	15
กุ้ง	1 ช้อนกินข้าว	15
เต้าหู้เหลือง	2 ช้อนกินข้าว	20
เต้าหู้ขาวหลอด	6 ช้อนกินข้าว	90
ถั่วเขียว (ดิบ)	1 ช้อนกินข้าว	12
ถั่วดำ (ดิบ) และถั่วลิสง	1 ช้อนกินข้าว	10

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

2.5 อาหารกลุ่มนม และผลิตภัณฑ์ นมเป็นแหล่งที่ดีของแคลเซียม และฟอสฟอรัส มีประโยชน์ในการสร้างกระดูก และฟันให้แข็งแรง และยังเป็นแหล่งของวิตามินบี 2 และวิตามินบี 12 โดยที่นม 1 ส่วนเท่ากับ 1 แก้ว หรือ 200 มิลลิลิตร ซึ่งจะให้ปริมาณแคลเซียม ได้เท่ากับ ปลาซาร์ดีนกระป๋อง 2 ชิ้น ผักใบเขียวเข้มสุก 1 ถ้วย หรือเต้าหู้เหลือง 1/4 ถ้วย รวบรวมรายละเอียดต่าง ๆ ดังในตารางที่ 2-8 ตารางที่ 2-9 และตารางที่ 2-10

ตารางที่ 2-8 พลังงาน และสารอาหารในกลุ่มนม และผลิตภัณฑ์ 1 ส่วน

อาหาร	พลังงาน (กิโลแคลอรี)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)
นมสด	124	9.8	6.8	6.4
นมพร่องมันเนย	96	9.8	7	3.2

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

ตารางที่ 2-9 ปริมาณแคลเซียม จากอาหารกลุ่มนม และผลิตภัณฑ์ 1 ส่วน

อาหาร	อาหาร 1 ส่วน	ปริมาณ (กรัม)	แคลเซียม (มิลลิกรัม)
นมสด	1 แก้ว	200	236
นมพร่องมันเนย	1 แก้ว	200	253
โยเกิร์ต	1 ถ้วย	200	252
ปลาตัวเล็ก ๆ	2 ช้อนกินข้าว	25	226
ปลาสดกินกระป๋อง	2 ชิ้น	130	429
เต้าหู้เหลือง	1/4 ก้อน	40	50
ผักใบเขียว	1 กำมือ	40	56

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

ตารางที่ 2-10 ผักพื้นบ้านที่ให้แคลเซียมสูง ในส่วนที่บริโภคได้ 100 กรัม

ชนิดของผัก	แคลเซียม (มิลลิกรัม)	ชนิดของผัก	แคลเซียม (มิลลิกรัม)
ผักแพรว	573	ใบมะรุ้ม	297
ใบยอ	469	ใบโหระพา	165
มะขามฝักสด	429	ใบขี้เหล็ก	156
ยอดแค	395	มะเขือพวง	148
ใบมะกรูด	386	ใบบัวบก	146
ยอดสะเดา	354	ใบแมงลัก	140
สะเล	349	ตำลึง	126
ผักโขม	341	กุน	115
ใบกระเพราขาว	310	ยอดกระถิน	106

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

2.6 อาหารกลุ่มไขมัน ไขมัน 1 ส่วน ประกอบด้วยไขมัน 5 กรัม ให้พลังงาน 45

กิโลแคลอรี รายละเอียดต่าง ๆ ดังตารางที่ 2-11

ตารางที่ 2-11 ปริมาณอาหาร และพลังงานจากอาหารกลุ่มไขมัน 1 ส่วน

อาหาร	ปริมาณ 1 ส่วน	ปริมาณ (กรัม)	พลังงาน (กิโลแคลอรี)
น้ำมันพืช	1 ช้อนชา	5	41
น้ำมันสัตว์	1 ช้อนชา	5	45
หัวกะทิ	3 ช้อนชา	12	45
ครีมเทียม	2 ช้อนชา	10	78
สลัดน้ำข้น	2 ช้อนชา	8	45
สลัดน้ำใส	1 ½ ช้อนชา	6	41
เนยหรือครีมเทียม	1 ช้อนชา	5	38
ถั่วลิสงคั่ว	2 ช้อนชา	6	40

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2543)

สรุป จากข้อมูลเกี่ยวกับอาหารทั้งหมดที่นำเสนอ ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำเนื้อหาเกี่ยวกับพลังงานที่ได้จากอาหารกลุ่มต่าง ๆ ไปใส่ในคู่มือส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน เพื่อให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนใช้ในการคำนวณพลังงานที่ได้จากการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีการสำคัญในการเพิ่มพลังงานที่นำไปใช้ (พรจิตา ชัยอำนาจ, 2545) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และลดน้ำหนักตัวนั้นไม่จำเป็นต้องหักโหม สำหรับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายมาก่อนต้องเริ่มอย่างค่อยเป็นค่อยไป นับตั้งแต่การเดินก็เป็นวิธีการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง หากการเดินเป็นกิจกรรมที่ทำอยู่ประจำแล้ววันละ 30 - 60 นาที โดยทำต่อเนื่องไปจนกระทั่งรู้สึกเหนื่อยจึงพัก วิธีนี้สามารถเพิ่มพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ และลดมวลไขมันภายในร่างกายได้ โดยกลไกของการออกกำลังกาย พบว่า กล้ามเนื้อจะใช้พลังงานแฝง และพลังงานที่ได้จากระบบที่ไม่พึ่งพาออกซิเจนก่อนเสมอ เมื่อเริ่มออกกำลังกายภายใน 2 - 3 นาทีแรก หลังจากนั้นกล้ามเนื้อจึงเริ่มใช้ระบบที่ใช้ออกซิเจน หรือระบบแอโรบิก เพื่อทำงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง ในช่วงที่ร่างกายกำลังปรับตัวเพื่อเข้าสู่การใช้พลังงานแบบแอโรบิกนี้ ผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำอาจมีอาการเหนื่อยเหมือนกับว่าออกกำลังกายไม่ไหวจริง ๆ ระบบหัวใจ ปอด และการไหลเวียนโลหิตกำลังปรับสมดุลใหม่ เมื่อพยายามออกกำลังกายต่อไปจนพ้นระยะ 3 - 4 นาทีแรก จะรู้สึกเหนื่อยน้อยลง ดังนั้น การออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักควรเลือกออกกำลังกาย

แบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) ซึ่งหมายถึง การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อได้พลังงานจากการใช้ออกซิเจนในการเผาผลาญอาหาร ซึ่งมักจะต้องการหด และคลายตัวของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง มีผลดีต่อระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมทั้งควบคุมน้ำหนัก เช่น ปั่นจักรยาน วิ่งเหยาะ เดินเร็ว ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิก เป็นต้น (สมนึก กุลสถิตพร, 2549)

การออกกำลังกายแบบแอโรบิกต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ 4 อย่างที่สำคัญ ดังนี้
(ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548)

1. ความหนักของการออกกำลังกาย (Intensity) โดยทั่วไปจะยึดหลักว่าควรออกกำลังกายไม่หนักมากจนทำติดต่อกันเกิน 5 นาทีไม่ได้ แต่ก็ไม่เบาจนไม่รู้สึกละเลย ถ้าสามารถนับชีพจรตนเองขณะออกกำลังกายได้ ชีพจรควรอยู่ระหว่างร้อยละ 70 - 80 ของอัตราการเต้นชีพจรสูงสุดในแต่ละคน โดยคำนวณชีพจรสูงสุดจากสูตร 220 - อายุ ตัวอย่าง เช่น ถ้ามีอายุ 40 ปี ชีพจรสูงสุดจะเท่ากับ 220 - 40 เท่ากับ 180 ชีพจรเป้าหมายขณะออกกำลังกายอยู่ระหว่างร้อยละ 70 ของ 180 เท่ากับ 126 ถึง ร้อยละ 80 ของ 180 ซึ่งเท่ากับ 144 เป็นต้น ในทางปฏิบัติการจับชีพจรขณะออกกำลังกายอาจไม่สะดวก อาจใช้ความรู้สึกเหนื่อยเป็นตัวประเมินความหนักของการออกกำลังกายในขณะที่วิ่ง ถ้าสามารถพูดได้เป็นประโยคที่ต้องพูดนานสัก 2 - 3 วินาที เช่น “วันนี้อยากไปดูหนังไหม” แสดงว่าความหนักกำลังพอดี แต่ถ้าพูดประโยคได้ยาวกว่านี้ แสดงว่าเบาเกินไป เป็นต้น

2. ความนานของการออกกำลังกาย (Duration) กล้ามเนื้อจะเข้าสู่ระบบแอโรบิกหลังจากออกกำลังกายได้ 3 นาที แต่นั่นเป็นเรื่องของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกไม่ได้บริหารเฉพาะกล้ามเนื้อ แต่เราต้องบริหารหัวใจ ปอด และระบบไหลเวียนโลหิต จากการศึกษาพบว่า ถ้าออกกำลังกายนาน 15 นาทีขึ้นไป จะได้ประโยชน์สูงสุดต่อระบบหัวใจ หลอดเลือด และปอด ดังนั้น จึงเป็นหลักทั่วไปว่าควรออกกำลังกายต่อเนื่องนาน 15 นาทีขึ้นไป การออกกำลังกายเพื่อรักษาน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้น ควรออกกำลังกายระดับปานกลางนานประมาณ 45 - 60 นาที

3. ความบ่อยของการออกกำลังกาย (Frequency) ถ้าออกกำลังกายแบบแอโรบิกนานประมาณ 15 นาที ได้ 6 ครั้งต่อสัปดาห์ จะได้ผลดีสูงสุด แต่จากการศึกษา พบว่า การออกกำลังกายแบบแอโรบิกนาน 30 นาที ทำเพียง 3 ครั้งต่อสัปดาห์เพียงพอที่จะคงความฟิตของร่างกายได้ ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายแบบแอโรบิกทุกวัน ควรมีวันหยุด 1 - 2 วันเพื่อให้ร่างกายได้พัก และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

4. วิธีการออกกำลังกาย (Mode of Exercise) กิจกรรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพศ อายุ และสภาพแวดล้อม เช่น ถ้ามีปัญหาเรื่องข้อเข่า ข้อเท้า น้ำหนักตัวที่มาก หรือมีภาวะอ้วน ควรเลือกวิธีออกกำลังกายที่ไม่ลงน้ำหนักที่หัวเข่าหรือข้อเท้ามากเกินไป เช่น ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ หรือเดินเร็ว เป็นต้น ถ้าต้องออกกำลังกายส่วนแขน

ให้มากขึ้นก็ว่ายน้ำ หรือเดินแอโรบิก ถ้าต้องการเพิ่มขนาดกล้ามเนื้อบริเวณต้นขา และลดกล้ามเนื้อบริเวณน่องอาจใช้วิธีก้าวสลับขาขึ้นลงบันได (Bench Stepping Exercise)

สำหรับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเพื่อลดน้ำหนัก หรือเพื่อควบคุมภาวะอ้วนนั้น สิ่งที่สำคัญ คือการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ สำหรับในพระภิกษุซึ่งเป็นผู้สละรวมทั้งกาย วาจา ใจ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ แต่กิจกรรมที่พระภิกษุสามารถปฏิบัติได้เป็นประจำ และต่อเนื่องที่ทำให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 นาที และปฏิบัติมากกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ได้แก่ การเดินบิณฑบาต การกวาดลานวัด การปลูกต้นไม้ การรดน้ำต้นไม้ และการทำความสะอาดโบสถ์ หรือศาลา วัด สามารถอนุมานได้ว่ากิจกรรมดังกล่าวของพระภิกษุเป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้ (สมพล วิมาลา, 2540)

3. การใช้ยาในการรักษา

การใช้ยาในการรักษาผู้ที่มีภาวะอ้วนมีหลักการในการรักษา ดังนี้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2549)

1. การใช้ยาลดน้ำหนักต้องใช้ร่วมกับการควบคุมอาหาร
2. ยาลดน้ำหนักไม่สามารถทำให้หายจากภาวะอ้วน เมื่อหยุดยาลดน้ำหนักจะกลับขึ้นมาได้อีก
3. ยาลดน้ำหนักควรใช้ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด
4. ยาลดน้ำหนักควรพิจารณาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาในระยะยาวของภาวะอ้วน ควรเปรียบเทียบผลดี ผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยา
5. ยาลดน้ำหนักสามารถใช้ได้นานตามแพทย์ที่ยังคงประสิทธิภาพในการลดน้ำหนัก และความปลอดภัยจากยา
6. ก่อนจะเริ่มใช้ยาลดน้ำหนักควรจะรักษาด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ในกรณีที่หลังควบคุมด้วยการรักษาด้วยการคุมอาหาร และการเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเวลา 3 เดือน จนส่งผลให้น้ำหนักลดลงเกินร้อยละ 10 การใช้ยาลดน้ำหนักอาจไม่มีความจำเป็นในผู้ที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มนี้

ยาที่ใช้รักษาภาวะอ้วนสามารถจำแนกได้ตามลักษณะการออกฤทธิ์ของยา โดยสรุป ดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548)

1. ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง

1.1 ยาที่ออกฤทธิ์ผ่านวิถีทางของนอร์แอดรีเนอร์จิก ได้แก่ 1) Ephedrine และ Caffeine มีคุณสมบัติทำให้เบื่ออาหาร และเพิ่มการใช้พลังงานโดยไปเพิ่มการหลั่ง Norepinephrine พบการกระตุ้นอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความดันโลหิต และอุณหภูมิของร่างกาย ทำให้เกิด

อาการทางระบบประสาทส่วนกลาง เช่น สั่นกระตุก นอนไม่หลับ และมึนงง และ 2) Phentermine Diethylpropion เป็นอนุพันธ์ของ Amphetamine ที่ทำให้เกิดการ เบื่ออาหาร และสามารถลดน้ำหนักได้ อาการข้างเคียงที่พบ คือ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ อาจทำให้เกิด Hypertensive Crisis และโรคต่อหีนกำเริบได้

1.2 ยาที่ออกฤทธิ์ผ่านทางวิถีซีโรโทนิน และนอร์แอดรีนาลิน ได้แก่ Sibutramine ออกฤทธิ์เป็น Re - Uptake Inhibitor ต่อซีโรโทนิน และนอร์แอดรีนาลิน ช่วยลดความอยากอาหาร โดยยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Monoamine Oxidase และพบฤทธิ์เพิ่ม Post - ingestive Satiety และเพิ่ม Resting Metabolic Rate ในสัตว์ทดลอง นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มการใช้พลังงานด้วยในผู้ที่มีภาวะอ้วนที่เป็นโรคเบาหวาน การใช้ Sibutramine จะมีผลดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาล และไขมันในหลอดเลือด อาการข้างเคียงที่พบ คือ ปวดศีรษะ ปากแห้ง นอนไม่หลับ ท้องผูก พบการเพิ่มของความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ ข้อห้ามใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตับ หรือโรคไตที่รุนแรง Anorexia Nervosa ปัจจุบันคณะกรรมการอาหาร และยาของสหรัฐอเมริกาอนุมัติให้ใช้ Sibutramine ในการรักษาภาวะอ้วนได้

2. ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ Orlistat เป็นอนุพันธ์ของ Lipstatin ออกฤทธิ์โดยยับยั้งเอนไซม์ไลเปสในระบบทางเดินอาหาร สามารถยับยั้งการดูดซึมของอาหาร ไขมันได้มากถึงร้อยละ 30 มีการศึกษาที่ใช้ Orlistat ในระยะยาว (2 ปี) พบว่า น้ำหนักที่ลดลงจะเร็วกว่า และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับยาหลอกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาการข้างเคียงที่พบคือ มีน้ำมันไหลออกมาทางทวารหนัก มีไขมัน หรือน้ำมันในอุจจาระ เพิ่มการถ่ายอุจจาระ กลั่นอุจจาระไม่อยู่ และรบกวนการดูดซึมของวิตามินที่ละลายในไขมัน ข้อห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีการดูดซึมในทางเดินอาหารผิดปกติแบบเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีการอุดตันของทางเดินน้ำดี อาจใช้วิตามินที่ละลายในไขมันเสริมถ้ามีการใช้ Orlistat ในระยะยาว Metformin อาจมีประโยชน์ในการรักษาผู้ที่มีภาวะอ้วนร่วมกับโรคเบาหวานประเภทที่ 2 แต่การใช้ในการรักษาภาวะอ้วนต้องมีความระมัดระวัง เพราะอาจเกิดปัญหาของโรคหัวใจ ตับ ไต และอาจเกิด Lactic Acidosis

4. การผ่าตัดรักษาภาวะอ้วน (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2549)

ปัจจุบันการทำศัลยกรรมตกแต่งได้เข้ามามีบทบาทในการรักษาผู้ที่มีภาวะอ้วนมากขึ้น ซึ่งอย่างไรก็ตามการผ่าตัดไม่ใช่วิธีการรักษาภาวะอ้วนที่ดีที่สุด ทั้งนี้การผ่าตัดที่มีส่วนช่วยให้ผู้ที่มีภาวะอ้วน หรือผู้ที่มีไขมันสะสมมากเกินไปมีรูปร่างดีขึ้น

ข้อบ่งชี้ที่ใช้ในการผ่าตัดรักษาภาวะอ้วน มีดังนี้

1. ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

2. ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 35 กิโลกรัม/ ตารางเมตร และมีโรคแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน (Comorbidities)

3. ผู้ที่มีประวัติอ้วนมานาน

4. ผู้ที่เคยมีประวัติล้มเหลวจากการลดน้ำหนักด้วยวิธีอื่น

5. ผู้ที่สามารถปฏิบัติ และให้ความร่วมมือในการรักษาได้

การผ่าตัดลดความอ้วนอาจทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่นิยมจะมีหลักการดังนี้

1. การผ่าตัดรัดกระเพาะอาหาร (Vertical-banded Gastroplasty) หรือการทำ Kuzmakadjustable Silastic Band โดยการรัดกระเพาะอาหารให้มีขนาดเล็กลง การผ่าตัดชนิดนี้ทำให้การบริโภคอาหารลดลงทีละน้อย ๆ

2. การผ่าตัดโดยการตัดต่อไส้ (Gastric Bypass) เพื่อให้มีการดูดซึมน้อยลง การผ่าตัดวิธีต่าง ๆ นี้มีความยุ่งยาก และอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้

การผ่าตัดอาจจะได้ผลดีในระยะแรก แต่ถ้าผู้ที่มีภาวะอ้วนไม่ควบคุมอาหาร และไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้กลับมามีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ส่วนการผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะอ้วนมีอีกหลายประเภท เช่น Biliopancreatic Diversion (BPD), Adjustable Gastric Banding เป็นต้น

5. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

เนื่องจากบุคคลแต่ละคนจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมหลายอย่างที่จะส่งผลให้บุคคลเหล่านี้มีการบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น หากวิเคราะห์ได้ว่ามีพฤติกรรมใดบ้างที่ส่งผลทำให้มีการบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น ก็จะสามารถหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมเหล่านั้น ซึ่งในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อรักษาภาวะอ้วนประกอบด้วยหลักปฏิบัติต่อไปนี้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548)

1. การสำรวจตนเอง การสังเกต การบันทึกพฤติกรรมของตนเองเป็นหลักการสำคัญที่สุดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยในระยะแรกของการรักษาให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนบันทึกชนิด และปริมาณของอาหารที่บริโภค ตลอดจนพลังงานที่ได้จากอาหารนั้น ๆ ทั้งนี้เพื่อทราบปัญหาว่าอาหารประเภทใดที่ให้พลังงานมาก รวมถึงการวางแผนทางในการลดปริมาณพลังงานที่บริโภคให้เหลือเพียงวันละ 1,000 - 1,500 กิโลแคลอรี ระยะต่อมาให้บันทึกเพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกายตลอดจน จำนวนครั้ง สถานที่ และความรู้สึกของการรับประทานอาหาร หลังจากนั้นให้พยายามระบุสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งสัมพันธ์กับความผิดพลาดเกี่ยวกับการบริโภค และบันทึกความคิดและความรู้สึกในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนเข้าร่วมกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาทุกสัปดาห์ เพื่อสนทนาถึงความสำเร็จในการทำกิจกรรมที่ได้รับมือพบ

2. การแก้ปัญหา การฝึกให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาเป็นระบบเพื่อแก้ไขอุปสรรค ซึ่งพบจากการสำรวจตัวเอง ผู้ที่มีภาวะอ้วนได้รับการสอนในประเด็นดังนี้ เพื่อนำไปใช้ในการควบคุมน้ำหนัก

- 2.1 ระบุ และชี้ชัดถึงอุปสรรคการของควบคุมน้ำหนักตัว
- 2.2 หาวิธีการที่แก้ไขปัญหาดังกล่าว
- 2.3 ประเมินวิธีการแก้ไขปัญหานั้นจะดำเนินการและเลือกนำมาใช้วิธีการ
- 2.4 วางแผนและนำไปปรับปรุงพฤติกรรม
- 2.5 ประเมินผลที่ได้รับ
- 2.6 ถ้าการดำเนินการไม่สำเร็จ ให้พิจารณาปัญหาซ้ำอีกครั้งแล้วเลือกวิธีการอื่น

เพื่อนำไปลองแก้ปัญหาใหม่

3. การให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ที่มีภาวะอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำแต่มีสารอาหารครบถ้วนในการลดน้ำหนัก

4. รับประทานอาหารให้ช้าลง เป็นการหาวิธีการให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนบริโภคอาหารในแต่ละมื้อให้ช้าลง เช่น การบดเคี้ยวอาหารให้นานขึ้นก่อนที่จะกลืน เพราะกว่าอาหารจะผ่านถึงศูนย์ควบคุมความอิ่มในสมองต้องใช้เวลา 20 นาที การกินอาหารช้า ๆ จะทำให้รู้สึกอิ่ม และบริโภคอาหารน้อยลง

5. ควบคุมสิ่งกระตุ้น ต้องจำกัดโอกาสที่อ้วนต่อการบริโภคอาหารมาก เช่น จดไปเที่ยวตามศูนย์การค้า งดไปงานเลี้ยงที่ไม่จำเป็น

6. จัดการเรียนรู้ให้ถูกต้อง เปลี่ยนแปลงเรื่องความคิด และการวางตัวเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวไปในทางที่ดีขึ้น

7. การออกกำลังกายส่งเสริม และกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

8. การป้องกันน้ำหนักเพิ่ม ต้องให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรักษาน้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วไว้ให้ได้ และนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง

อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือ ผู้ที่มีภาวะอ้วนล้มเหลวต่อการยึดติดกับกลยุทธ์การควบคุมตนเองที่เรียนรู้จากการรักษา แต่วิธีนี้เป็นประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผลเสียต่อสุขภาพ ดังนั้น จึงควรมีกกลยุทธ์ในการส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะอ้วนสามารถควบคุมตนเองได้ ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ผู้วิจัยเชื่อว่าเมื่อพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะสามารถทำให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ด้วย

ตนเอง และส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกายลดลง

สรุป แนวทางในการพยาบาล และการดูแลรักษาภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุนั้นมีหลายวิธี ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับค่าดัชนีมวลกายว่าพระภิกษุสูงอายุมีภาวะอ้วนอยู่ในระดับใด และมีโรคประจำตัวใดบ้าง แนวทางที่ดีที่สุดในการพยาบาล และดูแลรักษาภาวะอ้วน คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยการบริโภคให้มีความเหมาะสมกับตนเอง แต่ต้องให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยเน้นที่การปรับลดอาหารที่ให้พลังงานสูง ๆ ส่วนในด้านของการออกกำลังกายนั้น สำหรับพระภิกษุสูงอายุอาจถูกจำกัดโดยกฎระเบียบวินัยของสงฆ์ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้เต็มที่ ด้านการใช้จ่ายในการรักษานั้น อาจส่งผลเสียมากกว่าผลดี เมื่อนำมาใช้กับพระภิกษุสูงอายุ อีกทั้งการใช้จ่ายในการรักษานั้นยังส่งผลข้างเคียงต่อร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ส่วนการผ่าตัดรักษาภาวะอ้วน ส่วนใหญ่จะทำให้ในผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 40 กิโลกรัม/ ตารางเมตร หรือในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และไม่สามารถรักษาได้ด้วยวิธีอื่น (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2549) อีกทั้งยังต้องอาศัยบทบาทของพยาบาลในด้านต่าง ๆ เช่น บทบาทด้านการสอน เพื่อช่วยในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะอ้วน เป็นต้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมาเป็นแนวทางการควบคุมน้ำหนักในพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุด และจะทำให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น และมีค่าดัชนีมวลกายลดลง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุสูงอายุ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกของบุคคลทั้งคำพูด กิริยาท่าทาง และการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ ในการเลือก การเก็บ การปรุง และการบริโภคอาหาร พฤติกรรมทุกชนิดมีความมุ่งหมาย และความต้องการเสมอ พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ปฏิบัติเสมอ ๆ จนเคยชิน เรียกว่า นิสัยกรรมการบริโภค หรือนิสัยบริโภค (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543) พฤติกรรมกรรมการบริโภคของแต่ละบุคคล จะมีผลผลักดันให้บุคคลมีสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี ลดการเกิดโรคต่าง ๆ ส่งผลให้มีชีวิตที่ยาวนาน และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การบริโภคอาหารของพระภิกษุสูงอายุ

พระภิกษุสูงอายุ และผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงาน และปริมาณของสารอาหารที่ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น การที่ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างความต้านทานโรค อาหารจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต

ของแต่ละคน การบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ ดังนั้นการบริโภคอาหารสำหรับพระภิกษุสูงอายุ จึงควรบริโภคอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ดังนี้ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2548)

อาหารหมู่ 1: อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ นม ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งอาหาร ในหมู่นี้จะให้สารอาหารที่เรียกว่า “โปรตีน” พระภิกษุสูงอายุจำเป็นต้องได้รับโปรตีนให้เพียงพอ เพื่อช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ในวันหนึ่งพระภิกษุสูงอายุควรได้รับโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เนื้อปลาเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ควรเลือกย่างหรือต้มให้หมด หากพระภิกษุสูงอายุต้องการบริโภคเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ควรสับให้ละเอียด เพื่อสะดวกต่อการเคี้ยว พระภิกษุสูงอายุควรบริโภคไข่สัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง สำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูง ควรเลือกบริโภคเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น นม พระภิกษุสูงอายุควรดื่มนมประมาณวันละ 1 แก้ว นมเป็นอาหารให้สารอาหารโปรตีน และแคลเซียมสูง ส่วนพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน หรือมีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ควรดื่มนมพร่องมันเนย สำหรับพระภิกษุสูงอายุที่ดื่มนมแล้วท้องเสีย อาจเปลี่ยนเป็นดื่มนมถั่วเหลืองแทน

อาหารหมู่ 2: เป็นอาหารจำพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารหมู่นี้ให้สารอาหารที่เรียกว่า “คาร์โบไฮเดรต” ซึ่งให้พลังงานต่อร่างกาย หากบริโภคมากเกินไปจะสะสมเป็นไขมัน การบริโภคอาหารในหมู่ที่ 2 ควรบริโภคในรูปของธัญพืช เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว ข้าวสาลี ข้าวโพด หรืออาหารจำพวกแป้ง เช่น ขนมปัง บะหมี่ และก๋วยเตี๋ยว อาหารเหล่านี้จะมีกากใยอาหาร ซึ่งมีประโยชน์ต่อพระภิกษุสูงอายุ ควรบริโภคในปริมาณที่พอเหมาะ เช่น ข้าวมีดละ 1 จาน (ปริมาณ 2 ทัพพี) เป็นต้น

อาหารหมู่ 3: ผักต่าง ๆ ได้แก่ ผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกาดขาว ผักคะน้า ผักกวางตุ้ง ผักประเภทผล เช่น แตงกวา ฟักทอง แครอท เป็นอาหารที่อุดมด้วยสารอาหารประเภท “วิตามินและเกลือแร่” พระภิกษุสูงอายุสามารถบริโภคได้ไม่จำกัด แต่ควรบริโภคหลาย ๆ ชนิด สลับกัน ควรบริโภคผักหนึ่ง หรือคัมนสุกไม่ควรบริโภคผักดิบ เพราะย่อยยากทำให้ท้องอืดได้ ปัจจุบันพบว่า ผักพื้นบ้านของไทยหลายชนิดมีคุณสมบัติเป็นพืชสมุนไพร

อาหารหมู่ 4: ผลไม้ต่าง ๆ พระภิกษุสูงอายุเลือกบริโภคได้ทุกชนิด และควรบริโภคทุกวันอาหารในหมู่นี้จะให้สารอาหารที่เรียกว่า “วิตามิน” มีประโยชน์ต่อร่างกายทำให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ คือ ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กุ้งสุก ส้มเขียวหวาน เป็นต้น สำหรับพระภิกษุสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และมีภาวะอ้วนไม่ควรบริโภคผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า เป็นต้น

อาหารหมู่ที่ 5: ไขมันจากสัตว์และพืช อาหารหมู่นี้ให้พลังงานแก่ร่างกาย หากบริโภคมากเกินไปจะมีภาวะอ้วน และมีไขมันอุดตันในเส้นเลือด

สำหรับพระภิกษุสงฆ์นอกจากการได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น ยังพบอีกว่าการบริโภคอาหาร หรือการฉันภัตตาหารของพระภิกษุในทางพระพุทธศาสนานั้นยังถูกจำกัด โดยมีข้อวัตรปฏิบัติเหมือนพระพุทธเจ้า ซึ่งพระพุทธเจ้าตรัสไว้เป็นข้อบัญญัติให้แก่พระภิกษุในเรื่องของการฉันภัตตาหารพระภิกษุพอสรุปได้ ดังนี้ (พระเยี่ยง ปิ่นแห่งเพชร, 2542)

1. อาหารในโรงทาน ในสมัยก่อนอาหารในโรงทานนั้นนิยมทำกัน เพื่อการบริจาคเป็นทานแก่คนทั่วไปไม่ได้เจาะจงว่าจะให้แก่พวกใดหรือลักษณะใด ไม่ว่าจะเป็นสมณะในศาสนา คนเดินทาง หรือคนอดอยากก็อาศัยกินได้ ส่วนมากพระราชา หรือมหาเศรษฐีเท่านั้นที่สามารถทำโรงทานได้ เพราะมีทุนทรัพย์มากพอที่จะสร้างโรงทาน อาหารในโรงทาน เช่นนี้ พระพุทธเจ้าไม่อนุญาตให้พระภิกษุผู้มีร่างกายที่ปกติแข็งแรง ซึ่งสามารถไปไหนมาไหนได้สะดวก คือ บิณฑบาตได้ประจำ แต่ทรงอนุญาตให้ฉันได้เพียงครั้งเดียว ห้ามฉันติดต่อกัน ถ้าฉันติดต่อกันประจำ ถือเป็นความผิด ยกเว้นเจ้าของโรงทานนั้นได้นิมนต์ และถวายอาหารแก่พระภิกษุนั้นเป็นประจำ หรือถ้าอาหารนั้นเป็นของจัดให้เฉพาะแต่ฉันได้จัดไว้เป็นทานแก่คนทั่วไป

2. ลักษณะการฉันภัตตาหาร การฉันเป็นหมู่ คือ การนั่งล้อมวงกันฉันภัตตาหาร เรียกสั้น ๆ ว่า “ฉันข้าววง” ลักษณะการฉันอย่างนี้เป็นธรรมเนียมของพราหมณ์ แต่ธรรมเนียมการฉันภัตตาหารของพระภิกษุในพระพุทธศาสนาเวลานั่งฉันภัตตาหารจะนั่งเรียงแถว ไม่นั่งล้อมวง โดยจะเห็นตัวอย่างได้ในงานพระราชพิธีทางโทรทัศน์ นอกจากสถานที่จำกัด หรือพระภิกษุมิจำนวนมากก็ฉันข้าววงได้

3. ลักษณะของภัตตาหาร ลักษณะของภัตตาหารของพระภิกษุได้มีคำอธิบายอยู่ในคัมภีร์วิภังค์ กล่าวถึงโภชนะหรือของขบเคี้ยวที่พระพุทธเจ้าได้กำหนดไว้ คือ ภัตตาหารที่ทรงอนุญาต และภัตตาหารที่ทรงห้าม ดังนี้

3.1 ภัตตาหารที่ทรงอนุญาต ภัตตาหารทุกชนิดที่ทรงอนุญาตนั้นทรงให้ฉันได้ แต่เป็นการอนุญาตที่มีเงื่อนไข คือจะต้องฉันภายในเวลาที่กำหนดแม้ในพระไตรปิฎก และอรรถกถาเมื่อกล่าวถึงชนิดภัตตาหารที่ฉัน หรือภัตตาหารที่มีผู้นำมาถวายจะกล่าวรวม ๆ ว่าเป็นของควรเคี้ยว (ขาทนิยะ) ของควรฉัน (โภชนนิยะ) ไม่ระบุแน่ชัดว่าชนิดไหน แต่ก็หมายถึง ภัตตาหารที่ทรงอนุญาตไว้ว่าควรฉันได้ หรือเรียกว่า “ของฉัน” ได้แก่ โภชนะ 5 ชนิด ดังนี้

3.1.1 ข้าวสุกได้แก่ ธัญชาติทุกชนิดที่หุงสุกแล้ว เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว และข้าวฟ่าง เป็นต้น

3.1.2 กุมมาส ได้แก่ ขนมสดชนิดต่าง ๆ ที่จะบูดได้เมื่อเลยเวลาอันสมควร เช่น ขนมตาล และขนมเปียกปูน เป็นต้น

3.1.3 สัตตุ ได้แก่ ขนมห้างชนิดต่าง ๆ ที่ไม่บูด เช่น ขนมคุกกี หรือปังกอบ เป็นต้น

3.1.4 ปลา ได้รวมเอาสัตว์น้ำชนิดอื่นที่ใช้เป็นอาหารเข้าไว้ด้วย

3.1.5 เนื้อ ได้แก่ เนื้อของสัตว์บก และนกบางชนิดที่ใช้เป็นอาหาร

ส่วนผลไม้ชนิดต่าง ๆ และพืชผักทั้งที่มีเหง้า และไม่มีเหง้า เช่น เผือก หรือมัน เป็นต้น ของขบเคี้ยวไม่นับเป็นโภชนะแต่ก็จัดเป็นภัตตาหารเหมือนกันเหล่านี้พระภิกษุสามารถฉันได้ แต่ต้องฉันภายในเวลาที่กำหนดเท่านั้น คือ ตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงวัน หรือฉันได้เพียงมือเช้า กับมือกลางวัน ถ้าภิกษุใดฉันของเคี้ยว ของฉันที่เป็นภัตตาหารในเวลาวิกาล คือ ตั้งแต่เที่ยงไปแล้วจนถึงวันใหม่ต้อง อาบัติปาจิตตีย์ สิกขาบทที่ 6 โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์

อาหารที่ขึ้นกับกาลนั้นเรียกว่า กาลิก คือ ภัตตาหารที่อนุญาตให้พระภิกษุเก็บไว้ และฉันในเวลาที่กำหนดมี 4 อย่างคือ

1. ยาวกาลิก คือ ภัตตาหาร และผลไม้ที่รับประทานไว้ และเก็บกินได้ในที่จำกัดเวลา คือ ช่วงเวลาเช้าถึงเที่ยงวัน เช่น ข้าวสุก แกง เป็นต้น

2. ยามกาลิก คือ ภัตตาหารชนิดที่รับประทาน และสามารถเก็บไว้ฉันได้ชั่วยาม คือ หนึ่งวันกับหนึ่งคืน ก่อนอรุณของวันใหม่ เช่น น้ำผลไม้ 8 อย่าง อัญชันปานะ ได้แก่ น้ำมะม่วง น้ำชมพู หรือน้ำหว่า น้ำกล้วยมีเมล็ด น้ำกล้วยไม่มีเมล็ด น้ำมะขาง น้ำลูกจันทร์หรือน้ำองุ่น น้ำเงาะอบล น้ำมะพร้าว หรือลิ้นจี่ ที่ทรงอนุญาตไว้

3. สัตตหาลิก คือ ภัตตาหารที่รับประทาน และสามารถเก็บไว้ฉันได้ภายใน 7 วัน เช่น เกสรทั้ง 5 คือ เนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย (พวกน้ำตาลทราย น้ำตาลปีบ น้ำตาลปึก ที่สังเคราะห์ให้น้ำอ้อยด้วย)

4. ยาวชีวก คือ ภัตตาหารที่รับประทานแล้วสามารถเก็บไว้ฉันได้ตลอดชีวิต เช่น ยารักษาโรคทั้งแผนโบราณ และแผนปัจจุบัน เป็นต้น

กาลิกทั้ง 4 นี้ ถ้าระคนปนกันจะนับอายุตามกำหนดเวลาของกาลิกที่มีอายุสั้น เช่น น้ำอัญชันปานะ ระคนกับภัตตาหารก็ฉันได้เพียงเช้าถึงเที่ยงวัน น้ำผึ้งระคนกับน้ำอัญชันปานะจะฉันได้เพียงวันคืนหนึ่งภายในก่อนอรุณขึ้น หรือยารักษาโรคระคนกับน้ำผึ้ง น้ำอ้อยก็เก็บไว้ฉันได้เพียง 7 วัน อย่างนี้ เป็นต้น สำหรับภัตตาหารที่เป็นยาวกาลิกทรงอนุญาตให้ฉัน เพื่อบำบัดความหิวสัปต่อชีวิตเพื่ออนุเคราะห์พรมจรรย์ ภิกษุฉันภัตตาหารเกินเที่ยงวันไปต้องอาบัติปาจิตตีย์ อาบัติปาจิตตีย์ หมายถึง การละเมิดอันยังกุศล ให้ตกไปถือเป็นโทษ สิกขาบทที่ 3 ปัตตวรรคในนิสัคคยิกัณฑ์

เพราะฉันทัดอาหารในเวลาวิกาล น้ำอัฐูปานะรวมทั้งน้ำผลไม้สังเคราะห์ภิกษุฉันได้ เพื่อแก้ กระจาย และเพื่ออนุเคราะห์แก่ทายกผู้ปรารถนาจะทำทานในเวลาวิกาล อัฐูปานทานสามารถ ถวายได้ทั้งกลางวันและกลางคืน สัตตหาลิก หรือที่เรียกว่า “เกสัขร” จำพวกเนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย พระภิกษุจะฉันได้ต่อเมื่ออาพาธเป็นโรคผอมเหลืองฉันทัดอาหารไม่ได้ หรือ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ถ้าไม่มีเหตุผลดังกล่าวพระภิกษุย่อมต้องอาบัติทุกกฏ ยารักษาโรคที่เป็นยาชีวิต ก็เช่นกัน เมื่อมีเหตุป่วยไข้จึงฉันได้ พระภิกษุใดไม่ได้เป็นผู้อาพาธขอกัดอาหารอันประณีต คือ ข้าวสุกผสมเนยใส เนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง น้ำอ้อย ปลา เนื้อ นมสด นมสัณ คือกุหลาบที่มิใช่ญาติ มิใช่ปวราณา เอามาบริโภคต้องอาบัติปาจิตตีย์ สิกขาบทที่ 9 โภชนวรรคในปาจิตตยิกัณฑ์

เกสัข หรือยารวมถึงอุปกรณ์ในการรักษาโรคต่าง ๆ ในพระไตรปิฎกนั้น เกสัขเป็นสิ่งที่ พระพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ฉันได้ตลอดชีวิต และมีข้อห้ามน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าพระพุทธเจ้า ทรงเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพมาก เห็นได้จากพุทธพจน์ที่ตรัสว่า ความไม่มีโรคเป็นลาภอัน ประเสริฐ นอกจากนี้พระพุทธเจ้ายังให้พิจารณาในการฉันยาทุกครั้ง เพื่อให้คำนึงถึงอรรถประโยชน์ ที่แท้จริง โดยให้พระภิกษุพิจารณาอย่างแยกแยะว่า ยาเป็นเครื่องประกอบอันเป็นปัจจัยสำหรับ คนใช้นั้นมีไว้เพื่อกำจัดเวทนาทั้งหลายเนื่องจากอาพาธต่าง ๆ ซึ่งเกิดขึ้นแล้วเพื่อความเป็นผู้ไม่มี โรคภัยมาเบียดเบียน

3.2 กัดอาหารที่ทรงห้าม นอกจากกัดอาหารที่ทรงอนุญาตตามที่กล่าวมานั้น ยังมี กัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์บางชนิดที่ห้ามไม่ให้พระภิกษุฉันโดยเด็ดขาด ได้แก่ เนื้อสัตว์ 10 ชนิด คือ เนื้อมนุษย์ เนื้อช้าง เนื้อม้า เนื้อสุนัข เนื้องู เนื้อราชสีห์ เนื้อเสือโคร่ง เนื้อเสือเหลือง เนื้อหมี เนื้อเสือดาว จะเห็นว่าพระพุทธเจ้าไม่ได้ทรงห้ามพระภิกษุฉันเนื้อทุกชนิดโดยเด็ดขาด พระภิกษุ สามารถฉันกัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ได้ เมื่อไม่เห็นว่าเป็นหมา ไม่ได้ยินว่าเขาเตรียมมาเพื่อเรา ไม่ทราบว่ามีมาเพื่อตน ส่วนผลไม้ต่าง ๆ ที่ทรงห้ามฉันเป็นผลไม้ใหญ่มีอยู่ 9 ชนิด คือ ตาล มะพร้าว ขนุนหนัง ขนุนสามมะลอ น้ำเต้า ฟัก แฟง แตงกวา แตงโม ถั่ว และงา

4. การสะสมกัดอาหาร การสะสมกัดอาหารเรียกโดยศัพท์ทางภาษาบาลีว่า “สันนิธิ” ของที่สามารถเกี่ยวบริโภคนได้ และได้รับประทานภายในวันนี้ ถ้ามีการเก็บค้างคืนไว้จนรุ่งเช้า วันใหม่ เรียกว่า เป็นการสะสมกัดอาหาร พระพุทธเจ้าไม่ทรงอนุญาตให้เก็บ และสะสมกัดอาหาร มีเหตุที่ควรพิจารณาได้ว่า การเก็บกัดอาหารสดไว้นานเกิน 1 วัน หรือ 24 ชั่วโมง แล้วนำมาฉันนั้น อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้ เพราะกัดอาหารบางชนิดนั้นอาจบูดเน่าได้ภายใน 1 วัน หากเก็บไว้ เฉย ๆ จะเกิดโรคภัยแก่ตนเองได้ อีกประการหนึ่ง หากพระภิกษุประสงค์จะเก็บกัดอาหารไว้ วิธีการถนอมกัดอาหารในสมัยก่อนเป็นเรื่องยุ่งยาก และที่สำคัญคือไม่ใช่กิจที่สมณะผู้ออกบวชแล้ว ควรทำการสะสมกัดอาหาร

5. การรับภัตตาหารบิณฑบาต ในการรับภัตตาหารบิณฑบาตจากชาวบ้านที่ได้ถวายครวหนึ่ง ๆ พระภิกษุรับบิณฑบาตที่เขาถวายในครั้งนั้น ๆ ไม่เกิน 3 บาตร และเมื่อได้มาแล้วจะต้องนำมาแจกให้กับพระภิกษุรูปอื่น ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้พระภิกษุเหล่านั้นไปบิณฑบาตซ้ำที่เดิม เป็นการรบกวนในการทำกิจการของชาวบ้านนั้น ถ้าพระภิกษุได้รับมา 3 บาตรแล้วไม่แจกจ่ายให้กับพระภิกษุอื่นต้องอาบัติ

เมื่อได้ภัตตาหารมาแล้วควรทำการพิจารณาในการฉันทุกครั้ง โดยมีบทพิจารณาที่เรียกว่า ปัจจัยปัจเจกวัค การได้รับภัตตาหารมานั้นสำหรับพระภิกษุต้องเป็นไปอย่างบริสุทธิ์ พระภิกษุจะต้องเป็นผู้ที่เลี้ยงง่าย เป็นผู้ที่มีสติในการฉันภัตตาหารทุกครั้ง และเป็นผู้ที่ฉันภัตตาหารโดยรู้คุณค่าแท้ของอาหารนั้นว่าฉันไปเพื่อหล่อเลี้ยงร่างกายให้ดำเนินกิจกรรมไปได้ด้วยดี ไม่เกิดสิ่งที่เป็นโทษกับตัวเอง

สรุป การฉันภัตตาหารของพระภิกษุนั้น ส่วนใหญ่ได้จากการไปบิณฑบาต หรือรับนิมนต์ไปในงานพิธีต่าง ๆ ซึ่งญาติโยมทั่วไปก็จะถวายภัตตาหารรวมทั้งสิ่งของ และปัจจัยต่าง ๆ ด้วย พระภิกษุจึงจำเป็นต้องฉันภัตตาหารตามที่ญาติโยมนำมาถวายอย่างไม่มีทางเลือกเลี้ยง (พิชญ์วรา พันธุ์พิทยะแพทย์, 2550) แต่พระภิกษุก็ควรที่จะเลือกฉันภัตตาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการนำไปสู่หนทางแห่งการเกิดความผิดปกติของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพระภิกษุสูงอายุ ควรระมัดระวังให้มากในเรื่องของการฉันภัตตาหารที่ให้พลังงานสูง ๆ เช่น อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โปรตีน อาหารที่มีรสหวานจัด และไขมัน ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะอ้วน ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ดังนั้น ในพระภิกษุสูงอายุจึงควรเลือกฉันภัตตาหารที่มีความเหมาะสมกับตนเอง โดยเน้นที่ฉันภัตตาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ลดการฉันภัตตาหารที่ให้พลังงานสูง หรือฉันพอเป็นพิธีตามที่ญาติโยมนำมาถวาย ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป (สมพล วิมาลา, 2540)

แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเอง

การจัดการด้วยตนเอง เป็นมนโถศน์หนึ่งที่ได้รับการพัฒนาในหลายสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สาขากายภาพบำบัด การแพทย์ กายภาพบำบัด จิตวิทยาสุขภาพ และสุขศึกษา (Holroyd & Creer, 1986) ซึ่งมีนักวิชาการให้ความหมายไว้ ดังนี้

ความหมาย

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Tobin et al., 1986)

การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพ หรือการดูแลรักษาสุขภาพของตน และเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสามารถกระทำการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษา กระทำได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพรวมถึงสามารถใช้กลวิธีการเผชิญปัญหา (Coping Strategies) หลาย ๆ วิธี เพื่อเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้ (Batholomew, Parcel, Swank, & Czyzewski, 1993)

ทฤษฎีพื้นฐานของการจัดการด้วยตนเอง

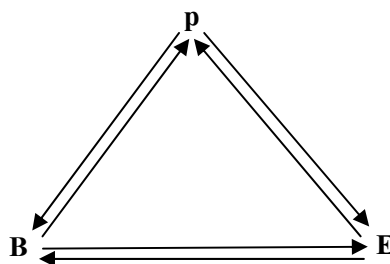
การจัดการด้วยตนเอง เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาด้านสังคม (Social Cognitive Theory) (Bandura, 1986) กระบวนการที่สำคัญของการจัดการด้วยตนเอง คือ บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดเป้าหมาย การเลือกกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ตลอดจนวิธีการดำเนินการทั้งหมด เพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมใหม่ได้ ไม่ได้เป็นผลจากการรับข้อมูลใหม่ ๆ เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากความร่วมมือ และสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองด้วย (Tobin et al., 1986)

การจัดการด้วยตนเองที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาด้านสังคมมีลักษณะ ดังนี้

1. เป็นกระบวนการทางธรรมชาติที่มีทิศทางของมันเองในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง การสังเกตผลที่เกิดจากกระบวนการนี้ประเมินได้จากความสามารถในการยืดหยุ่นของความสุข ความพึงพอใจ หรือการทนต่อความเจ็บปวดให้ยาวนานขึ้น
 2. เป็นวิธีการที่พิเศษภายในกระบวนการรับรู้ด้วยความเข้าใจของตนเอง
 3. เป็นรูปแบบที่เป็นกระบวนการทำให้บุคคลมีการควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง
- รูปแบบเป็นนามธรรมตามกระบวนการทางธรรมชาติ ซึ่งอาจรวมถึงการตีความในการเรียนรู้ไปสู่การกระทำ หรือการปฏิบัติในแต่ละบุคคล เพื่อควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาด้านสังคม

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาด้านสังคมของ Bandura (1986) มีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการกำหนดซึ่งกัน และกัน (Reciprocal Determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal: P) ปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior: B) และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment: E) (Bandura, 1997, p. 6) ดังภาพที่ 2-1



B = ปัจจัยทางพฤติกรรม คือ การแสดง และปฏิกริยาของแต่ละบุคคล

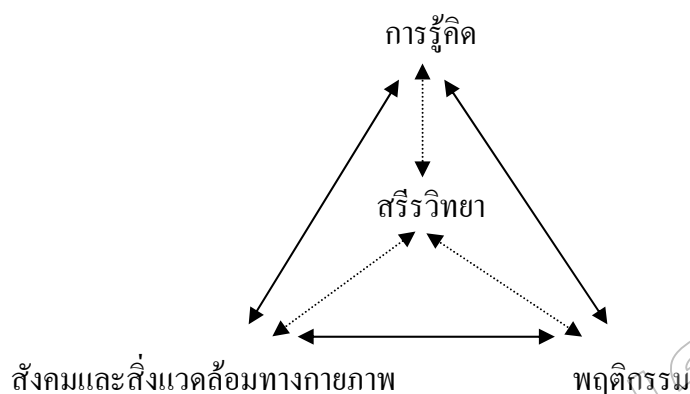
P = ปัจจัยส่วนบุคคลรวมถึง การรับรู้ และเข้าใจ และปัจจัยทางอารมณ์

E = ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมรวมถึง สังคม และปัจจัยทางกายภาพ

ภาพที่ 2-1 การแสดงการกำหนดซึ่งกัน และกันของปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม และปัจจัยส่วนบุคคล (Bandura, 1997, p. 6)

จากภาพที่ 2-1 จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทั้ง 3 มีหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ซึ่งไม่ได้หมายความว่า ปัจจัยทั้ง 3 จะมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกปัจจัยหนึ่ง และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่น ๆ (Bandura, 1986)

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราที่เกิดจากการเรียนรู้ นั้นไม่จำเป็นต้องแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ ก็ถือว่าเกิดการเรียนรู้แล้ว แม้จะยังไม่มีการแสดงออกก็ตาม ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงตามแนวคิดของ Bandura จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงที่พฤติกรรมภายใน นั่นคือ ปัญหา และองค์ประกอบส่วนบุคคล ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของคนเป็นอย่างมาก แต่ในทฤษฎีของ Bandura ไม่ได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสรีรวิทยา ต่อมา Troesen and Kirmil-Gray เห็นว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้วยตนเองในกระบวนการของโรค และมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยด้านการรู้คิด และปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ จึงได้เพิ่มปัจจัยด้านสรีรวิทยานี้ในรูปแบบ ดังภาพที่ 2-2 (Troesen & Kirmil-Gray, 1983 cite in Tobin et al., 1986, p. 33)



ภาพที่ 2-2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพฤติกรรม ปัจจัยทางสังคมและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านการรู้คิด และปัจจัยทางด้านสรีรวิทยา (Troresen & Kirmil-Gray, 1983 cite in Tobin et al., 1986, p. 33)

จากภาพที่ 2-2 จะพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 4 ปัจจัย ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. พฤติกรรม (Behavior) พฤติกรรมเป็นส่วนประกอบพื้นฐานที่สำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง โดยบุคคลส่วนใหญ่ต้องการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเงื่อนไขบางอย่าง ซึ่งการที่บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จะแสดงออกโดยบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดประสบการณ์ ความชำนาญ ทำให้เพิ่มศักยภาพของตนเอง และส่งผลต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา
2. สังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Social and Physical Environment) ทำให้เกิดการจัดการด้วยตนเองตามเป้าหมาย โดยเกิดความพึงพอใจตามความต้องการด้านร่างกาย และจิตใจ สิ่งแวดล้อมสามารถบอกถึงลำดับของการตอบสนองอย่างถูกต้อง บอกถึงกระบวนการรับรู้ ซึ่งสามารถจัดลำดับการตอบสนองได้ และมีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ด้านสรีรวิทยาโดยตรง
3. การรู้คิด (Cognition) การรับรู้ และเข้าใจ เป็นบทบาทที่มีความสำคัญในทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง เป้าหมายของการรับรู้ และเข้าใจ ประกอบด้วย ทักษะในการจัดการด้วยตนเอง และความคาดหวัง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการบรรลุผลสำเร็จของสมรรถนะแห่งตน โดยบุคคลจะมีความสามารถในการวางแผน เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้รางวัลตนเองเมื่อสามารถปรับพฤติกรรมได้ สามารถควบคุมลักษณะทางกายภาพ และสามารถควบคุมลักษณะทางสังคม และสิ่งแวดล้อมได้
4. สรีรวิทยา (Physiology) เป็นส่วนประกอบสุดท้ายของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมตามแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง โดยในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องพิจารณา

กระบวนการเกิดโรค ปัจจัยทางสรีรวิทยาของบุคคล พฤติกรรมที่ทำให้เกิดการแย่ง และให้บุคคลจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความสามารถตามกระบวนการทางสรีรวิทยา สามารถในการจัดลำดับความสำคัญของการตอบสนอง เป็นสื่อกลางในการรับรู้ และสามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการนำปัจจัยดังที่ได้กล่าวในข้างต้นไปพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดการด้วยตนเองหลากหลายรูปแบบ เช่น Self Efficacy, Self Regulation และ Self Control เป็นต้น ดังจะนำเสนอในรายละเอียดต่อไป

รูปแบบการจัดการด้วยตนเอง (Self - Management Model)

รูปแบบการจัดการด้วยตนเอง มีหลายรูปแบบ เช่น Self Efficacy ของ Bandura (1986) และ Self Regulation ของ Karoly and Kanfer (1982) เป็นต้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้รูปแบบของกลวิธีการกำกับตนเอง (Self Regulation Strategy) เนื่องจากการกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่แต่ละบุคคลเน้นในการควบคุมตนเอง พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาเพื่อกระทำให้อ้างอิงเป้าหมาย (Clark et al., 1991) หลักสำคัญของการกำกับตนเองเป็นการประยุกต์ในการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยตรง Kanfer and Gaelick (1986) เสนอรูปแบบการกำกับตนเอง (Karoly & Kanfer, 1982) โดยมีการพัฒนาเพิ่มเติมรายละเอียดสำคัญ ประกอบด้วยกระบวนการที่สามารถกระตุ้น จูงใจ ให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายได้

รูปแบบการกำกับตนเอง เป็นกระบวนการตามธรรมชาติที่สำคัญ สามารถนำเสนอ ชี้นำได้อย่างชัดเจน เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการบำบัดรักษาโรค โดยแต่ละบุคคลสามารถได้รับการสอนให้เกิดทักษะ และแนวทางปฏิบัติใหม่ ๆ ได้แก่ การเตือน หรือการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง มีการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมโดยใช้รูปแบบการกำกับตนเอง ซึ่งเป็นกลวิธีที่ช่วยให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอเกิดการจัดการด้วยตนเอง โดยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่เชื่อว่า พระภิกษุสูงอายุต้องได้รับความช่วยเหลือในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เพื่อให้พระภิกษุสูงอายุมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น พยาบาลต้องยอมรับ และไว้วางใจในตัวพระภิกษุสูงอายุ โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการรักษา จากที่เคยให้พระภิกษุสูงอายุรับการกำหนดเกี่ยวกับการรักษาทุกอย่างจากทีมเจ้าหน้าที่ มาเป็นให้พระภิกษุสูงอายุยอมรับในบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบเกี่ยวกับพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น

กลวิธีการกำกับตนเอง ตามแนวคิดของ Kanfer and Gaelick (1986) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การติดตามตนเอง (Self Monitoring)

การติดตามตนเอง เป็นขั้นตอนที่รวมถึงการรับรู้ เข้าใจ เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม และ ความรู้สึกตอบสนอง ที่เป็นข้อมูลป้อนกลับ (Kanfer & Gaelick, 1986; Kangchai, 2002; Tobin et al., 1986) รวมถึงเป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็น ระบบ (Karoly & Kanfer, 1982) พฤติกรรมที่สังเกต และติดตามอาจเป็นพฤติกรรมที่เป็นเหตุ หรือ พฤติกรรมที่เป็นผลทั้งที่เหมาะสม และไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังรวมถึงการสังเกต ติดตาม และ บันทึก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 1) พฤติกรรม 2) สังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 3) การรู้คิด และ 4) สรีรวิทยา ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเอง (Tobin et al., 1986) โดยพระภิกษุสงฆ์อาจใช้การติดตามตนเองจากปัจจัย เหล่านี้ ดังนี้

1.1 พฤติกรรม เช่น การเลือกบริโภคอาหารที่ให้พลังงานต่ำ เป็นต้น

1.2 สังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การรับกิจนิมนต์นอกสถานที่ทำให้ บริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้มึนน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้น เป็นต้น

1.3 การรู้คิด เช่น การรับรู้ว่าการบริโภคอาหารที่มีรสหวานจะส่งผลให้เกิดภาวะอ้วน เป็นต้น

1.4 สรีรวิทยา รวมถึงอาการของโรค เช่น การมีมึนน้ำหนักร่างกายที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีอาการ ปวดข้อเข่า เป็นต้น

การติดตามตนเองมีบทบาท 3 ประการ ดังนี้

1. ช่วยในการสนับสนุนให้ได้รับความยินยอมในการรักษา โดยมีพื้นฐานมาจากการประเมินอาการของโรค การที่ผู้ป่วยถาม หรือมีปฏิกิริยาต่อการร่วมมือในการรักษา โดยการ เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งทางสรีรวิทยา และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยได้แสดงออก

2. ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพยายาม ตั้งใจ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามเกณฑ์ หรือเป้าหมาย ที่ตนเองต้องการ

3. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ต่อกฎเกณฑ์ของการรักษาโรค

ขั้นตอนการติดตามตนเอง ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. เลือก และกำหนดพฤติกรรมเป้าหมายให้ชัดเจน การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting)

จะแตกต่างกันไปตามระดับความยากง่ายของเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมาย คือ สิ่งที่คุณต้องการจะทำให้ สำเร็จ การตั้งเป้าหมายต้องอาศัยแรงจูงใจจึงจะนำไปสู่ความสำเร็จ กลไกการจูงใจ 3 ประการของ การตั้งเป้าหมายที่มีต่อการปฏิบัติได้แก่ 1) การมีความพยายาม (Effort) 2) การคงการกระทำนั้นไว้ (Persistence) และ 3) ความเข้มแข็งของการกระทำ (Concentration) การตั้งเป้าหมายจะช่วยให้คุณ

นั้นมีความพยายามมากขึ้น มีความพยายามในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น และให้ความสนใจในงานที่ทำอยู่ ในการตั้งเป้าหมายนั้นสามารถกำหนดโดยเจ้าหน้าที่ หรือเจ้าหน้าที่ร่วมกับผู้ป่วย หรือผู้ป่วยเป็นคนตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง ได้มีผู้ตั้งข้อสงสัยไว้ว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง หรือมีผู้กำหนดเป้าหมายให้ แต่การตั้งเป้าหมายด้วยตนเองจะทำให้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกพึงพอใจต่อเป้าหมาย และยอมรับถือเป็นพันธะผูกพันต่อเป้าหมายนั้น

2. จำแนกพฤติกรรมเป้าหมายออกเป็นพฤติกรรมย่อยที่สามารถสังเกต ได้ชัดเจน และฝึกให้สามารถแยกแยะได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น หรือไม่

3. ฝึกการบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเองให้มีความแม่นยำ กำหนดวิธีการบันทึก และเครื่องมือที่ใช้ในการบันทึก

4. ทำการสังเกต และบันทึกพฤติกรรมด้วยตนเอง

5. แสดงผลการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน

6. ประเมินผล หรือวิเคราะห์ข้อมูลที่บันทึก

ประโยชน์ของการติดตามตนเองมี 2 ประการ คือ เป็นการให้ข้อมูลต่อตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

1. การให้ข้อมูลแก่ตนเอง การสังเกตพฤติกรรมของตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรมเป้าหมายเกิดขึ้น หรือไม่ การบันทึกพฤติกรรมตนเองทำให้ทราบว่าพฤติกรรมไปในทิศทางใด มีระดับมากน้อยแค่ไหน มีพฤติกรรมตรงตามเกณฑ์ที่จะเสริมแรงตนเอง หรือไม่

2. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสังเกตพฤติกรรมอย่างรอบคอบทำให้บุคคลระมัดระวังตัว และจะแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายได้ ถ้าบุคคลทราบว่าพฤติกรรมของตนเองแตกต่างไปจากเป้าหมายหรือมาตรฐานที่วางไว้ บุคคลก็จะพยายามแก้ไขพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ประสิทธิภาพของการติดตามตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนี้

1. ความแม่นยำในการบันทึกพฤติกรรม มักจะพบเสมอว่าเพียงแค่บอกให้ผู้เข้ารับการบำบัด หรือผู้ถูกปรับพฤติกรรมนั้นบันทึกพฤติกรรมตนเอง ก็ไม่ได้หมายความว่าจะได้ข้อมูลที่แม่นยำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่บันทึก ถ้าข้อมูลที่ได้อาจจะมีผลต่อการได้รับการเสริมแรง ความแม่นยำของการบันทึกจะน้อยลง เพราะข้อมูลที่ได้อาจจะสูงกว่าความเป็นจริง จึงได้มีการพยายามที่จะหาทางให้การบันทึกพฤติกรรมตนเองมีความแม่นยำมากขึ้น โดยการให้การเสริมแรงต่อความแม่นยำของการบันทึกพฤติกรรม ซึ่งจะกระทำโดยการเปรียบเทียบผลที่ได้จากการบันทึกด้วยตนเองกับผลที่ได้จากการที่ผู้อื่นสังเกต ถ้าตรงกันก็จะได้รับการเสริมแรง

2. ลักษณะของผู้บันทึกพฤติกรรม การเตือนหรือติดตามตนเอง อาจจะเป็นกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความต้องการที่จะพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง หรือได้รับแรงจูงใจที่จะพัฒนาตนเอง

3. ความง่ายของงานหรือพฤติกรรมที่จะกระทำ การติดตามตนเองจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ถ้าพฤติกรรมนั้นเป็นพฤติกรรมที่กระทำได้ง่าย

2. การประเมินตนเอง (Self Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานหรือพฤติกรรมของตนเองนั้น ๆ กับมาตรฐาน หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมไหนดี หรือล้มเหลว นำไปสู่การปรับเปลี่ยน หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้ การประเมินตนเองนี้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต และติดตามตนเอง (Kanfer & Gaelick, 1986; Kangchai, 2002; Tobin et al., 1986)

3. การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเองเมื่อตนเองประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือปฏิบัติงานใดกิจกรรมหนึ่งสำเร็จ (Kanfer & Gaelick, 1986; Knagchai, 2002; Tobin et al., 1986)

การให้แรงเสริมตนเอง คือ ข้อตกลงในรูปแบบที่บุคคลควบคุมพฤติกรรมของตนเองโดยขึ้นอยู่กับการให้รางวัล หรือการลงโทษ และต้องต่อสู้กับพลังอำนาจของตนเองในการอยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่น การให้แรงเสริมตนเองเป็นแรงเสริมจากภายนอกในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นแบบปิดบังซ่อนเร้นหรือเปิดเผยก็ได้ การให้แรงเสริมตนเองเป็นกลไกที่บุคคลแต่ละคนมีความตระหนักแน่นในตนเองอยู่แล้ว และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในด้านที่ตรงข้ามกับแรงเสริมจากภายนอก คือ การพยายาม และด้านทานสิ่งล่อใจจากภายนอก นั่นคือความสำเร็จในการบริหารตนเอง โดยการให้แรงเสริมตนเองเป็นเครื่องมือสำหรับการทำพฤติกรรมให้สำเร็จ ส่วนการลงโทษตนเองใช้ในการเบี่ยงเบน หรือเพื่อลดความต้องการของสิ่งล่อใจลง การเสริมแรงตนเองเป็นหน้าที่ของบุคคลในการคงไว้ซึ่งความเข้มข้น หรือความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรม และเป็นสิ่งที่เชื่อมต่อไปยังสถานการณ์ที่พึงพอใจจากแรงเสริมภายนอก ซึ่งถือเป็นการยืดระยะเวลาของการเสริมแรง หรือเสริมแรงในทันทีสำหรับพฤติกรรมที่ตนเองเลือกปฏิบัติอย่างเต็มที่ (Kangchai, 2002)

การเสริมแรง แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ การเสริมแรงทางบวก และทางลบ

1. การเสริมแรงทางบวก หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผลเนื่องมาจากการให้สิ่งใดสิ่งหนึ่งภายหลังพฤติกรรมนั้น สิ่งที่ได้ภายหลังพฤติกรรมนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรง

2. การเสริมแรงทางลบ หมายถึง การเพิ่มความถี่ของพฤติกรรมอันเป็นผล เนื่องจากการแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วสามารถถอดถอน หรือหลีกเลี่ยงจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงปรารถนาได้

ประเภทของตัวเสริมแรง แบ่งออกได้เป็น 5 ประเภทดังนี้

1. ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ (Material Reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงที่มีประสิทธิภาพกับเด็กมาก เนื่องจากเป็นตัวเสริมแรงที่ประกอบด้วยอาหาร ของที่เสพได้ และสิ่งของต่าง ๆ เช่น ขนม ของเล่น เสื้อผ้า น้ำหอม และรถยนต์ เป็นต้น

2. ตัวเสริมแรงทางสังคม (Social Reinforcers) แบ่งได้ออกเป็น 2 ลักษณะคือ เป็นคำพูด และเป็นการแสดงออกทางท่าทาง ได้แก่ การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม และการเข้าใกล้ หรือ การสัมผัส

3. ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม (Activity Reinforcers) กิจกรรมหรือพฤติกรรมที่มีความดีสูงสามารถนำไปใช้เสริมแรงกิจกรรมหรือ พฤติกรรมที่มีความดีต่ำได้ เช่น การได้รับอนุญาตให้ไปวิ่งเล่นที่สนามหญ้าอาจจะใช้เสริมแรงต่อพฤติกรรมการนั่งอยู่กับที่ของนักเรียนในห้องได้

4. ตัวเสริมแรงที่เป็นเบี้ยอรรถกร (Token Reinforcers) เป็นตัวเสริมแรงได้ เมื่อสามารถนำไปแลกเปลี่ยนเป็นตัวเสริมแรงอื่น ๆ ได้ ตัวเสริมแรงที่นำไปแลกเปลี่ยนได้นั้นเรียกว่า ตัวเสริมแรงสนับสนุน (Back - up Reinforcers) เบี้ยอรรถกรมักจะอยู่ในรูปของ เงินเบี้ย แด้ม ดาว แสตมป์ หรือ คุกกี้

5. ตัวเสริมแรงภายใน (Covert Reinforcers) ตัวเสริมแรงภายในนี้ครอบคลุมถึงความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความพึงพอใจ ความสุข หรือความภาคภูมิใจ เป็นต้น

ในการเสริมแรงควรเน้นการเสริมแรงทางบวกมากกว่าทางลบ ในการจัดการด้วยตนเองสามารถนำวิธีการเสริมแรงมาใช้ได้หลายวิธี แต่วิธีที่ดีและง่ายที่สุด คือ การเสริมแรงทันทีหลังปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นสิ่งที่น่ายินดี สิ่งที่สำคัญ คือ แต่ละบุคคลควรเป็นผู้เลือกการให้รางวัลแก่ตนเอง เพราะผู้อื่นไม่สามารถที่จะทราบว่าคุณคนนั้นมีความต้องการเสริมแรงหรือไม่

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเองข้างต้น สามารถสรุปข้อดีของการจัดการด้วยตนเองได้ ดังนี้

1. เป็นการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบในการรวบรวมข้อมูล และการปรับพฤติกรรมไปให้แก่ผู้ที่เข้ารับการปรับพฤติกรรม แทนที่จะเป็นความรับผิดชอบของนักปรับพฤติกรรม แต่เพียงผู้เดียว ผู้ถูกปรับพฤติกรรมก็จะได้ใช้ความพยายามมากขึ้น โอกาสที่โปรแกรมจะประสบความสำเร็จก็ย่อมจะมีมากขึ้น

2. ทำให้ผู้ถูกปรับพฤติกรรมนั้นเกิดความตระหนักถึงพฤติกรรมของตนเองว่าเป็นอย่างไร มีผลกระทบต่อใครบ้าง ความตระหนักในตนเอง จะช่วยให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป

3. การสังเกต และการบันทึกพฤติกรรมตนเองนั้น ถ้าได้รับการฝึกจนเกิดเป็นความเคยชินแล้วก็อาจไม่สามารถนำมาใช้กับการดำเนินชีวิตประจำวันได้ ซึ่งอาจช่วยทำให้บุคคลสามารถจัดการตนเองให้อยู่ในสถานการณ์ที่เหมาะสมได้

การนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก

การจัดการด้วยตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น จะประสบความสำเร็จได้ ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล โดยต้องมียุทธศาสตร์ประกอบต่อไปนี้ (Clark et al., 1991)

1. บุคคลต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับสภาพอาการของโรค และการรักษาเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการจัดการดูแลตนเอง
 2. บุคคลต้องแสดงพฤติกรรม หรือการกระทำกิจกรรมตามเงื่อนไขที่ตั้งไว้ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการจัดการด้วยตนเองเกี่ยวกับอาการของโรค
 3. บุคคลต้องมีทักษะในการจัดการด้วยตนเองเพื่อรักษาภาวะสุขภาพของตน
- พฤติกรรมเหล่านี้มีจุดประสงค์เพื่อลดผลกระทบของโรคต่อชีวิตประจำวัน โดยผู้ป่วยต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Batholomew et al., 1993) และตระหนักถึงการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ป่วย (Tobin et al., 1986)

ตามแนวคิดของ Tobin et al. (1986) ยังได้ให้ความสำคัญของปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ พฤติกรรม สังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การรู้คิด และสรีรวิทยา รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องคือ เพศ จะมีผลต่อการจัดการด้วยตนเองเช่นกัน และพบว่า สิ่งแวดล้อม และแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างสูงกับการจัดการตนเองให้ประสบความสำเร็จ เช่น ระบบครอบครัวที่ไม่ดี ส่งผลให้การจัดการตนเองมีประสิทธิภาพลดลงได้ เป็นต้น (Gurman, 1981 cite in Tobin et al., 1986)

การประเมินผลลัพธ์

ผลจากการศึกษาแบบมีการจัดกระทำ เพื่อส่งเสริมกระบวนการจัดการด้วยตนเองสำหรับบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง สามารถประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการจัดการด้วยตนเองได้ 4 ระดับ ดังนี้ (Tobin et al., 1986)

ระดับ 1 ลักษณะทางกายภาพของโรค (Somatic Measures) เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

ระดับ 2 การจัดการพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Management Behavior) เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยการงด หรือหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีรสหวานเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น

ระดับ 3 ความรุนแรงของโรค (Episodic Status of Disease) เช่น จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นต้น

ระดับ 4 ภาวะสุขภาพ (General Health Status) เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ความเหมาะสมกับตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นต้น

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเองส่วนใหญ่ใช้ประเมินผลลัพธ์ที่ระดับ 1 และ 3 สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง สำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยประเมินผลลัพธ์ระดับ 1 คือค่าดัชนีมวลกาย และประเมินผลลัพธ์ระดับ 2 คือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

จากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลในผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วนดังตัวอย่าง การศึกษาของ Pettman et al. (2008) ที่ศึกษาถึงการจัดการด้วยตนเอง และการออกกำลังกายในผู้ที่มีภาวะอ้วน โดยได้ทำการศึกษาในผู้ใหญ่ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนจำนวน 153 ราย โดยกลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลทางโภชนาการ และแนวทางในการออกกำลังกาย กลุ่มทดลองที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ จะได้รับข้อมูลทางด้านโภชนาการ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการด้วยตนเองด้านพฤติกรรม การอ่านฉลากข้างผลิตภัณฑ์อาหารตามท้องตลาด และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในประกอบอาหาร การออกกำลังกาย และได้รับแรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างจะมีการประเมิน และบันทึกอาหารที่รับประทานใน 1 สัปดาห์ โดยได้รับแรงกระตุ้นจากการรับรู้ประโยชน์ และการประเมินเป้าหมายร่วมกับกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะมีการรวมกลุ่มเพื่อการเรียนรู้การจัดการตนเองตามโปรแกรม สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมง และมีการประเมินย้อนหลังในสัปดาห์ที่ 12 และ 16 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการบันทึก และการออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์ ได้อย่างครบถ้วนมีการเข้าร่วมกลุ่มร้อยละ 77 และเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 66 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการอ่านฉลากอาหารตามท้องตลาด และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในประกอบอาหาร และได้เรียนรู้การออกกำลังกายที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ที่บ้าน การใช้เทคนิคในการจัดการด้วยตนเองสามารถช่วยลดปัญหา และช่วยให้บรรลุผลลัพธ์ระยะสั้นได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การใช้กลุ่มเพื่อนมาเป็นแรงสนับสนุนสามารถช่วยให้บรรลุผลลัพธ์ที่สูงขึ้น

ส่วนงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

Kangchai (2002) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง สำหรับผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และรูปแบบ

การกำกับตนเองไปใช้ในผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ประกอบด้วยการให้ความรู้ การฝึกทักษะการบริหารอุ้งเชิงกราน การปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง โดยจัดกิจกรรม 10 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเองทั้งระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และระยะติดตามผลครั้งที่ 2

เช่นเดียวกับการศึกษาของ พชรินทร์ ดวงคล้าย (2546) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อม การฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับอาการปวดเข่า และให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกลวิธีการจัดการตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง โดยจัดกิจกรรม 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองต่อการจัดการตนเอง อาการปวดเข่า และความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเองสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีอาการปวดเข่า และความเครียดต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการจัดการตนเอง อาการปวดเข่า และความเครียดไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง

สำหรับการศึกษาของ จุฬารัตน์ คำพานุชย์ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติตามการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง การให้ความรู้ที่ถูกต้อง การฝึกทักษะที่จำเป็น และการให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกระบวนการจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินผล และการให้แรงเสริมตนเอง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลทั้งหมด 8 ครั้งเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อการปฏิบัติตามการจัดการด้วยตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล

กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเอง และสมรรถภาพปอดสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการพฤติกรรมการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง

นอกจากนี้ รัชวรรณ ตูแก้ว (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮิโมโกลบินเอวันซี ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง การให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การฝึกทักษะที่จำเป็นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกระบวนการจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินผล และการให้แรงเสริมตนเอง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลทั้งหมด 8 ครั้งเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อการพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮิโมโกลบินเอวันซีในระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการพฤติกรรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีระดับฮิโมโกลบินเอวันซีต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีการพฤติกรรมการจัดการตนเอง และระดับฮิโมโกลบินเอวันซีไม่แตกต่างจากระยะหลังการทดลอง

จากงานวิจัยที่ได้นำเสนอดังกล่าว พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการพฤติกรรมการจัดการด้วยตนเองในสภาวะใด สภาวะหนึ่ง ควรมีกิจกรรมประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรค หรือปัญหาสุขภาพ 2) การฝึกทักษะที่จำเป็น และ 3) การให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามกระบวนการจัดการด้วยตนเอง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการให้แรงเสริมตนเอง โดยจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 4 - 16 ครั้ง ในระยะเวลา 6 - 16 สัปดาห์ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการเกี่ยวกับโรค และปัญหาสุขภาพของตนเองได้ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น (จุฬารักษ์ คำพานุทย์, 2550; พัทรินทร์ ดวงคล้าย, 2546; รัชวรรณ ตูแก้ว, 2550; Kangchai, 2002; Pettman et al., 2008)

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวทางการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมาส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารในพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน

ทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

การเรียนรู้ในวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะเป็นไปอย่างรวดเร็ว จะพบว่าในวัยสูงอายุมักจะมีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลต่อการเรียนรู้ได้ เช่น ด้านการมองเห็น ด้านสติปัญญา ด้านความจำ ทำให้การเรียนรู้ช้าลง การวิจัยครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงปัญหาในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ดีขึ้น จากการศึกษาได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ดังนี้

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่การเรียนรู้นั้นไม่จำเป็นต้องพิจารณาในแง่ของการแสดงออก หากแต่ว่าการได้มาซึ่งความรู้ใหม่ ๆ (Acquired) ถือว่าเรียนรู้นั้นได้เกิดขึ้นแล้วแม้ว่าจะยังไม่แสดงออกก็ตาม และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นถึงการเรียนรู้ (Bandura, 1986)

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวมนุษย์ ซึ่งเป็นผลจากการที่มนุษย์ได้รับประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อมทั้งทางตรง และทางอ้อม (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2551)

สรุป การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับประสบการณ์ทั้งทางตรง และทางอ้อม ซึ่งผลของการเรียนรู้สามารถแสดงออกมาได้ โดยการแสดงออกของพฤติกรรม

องค์ประกอบ 5 ประการของกระบวนการเรียนรู้ (Five Domains of the Learning Process)

องค์ประกอบ 5 ประการของกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งในแต่ละองค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้นั้น จะมีคุณลักษณะเฉพาะที่สามารถปฏิบัติได้ในตัวเอง (Praxis) องค์ประกอบต่างๆ ประกอบด้วย (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547)

1. ทักษะจากการฝึกหัด (Motor Skills) จะเกิดจากการเรียนรู้ขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการฝึกปฏิบัติ และได้ฝึกหัดกระทำอยู่เสมอ ๆ
2. การเรียนรู้ทางด้านภาษา (Verbal Information) เป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากการได้รับข้อมูลข่าวสาร การจัดระบบข้อมูล การรู้ความหมาย และการเข้าใจภาษาที่ใช้ตลอดจนเนื้อหาสาระนั้น ๆ
3. ความสามารถทางสติปัญญา (Intellectual Skills) หมายถึงการเรียนรู้ซึ่งปรากฏขึ้นได้ โดยต้องมีความเข้าใจ และมีทักษะบางอย่างมาก่อน

4. ยุทธศาสตร์ทางด้านสมอง (Cognitive Strategies) เป็นการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการกระทำซ้ำ (Repeat) ในบางโอกาส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกด้านความจำ

5. การเรียนรู้และทัศนคติ (Attitude) การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติจะได้ผลดีที่สุด โดยการใช้ในลักษณะรูปแบบจำลองของบุคคล (Human Model) โดยอาศัยหุ่นรูปแบบจำลองเป็นตัวอย่างให้แก่ผู้เรียนทั้งนี้ด้วยการใช้แรงเสริมแบบทดแทน (Vicarious Reinforcement)

การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ (Mauk, 2006)

1. การมองเห็นที่ลดลง (Reduced Vision)
2. การได้ยินที่ลดลง (Reduced Hearing)
3. ระบบการทำงานของรับรู้แย่ง (Impaired Cognitive Function)
4. ภาวะซึมเศร้า (Depression)
5. ความเครียด (Stress)
6. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic Illness)

กลยุทธ์ในการสอนผู้สูงอายุ (Mauk, 2006)

การสอนในแต่ละช่วงอายุก็มีเทคนิคการสอนที่แตกต่างกันออกไป สำหรับในผู้สูงอายุมีกลยุทธ์ในการสอนดังนี้

1. ใช้หลักของทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Use the Principle of Adult Learning Theory)
 - 1.1 ประเมินความพร้อมในการเรียนรู้
 - 1.2 เริ่มด้วยเรื่องราวหรือคำถามที่เกี่ยวกับผู้ฟัง
 - 1.3 ผู้ฟังเป็นผู้เริ่มต้น
 - 1.4 การเรียนรู้ในผู้ใหญ่ต้องให้เหตุผล ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญโดยการใช้งานวิจัย

และสถิติ

2. ใช้สื่อการสอนหลาย ๆ ชนิด เพื่อให้น่าสนใจ และน่าติดตาม (Use Multiple Teaching Modalities to Keep the Material Interesting and Maintain Attention)
 - 2.1 นำเสนอโดยใช้ภาพนิ่ง (Power Point Slide)
 - 2.2 นำเสนอโดยใช้ วิดีโอ หรือ ซีดีประกอบ
 - 2.3 มีเอกสารประกอบคำบรรยาย
 - 2.4 มีโบว์ชาร์ หรือ แผ่นพับ
 - 2.5 มีโปสเตอร์
 - 2.6 การสาธิต และการใช้อุปกรณ์
 - 2.7 การใช้แบบทดสอบ

3. ควรระลึกเสมอว่า การสอนต้องเอื้อต่อความต้องการทางกายภาพของผู้สูงอายุ

(Remember to Accommodate any Unique Physical Needs of Older Adults)

3.1 ไม่ยืนตรงหน้าต่างเวลาพูดคุยกับผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงแสงที่จ้าเกินไป

3.2 พูดช้า ๆ ใช้เสียงที่ดัง และควรใช้เครื่องขยายเสียงถ้าจำเป็น ปิดพัดลม และ
ขจัดเสียงรบกวนอื่น ๆ

3.3 พูดคุยต่อหน้าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะได้อ่านริมฝีปากได้ถ้าไม่ได้ยิน

3.4 ใช้เวลาที่ยากัดเพียง 20 - 40 นาที

3.5 ใช้สถานที่ ที่กว้างขวางพอที่อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้กายอุปกรณ์
เช่น รถเข็น ไม่ก้ำกั้น และกายอุปกรณ์อื่น ๆ

3.6 เอกสารที่ใช้ควรเป็นกระดาษสีขาว ตัวหนังสือสีดำ และตัวหนังสือต้องใหญ่
เพื่อให้ง่ายต่อการอ่าน

3.7 ภาพนิ่งที่ใช้ในการนำเสนอ นั้น ควรใช้ตัวหนังสือที่มีขนาดใหญ่ แต่ไม่
มากจนเกินไป และมีการกระจายข้อความ เพื่อให้ง่ายต่อการมองเห็น

4. การควบคุมสภาพแวดล้อม (Control the Environment)

4.1 จัดสถานที่ หรือห้องให้เหมาะสมต่อการนำเสนอ และต้องให้แน่ใจว่าห้อง
มีขนาดใหญ่พอสำหรับจำนวนของผู้สูงอายุที่เข้าฟัง

4.2 ควรมีผู้ให้การช่วยเหลือในการจัดที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุที่มาช้า หรือผู้สูงอายุ
ที่ต้องการออกจากห้อง เพื่อไม่ให้รบกวนผู้อื่น

4.3 ต้องแน่ใจว่าอุณหภูมิของห้องมีความเหมาะสม ไม่ร้อน หรือหนาวจนเกินไป

5. ทำให้การนำเสนอในผู้สูงอายุมีความเป็นกันเอง (Make Presentation Elderly - friendly)

5.1 ให้ผู้สูงอายุได้เลือกหัวข้อที่ตนเองสนใจ เช่น การใช้วิตามินและแร่ธาตุ
ในการป้องกันโรคหลอดเลือดในสมอง

5.2 นำเสนอชื่อเรื่องที่น่าสนใจ เพื่อให้เกิดความสนใจ และนำติดตาม

5.3 อธิบายศัพท์ทางการแพทย์ที่ทำให้เกิดความสับสน ด้วยการให้คำจำกัดความไว้
ทั้งหมด

5.4 เชิญวิทยากรพิเศษที่เป็นที่รู้จักกันดีในชุมชนมาช่วยในการส่งเสริมการเข้าร่วม
กิจกรรม

5.5 ให้ของขวัญ หรือรางวัลกลับบ้าน

5.6 ต้องแน่ใจว่าเอกสารต้องมีความเหมาะสมกับระดับการเรียนรู้ และวัฒนธรรมของ

กลุ่มผู้สูงอายุ

จากทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้สูงอายุทำให้ทราบว่า การสอนในผู้สูงอายุจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจถึงผลของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นในการจัดโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ผู้วิจัยจึงได้นำความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ และกลยุทธ์ในการสอนผู้สูงอายุของ Mauk (2006) มาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารกับพระภิกษุสูงอายุ

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน

โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนพัฒนาขึ้นเพื่อให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความสามารถในการจัดการด้วยตนเอง โดยการปรับการรับรู้ของพระภิกษุสูงอายุ ด้วยการให้ความรู้ และฝึกทักษะ ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน เช่น การบริโภคอาหาร 5 หมู่ และการฝึกคำนวณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร เป็นต้น โดยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยใช้แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น เพื่อให้พระภิกษุสูงอายุสามารถนำความรู้ ทักษะต่าง ๆ มาใช้ในการจัดการตนเองกับภาวะอ้วนด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับกิจของสงฆ์ได้ ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหาของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง ดังนี้

เนื้อหาของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

โปรแกรมการจัดการด้วยตนเองมี 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) ระยะการเตรียมความพร้อม 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง 3) ระยะการติดตามผล และการประเมินผลการปฏิบัติ ดังนี้

1. ระยะการเตรียมความพร้อม

ในขณะนี้ เป็นระยะที่ผู้วิจัยเตรียมพระภิกษุสูงอายุให้พร้อม สำหรับกิจกรรมการจัดการด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน มีความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะอ้วน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยซักถามพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนถึงความหมาย ปัจจัย ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลรักษา รวมถึงประสบการณ์ในการจัดการตนเองต่อภาวะอ้วน เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับ มาใช้ในการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน

1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ ประกอบด้วย ความหมายปัจจัย ภาวะแทรกซ้อน และการดูแลรักษา ด้วยวิธีการบรรยายประกอบกับการนำเสนอด้วยสื่อการสอน (Power Point) เรื่องภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้พระภิกษุสูงอายุ ที่มีภาวะอ้วน ชักถาม และร่วมอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างการบรรยาย

2. ระยะการจัดการด้วยตนเอง

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน มีสามารถในการจัดการด้วยตนเอง ในการควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม โดยการเยี่ยมที่วัดของ พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนเป็นรายบุคคล ดำเนินการฝึกทักษะการคำนวณปริมาณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร และการฝึกทักษะการบันทึกลงสมุดบันทึกการติดตามตนเอง อีกทั้ง ผู้วิจัยจะเสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับกลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self Monitoring) คือ การคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ ในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด โดยพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนต้องกำหนด เป้าหมายในเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เช่น การคำนวณพลังงานจากอาหารที่บริโภค ในแต่ละวัน และการเลือกบริโภคอาหารที่มีความเหมาะสมกับตนเอง เป็นต้น โดยใช้การสังเกต และบันทึกพฤติกรรมตนเองในแต่ละวันที่วัด การติดตามผลอย่างใกล้ชิด หรือการบันทึกในสมุด บันทึกที่ผู้วิจัยมอบให้ สิ่ง que บันทึกได้แก่ เป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละมื้อ และค่าดัชนีมวลกาย ทั้งนี้พร้อมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์ที่ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายได้ และการแก้ไขในปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนัก โดยเปรียบเทียบกับสมุดบันทึก การติดตามตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดได้ หรือไม่ ถ้าปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย จะนำไปสู่การเสริมแรงต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) เป็นการกระทำของพระภิกษุ สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่กระทำการเสริมแรงให้กับตนเอง เมื่อกระทำพฤติกรรมได้บรรลุเป้าหมายที่ ตนเองเป็นผู้กำหนดไว้ และทำให้ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพิ่มขึ้น เช่น เมื่อสามารถ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายลดลง พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเสริมสร้างแรงจูงใจใน การปฏิบัติเป็นการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพระภิกษุสูงอายุ และผู้วิจัยที่มีความเป็นไปได้ ไม่ยาก และเหมาะสมสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนแต่ละรูป ตัวเสริมแรงนี้มีทั้งจากภายใน

ได้แก่ คำพูดชมเชยตนเอง ความรู้สึกพึงพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และตัวเสริมแรงภายนอก
ได้แก่ สิ่งที่เสริมแรงที่เป็นวัตถุ หรือกิจกรรมต่าง ๆ หรือการได้รับการเสริมแรงจากผู้อื่น เช่น
คำชมเชยจากผู้วิจัย เป็นต้น

3. ระยะการติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติ

มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความก้าวหน้า และประเมินผลของการปฏิบัติของพระภิกษุ
สูงอายุที่มีภาวะอ่อน โดยการเยี่ยมที่วัดของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อนเป็นรายบุคคล ระหว่าง
เยี่ยมจะมีการติดตามผล และการประเมินผลการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองร่วมกันระหว่างผู้วิจัย
และพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อน โดยใช้ข้อมูลจากสมุดบันทึกการติดตามตนเองเปรียบเทียบกับ
เป้าหมาย ถ้าพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อนสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย ผู้วิจัยให้การเสริมแรง
เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการจัดการตนเองต่อไป แต่ถ้าพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อนไม่ได้ปฏิบัติตาม
เป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้วิจัย และพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อนต้องร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และ
ตั้งเป้าหมายใหม่ในสัปดาห์ต่อไป โดยผู้วิจัยจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นตามความต้องการของ
พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อน

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (สullivan วัฒนวงศ์,
2547) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ และกลยุทธ์ในการสอน
ผู้สูงอายุ (Mauk, 2006) โดยนำมาใช้ในการสื่อสารกับพระภิกษุสูงอายุ เนื่องจากพระภิกษุสูงอายุ
มีการมองเห็นที่ลดลง การให้ความรู้โดยใช้สื่อการสอนจึงจำเป็นต้องใช้ตัวหนังสือที่มีขนาด
ใหญ่ สีไม่แสดตา อีกทั้งการได้ยินที่ลดลง การถวญความรู้จึงจำเป็นต้องใช้โทนเสียงต่ำ น้ำเสียง
ดัง ชัดเจน และใช้ภาษาที่สุภาพเหมาะสม ไม่ใช้คำพูดแบบสั่ง และรับฟังความคิดเห็นของพระภิกษุ
สูงอายุอย่างตั้งใจ รวมถึงการเยี่ยมที่วัดต้องใช้ศิลปะ โดยใช้ปัญหาเป็นศูนย์กลาง และใช้วิธี
การแลกเปลี่ยนเรียนรู้สร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง ใช้ภาษาที่เหมาะสมเข้าใจง่าย ยอมรับฟัง
ความคิดเห็น ยอมรับนับถือ ให้เกียรติต่อความเชื่อ และค่านิยมของพระภิกษุสูงอายุ

อีกทั้งผู้วิจัยได้นำบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงมาประยุกต์
ใช้ในการวิจัย โดยสรุปได้ดังนี้ (Hamric, Spross, & Hanson, 2009)

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแล
กลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มโรค (Care Management)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง ต้องมีการวิเคราะห์ปัญหาของ
พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อน มีการพัฒนาระบบการดูแลพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ่อน เน้นที่
การดูแลเฉพาะกลุ่ม โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับ
ตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

สำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะที่มีปัญหาสุขภาพ (Direct Care)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง ต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินสภาพ และจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเฉพาะกับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเองต่อภาวะอ้วนเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล เพื่อตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง ต้องมีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ และนักโภชนาการ เป็นต้น ในการให้การดูแลพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน รวมถึงผู้ดูแล และญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้อง โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการประสานงานกับแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

การสอน (Educating) การฝึกทักษะ (Coaching) และการเป็นที่ปรึกษาในการปฏิบัติ (Mentoring)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงต้องมีความสามารถในการสอน และการฝึกทักษะในการจัดการด้วยตนเองต่อภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการดำเนินกิจกรรมจัดการสอนอย่างเป็นระบบตามกระบวนการเรียนรู้ มีการวางแผนการสอน มีวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และการจัดกิจกรรมที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีเนื้อหาการสอนที่ชัดเจน และมีการฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการด้วยตนเอง เช่น การสอนการฝึกทักษะการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และการสอนการจดบันทึกรายการอาหารที่บริโภคลงสมุดบันทึกติดตามตนเองพร้อมทั้งฝึกทักษะการคำนวณพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหาร เป็นต้น อีกทั้งผู้วิจัยยังเป็นที่ปรึกษาคอยดูแล และให้คำแนะนำในทุกขั้นตอนของการฝึกปฏิบัติทักษะต่าง ๆ

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงต้องให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ แก่พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาเป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล ในการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะอ้วน และการจัดการด้วยตนเองต่อภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ซึ่งตลอดระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วย

ตนเอง ถ้าพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนต้องการคำปรึกษา มีข้อสงสัย หรือมีปัญหาในการจัดการ ด้วยตนเองสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยได้ให้หมายเลขโทรศัพท์มือถือไว้ เพื่อเป็นการให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความมั่นใจ

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เพื่อพัฒนาแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนให้ได้คุณภาพ พัฒนานวัตกรรม และระบบการดูแล เพื่อให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการจัดการ ด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยประกอบด้วย แผนการดำเนินการจัดการ ด้วยตนเอง และแบบประเมินการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มี ภาวะอ้วนไปใช้ในการทดลอง และจะนำไปปรับปรุง พัฒนาต่อไป

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรม และการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical Reasoning and Ethical Decision Making)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงต้องปฏิบัติการพยาบาล โดย เน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ ให้การปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ให้พระภิกษุสูงอายุที่มี ภาวะอ้วนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการรักษา โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายถึง สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายวิธีการ ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับ เพื่อให้พระภิกษุ สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้ตัดสินใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนในระหว่างการทดลองผู้วิจัยเคารพความ มีคุณค่า เคารพในความคิดเห็น และเคารพในการตัดสินใจของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่จะ ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งผู้วิจัยได้ให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนมี ส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง เพื่อเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมใน การดูแลสุขภาพ และการจัดการสุขภาพของตนเอง

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงต้องมีการนำหลักฐาน เชิงประจักษ์ ผลการวิจัยต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมผลการวิจัย ทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมจัดการด้วยตนเองในพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการ และประเมินผลลัพธ์ (Outcome Management and Evaluation)

ในบทบาทนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง ต้องมีการเก็บข้อมูล สถิติ รวมถึงตัวชี้วัดในการประเมินผลการจัดการต่าง ๆ ทางพยาบาล โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการเก็บรวบรวมสถิติของการเกิดภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดจากผลของโปรแกรมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน พร้อมทั้งนำผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สรุป โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วน การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการด้วยตนเอง และการฝึกทักษะการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนเกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น และสามารถพัฒนาเป็นทักษะใหม่ ๆ อีกทั้งผู้วิจัยได้ใช้บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงมาประยุกต์ในการดูแลพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน เพื่อสนับสนุน และส่งเสริมให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถในการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมอาหารบริโภคอาหารที่เหมาะสม ส่งผลให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้น และมีค่าดัชนีมวลกายลดลง