

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนเป็นปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าในเกือบทุกประเทศทั่วโลก จากการศึกษาประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในทวีปยุโรป 10 ประเทศ พบว่ามีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 43.5 และมีภาวะอ้วนร้อยละ 18.2 (Bridevaux, Faeh, & Eggimann, 2007) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนร้อยละ 24.90 (วันดี โภคกุล, จิตนภา วาณิชวโรตน์ และสาคร สุวรรณ, 2545) ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 35.6 ส่วนในผู้สูงอายุที่อายุ 70 - 79 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 25.5 และในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีภาวะอ้วนร้อยละ 12.8 (วิชัย เอกพลากร, 2552) สำหรับอุบัติการณ์ของภาวะอ้วนในพระภิกษุ นั้น พบว่า พระภิกษุที่อายุมากกว่า 40 ปี มีภาวะอ้วนจำนวน 260 รูป คิดเป็นร้อยละ 23.44 (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, สวัสดิ์ เถลิงเดช และวัฒน์ย์ เข็นจิตร, 2551) ยังพบอีกว่ามีพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ เฉลี่ยเดือนละ 200 รูป คิดเป็นร้อยละ 15 และพระภิกษุสูงอายุที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลสงฆ์ มีภาวะอ้วนร้อยละ 19.7 (สถิติน โรงพยาบาลสงฆ์, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่า พระสังฆาธิการที่ศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่ มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 53.52 และพบว่าภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคเนื้อหมูติดมัน และหมูเนื้อแดง (สุมินตรา มาเมือง, 2545) จากสถิติที่น่าเสนอจะเห็นได้ว่า ภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจ เนื่องจากพระภิกษุบริโภคอาหารเพียงวันละ 2 มื้อ แต่กลับพบว่ามีปัญหาภาวะอ้วนในอัตราสูงมาก

ภาวะอ้วนในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อายุ พันธุกรรม พฤติกรรม การบริโภคอาหาร ความผิดปกติของร่างกาย การออกกำลังกาย และการใช้ยา ซึ่งจากการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ พบว่า สาเหตุหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ยุพยง พรหมโบล, สุริย์รัตน์ นิธิภัทรรัตน์ และสุภาภรณ์ ตันติสุขนิษฐ์กุล, 2548; สมพล วิมาลา, 2540) โดยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุอยู่ในระดับต่ำ และควรปรับปรุงมากที่สุด นอกจากนี้ พบว่า พระภิกษุสูงอายุบริโภคอาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย โดยไม่มีการเลือกชนิดของอาหารที่บริโภค ยกเว้นอาหารที่แพ้ เนื่องจากเชื่อว่าอาหารที่รับมาเป็นการถวายจากศรัทธาของญาติโยมรับมาแล้วต้องฉัน

ตอบสนองศรัทธา ไม่ใช้รับมาแล้วไม่ฉันท หรือทิ้งขว้างเป็นการผิดวินัยของสงฆ์ (พิชญ์วรา พันธุ์พิทยะแพทย, 2550) จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ และเมื่อพระภิกษุสูงอายุ มีภาวะอ้วนแล้ว จะก่อให้เกิดผลกระทบตามมาหลายประการ

ผลกระทบของภาวะอ้วนต่อพระภิกษุสูงอายุทางด้านสุขภาพร่างกาย สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง เป็นต้น 2) กลุ่มความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และเมตาโบลิซึม เช่น ทำให้มีระดับของ Total Cholesterol, Low Density Lipoprotein - Cholesterol และ Triglycerides สูงกว่าปกติ เป็นต้น และ 3) กลุ่มปัญหาสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน เช่น โรคข้อเสื่อม โรคเก๊าท์ และโรคในระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (Bray & Bouchard, 2004) ส่งผลให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาล ทั้งทางด้านทรัพยากรบุคคล เศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิต และความอยู่ดีมีสุข (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2, 2552) จากปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นมิตที่ ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2 ได้กำหนดยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วนไว้ โดยต้องประกอบด้วยมาตรการในการป้องกัน ควบคุม คัดกรอง และบำบัดรักษา ซึ่งต้องครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยสามกลุ่มปัจจัยหลักที่ควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรม การบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมและการบริโภคของ บุคคลที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะอ้วนในพระภิกษุสูงอายุเกิดจากการมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นจึงต้องหาสาเหตุ และป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมนั้น โดยหยุดยั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์เข้ามา ทดแทน ทั้งนี้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนต้องมีความพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ รวมทั้ง ต้องมีความตั้งใจ และให้ความร่วมมืออย่างดี จึงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และปฏิบัติพฤติกรรม ที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง และคงอยู่ตลอดไป ที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพระภิกษุสูงอายุที่จำพรรษาอยู่ที่วัด แต่มีการศึกษาการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการบริโภคอาหารในพระภิกษุสูงอายุโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสงฆ์ (กัลยารัตน์ อนันท์รัตน์, 2547) แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กลวิธีหนึ่งที่มีการนำมาใช้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพคือ แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง (Self Management Concept) (Clark et al., 1991; Kanfer & Gaelick, 1986; Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986)

แนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจาก ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยแนวคิดการจัดการด้วยตนเองเป็น แนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลในทุกกระบวนการ โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า การที่บุคคลจะ ปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ ต้องเกิดจากกระบวนการตัดสินใจ ประเมินผลดีผลเสียของการปฏิบัติ กิจกรรมนั้น ๆ ด้วยตนเอง มองเห็นคุณค่าของสิ่งที่จะปฏิบัติด้วยตนเอง เพราะเมื่อประเมิน และ ตัดสินใจแล้วว่าพฤติกรรมนั้น ๆ มีคุณค่าก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ในการดำรงชีวิต และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (Coates & Boore, 1995 cite in Kangchai, 2002) การส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองรูปแบบหนึ่งที่นิยมนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ คือ รูปแบบการกำกับตนเอง (Self - regulation Model) ซึ่งกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) เป็นรูปแบบหนึ่งของการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินผลตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้นำแนวคิดการจัดการ ด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติการดูแลในผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วน ดังตัวอย่าง การศึกษาของ Pettman et.al. (2008) ที่ศึกษาถึง การจัดการด้วยตนเอง และการออกกำลังกายในผู้ใหญ่ที่มีภาวะอ้วน พบว่า กลุ่มทดลองมีการบันทึก และ การออกกำลังกายใน 1 สัปดาห์ ได้อย่างครบถ้วนมีการเข้าร่วมกลุ่มร้อยละ 77 และเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 66 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ของการอ่านฉลาก อาหารตามท้องตลาด และผลิตภัณฑ์ที่ใช้ประกอบอาหาร รวมถึงการได้เรียนรู้การออกกำลังกาย ที่สามารถเลือกปฏิบัติได้ที่บ้าน โดยการใช้เทคนิคในการจัดการด้วยตนเองสามารถช่วยลดปัญหา และช่วยให้บรรลุผลลัพธ์ระยะสั้นได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้การมีกลุ่มเพื่อนมาเป็นแรงสนับสนุน สามารถช่วยให้บรรลุผลลัพธ์ที่สูงขึ้น

ส่วนงานวิจัยที่นำแนวคิดการจัดการด้วยตนเองของ และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ การดูแลในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ต่าง ๆ ดังตัวอย่าง Kangchai (2002) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วย ตนเองสำหรับผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยใช้แนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และรูปแบบการกำกับตนเอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการด้วยตนเองทั้งระยะหลัง การทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีความถี่ของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และผลกระทบด้านจิตสังคมลดลง และต่ำกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และ ระยะติดตามผลครั้งที่ 2 เช่นเดียวกับการศึกษาของ พชรินทร์ ดวงคล้าย (2546) ศึกษาประสิทธิภาพ

ของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า กลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลองดีกว่าระยะก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีอาการปวดเข่า และความเครียดในระยะหลังการทดลอง ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระยะหลังการทดลอง และยังพบอีกว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตาม ผลไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ คำพานุชัย (2550) ศึกษาผลของโปรแกรม ส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบาก สมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการ ด้วยตนเอง และสมรรถภาพปอดในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ มีอาการหายใจลำบาก และความวิตกกังวลในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าระยะ ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเอง อาการหายใจลำบากสมรรถภาพปอด และความวิตกกังวลในระยะหลังการทดลอง และระยะ ติดตามผลไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชวรรณ ตู้แก้ว (2550) ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อการปฏิบัติการจัดการตนเอง และระดับฮิโมโกลบินเอวันซี ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติการจัดการตนเอง ในระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีระดับฮิโมโกลบิน เอวันซีต่ำกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบอีกว่ากลุ่มทดลองมี การปฏิบัติการจัดการตนเอง และมีระดับฮิโมโกลบินเอวันซีในระยะหลังการทดลอง และระยะ ติดตามผลไม่แตกต่างกัน

แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่า มีการศึกษาถึงวิธีการส่งเสริมการจัดการ ตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารในพระภิกษุสูงอายุโดยประยุกต์แนวทางการจัดการด้วย ตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้แนวทางการจัดการด้วยตนเองของ และกลวิธีการกำกับ ตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง สำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยมีกิจกรรมประกอบด้วย 1) การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับ โรค หรือปัญหาสุขภาพ 2) การฝึกทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3) การปฏิบัติตามกลวิธีการกำกับตนเอง ได้แก่ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และ การเสริมแรงตนเอง โดยจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล รวมถึงการติดตามเยี่ยมที่วัด จำนวน 8 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าวิธีการส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหารในพระภิกษุสูงอายุครั้งนี้ จะทำให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารดีขึ้น และส่งผลให้มีค่าดัชนีมวลกายลดลง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ที่มารับบริการใน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร เป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากโรงพยาบาลสงฆ์ เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในประเทศ ที่ให้บริการดูแลรักษาเฉพาะพระภิกษุ สามเณร และจากข้อมูล ทางสถิติพบว่า มีพระภิกษุสูงอายุมาเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ เฉลี่ยเดือนละ 3,000 รูป และมีภาวะอ้วนร้อยละ 15 (สถิติโรงพยาบาลสงฆ์, 2552) อีกทั้งผู้วิจัย ยังเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้การดูแลพระภิกษุสูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญ และ สนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ผู้วิจัยเชื่อว่าหลังจากที่พระภิกษุสูงอายุที่มี ภาวะอ้วนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง จะทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร โดยสามารถเลือกบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสม และต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารดีขึ้น และค่าดัชนีมวลกายลดลง ช่วยลดการเกิดปัญหาทางด้าน สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพระภิกษุสูงอายุที่มี ภาวะอ้วน

ผลการวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล โดยจะได้แนวทางในการ ดูแลพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลสำหรับพระภิกษุสูงอายุ ที่มีภาวะอ้วนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง มีพฤติกรรมบริโภคอาหารในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ดีกว่าพระภิกษุสูงอายุ ที่มีภาวะอ้วนที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง หรือไม่
2. พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง มีค่าดัชนีมวลกายในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ต่ำกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดย

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน
ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับ
โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง และพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ไม่ได้รับโปรแกรม
ส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

2. เปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนในระยะหลังการทดลอง
และระยะติดตามผล ระหว่างพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการ
ด้วยตนเอง และพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง
มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลดีกว่าพระภิกษุสูงอายุ
ที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง
2. พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง
มีค่าดัชนีมวลกายในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลต่ำกว่าพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน
ที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรม
การบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่เข้ารับบริการในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 52 รูป สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง
จำนวน 26 รูป และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 26 รูป เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม
พ.ศ. 2554 - วันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2554

ตัวแปรในการศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มี
ภาวะอ้วน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และค่าดัชนีมวลกาย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน หมายถึง ชายไทยที่อุปสมบทตามพระธรรมวินัย และระเบียบแบบแผนประเพณีของคณะสงฆ์ไทยตามกฎหมายของมหาเถรสมาคม ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2526) ที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 74 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.00 - 29.99 กิโลกรัม/ ตารางเมตร

2. โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน หมายถึง การดำเนินการอย่างมีแบบแผนที่มีมุ่งสนับสนุนให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีความสามารถในการจัดการด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง โดยประยุกต์แนวการจัดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะการเตรียมความพร้อม 2) ระยะการจัดการด้วยตนเอง และ 3) ระยะการติดตามผล และการประเมินผลการปฏิบัติ มีกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ในระยะเวลา 7 สัปดาห์

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน หมายถึง การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ประกอบด้วย การเลือกชนิดของอาหารที่บริโภค ปริมาณอาหารที่บริโภค และความถี่ในการบริโภคอาหาร โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. ค่าดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่ามาตรฐานที่ใช้ประเมินภาวะอ้วน ผอม ในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป สามารถคำนวณได้จากสูตร

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

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการกำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา แนวคิดการจัดการด้วยตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายตามมุมมองของแต่ละสาขาวิชาชีพ จากมุมมองของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม การจัดการด้วยตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ (Tobin et al., 1986) ส่วนกลวิธีการกำกับตนเองนั้น Kanfer and Gaelick (1986) มีความเชื่อว่า บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ พฤติกรรมของบุคคลหนึ่งถูกกระตุ้นจากความชอบ หรือความสนใจของ

บุคคลนั้น แรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรม หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้นเพราะว่า มีการบังคับควบคุมตนเอง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยมีการเข้าถึงผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหากับอาการของโรคเรื้อรัง ใช้กลวิธีการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self Monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตาม และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมิน เพื่อเปรียบเทียบการกระทำกิจกรรม หรือพฤติกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐาน หรือเป้าหมาย ที่กำหนดไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยน หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริม แก่ตนเอง การเสริมแรงตนเอง คือ ข้อตกลงในรูปแบบที่บุคคลควบคุมพฤติกรรมของตนเอง โดยขึ้นอยู่กับการให้รางวัล หรือการลงโทษ และต้องต่อสู้กับพลังอำนาจของตนเองในการควบคุม การปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจเป็นแบบปิดบังซ่อนเร้น หรือแบบเปิดเผยก็ได้

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามแนวการจัดการจัดการด้วยตนเอง และกลวิธีการ กำกับตนเองของ Kanfer and Gaelick (1986) และพัฒนาขึ้นเป็น โปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วย ตนเองสำหรับพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการเตรียมความพร้อม ประกอบด้วย การให้ความรู้ และการฝึกทักษะซึ่งเป็น องค์ประกอบสำคัญที่จะส่งเสริมให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เหมาะสม

2. ระยะการจัดการด้วยตนเอง เป็นระยะของการส่งเสริมให้พระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน มีการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

3. ระยะการติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ เป็นระยะของการตรวจสอบ ความถูกต้องในการจดบันทึกรายการอาหาร และประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์โดยผู้วิจัย เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรม หรือพฤติกรรมของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วนกับเป้าหมาย ที่กำหนดไว้

ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าหลังจากที่พระภิกษุสูงอายุในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม การจัดการด้วยตนเองตามกำหนดจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้มีความ เหมาะสมกับตนเองส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีขึ้น และค่าดัชนีมวลกายลดลง สรุป เป็นความสัมพันธ์ของตัวแปรในกรอบแนวคิดได้ ดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย