

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญ อาหารผิดปกติ

จินตนา บัวทองจันทร์ พย.ม.*

อุบล สุทธิเนียม พย.ม.**

เสมอจันทร์ ชีระวัฒน์สกุล วท.ม.(พยาบาลศาสตร์)**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง การทดลอง (one groups pre-post test design) วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสายสนับสนุน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา กรุงเทพมหานคร จำนวน 40 คน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเอง ที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นใน 12 สัปดาห์ คือ สัปดาห์ที่ 1, 3, 5, 7, 8, 12 โดยแต่ละสัปดาห์กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการประเมินในเรื่องน้ำหนัก เส้นรอบเอวและความดันโลหิต และผู้วิจัย ประเมินการกำกับตนเองจากแบบบันทึกการกำกับตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการจัดการความเครียด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Paired t- test

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการวิจัยโปรแกรมการจัดการตนเองสามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงในการเป็นโรค จึงควรนำโปรแกรมไปใช้สำหรับปรับพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอื่นๆโดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

The Effect of a Self-management Program on Health Behaviors among Individuals Who are at Risk for Metabolic Syndrome

Jintana Buathongjun M.N.S.

Ubol Suttineam M.N.S.

Smerchan Teerawatskul M.Sc.(Nursing)

Abstract

This quasi experimental study was carried out on one group with a pre and post-test design. Its aim was to study the effects of this self-management program on behavior among individuals who were at risk for metabolic syndrome. The sample consisted of 40 support staff members at the Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. The instruments used to collect data were a demographic questionnaire, a health belief questionnaire, and a health behavior questionnaire. The self-management program was used as the instrument of this quasi experiment. The program consisted of a group activity held for 12 weeks. The participants were asked to join the activity during weeks 1, 3, 5, 7, 8, and 12. It was composed of three hour sessions on health screening, goal setting, and discussions about dietary control, exercising, and stress management. The behaviors, including dietary control, exercising, and stress management, were compared before and after the program. The data were statistically analyzed according to frequency, percentage, and paired t-test.

The results showed that after 12 weeks of participation, the mean scores of the three behaviors were significantly statistically higher than those before the intervention ($p < .001$). The self-management program should be applied to other health behaviors such as smoking, or alcohol consumption in other health risk groups, especially in chronically ill clients.

Keywords: self-management program, health belief, health behavior

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชาชนที่มีสุขภาพสมบูรณ์และมีคุณภาพทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณย่อมเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีค่าของประเทศ เนื่องจากผู้ที่มีสุขภาพที่ดีย่อมมีความคิดสร้างสรรค์และมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดำเนินงานเพื่อให้บรรลุความสำเร็จในชีวิต จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2540-2549 ได้ระบุจำนวนและอัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรค

ไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดพบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคเหล่านี้ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากรแสนคน พ.ศ.

2551 ในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้น โดยโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้นจาก 614.3 เป็น 1,927.0 โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 218.9 เป็น 675.7 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 216.6 เป็น 860.53 และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 92.7 เป็น 216.58 (กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2555) สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ปีพ.ศ. 2551-2552 พบว่า ประชาชนเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นกว่าปี 2546-2547 โดยผู้หญิงอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 ส่วนผู้ชายอ้วนเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกันในผู้หญิงจากร้อยละ 36.1 และผู้ชายร้อยละ 15.4 ในปี 2547 เพิ่มเป็นร้อยละ 45 และ 18.6 ในปี 2552 ตามลำดับ จากรายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยปี 2553 พบว่ามีผู้ป่วยโรคอ้วนที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล 8,350 ราย โรคเบาหวาน 607,828 ราย โรคหัวใจหลอดเลือด 253,016 ราย และโรคความดันโลหิตสูง 859,583 ราย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) ทั้งนี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลด้านโภชนาการและการใช้เวลาในชีวิตประจำวัน ทำงานเพิ่มขึ้น ออกกำลังกายน้อยลง ความเครียดเพิ่มขึ้น ตลอดจนการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอส่วนใหญ่พบในวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากเป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย จึงสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระเต็มที่ บุคคลวัยนี้จึงอาจไม่ตระหนักถึงภาวะสุขภาพ พบว่า มีคนจำนวนมากที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ออกกำลังกายน้อยหรือไม่ได้ออกกำลังกายพักผ่อนไม่เพียงพอ มีวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม ด้วยการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า รับประทานอาหารตามความชอบ เช่น อาหารที่มีไขมันสูง ขาดกากใยอาหาร ซึ่งพฤติกรรมการดำเนินชีวิตดังกล่าวมีผลทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (อาภรณ์ ดีนาน, 2555)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เป็นวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2555 พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวโน้มระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่าหรือเท่ากับ 240 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 35 ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 65 และเส้นรอบวงเอวเกินมาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 80 จึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมป้องกันการโรคบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเป็นโรคนั้นๆ และโรคมีความรุนแรงและเชื่อในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค น้ำหนักตัวและรอบเอวของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ของรัตนายอดพรหมมินทร์ และเกษแก้ว สอนดี (2549) ในโปรแกรมการสร้างพลัง ประกอบด้วย การใช้ข้อมูล ประสบการณ์ที่สำเร็จด้วยตนเอง การได้เห็นตัวแบบ แรงจูงใจทางสุขภาพ ความใส่ใจและความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงการรักษาโรค การใช้คำพูดชักจูงและการประเมินสถานะด้านร่างกายและอารมณ์ ระยะเวลาของโปรแกรม 10 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ภาวะเสี่ยงและคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา และสำลี สาลีกุล (2551) ที่ใช้โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงจำนวน 30 คน ระยะเวลาการศึกษา 4 สัปดาห์ โดยใช้กิจกรรมกลุ่มใน

การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการตรวจสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะเวลาหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดการจัดการตนเองในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมและป้องกัน จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้โดยบุคลากรต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครับรู้ต่อประโยชน์และอุปสรรคในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการรับรู้จะผลักดันให้บุคลากรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติที่มีผลดีต่อสุขภาพ ตามแนวคิดการจัดการตนเอง (Social cognitive theory) ของ Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวแคนาดา มีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่าง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยทางสังคม (Tobin, Reynolds, Holroyd, & Creer, 1986, p. 33 -35)

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ ของบุคลากรสายสนับสนุนเพื่อส่งเสริมให้บุคลากรสายสนับสนุนมีสุขภาพที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อความเชื่อด้านสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ

2. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. บุคลากรสายสนับสนุนที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ แตกต่างกันก่อนและหลังการทดลอง

2. บุคลากรสายสนับสนุนที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันก่อนและหลังการทดลอง

คำจำกัดความ

โปรแกรมการจัดการตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อส่งเสริมความสามารถของบุคลากรสายสนับสนุน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยโปรแกรมการจัดการตนเองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ จำนวน 6 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง (12 สัปดาห์) คือ ระยะที่ 1 การประเมินปัญหา เป็นการค้นหาปัญหาและความต้องการของกลุ่ม

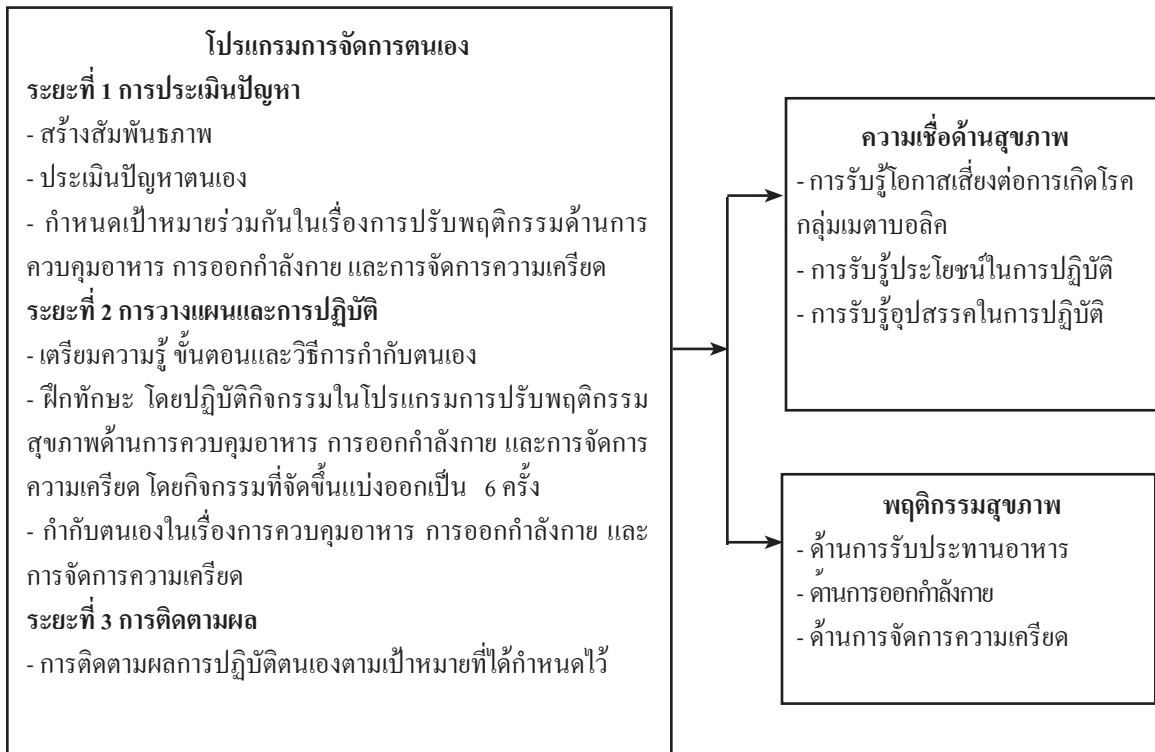
ระยะที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติ

ระยะที่ 3 การติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จากการกำกับตนเอง ของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ การแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ประกอบด้วย ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ การแสดงออกต่อความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคลากรสายสนับสนุน ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงที่มีการเผาผลาญอาหารผิดปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นบุคลากรสายสนับสนุนเพศชายและหญิง อายุ 30 ปีขึ้นไป ทั้งที่เป็นข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ จำนวน 62 คน กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้ เป็นผู้ที่มีระดับ cholesterol ≥ 200 mg% หรือมีค่า LDL ≥ 130 mg% หรือมีค่า Triglyceride ≥ 150 มก./ดล.หรือ มีค่า FBS ≥ 100 มก./ดล. หรือมีค่าเส้นรอบวงเอว ≥ 90 ซม.หรือ 36 นิ้วในผู้ชาย และ ≥ 80 ซม.หรือ 32 นิ้วใน

ผู้หญิง หรือมีค่า BMI ≥ 25 กก./มม² จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่า สำหรับการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษา (power analysis) ของ Cohen (1988) หาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของงานวิจัยที่ผ่านมา โดยการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลความแตกต่างจากสูตรของ Glass (อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2547) ซึ่งได้คำนวณอิทธิพลเท่ากับ .81 โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 เปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Cohen (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครบตามเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (drop out) ระหว่างดำเนินการทดลอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการศึกษาทั้งหมดจำนวน 40 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาเมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถจะออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยการขอยกจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการตนเอง จำนวน 6 ครั้งๆละ 3 ชั่วโมง (12 สัปดาห์) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ขึ้นตอนกิจกรรม มีดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดเส้นรอบวงเอวและระดับความดันโลหิต
2. ให้ความรู้เรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูง
3. แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม เพื่อทำกลุ่มสัมพันธ์ “รู้จักกัน” กลุ่มละ 13-14 คน ให้กลุ่มคัดเลือกประธาน เลขานุการ ตั้งชื่อกลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำขั้นตอนและวิธีการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน
4. กลุ่มกำหนดเป้าหมายในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองใน 4 เดือนที่เข้าร่วมโปรแกรม
5. มอบแบบบันทึกการกำกับตนเองเพื่อนำกลับไปบ้านและให้เขียนเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นใน 4 เดือนที่เข้าร่วมโปรแกรม มอบเอกสารความรู้และนัดพบกลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2, 3, 4 สัปดาห์ที่ 3, 5, 7 ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง ขึ้นตอนกิจกรรมมีดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดระดับความดันโลหิต
2. เข้าฐานกิจกรรมการจัดการตนเอง 3 ฐาน แต่ละฐานใช้เวลา 30 นาที สลับเข้าทั้ง 3 ฐาน โดยในแต่ละครั้งและแต่ละฐานมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 ฐานที่ 1 การควบคุมอาหาร: อาหารหลัก 5 หมู่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัยและโรค ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย: ยืดเส้นยืดสายด้วยไม้พลองป่าบุญมี และฐานที่ 3 การจัดการความเครียด: หัวเราะบำบัด

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 ฐานที่ 1 การควบคุมอาหาร: ชงโภชนาการ การคำนวณพลังงานจากอาหารและอาหารทดแทน ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย: แอโรบิค ขยับกายสบายชีวี และฐานที่ 3 การจัดการความเครียด: กำหนดลมหายใจ

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 7 ฐานที่ 1 การควบคุมอาหาร: ฉลากโภชนาการ ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย: หนังกาย...ยืดชีวิตพิชิตโรค และฐานที่ 3 การจัดการความเครียด: ยืดเหยียดคลายกล้ามเนื้อ

3. สมาชิกในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย จากแบบบันทึกการติดตามตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้

4. สมาชิกกลุ่มคัดเลือกตัวแทน กลุ่มละ 1 คน รวม 3 คน ที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายมากที่สุด ให้กับทีมผู้วิจัยประจำกลุ่มทำการประเมินการกำกับตนเองของกลุ่มตัวอย่างจากแบบบันทึกการกำกับตนเองเพื่อมอบรางวัล /เสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชยในผู้ที่ปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย และนัดพบกลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 5 สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ขึ้นตอนกิจกรรมมีดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดระดับความดันโลหิต

2. กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเดิม 3 กลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย จากแบบบันทึกการกำกับตนเองเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดของกลุ่ม

4. สมาชิกกลุ่มคัดเลือกและส่งรายชื่อตัวแทนที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายมากที่สุด 1 คน ให้ทีมผู้วิจัยประจำกลุ่ม

5. ผู้วิจัยประจำกลุ่มใช้แบบบันทึกการกำกับตนเองประเมินตัวแทนที่ถูกคัดเลือกออกมา จากกลุ่มละ 1 คน รวมทั้งหมด 3 คนและมอบรางวัล / กล่าวคำชมเชยสำหรับผู้ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมาย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ถึงปัจจัยที่ทำให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และมีสุขภาพดีขึ้นดีขึ้น

6. ทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

7. ทำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

8. นัดพบกลุ่มครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 สัปดาห์ที่ 12 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ขึ้นตอนกิจกรรมมีดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และวัดระดับความดันโลหิต

2. กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเดิม 3 กลุ่ม ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจเลือดและการคัดกรองสุขภาพทางร่างกายให้กลุ่มตัวอย่างทราบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดตั้งแต่เข้าร่วมโครงการประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามเป้าหมาย จากผลการตรวจเลือด การคัดกรองสุขภาพทางร่างกาย และแบบบันทึกการกำกับตนเอง เปรียบเทียบกับผล

จากครั้งแรกและเป้าหมายที่กลุ่มตัวอย่างกำหนดไว้

3. สมาชิกกลุ่มคัดเลือกตัวแทนที่ประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติได้ตามเป้าหมายและมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นมากที่สุด 1 คน ส่งรายชื่อให้กับทีมผู้วิจัยประจำกลุ่ม

4. จัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่ม ตามประเด็นดังต่อไปนี้ กลุ่มที่ 1 เขียนปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ กลุ่มที่ 2 เขียนสิ่งที่ปัญหา อุปสรรค และความในใจที่อยากบอก

5. ให้กลุ่มตัวอย่างสลับกันเข้ากลุ่มให้ครบทั้ง 3 กลุ่ม และเขียนเพิ่มเติมจากที่มีอยู่เดิม

6. ผู้วิจัยสรุปเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ ปัญหา อุปสรรค และความในใจที่อยากบอก

7. กลุ่มตัวอย่างประเมินกิจกรรมของโครงการวิจัยในหัวข้อประโยชน์ที่ได้จากเข้าร่วมกิจกรรม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการ สิ่งที่ประทับใจ ความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรม (เหตุผล)

8. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

9. สอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ

10. ผู้วิจัยสรุปกิจกรรมทั้งหมดของโปรแกรมการจัดการตนเอง

11. มอบแบบบันทึกการกำกับตนเองเล่มใหม่ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางสุขภาพและการจัดการตนเองในเรื่องพฤติกรรมควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการประเมินการรับรู้ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ประโยชน์ใน

การปฏิบัติ และอุปสรรคในการปฏิบัติ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

2. **เครื่องมือในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการจัดการตนเองที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเอง (self-management) ของ Tobin et al. (1986) และเทคนิคการกำกับตนเองของ Kanfer (1980) ซึ่งมี 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การประเมินปัญหาเป็นการค้นหาปัญหาความต้องการ ระยะที่ 2 การวางแผนและการปฏิบัติ ระยะที่ 3 การติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้จากการกำกับตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** ได้แก่ แบบบันทึกการกำกับตนเอง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. **เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและ 3) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสายสนับสนุนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ เท่ากับ .87 และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .80

2. **เครื่องมือในการทดลอง** ผู้วิจัยนำโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับพฤติกรรม

สุขภาพ ไปทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษาที่ใช้ รูปแบบกิจกรรม และการจัดลำดับเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้

3. **เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบบันทึกการกำกับตนเอง ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการกำกับตนเองไปทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าสถิติ (Paired t-test)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (85%) ที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (46.2%) พบค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (65%) และเส้นรอบเอวเกินปกติ (80%) ระดับโคเลสเตอรอลรวมของกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก อยู่ระดับเริ่มสูง 200-239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (35%) และ สูงกว่า 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (35%) แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (67.5%), HDL (62%), LDL (40%) และไตรกลีเซอไรด์ (52%) อยู่ในระดับปกติ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ระดับน้ำตาลในเลือด โคลเลสเตอรอลรวม HDL (ไขมันที่ดี) LDL (ไขมันที่ไม่ดี) และไตรกลีเซอไรด์ (N = 40)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	6	15.0
หญิง	34	85.0
อายุ		
30-40 ปี	8	20.5
41-50 ปี	18	46.2
51-60 ปี	14	33.3
ค่าดัชนีมวลกาย		
น้อยกว่า 25 kg./m ² .	14	35.0
มากกว่า 25 kg./m ² .	26	65.0
เส้นรอบวงเอวเกินปกติ	32	80.0
ระดับน้ำตาลในเลือด		
ปกติ < 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	27	67.50
เริ่มสูง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	8	20.00
สูง ≥ 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	5	12.50
โคลเลสเตอรอลรวม		
ปกติ < 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	12	30.00
เริ่มสูง 200-239 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	14	35.00
สูง ≥ 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	14	35.00
HDL (ไขมันที่ดี)		
ไม่ดี < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	1	2.50
ปกติ 40-59 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	25	62.50
ดี ≥ 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	14	35.00
LDL (ไขมันที่ไม่ดี)		
ปกติ < 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	16	40.00
เริ่มสูง 130-159 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	9	22.50
สูง ≥ 160 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	15	37.50
ไตรกลีเซอไรด์		
ปกติ < 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	21	52.50
เริ่มสูง 150-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	8	20.00
สูง ≥ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร	11	27.50

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านการรับรู้อุปสรรค หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลอง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (N= 40)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	4.56	.42	4.58	.42	.277	.783
การรับรู้ประโยชน์	4.58	.44	4.76	.27	2.325	.025
การรับรู้อุปสรรค	3.46	.94	4.05	.99	3.375	.002
รวม	4.21	.39	4.47	.42	3.126	.003

ผลการติดตามประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่า

ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง (N= 40)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน		หลัง		t	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการควบคุมอาหาร	2.71	.33	2.79	.39	4.461	.000
ด้านการออกกำลังกาย	2.17	.39	2.26	.46	6.790	.000
ด้านการจัดการความเครียด	2.62	.31	2.84	.35	4.039	.000
รวม	2.49	.28	2.80	.35	6.352	.000

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนภายหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน (ด้านการรับรู้ประโยชน์และด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ) ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เชื่อ

ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูงโดยการบรรยายประกอบและการฝึกปฏิบัติ มีการเปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็นหลังการบรรยาย เข้ากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกระบวนการกลุ่ม เป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิก ได้มีการพัฒนาการทางด้านทัศนคติ ค่านิยมและพฤติกรรม เป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง นำไปสู่การ

วิเคราะห์ทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักข้อบกพร่องของตนเอง รู้จักการแก้ปัญหาและมีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างประสบมาแล้วนำมาแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น ทั้งยังเป็นการเฝ้าระวังเพื่อมิให้กลุ่มตัวอย่างกลับไปปฏิบัติพฤติกรรมที่เสี่ยง ยังเป็นการให้กลุ่มช่วยสร้างกำลังใจให้กันเพื่อให้เกิดการรับรู้ประโยชน์ รับผิดชอบต่อสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น

สอดคล้องกับแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพที่กล่าวว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมักเกิดจากความสนใจในสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากกระตุ้นด้วยเรื่องของสุขภาพ แสดงถึงความต้องการที่จะได้มาซึ่งเป้าหมายทางสุขภาพในรูปแบบของความต้องการ ความตั้งใจหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัยเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง มีความสนใจในการแสวงหาความรู้แหล่งบริการทางสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วยเพื่อให้ตนเองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม (Becker, Haefner, Kasl, Kirscht, Maiman, Rosenstock, 1997)

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาดา คงหาญ (2553) ที่ได้ศึกษาผลโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระยะเวลาการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยโปรแกรมการจัดการตนเองประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรค เช่น ภาวะแทรกซ้อน โภชนาบำบัดและการออกกำลังกาย แบบรำไม้พลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับสมุดบันทึกโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้พลอง และผู้วิจัยติดตามการจัดการตนเองทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน ผลการทดลองพบว่า

กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินเอวันซีลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณาพรทิพย์กาญจนเรชา และสำลี สาลีกุล (2551) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระยะหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเอง ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง 5 สัปดาห์ ($\bar{X} = 4.58$) สูงกว่าก่อนการทดลองครั้งแรก ($\bar{X} = 4.56$) เล็กน้อย

ทั้งนี้เชื่อว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility) ของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย บุคคลจะแสดงออกมาใน 3 แบบ คือ ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดการณ์ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกต่อโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลจึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน (ธีรนุช ห่านิวัติชัย, 2555) ประกอบกับในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ การณรงค์เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ออกมาทางสื่อต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง อยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้ว เช่น จากการศึกษาของ สุกี ศิริวงศ์พากร (2555)

ได้ศึกษาอิทธิพลของสื่อและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายในผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัย พบว่า การเปิดรับสื่อมีผลต่อพฤติกรรม การออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมและรายด้านภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ทั้งนี้เชื่อว่า การจัดการตนเองที่ดีจะส่งผลให้คนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น มักเกิดจาก ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม (Bandura,1986)

ดังนั้นการจัดการกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการตนเอง กลุ่มตัวอย่างจะได้รับความรู้ ฝึกทักษะปฏิบัติ ในขณะที่เข้าฐานกิจกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร: ชงโภชนาการ การคำนวณพลังงาน จากอาหารและอาหารทดแทน ด้านการออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก ขยับกายสบายชีวีและด้านการจัดการความเครียด: หัวเราะบำบัด กำหนดลมหายใจ ยืดเหยียด กลายกล้ามเนื้อ หลังการเข้าฐานกิจกรรมทุกครั้ง จะมีการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการตั้งเป้าหมาย และการติดตามตนเอง ซึ่งผลจากกิจกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และในโปรแกรมการจัดการตนเอง มีการประเมินและติดตามผลการปฏิบัติตามเป้าหมาย โดยตรวจสอบจากแบบบันทึกการกำกับตนเองในเรื่องพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งกระบวนการติดตามผู้ป่วยจะทำให้เกิดการเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการกำกับตนเองตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนด จะสามารถคงพฤติกรรมต่อไป (Kanfer,1980) ดังเช่น การศึกษาของปราณี ลอยหา (2550) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ

ดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ภาวะปกติ ซึ่งใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง 31 คน โดยกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การประชุมกลุ่ม ให้ความรู้ในลักษณะแบบหมอลำพื้นบ้าน วิดีทัศน์ แจกคู่มือ การเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นให้คำปรึกษาภายหลังการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวในเรื่องการควบคุมอาหาร การผ่อนคลายความเครียด การออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกเหนือจากนี้ยังมีการศึกษาที่ยืนยันถึงประสิทธิผลของการจัดการตนเองที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการตนเอง เช่น การศึกษาของ จินตนา มะโนน้อม (2552) ที่ใช้เทคนิคการกำกับตนเองโดยการออกกำลังกาย ด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยมีการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติออกกำลังกายด้วยยางยืด การควบคุมอาหารด้วยชงโภชนาการ และให้กลุ่มตัวอย่างกำกับตนเองในเรื่อง การบริหารร่างกายด้วยยางยืด การควบคุมปริมาณอาหาร เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ภายหลังจากทดลองพบว่า ผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมออกกำลังกายด้วยยางยืด และพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ตลอดจนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองโดยมีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา และ สำลี สาลีกุล. (2551). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ.
- กลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ, สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. (2555). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการบาดเจ็บ (ภาพรวมประเทศ). เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2555 จาก <http://thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/download1no118.pdf>
- จินตนา มะโนน้อม. (2552). ผลการกำกับตนเองโดยการออกกำลังกายด้วยยางยืดและการควบคุมอาหารต่อการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน อำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ธีรนุช ห่านิรติชัย. (2555). แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ. ใน ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี (บ.ก.). *คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. (377-425). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร. (บ.ก.). (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ปราณี ลอยหา. (2550). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ภาวะปกติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนา ยอดพรหมมินทร์ และเกษแก้ว สอนดี. (2549). *ผลของโปรแกรมสร้างพลังโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- สุที ศิริวงศ์พากร. (2555). *อิทธิพลของสื่อและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร*. วิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล พระนคร.
- สุชาดา คงหาญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบบร่ำไม่พลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2555). *ผลสำรวจสุขภาพคนไทย*. เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2555, จาก http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/special_report/28810
- อาภรณ์ คีนาณ. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพวัยผู้ใหญ่*. ใน ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี (บ.ก.). *คู่มือการสอน การสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*. (377-425). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations Thought and Action: a Social Cognitive*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Becker, M. H. (ed.). (1974). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Chales Slack.
- Becker, M. H., Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A., Rosenstock, I. M. (1997).

- Select psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. *Medical Care*, 15, 27-46.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kanfer, F.H. (1980). *Helping People Change* (2nd ed). New York: Pergamon.
- Tobin, D.L., Reynolds, R.V.C., Holroyd, K.A., & Creer, T.L. (1986). Self-management and social learning theory. In K. A. Holroyd & T. L. Creer (Eds.), *Self-management of chronic disease: Handbook of clinical interventions and research* (pp. 5-55). New York, NY: Academic.