

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจและมีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว มีการใช้เครื่องช่วยผ่อนแรงต่าง ๆ มากมาย ทำให้วิถีชีวิตของมนุษย์มีความเป็นอยู่สะดวกสบาย รวมทั้งนิสัยการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปโดยมีค่านิยมของการบริโภคเลียนแบบวัฒนธรรมตะวันตกมากขึ้นและผลที่ตามมาคือ อุบัติการณ์ของโรคอ้วนที่เกิดจากภาวะโภชนาการเกิน (รัตนา เสงส์สวัสดิ์. 2549 : 208)

ภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนในปัจจุบันกำลังเพิ่มขึ้นทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่าปีค.ศ. 2005 มีประชากรผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกิน 1.6 พันล้านคน โดย 400 ล้านคนเป็นโรคอ้วนและคาดการณ์ว่า ในปีค.ศ. 2015 จะมีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินทั่วโลกประมาณ 2.3 พันล้านคนและกว่า 700 ล้านคนจะเป็นโรคอ้วน (W.H.O. 2005 : Online) ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ประชากรผู้ใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 มีน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วน คิดเป็นร้อยละ 66 (National Center for Health Statistics. 2008) เช่นเดียวกับประเทศไทยที่มีรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 พบว่าโรคอ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ (มันทนา ประทีปะเสน และคณะ. 2549 : 75-103) สอดคล้องกับการสำรวจของศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ สำนักโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2547 - 2550 ในประชากรอายุ 15-74 ปี พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 15.28 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 16.10 ในปี พ.ศ. 2548 และร้อยละ 22.8 ในปี พ.ศ. 2550 โดยเพศหญิงมีความชุกของโรคอ้วนมากกว่าเพศชาย (กระทรวงสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ. 2551 : 51-53)

โรคอ้วนเป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันส่วนเกินจนทำให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่าปกติ (กระทรวงสาธารณสุข กองโภชนาการ. 2550 : 6) โดยปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดโรคอ้วนได้แก่ พันธุกรรม เพศพบว่าเพศหญิงเป็นโรคอ้วนมากกว่าเพศชายในทุกอายุ โดยพบสูงสุดในเพศหญิงอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 46.2 และในเพศชายที่อายุเดียวกันร้อยละ 24.7 หลังจากนั้นความชุกค่อนข้างคงที่และค่อย ๆ ลดลงในผู้สูงอายุ (มันทนา ประทีปะเสน และคณะ. 2549 : 75-103) อายุที่มากขึ้นทำให้การใช้พลังงานในการทำกิจกรรมน้อยลง ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ การรับประทานยาบางชนิดและสภาพจิตใจของบุคคลเช่น วิตกกังวล เครียด โกรธ ดีใจ เสียใจหรือกลัวใจทำให้

รับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ลักษณะความเป็นเมืองทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม มีการใช้พลังงานต่ำ และทำให้เสียโอกาสในการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกายที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ มันทนา ประทีปะเสน และคณะ (2549 : 75-103) ระบุว่า ความชุกของโรคอ้วนพบในเขตเมืองมากกว่า ชนบทและพบสูงสุดในภาคกลาง นอกจากนี้ลักษณะงานที่ต้องนั่งทำงานตลอดเวลา การรับประทานอาหารจานด่วนหรือฟาสต์ฟู้ด อาหารที่มีรสหวานและเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมก็เป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วนได้ (รัตนาง เสงส์สวัสดิ์. 2549 : 211)

การวินิจฉัยโรคอ้วนที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน คือการใช้ค่าดัชนีมวลกาย เนื่องจากคำนวณได้ง่ายและไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ซึ่งองค์การอนามัยโลกในส่วนภูมิภาคแปซิฟิก ตะวันตกปีค.ศ.2000 ได้กำหนดค่าดัชนีมวลกายสำหรับคนเอเชียในการประเมินโรคอ้วน 2 ระดับ คือ อ้วนระดับ 1 หมายถึง ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25– 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตรและอ้วนระดับ 2 เมื่อมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไปและประเมินโรคอ้วนลงพุง โดยใช้เส้นรอบวงเอวตั้งแต่ 90 เซนติเมตรในผู้ชายและ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง (วัลลภ พัฒนาโสภณ และวิทยา ศรีดามา. 2548 : 194-195)

โรคอ้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ผลกระทบระยะสั้นได้แก่ ความกระชับกระเฉง ความแข็งแรงและความสวยงามของร่างกายลดลง สืบเนื่องไปถึงการแต่งกาย การเลือกเสื้อผ้า รองเท้า เครื่องประดับและทำให้สูญเสียความภูมิใจในรูปร่างของตนเอง (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2543 : 34-35) ส่วนผลกระทบในระยะยาวทางด้านร่างกายคือเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง โรคนิ่วในถุงน้ำดี โรคกระดูกและข้ออักเสบ ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Peppard et al. 2000 : 3015-3021) โรคมะเร็งหลายชนิด เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อบุหลอดลม มะเร็งต่อมลูกหมากและมะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยคนอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตรจะทำให้มีอัตราตายสูงกว่าคนไม่อ้วนถึงร้อยละ 30 และจะสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น (มนต์ชัย ชาติประวรรณ์. 2551 : 36) ผลกระทบด้านจิตใจได้แก่การสูญเสียความภูมิใจในรูปร่างของตนเองมีความวิตกกังวลและหมกมุ่นกับปัญหาความอ้วนมากผิดปกติบางครั้งทำให้อารมณ์แปรปรวนหรือรู้สึกท้อแท้ (กำพล ศรีวัฒนกุล. 2543 : 34-35) อาจรู้สึกท้อแท้ มีปมด้อยเวลาเข้าสังคม มักมีปัญหาในการหาเพื่อนสนิทและคู่สมรส (วิชัยตันไพจิตร และคณะ. 2544 : 17-33) นอกจากนี้โรคอ้วนยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจเรื่องค่าใช้จ่ายในการลดน้ำหนักและการรักษาโรคต่าง ๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากโรคอ้วน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2000 พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอ้วนในประเทศสหรัฐอเมริกาคิดเป็นร้อยละ 6.8 ของ

งบประมาณทางสุขภาพของประเทศ (วารสาร ภูมิศาสตร์, 2548 : 9-11) และแม้จะไม่มีสถิตินี้ในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ แต่จากการโฆษณาและประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่าง ๆ พบว่ามีสถานบริการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างมากมาย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษา และการควบคุมน้ำหนักคิดเป็นจำนวนมากเช่นกันจะเห็นได้ว่าโรคอ้วนก่อให้เกิดผลเสียหลายด้าน ดังนั้นการจัดการโรคอ้วนจึงมีความสำคัญและเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาได้เป็นอย่างดี

การจัดการโรคอ้วนให้ประสบผลสำเร็จควรที่จะพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้รับรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย จากการศึกษาของ ศรีวัชรเต็มวงษ์ (2551 : 85-103) พบว่าการพัฒนาสุขภาพของบุคลากรที่เป็นโรคอ้วนโดยการเพิ่มความคาดหวังในความสามารถตนเองด้วยการให้สูขศึกษารายบุคคลการฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยพูดคุยกับผู้ที่สามารถลดน้ำหนักได้ประสบผลสำเร็จ การตั้งเป้าหมาย กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ ส่งผลให้พฤติกรรมมารับประทานอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามพฤติกรรมด้วยความมั่นใจ

นอกจากนี้การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกาย (กัญบัตรรอดตาวา, 2529 : Online) ก็มีความสำคัญ เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลและเอื้อต่อการเกิดโรคอ้วนมีทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลตามที่กล่าวแล้วข้างต้นและสภาพแวดล้อม ปัจจัยภายนอกยังหมายรวมถึงสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ เนื่องจากมีบทบาทในการป้องกันโรค การจัดระบบบริการสาธารณะด้วยการคุ้มครอง ดูแลและบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การจัดให้มีสถานที่ออกกำลังกาย การปรับปรุงจัดการเกี่ยวกับการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาลบุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิก็เป็นสิ่งแวดล้อมอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญทั้งนี้เพราะมีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ ติดตามให้คำปรึกษา ให้การรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามบริบทของครอบครัวและชุมชนโดยจะต้องดำเนินการตามสภาพปัญหาที่พบร่วมกันระหว่างผู้มีปัญหาสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2546)

การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายกับการจัดการ โรคอ้วนในชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีได้จากการศึกษา พบว่า การนำผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้นำท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการหมู่บ้าน ประชาชนชมรมผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน ตัวแทนกลุ่มวัยทำงานและตัวแทนกลุ่มวัยสูงอายุ มาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา กำหนด

แนวทางแก้ไขปัญหา จัดทำแผนปฏิบัติการ จัดกิจกรรมและติดตามประเมินผลกิจกรรม เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงพบว่าส่งผลให้ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคนี้ด้วยการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไขมันสูง การบริโภคผักผลไม้และการบริโภคอาหารรสเค็มดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สุภาภรณ์ นิยมสรวย, 2550) สอดคล้องกับสมจิตนา คำพินิจ (2548) ที่สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันอุบัติเหตุของเด็กในโรงเรียนโดยนำเด็ก ผู้ปกครอง ครูพยาบาล ครูประจำชั้น ครูฝ่ายปกครอง ครูสุขศึกษามาร่วมกันคิดค้นสาเหตุ ออกแบบกิจกรรมความปลอดภัยในโรงเรียน พบว่าช่วยให้อุบัติเหตุของเด็กในโรงเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

จากการศึกษานำร่องชุมชนอรุณนิเวศน์ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยตรวจสอบสุขภาพประชาชน 429 คน พบผู้ที่อ้วน (ดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 105 คน (ร้อยละ 30.35) ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่อ้วนระดับ 2 (ดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) จำนวน 40 คน (ร้อยละ 38.1) (โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช หน่วยปฐมภูมิ, 2552) เมื่อสัมภาษณ์และสังเกตแบบมีส่วนร่วมผู้ที่เป็นโรคอ้วนระดับ 2 จำนวน 7 ราย พบว่าผู้ที่เป็นโรคอ้วนทราบและเข้าใจว่าโรคอ้วนเกิดจากการไม่ออกกำลังกาย ทราบถึงโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาและเพิ่มโอกาสเป็นโรคร้ายแรงอื่น ๆ ตลอดจนเสียชีวิตได้มากกว่าปกติ แต่ก็ยังมีพฤติกรรมรับประทานอาหารหวาน อาหารทอด ผัด หรืออาหารที่มีไขมันสูง โดยมีทั้งที่ปรุงรับประทานเองและซื้อสำเร็จรูปบางครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญของโรคนี้โดยช่วยเตือนและปรุงอาหารให้รับประทานขณะที่อีกหลายครอบครัวยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้มากนัก ส่วนใหญ่ผู้ที่อ้วนจะไม่ค่อยออกกำลังกายโดยให้ความเห็นที่ไม่ชอบ จี้เกียด อ่อนเพลีย ออกกำลังกายแล้วเหนื่อย ไม่มีเวลา สำหรับบริบทของชุมชนอรุณนิเวศน์พบว่าเป็นชุมชนในเขตเมืองขนาด 550 ครัวเรือน ประชากร 2,000 คน ลักษณะบ้านเป็นทาวน์เฮ้าส์และตึกแถว แบ่งเป็น 14 ซอย มีทางผ่านเข้าออกของชุมชนโดยรอบ มีโรงเรียน 3 แห่ง ยังไม่ได้จัดตั้งให้เป็นชุมชนอย่างเป็นทางการจากสำนักงานเขตเนื่องจากเจ้าของหมู่บ้านไม่ยินยอม ภายในหมู่บ้านมีสโมสรส่วนกลางและสระว่ายน้ำ มีพื้นที่ว่างเปล่าประมาณ 1 ไร่และมีเสียงตามสายไว้แจ้งข่าวสารซึ่งกันและกัน ปัจจุบันมีคณะกรรมการชุมชน 18 คน ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ เภรัญญิก นายทะเบียนและกรรมการประจำซอย บุคคลเหล่านี้มาจากผู้ที่อาสาและตั้งใจช่วยกันบริหารจัดการและทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน โดยไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง มีการจัดประชุมทุก 2 เดือน

หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชดำเนินการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนนี้เช่นเดียวกับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอื่น ๆ แต่ได้ดำเนิน

กิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนเมื่อปี 2550 ทำให้ชุมชนเริ่มรวมตัวกันอย่างไม่เป็นทางการกิจกรรมการรวมตัวกันครั้งแรกของชุมชน คือ การออกกำลังกายไม้พลองชีวิตจินาโดยกรรมการชุมชนที่ผ่านการสอนจากวิทยากรที่เชี่ยวชาญในชุมชนเอง หลังจากนั้นก็เริ่มมีการจัดกิจกรรมอื่น ๆ ตามมา เช่น งานวันปีใหม่ วันสงกรานต์และวันเด็ก ทำให้ประชาชนในชุมชนรวมตัวทำกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนเองและเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการต่าง ๆ ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมากขึ้นกิจกรรมสุขภาพที่โรงพยาบาลจัดให้ได้แก่การให้ศึกษาเกี่ยวกับโรคระบาดและโรคเรื้อรังทั่ว ๆ ไป การจัดโครงการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน แต่ยังไม่มีการเฝ้าระวัง ค้นหา หรือติดตามเยี่ยมดูแลเพื่อให้คำปรึกษาแนะนำผู้ที่มีปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงโรคอ้วนมีเพียงการเยี่ยมติดตามผู้เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้หรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนแล้วเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันชุมชนมีเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ที่ชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง ที่ได้รับการอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลและคณะกรรมการชุมชนสามารถบริหารจัดการอุปกรณ์รวมถึงใช้อุปกรณ์เหล่านี้บริการประชาชนในชุมชนได้ แต่เนื่องจากชุมชนไม่มีพื้นที่สาธารณะที่จะใช้ทำกิจกรรมสำหรับส่วนรวมมีเพียงพื้นที่ถนนท้ายหมู่บ้านหรือต้องขออนุญาตใช้พื้นที่บนสโมสรซึ่งไม่สะดวกทำให้ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเริ่มลดน้อยลงและดูแลสุขภาพตนเองแบบต่างคนต่างทำ

จากการศึกษานำร่องแสดงให้เห็นว่า การเกิดโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์นั้นมีผลมาจากหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นจากตัวบุคคลเองและปัจจัยแวดล้อมที่มีผลช่วยส่งเสริมหรืออาจเป็นอุปสรรคต่อการจัดการ โรคนี้ในชุมชน ดังนั้น การจัดการ โรคอ้วนจะประสบความสำเร็จได้หากผู้ที่เป็นโรคอ้วนและผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงความสำคัญ มีเป้าหมายร่วมกันที่จะจัดการปัญหานี้ภายใต้บทบาทหน้าที่ที่ตนเองมีอยู่ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคอ้วนจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างจริงจัง โดยมีครอบครัวให้การสนับสนุนอย่างถูกต้อง ขณะที่บุคลากรสุขภาพจะต้องเน้นการประเมิน วินิจฉัยกลุ่มโรคอ้วนระดับต่างๆและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับผู้ที่เป็นโรคนี้ โดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือและช่วยกันผลักดันการจัดการ โรคอ้วนจนเกิดรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชนตนเองและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคอ้วนในชุมชนได้ในที่สุด

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ที่มีสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (สภาการพยาบาล. 2551) ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญที่จะช่วยโน้มน้าวให้ผู้ที่ เป็นโรคอ้วน ครอบครัวและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการโรค อ้วนได้ โดยผสมผสานการใช้ความรู้ด้านการวินิจฉัยและรักษาโรคเบื้องต้น โดยเฉพาะกลไกการ

เกิดโรคอ้วน ภาวะแทรกซ้อน การปรับพฤติกรรมเข้ากับการดูแลแบบองค์รวม รวมทั้งประสานข้อมูลและกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้มีปัญหาโรคอ้วน ขณะที่สนับสนุนครอบครัวให้ช่วยผลักดันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคอ้วนและชักนำทั้งผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในชุมชนให้ช่วยกันค้นหาวิธีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะและสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่เอื้อต่อการจัดการโรคอ้วนภายใต้การใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากรที่มีอยู่ในอย่างต่อเนื่อง จนผู้ที่เป็นโรคอ้วน ครอบครัวและชุมชนจัดการโรคนี้และป้องกันความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรคอ้วนได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2546)

1.2 คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์เป็นอย่างไร
2. ผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์เป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการสร้างและศึกษาผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมการจัดการโรคอ้วนระหว่างผู้ที่เป็นโรคอ้วน สมาชิกในครอบครัว พยาบาลหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชและคณะกรรมการชุมชนในชุมชนอรุณนิเวศน์ หมู่ 2 แขวงคลองถนน เขตสายไหม จังหวัดกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2554 - วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2554

1.5 คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. โรคอ้วน หมายถึง ภาวะที่ประชากรในชุมชนอรรถนิเวศน์มีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน คือ มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป (W.H.O. 2000)
2. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วน หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคอ้วนสมาชิกในครอบครัว พยาบาลหน่วยปฐมภูมิและคณะกรรมการชุมชนในชุมชนอรรถนิเวศน์ร่วมกันค้นหาสาเหตุและดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ไขสาเหตุดังกล่าว โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดการให้ผู้ที่เป็นโรคนี้และครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพชุมชนของตนภายใต้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดโรคอ้วน การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลหน่วยปฐมภูมิและคณะกรรมการชุมชน ตลอดจนประเมินผล ปรับปรุงกิจกรรมจนสามารถจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรรถนิเวศน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
3. การรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการโรคอ้วน หมายถึง การที่ผู้ที่เป็นโรคอ้วนเกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องและลดระดับความอ้วนให้ดีขึ้นจากเดิม การศึกษาครั้งนี้วัดการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดโรคอ้วนจากแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวบน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคนที่ดัดแปลงจาก ริวิชา หงส์โรจนภักย์ (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura. 1977)
4. คณะกรรมการชุมชน หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการชุมชนด้านเศรษฐกิจ สังคม การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมซึ่งรวมถึงจัดระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน (องค์การบริหารส่วนตำบล. 2549 : Online) การศึกษาครั้งนี้คณะกรรมการชุมชนอรรถนิเวศน์ หมู่ 2 แขวงคลองถนน เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ และกรรมการฝ่ายต่าง ๆ
5. พยาบาลหน่วยปฐมภูมิ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยปฐมภูมิโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช