

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ  
อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น

A STUDY ON RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED HEALTH THREAT AND  
OBESITY AMONG THE ELDERLY IN WIANG KAO DISTRICT,  
KHONKAEN PROVINCE

มณีรัตน์ นาสำแดง

- 9 ก.ค. 2563

389029

b00362481

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สิงหาคม 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์  
ของ มณีรัตน์ นาสำแดง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเชษฐ ตันวัฒนกุล)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุเชษฐ ตันวัฒนกุล)

..... กรรมการ  
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรียรัตน์ ล้อมพวงค์)

..... กรรมการ  
(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

คณะสาขารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะสาขารณสุขศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจางักย์)

วันที่...16...เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561

## ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาได้รับความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์ และศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ ประธานหลักสูตร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง งานนิพนธ์เสร็จสิ้น ผู้ศึกษาจึงใคร่ขอกราบของพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือรวมทั้งให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และให้ข้อคิดอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเป็นอย่างมาก ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ และช่วยหาข้อมูลต่างๆในงานนิพนธ์ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล ทำให้งานนิพนธ์นี้สำเร็จด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่และทุกคนในครอบครัว หัวหน้างาน เพื่อนร่วมงานที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจเสมอมา รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึงที่ทำให้ การศึกษาครั้งนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

คุณค่าประโยชน์ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิตา แด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและ ประสบความสำเร็จมาจนตราบทุกวันนี้

มณิรัตน์ นาสำแดง

สิงหาคม 2561

56910089: ส.ม. (สาขารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ: ภาวะอ้วน/ ภาวะคุกคามสุขภาพ/ การรับรู้ความรุนแรง/ การรับรู้โอกาสเสี่ยง/ ผู้สูงอายุ  
มณีรัตน์ นาสำแดง: การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพกับ  
ภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น (A STUDY ON RELATIONSHIP  
BETWEEN PERCEIVED HEALTH THREAT AND OBESITY AMONG THE ELDERLY IN  
WIANG KAO DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE). อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์:  
วสุธร ต้นวัฒนกุล, Ph.D., 80 หน้า, ปี พ.ศ. 2561.

การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนจะมีปัญหาต่อร่างกายในทุกอวัยวะและทุกส่วนของร่างกาย  
ซึ่งประชาชนจะมีน้ำหนักเกินแตกต่างกัน ส่วนมากเป็นเพราะมีพฤติกรรมแตกต่างกัน โดยเฉพาะใน  
กลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากมีสภาพร่างกายที่ใช้มานานแล้ว สภาพการดำเนินชีวิตประจำวันก็  
เปลี่ยนแปลงไปด้วย ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคาม  
สุขภาพกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 267 คนของอำเภอเวียงเก่า จังหวัด  
ขอนแก่น ซึ่งได้มาด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น ข้อมูลเก็บด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง และ  
การวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นเพศหญิง (64.0%) อายุเฉลี่ย  $70.69 \pm 6.34$  ปี  
จบการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา (91.8%) ยังมีอาชีพ (55.8%) น้ำหนักเฉลี่ย  $55.91 \pm 8.56$  กิโลกรัม  
ส่วนสูงเฉลี่ย  $154.96 \pm 7.10$  เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย  $84.24 \pm 10.29$  เซนติเมตร รอบสะโพกเฉลี่ย  
 $93.66 \pm 8.69$  เซนติเมตร การรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง  
การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.3, 40.8, 41.6, 43.8 ตามลำดับ  
จากเกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกายพบว่า มีผู้ที่อ้วนร้อยละ 58.1 เส้นรอบเอวพบว่า มีผู้ที่อ้วนร้อยละ 50.2  
และดัชนีมวลกายร่วมกับเส้นรอบเอว พบว่า มีผู้ที่อ้วนร้อยละ 40.8 ตามลำดับ เพศมีความสัมพันธ์  
กับภาวะอ้วน โดย ผู้สูงอายุเพศหญิงอ้วนกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2.9, 12.3, 11.3 เท่าตามลำดับ ส่วนอายุ  
อาชีพ การศึกษา การรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การ  
สนับสนุนทางสังคมโดยรวม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล  
ข่าวสาร ด้านเครื่องมือไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน ดังนั้นจึงควรมีแนวทางการป้องกันภาวะ  
อ้วนให้กับผู้สูงอายุ

56910089: M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEYWORD: OBESITY/ PERCEIVED HEALTH THREAT/ PERCEIVED SEVERITY/  
PERCEIVED SUSCEPTIBILITY/ ELDERLY

MANEERAT NASAMDANG: A STUDY ON RELATIONSHIP BETWEEN  
PERCEIVED HEALTH THREAT AND OBESITY AMONG THE ELDERLY IN WIANGKAO  
DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE. ADVISOR: WASUTHON TUNWATTANAKUN,  
Ph.D., 80 P., 2018.

Overweight or obese will cause problems for the body in all organs and all parts of the body the people are overweight mostly because there are different behaviors especially in the elderly. In addition, the body has been used for a long time the daily lifestyle changes as well. Therefore, this study has to find the relationship between perceived health threat and obesity among the elderly. The sample was 267 elderly people in Wiang Kao District, Khon Kaen Province. It was acquired by stratified random sampling. Data collected through structured interviews and analysis by percentage, mean, standard deviation and find a relationship with Chi Square.

The study indicated that the majority of the respondents are female (64.0). The average age is  $70.69 \pm 6.34$  years old. The highest primary education (92.1) is still occupation (55.8). Average weight  $55.91 \pm 8.56$  kg. Average height  $154.96 \pm 7.10$  cm. Waist circumference average  $84.24 \pm 10.29$  cm. Around the hip average  $93.66 \pm 8.69$  cm. Perception of Health Threats perception of violence perception of risk the social support of the elderly was 42.3%, 41.6%, 40.8%, 43.8%, respectively. Body mass index was found to be 58.1% in obesity. The waist circumference was found to be obese 50.2% and body mass index along with waist circumference 40.8 percent were obese. Older women were obese than men, 2.9, 12.3, 11.3 times respectively. Age, occupation, education, perceived health threat perception of violence perception of risk overall social support emotional support evaluation information tooling was not associated with obesity. Therefore, there should be guidelines to prevent obesity for the elderly.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	2
สมมติฐานของการศึกษา.....	2
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา.....	3
ขอบเขตของการศึกษา.....	4
ข้อจำกัดของการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
สภาพปัญหาภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ.....	7
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะอ้วน.....	9
ปัจจัยที่สัมพันธ์และมีผลต่อภาวะอ้วน.....	21
การป้องกันและควบคุมภาวะอ้วน.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
รูปแบบการศึกษา.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง.....	33
4 ผลการศึกษา.....	34
ข้อมูลทั่วไป.....	34
ภาวะคุณภาพ.....	36
การสนับสนุนทางสังคม.....	41
ภาวะอ้วน.....	44
ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะคุณภาพกับภาวะอ้วน.....	45
5 สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ.....	55
สรุปผลการศึกษา.....	56
อภิปรายผล.....	59
ข้อเสนอแนะ.....	60
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก.....	65
ภาคผนวก ก.....	66
ภาคผนวก ข.....	74
ภาคผนวก ค.....	76
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	80

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ค่าดัชนีมวลกาย ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและค่าจุดตัดประชากรเอเชีย.....	11
2	ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์สำนักโภชนาการ.....	11
3	ภาวะอ้วนจำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย.....	12
4	ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นหมู่บ้าน.....	28
5	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	35
6	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้ภาวะคุณภาพ.....	37
7	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะคุณภาพ.....	41
8	จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมรายข้อ.....	42
9	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความคิดเห็นการสนับสนุนทางสังคม.....	44
10	จำนวนและร้อยละภาวะอ้วนของผู้สูงอายุจากเกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ดัชนีมวลกายร่วมกับเส้นรอบเอว.....	45
11	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุและข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการใช้เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกาย.....	46
12	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุและข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการใช้เกณฑ์ตัดสินรอบเอว.....	49
13	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุและข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการใช้เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว.....	52



## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนลงพุงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนมีน้ำหนักเกินเล็กน้อยก็มีปัญหาเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ในขณะที่บางคนน้ำหนักเกินอย่างมาก ไม่ได้เป็นโรคหรือเป็นเพียงเล็กน้อย ในวัยผู้สูงอายุบุคคลจะมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ประกอบกับพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่มาอย่างต่อเนื่องจนเข้าวัยผู้สูงอายุทำให้วัยผู้สูงอายุมีปัญหาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โดยความอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเป็นข้ออักเสบเพิ่มขึ้น เนื่องจากเอ็นและข้อต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าอักเสบ 1.5 เท่าในผู้ชาย และ 2.1 เท่าในผู้หญิง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2555) จากการศึกษาของ ธาตรี โปสทธิพิเชษฐ (2560) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับเกินมาตรฐาน ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน จะมีการสะสมไขมันไว้ในร่างกายมาก โดยมีระดับโคเลสเตอรอล, แอลดีแอล โคเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่าคนปกติ และมี เอชดีแอล โคเลสเตอรอล ต่ำกว่าคนปกติ ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจได้ (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550) ภาวะอ้วนยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาของ พัชร รัศมีแจ่ม (2556) พบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน และดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ ภาวะอ้วนยังถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตการเกิดโรคเรื้อรัง และภาวะอ้วนยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรตามดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น (มนต์ชัย ชาลาประวรรณ, 2551)

สาเหตุของภาวะอ้วนในผู้สูงอายุนอกจากการมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปจึงทำให้หน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติแล้ว ถ้าขาด การรับรู้ความรุนแรงของโรค ขาดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคและขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ก็จะเป็นสาเหตุของภาวะอ้วนได้เช่นกัน จากการศึกษาของ ภิษฐ์จรัสชัย พัชรกุลธนา, กมลทิพย์ จลัฏฐธรรมเนียม, วนิตา คุรงค์ฤทธิชัย. (2558) พบว่า ปัจจัยในระบบบุคคลที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนประกอบด้วยระดับการศึกษา ( $p = .048$ ) และบทบาทบุคลากรสุขภาพ ( $p = .037$ ) จากการศึกษาของ

พลอยฉัตรราวีนิจ (2559) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง การศึกษาของวัฒนา สารชะวิน (2557) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการลดน้ำหนักของพนักงานบริษัท ซึ่งถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากภาวะอ้วนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะอ้วนจะเกิดการป้องกันภาวะอ้วน และถ้ามีการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับตนเองจะเกิดพฤติกรรมที่ดีและถูกต้อง

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ภาวะคุณภาพกับภาวะอ้วน โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเชิงป้องกันที่ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการแก้ไขและป้องกันภาวะอ้วนที่ยังไม่เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้ว ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันและผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิด ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่เกิดจากภาวะอ้วน

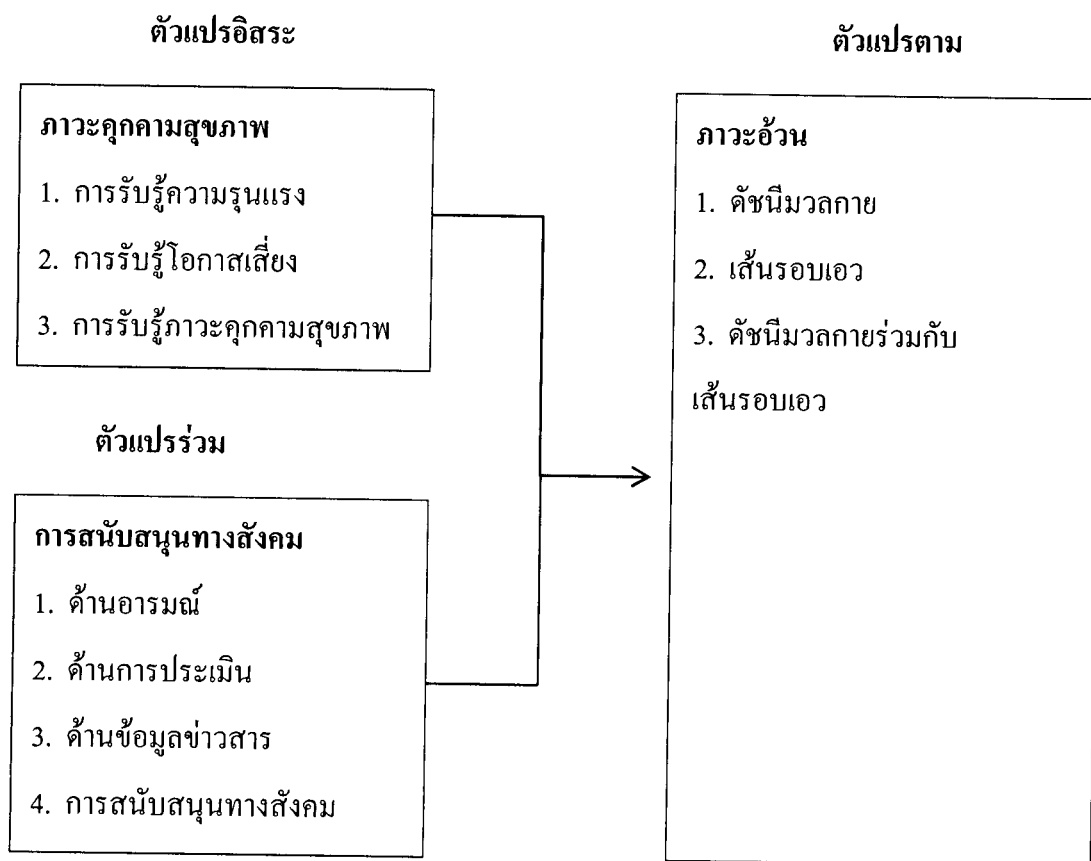
### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาภาวะอ้วนของผู้สูงอายุในอำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะคุณภาพ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ ในผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะคุณภาพ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือกับภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น

### สมมติฐานในการศึกษา

การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ และการสนับสนุนทางสังคม โดยรวม มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย รอบเอวและดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว

## กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

### ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา

1. ทราบถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของความอ้วนในผู้สูงอายุ
2. ผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการป้องกันไม่ให้เกิดความอ้วนในผู้สูงอายุ
3. ผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดกิจกรรมในการป้องกันความอ้วนในผู้สูงอายุ
4. ผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางให้หน่วยงานของรัฐกำหนดนโยบายเป็นแนวทางในการป้องกันความอ้วนในผู้สูงอายุ

## ขอบเขตของการศึกษา

1. ภาวะอ้วนศึกษาและทบทวนจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว โดยใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะอ้วนประกอบด้วย 3 เกณฑ์ ได้แก่ คำนีมวลกาย เส้นรอบเอว คำนีมวลกายร่วมกับเส้นรอบเอว โดยคำนีมวลกาย
2. การสนับสนุนทางสังคม ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีของ House (1981) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในที่กลุ่มบุคคลได้รับ โดยตรง แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านเครื่องมือ
3. ภาวะคุณภาพสุขภาพ ศึกษาตามแนวคิดทฤษฎีของ Roger ที่เชื่อว่า ถ้าบุคคลรับรู้ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยคุณภาพสุขภาพ บุคคลจะมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่เนื่องมาจากความอ้วน โดยศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน
4. ผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60-90 ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านและติดสังคมที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้
5. การศึกษาครั้งนี้ หาความสัมพันธ์ของภาวะคุณภาพสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับภาวะอ้วน โดยใช้สถิติ ไคสแควร์ (Chi-square) ที่เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร

## ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็นตำบลและจับสลากมาศึกษา 1 ตำบล ผู้สูงอายุที่ได้จึงอาจเป็นตัวแทนที่ไม่ดี ถ้าผู้สูงอายุในอำเภอเวียงเก่าแต่ละตำบลมีการรับรู้ภาวะคุณภาพและภาวะอ้วนแตกต่างกันมาก
2. การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง แต่มีเวลาในการเก็บข้อมูลจำกัด จึงต้องใช้พนักงานสัมภาษณ์ 5 คนช่วย โดยแบ่งผู้สูงอายุให้พนักงานสัมภาษณ์แต่ละคนช่วย ซึ่งผลการสัมภาษณ์ขึ้นอยู่กับพนักงานที่ใช้สัมภาษณ์ แม้จะมีการชี้แจงทำความเข้าใจในการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลให้แล้ว แต่เมื่อถึงเวลาสัมภาษณ์จริงอาจมีสถานการณ์และปัญหาที่ประสบแตกต่างกัน ทำให้ต้องตัดสินใจ ผลการสัมภาษณ์จึงอาจคลาดเคลื่อนจากพนักงานสัมภาษณ์ได้

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60-90 ปี อาศัยอยู่ใน อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

**การรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพ** หมายถึง รับรู้ว่า ความอ้วนเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพที่มีความรุนแรง และมีโอกาสเสี่ยงที่ร่างกายจะมีความอ้วน ทั้งการมีน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง

**การรับรู้ความรุนแรง** หมายถึง รับรู้ว่า ความอ้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคสำคัญ ร้ายแรง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่ทำให้เป็นปัญหาทางสุขภาพอื่น ๆ ตามมา รวมทั้งเป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ส่งผลต่อภาพลักษณ์ในทางลบได้

**การรับรู้โอกาสเสี่ยง** หมายถึง รับรู้ว่า ตนมีโอกาสเสี่ยงที่ร่างกายจะมีความอ้วน มีน้ำหนักเกิน หรืออ้วนลงพุง ได้หากรับประทานอาหารรสหวาน เนื้อสัตว์ติดมัน ขนมหวาน ผลไม้รสหวานจัด น้ำอัดลม น้ำหวาน จิบจิบจิบ ไม่ทานผัก ไม่ควบคุมชนิดและปริมาณอาหาร ทานมากเกินไปจนเป็นประจำ และไม่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

**การสนับสนุนทางสังคม** รับรู้ว่าได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ จากครอบครัว ชุมชนหรือเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

**การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์** หมายถึง รับรู้ว่าได้รับ การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ จากครอบครัว ชุมชนหรือเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

**การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน** หมายถึง รับรู้ว่าได้รับความมั่นใจว่าจะไม่อ้วน จากครอบครัว ชุมชนหรือเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

**การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง รับรู้ว่าได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเรื่องภาวะอ้วน จากครอบครัว ชุมชนหรือเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

**การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ** หมายถึง รับรู้ว่าได้รับการช่วยเหลือด้าน เงิน สิ่งของอุปกรณ์และสถานที่ที่ออกกำลังกาย จากครอบครัว ชุมชนหรือเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

**ภาวะอ้วน** หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมปริมาณไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้อง หรือส่วนอื่นของร่างกาย ใช้เกณฑ์ตัดสินจาก ดัชนีมวลกาย รอบเอวและดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว

**ดัชนีมวลกาย** หมายถึง น้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับส่วนสูง โดยคำนวณได้จากสูตร

ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร <sup>2</sup>)

**รอบเอว** หมายถึง ความยาวเป็นเส้นตรงของรอบเอวที่วัดในท่ายืน ด้วยสายวัดรอบเอวผ่านสะดือ แขนง่าตัว ไม่แน่นและขนานกับพื้น

**ดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว** หมายถึง ภาวะอ้วนโดยเกณฑ์ตัดสินร่วมกัน แบ่งภาวะอ้วนได้เป็น อ้วน เมื่อมีดัชนีมวลกายและรอบเอวเกินเกณฑ์ ท้วม เมื่อมีดัชนีมวลกายหรือรอบเอวตัวใดตัวหนึ่งเกินเกณฑ์ ไม่อ้วน เมื่อมีดัชนีมวลกายและรอบเอวปกติ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุณภาพกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหา ดังนี้

1. สภาพ ปัญหาภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะอ้วน
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์และมีผลต่อภาวะอ้วน
4. การป้องกันและควบคุมภาวะอ้วน
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### สภาพ ปัญหาภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ

1. โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจุบันประเทศไทย มีประชากร 66.18 ล้านคน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 10.23 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.45 โดยอัตราประชากรผู้สูงอายุไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยในปี 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ อยู่ที่ร้อยละ 10.7 ของประชากรรวม หรือ 7.02 ล้านคน และในปี 2555 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรรวม (8.3) ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) นั่นหมายถึงว่าประเทศไทยได้เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ข้อมูลประชากรจังหวัดขอนแก่น พ.ศ. 2560 ของกรมการปกครองพบว่า ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2560 จังหวัดขอนแก่นมีประชากรทั้งสิ้น 1,805,910 คน มีจำนวนผู้สูงอายุ 287,373 คน คิดเป็นร้อยละ 15.91 ของประชากรรวมของจังหวัดขอนแก่น และมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 4 ของประเทศ (กรมการปกครอง, 2560) การสำรวจสุขภาพของประชาชนโดยการตรวจร่างกายพบว่า โรคที่มักพบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้ออักเสบ ข้อเสื่อม หลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตายและอัมพาต โดยพบผู้สูงอายุที่ความดันโลหิตสูงช่วงอายุ 60-69 ปี เพศชายร้อยละ 47 และเพศหญิงร้อยละ 50 ช่วงอายุ 70-79 พบเพศชายร้อยละ 53 เพศหญิงร้อยละ 60 และอายุ 80 ปีขึ้นไป พบเพศชายร้อยละ 59 เพศหญิงร้อยละ 69 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วงอายุ 60-69 ปี เพศชายร้อยละ 16 และเพศหญิงร้อยละ 22 ช่วงอายุ 70-79 พบเพศชายร้อยละ 15 เพศหญิงร้อยละ 22 และอายุ 80 ปีขึ้นไปพบเพศชายร้อยละ 12 เพศหญิงร้อยละ 11 ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนวัดด้วยดัชนี



มวลกาย พบว่าเพศชายมีภาวะอ้วน ร้อยละ 27 และเพศหญิงร้อยละ 43 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2560)

2. ภาวะอ้วนกับการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ภาวะอ้วนเป็นสาเหตุตั้งต้นของโรคกลุ่มเมแทบอลิกซินโดรม โดยทำให้เกิดอาการและโรคต่าง ๆ ดังนี้

2.1 โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (type 2 diabetes) โรคอ้วนทำให้มีความผิดปกติในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน เกิดจากการมีเซลล์ไขมันมาก และจะมีการย่อยสลายไขมันทำให้เกิดกรดไขมันอิสระ (free fatty acid) ออกมาในกระแสเลือดมาก แล้วขัดขวางการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งปกติฮอร์โมนอินซูลินจะทำหน้าที่รักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติอยู่เสมอ

2.2 โรคไขมันในเลือดผิดปกติ (dyslipidemia) ภาวะที่พบในคนอ้วน ได้แก่ ไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) มีระดับสูง แอลดีแอลคอเลสเตอรอล (low density lipoprotein cholesterol-LDL-C) มีระดับสูงกว่าปกติ ส่วนเอชดีแอลคอเลสเตอรอล (high density lipoprotein cholesterol-HDL-C) มีระดับต่ำกว่าปกติ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดที่มีมากเกินไป จะถูกนำไปเก็บสะสม หรือย่อยเป็นกรดไขมันอิสระ ซึ่งมีฤทธิ์เป็นพิษต่อบีตาเซลล์ในตับอ่อน ทำให้เกิดโรคเบาหวาน นอกจากนั้น การที่ระดับไขมันในเลือดสูง ยังทำให้หลอดเลือดอักเสบ ซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือดต่อไป

2.3 โรคความดันโลหิตสูง เมื่อมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและไขมันในเลือดสูง ทำให้หลอดเลือดมีการอักเสบหรือตีบตัน ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะเสียไป เป็นผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

2.4 โรคหัวใจและหลอดเลือด จากสาเหตุของโรคไขมันในเลือดสูงกับโรคความดันโลหิตสูงหากมีการอักเสบหรือตีบตันในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจก็ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ และหากมีการตีบตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากการที่มีระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดสูง ก็จะมีผลเสียต่อร่างกายเช่นกัน เช่น เส้นเลือดที่สมองตีบ ทำให้เป็นอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต

2.5 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ดังนี้

2.5.1 ความผิดปกติของผิวหนัง ผิวหนังมีสีคล้ำ หรือสีดำคล้ำ (Acanthosis nigricans) ตามข้อพับ คอ รักแร้ ใต้ราวนม อาจมีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณดังกล่าว มีก้อนไขมันสีเหลือง (Xanthoma) ขนาดต่างกัน พบบริเวณข้อเท้า ข้อเข่า หลังเอ็นร้อยหวาย ผู้ที่มีก้อนไขมันสีเหลืองจะมีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงมาก และมักพบว่า มีความเสี่ยงต่อเส้นเลือดหัวใจตีบสูง

2.5.2 ความผิดปกติของกระดูกคอ คนที่อ้วนมาก ๆ จะพบว่า การเคลื่อนไหว ลำบาก และมักมีอาการปวดเข่า เนื่องจาก เข่าต้องรับน้ำหนักตัวมากเกินไป นอกจากนั้น ยังมีอาการ ปวดข้อเท้า ปวดหลัง

2.5.3 ความผิดปกติของระบบการหายใจ คนอ้วนจะมีไขมันหนาที่ใต้ผิวหนัง บริเวณทรวงอก ทำให้ช่องอกมีการขยายตัวน้อยกว่าที่ควรและมีไขมันในช่องท้องมาก ทำให้กระบังลมเคลื่อนไหวน้อยลง จึงเกิดการหายใจเร็วและตื้น และเกิดอาการหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) ซึ่งเป็นอันตรายมาก

2.5.4 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ นอกจากความผิดปกติของระดับอินซูลินแล้ว ยังพบความผิดปกติของฮอร์โมนอื่น ๆ ทำให้มีอาการจากความผิดปกติของฮอร์โมนนั้น ๆ

2.5.5 ความผิดปกติของตับ คนอ้วนจะมีไขมันอยู่ตามอวัยวะภายในช่องท้อง โดยเฉพาะที่ตับ ทำให้เกิดอาการอักเสบหรือตับแข็งในเวลาต่อมาได้

2.5.6 สมรรถภาพในการทำงาน คนอ้วนมักมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เหนื่อยง่าย สมรรถภาพในการทำงานน้อยลงอย่างเห็นได้ชัดเจน

2.5.7 บุคลิกภาพ เด็กอ้วนหรือผู้ใหญ่อ้วนมักถูกญาติพี่น้องเพื่อนฝูงล้อเลียน ทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจและในการพัฒนาบุคลิกภาพได้ โดยอาจเป็นคนชอบเก็บตัว ไม่สนใจสังคม ชีวมเศร้า การดูแลช่วยเหลือต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วย ให้ถือว่าไม่ใช่ปมด้อย แต่เป็นความไม่สมดุลกันระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป ต้องกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค และการออกกำลังกาย โดยชักชวนให้ทำเป็นกลุ่มหรือหมู่คณะ

## แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะอ้วน

ภาวะอ้วน เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญอันดับต้น ๆ ของประชากรทั่วโลก ส่งผลกระทบทางสุขภาพมากมายทั้งผลกระทบต่อแบบเฉียบพลันและปัญหาเรื้อรัง ทั้งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต เป็นปัญหาหนึ่งที่ต้องการได้รับการปรับปรุงอย่างเร่งด่วนทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา

1. ความหมายของภาวะอ้วน นักวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับภาวะอ้วน ได้กล่าวถึงคำนิยามของภาวะอ้วนไว้ดังนี้

น้ำหนักเกินและภาวะอ้วนหมายถึงการสะสมไขมันที่ผิดปกติหรือมากเกินไปซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ (WHO, 2016 )

ภาวะอ้วน คือ ภาวะที่มีปริมาณไขมันเพิ่มขึ้นในร่างกายทุกส่วน ทั้งไขมันใต้ผิวหนัง และไขมันในช่องท้อง (กรมการแพทย์, 2553)

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

ภาวะอ้วน คือภาวะที่มีไขมันมากเกินไป ซึ่งเกิดความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับเข้าไปกับพลังงานที่ร่างกายใช้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2555)

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีปริมาณไขมันสะสมในร่างกายมากเกินไป ผู้ที่มีน้ำหนักปกติเมื่อมีปริมาณไขมันสะสมมากขึ้นและต่อเนื่อง จะผ่านจากภาวะน้ำหนักตัวมากเกินไปจนเข้าสู่ภาวะอ้วน ระยะเวลาการเข้าสู่ภาวะอ้วนเร็วหรือช้าขึ้นกับอัตราเก็บสะสมไขมัน ในระยะยาวส่งผลต่อสุขภาพในหลายด้าน (วรรณิ นิธิยานันท์, 2554)

ภาวะอ้วน หมายถึง การมีปริมาณไขมันมากกว่าปกติ ไม่ได้หมายถึงการมีน้ำหนักมากอย่างเดียว เป็นภาวะที่เกิดจากร่างกายสะสมพลังงานจากการรับประทานอาหารมากกว่าการเผาผลาญอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (สายสมร พุดงนอก, สรวีเชษฐ รัตนชัยวงศ์, จันจิราภรณ์ วิชัย, ธัญลักษณ์ ทอนราช, 2558) ดังนั้น ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมปริมาณไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องหรือส่วนอื่นของร่างกาย

## 2. การวินิจฉัยภาวะอ้วน การวินิจฉัยภาวะอ้วน มีหลายวิธีวิธีที่นิยมใช้กันมี ดังนี้

2.1 ดัชนีมวลกาย (Body massindex หรือ BMI) เป็นการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวกับส่วนสูง โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยความสูง (เมตรยกกำลังสอง) ถือว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สามารถทำได้สะดวกและแม่นยำ (สายสมร พุดงนอก, สรวีเชษฐ รัตนชัยวงศ์, จันจิราภรณ์ วิชัย, ธัญลักษณ์ ทอนราช, 2558) การรักษาน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนเกินไป โดยรักษาน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย (BMI) ไม่เกิน 23 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกและค่าจุดตัดของประชากรเอเชีย

ดัชนีมวลกาย (กก./ ตร.เมตร)	
กลุ่ม	เกณฑ์ของประชากรเอเชีย
น้ำหนักน้อย	<18.5
น้ำหนักปกติ	18.5-22.99
น้ำหนักเกิน	≥23
Pre-obese	เสี่ยง (At risk) 23-24.99
อ้วนระดับ 1	25-29.99
อ้วนระดับ 2	≥30

ที่มา: สายสมร พลดงนอก, สรวินิชญ์ รัตนชัยวงศ์, จันจิราภรณ์ วิชัย และธัญลักษณ์ ทอนราช (2558)

สำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ให้มีการประเมินตนเอง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือดูได้จากบัตรประชาชน แล้วคำนวณดัชนีมวลกายดังนี้

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ของแต่ละคนจะมีค่าเท่ากับน้ำหนักของคนนั้น ๆ หารด้วยความสูงที่เป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานของดัชนีมวลกายปกติของคนเอเชีย 18.5-22.99

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ตามเกณฑ์สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

ดัชนีมวลกาย (กก./ ตร.เมตร)	
กลุ่ม	เกณฑ์ของประชากรเอเชีย
ผอม	<18.5
น้ำหนักปกติ	18.5-22.9
น้ำหนักเกิน	23.0-24.9
อ้วนระดับ 1	25.0-29.9
อ้วนระดับ 2	≥30

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (2561)

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวกับส่วนสูงของผู้ใหญ่โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติและพันธุกรรม ซึ่งเป็นการคำนวณหาขนาดมวลกายต่อพื้นที่ร่างกาย 1 ตารางเมตร โดยคำนวณได้จากสูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตรยกกำลังสอง)}}$$

ผลลัพธ์ที่ได้จะถูกนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย ดังนี้

ตารางที่ 3 ภาวะอ้วนจำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ เมตร <sup>2</sup> )	การแปลผล
< 18.5	น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน
18.5-22.9	ปกติ
23.0-24.9	อ้วนระดับ 1
25.0-29.9	อ้วนระดับ 2
≥ 30	อ้วนระดับ 3

ที่มา ฆนัท ทรุฑกุล (2550)

2.2 การวัดรอบเอว (Waist circumference) จะต้องอยู่ในท่ายืน ใช้สายวัดรอบเอวผ่านสะดือ ให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับของสายวัดที่วัดรอบเอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น เส้นรอบเอวในผู้ชายไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร รอบเอวในผู้หญิงไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร หรือใช้ส่วนสูงหาร 2 จะเป็นรอบเอวที่เหมาะสมกับแต่ละคน (สำนักโภชนาการกรมอนามัย, 2561)

การวัดรอบเอวคือ เพศชายมีรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร และเพศหญิงมีรอบเอวไม่เกิน 80 เซนติเมตร โดยการวัดรอบเอวนั้นมีข้อดีหลายประการ คือ สามารถทำได้ง่าย และเป็นดัชนีที่ช่วยในการคาดคะเนมวลไขมันในช่องท้อง สามารถใช้ทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคอ้วน (สายสมร พลดงนอก, สรวีเชษฐ์ รัตนชัยวงศ์, จันจิราภรณ์ วิชัย และรัชฎลักษณ์ ทอนราช, 2558)

2.3 การใช้สัดส่วนรอบเอวหารด้วยรอบสะโพก (Waist Hip Ratio: WHR) โดยการวัดรอบเอวและรอบสะโพก แล้วนำไปคำนวณหาอัตราส่วนของรอบเอวต่อรอบสะโพก (สุวรรณฉัตร รุ่งโรจน์, 2554)

ผู้ชาย ค่า WHR ไม่ควรเกิน 0.9

ผู้หญิง ค่า WHR ไม่ควรเกิน 0.8 ถ้าค่า WHR เกินที่กำหนดแสดงว่าอ้วน

2.4 สัดส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง (Waist to height ratio) หมายถึง การวัดรอบเอวและส่วนสูง แล้วคำนวณโดยหารค่ารอบเอวด้วยค่าส่วนสูง โดยใช้สัดส่วนรอบเอวต่อส่วนสูง 0.5 บ่งชี้โรคอ้วนทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ได้แม้มีเชื้อชาติต่างกัน (สุวรรณภา ถาวรรุ่งโรจน์, 2554)

สัดส่วนรอบเอวต่อส่วนสูงจากการทบทวนงานวิจัยจากนานาชาติ (Ashwell, 2011) แบ่งภาวะอ้วน ได้ดังนี้

- $\leq 0.39$  ----> ค่อนข้างผอมไป
- 0.40-0.49 ----> มีสัดส่วนร่างกายพอเหมาะ
- 0.50-0.59 ----> มีสัดส่วนอวบลงพุง
- $\geq 0.60$  ขึ้นไป----> มีสัดส่วนอ้วนลงพุงชัดเจน

2.5 การหาปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง ร่างกายคนเราประกอบด้วยเนื้อเยื่อหลายชนิดรวมกันเป็นน้ำหนักตัว ทั้งกล้ามเนื้อ กระดูก ไขมัน โดยคนทั่วไปมักมีไขมันสะสมใต้ผิวหนังในปริมาณที่มากน้อยแตกต่างกันและการสะสมไขมันเกิดขึ้นได้ทั่วร่างกาย ประมาณร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัวจึงเป็นน้ำหนักของไขมัน และเนื่องจากไขมันที่เก็บสะสมไว้ร้อยละ 50 ของไขมันที่เก็บสะสมไว้ในร่างกายอยู่บริเวณใต้ผิวหนัง ดังนั้นจึงใช้วิธีการวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังใช้พิจารณาภาวะน้ำหนักเกินได้ ซึ่งจะใช้เครื่องมือที่เรียกว่า คาลิปเปอร์ (Skin fold caliper) โดยให้ยืนตรงหรือนั่ง ปล่อยแขนห้อยข้างลำตัวหรือตามสบายถ้านั่งหรือยืนไม่ได้ ให้นอนหงาย วางแขนทาบไว้กับอก จับผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนังที่ไม่มีกล้ามเนื้อยกขึ้น 2 เซนติเมตรเหนือจุดกึ่งกลางแขน แล้วจึงวัดความหนาที่สุดกึ่งกลางแขน อ่านผลภายใน 2 วินาทีด้วยแรงบีบจากคาลิปเปอร์ วัดผลซ้ำ 2 ครั้งแล้วหาค่าเฉลี่ยมาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน หากเกิน 18 มิลลิเมตร ในเพศชาย และเกิน 25 มิลลิเมตร ในเพศหญิง ถือว่ามีน้ำหนักเกิน การวัดด้วยวิธีนี้อาจคลาดเคลื่อนได้หากดึงไขมันน้อยเกินไป หรือดึงเอาส่วนของกล้ามเนื้อติดมาด้วย และไม่ควรวัดในขณะที่ออกกำลังกายเพราะผิวหนังอาจจะบวมขึ้นเล็กน้อย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์วินิจฉัยจาก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขมาเป็น เกณฑ์ตัดสินภาวะอ้วนเนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่ซับซ้อน อีกทั้งเป็นวิธีสากลที่เชื่อถือได้

### 3. ภาวะคุณภาพสุขภาพ

**แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ** ความหมายความเชื่อด้านสุขภาพ นักวิชาการได้ให้ความหมายความเชื่อด้านสุขภาพไว้ดังนี้

Rosenstock (1974, อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) ได้กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น เพราะมีความเชื่อว่า ตนเป็นผู้มีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เริ่มพัฒนามาตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ. 1950 ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจพฤติกรรมการปฏิบัติของมนุษย์ในเรื่องสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยมและอื่น ๆ ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ (1951, อ้างใน ศิริพร ปาระมะ, 2545) โดยการนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลเข้าไปใกล้และปฏิบัติในสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเอง และจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบ หรือไม่พึงปรารถนา แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาขึ้นมา เพื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยอธิบายพฤติกรรมและการตัดสินใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยง สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อชีวิต และการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ จะก่อให้เกิดผลดีต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด เป็นต้น

ต่อมา Becker, Drachman, and Kirscht และได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อนำมาอธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่ง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับการรับรู้ของ

บุคคล ปัจจัยร่วมและพฤติกรรมที่ควรแสดงมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ การรับรู้ของบุคคล ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่จะบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่าง กันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึง โอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การ สนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่า ตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อ ป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความ รุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมี ผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมี ผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

3. การรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat) เป็นการรับรู้ภาวะเสี่ยงร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ จะทำให้บุคคลนั้นรับรู้ภาวะคุกคามว่ามีมากขึ้นเพียงใด ดังนั้น หากบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน จะทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมใน การควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะอ้วนและป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเรื้อรังที่ไม่ติดต่อกันจากภาวะ อ้วน (รังสรรค์ ตั้งตรงจิตร, 2550)

4. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์ และ เหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรม โดยบุคคลเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดี มากกว่าผลเสีย



5. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัตินั้น เช่น ความไม่คุ้นเคย การเสียค่าใช้จ่าย ความมาสุขสบาย เป็นต้น ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

6. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาเพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์ต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอก หรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลต่าง ๆ ความเจ็บป่วยจากบุคคลใกล้ชิด เป็นต้น

7. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่กระทบต่อความโอนเอียงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยมีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ได้แก่

7.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เผ่าพันธุ์ ระดับการศึกษา เป็นต้น

7.2 ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม เพื่อนฝูงและค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

7.3 ปัจจัยด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

8. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง สภาพอารมณ์ที่เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ ระดับความสนใจ ความใส่ใจ ทักษะคิด และค่านิยมทางด้านสุขภาพ เป็นต้น

### แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

#### 1. ความหมายของแรงจูงใจ

ซูซา จันท์ธอม (2539) กล่าวว่าไว้ว่า จูงใจ (Motivation) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา เพื่อบรรลุสู่จุดหมายที่ตั้งไว้หรือการนำปัจจัย ที่เป็นแรงจูงใจ มาผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างมีทิศทางเพื่อบรรลุจุดหมายหรือเงื่อนไขที่ต้องการ ปัจจัยที่นำมาเป็นแรงจูงใจอาจจะเป็นเครื่องล่อ รางวัล การลงโทษ การทำให้เกิดความตื่นตัว รวมทั้งทำให้เกิดความคาดหวัง เป็นต้น

สมใจ ลักษณะ (2547) กล่าวว่าไว้ว่า แรงจูงใจเป็นองค์ประกอบสำคัญของพฤติกรรมของบุคคล เพราะเป็นองค์ประกอบที่กระตุ้น ผลักดัน ชักจูง ให้บุคคลทำพฤติกรรมหรือไม่ทำพฤติกรรมไปในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง

ผกามาศ หนัด (2549) กล่าวไว้ว่า พลังที่อยู่ภายในตัวบุคคลหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มากระตุ้นหรือเร้าให้บุคคลเกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งตามจุดหมายหรือ ความต้องการของบุคคลนั้น

ดังนั้นแรงจูงใจ หมายถึง แรงกระตุ้นจากสิ่งเร้าให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีทิศทาง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการของบุคคลนั้น

2. ประเภทของแรงจูงใจ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2540) ได้จัดแบ่งประเภทของแรงจูงใจออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1 แรงจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง สภาวะที่บุคคลกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมา เป็นสิ่งผลักดันจากภายในตัวบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นความคิด ความสนใจ ความตั้งใจ ความต้องการที่จะกระทำหรือเรียนรู้ด้วยตนเอง ไม่ต้องการชักจูงจากสิ่งเร้าภายนอก เช่น การอาสาสมัครทำงานในสมาคมต่าง ๆ ด้วยใจรัก โดยไม่หวังผลเป็นเงินหรือลาภยศ

2.2 แรงจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึง สภาวะที่บุคคลกระทำหรือแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งออกมาเพราะคาดหวังรางวัล หรือสิ่งตอบแทนจากภายนอก อาจจะเป็นการได้รับรางวัล เกียรติยศชื่อเสียง คำชม หรือยกย่อง แรงจูงใจนี้ไม่คงทนถาวร บุคคลแสดงพฤติกรรมเพื่อตอบสนองสิ่งจูงใจดังกล่าวเฉพาะกรณีที่ต้องการสิ่งตอบแทนเท่านั้น

**ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค** เป็นทฤษฎีที่นำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โรเจอร์สได้พัฒนาทฤษฎีนี้เป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1975 เพื่อใช้ในการอธิบายหรือทำความเข้าใจการตอบสนองของประชาชนเพื่อกระตุ้นให้เกิดความกลัว ทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นอีกครั้งในปี ค.ศ. 1983 ด้วยมุ่งหวังให้นำทฤษฎีนี้ไปสามารถนำไปใช้ในการอธิบายในมิติด้านการสื่อสารเพื่อการชักจูงให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยผ่านกระบวนการคิดและตัดสินใจของบุคคล ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากการสื่อสารกลาง โรเจอร์สได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Probability) ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (Response efficacy) (Rogers, 1983) ต่อมาในปี ค.ศ. 1983 โรเจอร์สได้นำเสนอตัวแปรเพิ่มอีก 1 ตัว คือ ความคาดหวังในความสามารถของตน (Self-efficacy expectation)

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีแนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมเมื่อตกอยู่ในสภาวะที่ได้รับผลของการได้รับการคุกคาม และเมื่อบุคคลได้รับข่าวสารเกี่ยวกับอันตรายต่อสุขภาพจะเกิดการตอบสนองทางความคิดมี 2 แบบ คือ การประเมินภาวะ

คุณภาพต่อสุขภาพ และ การประเมินการเผชิญปัญหา ดังนี้

### 1. การประเมินสภาวะคุณภาพต่อสุขภาพ (Rogers, 1983) ประกอบด้วย การรับรู้

2 ลักษณะ คือ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค

1.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าถ้ากระทำหรือไม่ กระทำพฤติกรรมบางอย่าง จะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต หรือบรรยายว่าไม่ทำให้เกิดอันตรายรุนแรง ข้อมูลที่ทำให้เกิดความกลัวสูงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมมากกว่าข้อมูลที่ทำให้กลัวเพียงเล็กน้อย กระบวนการประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูลข่าวสารที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคได้ดีกว่าการกระตุ้นตามปกติ และทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

1.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived vulnerability) เป็นความเชื่อของบุคคลในเรื่องความเป็นไปได้ที่จะถูกคุกคามจากโรคหรือสภาพอันคุกคามต่อตนเอง อันเนื่องมาจากการไม่ปรับพฤติกรรมให้ถูกต้อง โดยใช้การสื่อสารโดยการชูที่คุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค จะขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของแต่ละบุคคลว่า ถ้าไม่ปฏิบัติตนหลีกเลี่ยงอันตรายที่จะเกิดขึ้น จะทำให้ตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำอาจใช้เงื่อนไขความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง ร่วมกับผลที่เกิดจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ แต่เงื่อนไขดังกล่าวก็ยังเป็นสิ่งที่ต้องค้นหากันอีกต่อไปว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงจะมีผลต่อความตั้งใจของบุคคลในการปฏิบัติตนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงนั้นหรือไม่ เพราะอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นได้ถ้าบุคคลพยายามที่ปฏิเสธการรับรู้ของตนเองว่า เขาไม่สามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ได้ แม้ว่าจะเป็นผลเสีย ในทางกลับกัน ถ้ารวมภาวะเสี่ยงสูงกับผลดีของการปฏิบัติจะทำให้การตั้งใจที่จะยอมรับการปฏิบัติตามเพิ่มมากขึ้น

2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในผลลัพธ์ และความคาดหวังในความสามารถของตนเองประกอบด้วย การรับรู้ 2 ลักษณะดังนี้

2.1 ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Response efficacy) เป็นความคาดหวังเฉพาะบุคคลว่าเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำแล้วจะสามารถลดภาวะคุกคามได้ การให้ข้อมูลที่แสดงให้บุคคลเกิดความคาดหวังผลลัพธ์ระดับสูงจะมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมมากกว่าการให้ข้อมูลที่ทำให้เกิดความคาดหวังในระดับต่าง ๆ การให้ข้อมูลควรมีความเฉพาะเจาะจงและเห็นความชัดเจนในผลที่จะเกิดขึ้นเพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำช่วยให้เกิดความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นการสื่อสารที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัวเกี่ยวกับสุขภาพ และการให้ข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคล

ปฏิบัติตามคำแนะนำจะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการให้คำแนะนำที่มีรายละเอียดของการกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทำให้ผู้ที่ได้รับคำแนะนำรู้สึกอยากปฏิบัติมากขึ้น

2.2 ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของตนเองว่า ตนเองสามารถที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำให้ประสบผลสำเร็จเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้โดยพัฒนาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของเบนคูรา เบนคูราเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถที่จะปฏิบัติให้บรรลุในสิ่งที่ตั้งใจไว้ได้

สรุปได้ว่า แรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม ได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทั้ง 4 คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น และความคาดหวังในความสามารถของตนเอง องค์ประกอบเหล่านี้ประกอบขึ้นมาเป็นแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค และมีการนำมาใช้ในการปรับตัวอย่างเหมาะสมกล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ ความรุนแรงของโรค และคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค บุคคลจะเกิดการประเมินระดับการคุกคามที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ในด้าน โอกาสเสี่ยงที่ตนเองจะเป็นโรคนั้น ความรุนแรงและผลกระทบของโรคที่มีต่อตนเอง รวมถึงความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค และรางวัลจากภายนอก โดยที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นปัจจัยที่ช่วยลดโอกาสของการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในขณะที่ปัจจัยด้านความพึงพอใจและรางวัลจากภายนอก จะเพิ่มความเป็นไปได้ที่จะเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเชื่อว่าแรงจูงใจในการป้องกันโรคจะเกิดได้ดีเมื่อ

1. บุคคลเห็นว่าภาวะคุกคามต่อสุขภาพอยู่ในขั้นรุนแรง
2. บุคคลมีความรู้สึกไม่มั่นคงหรือเสี่ยงต่ออันตรายนั้น
3. บุคคลเชื่อว่าการปรับพฤติกรรมเป็นวิธีที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามนั้น
4. บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปรับตัวได้สำเร็จและมีผลดีในการกระทำนั้น ๆ

5. ผลดีจากการตอบสนองด้วยการปรับตัวแบบที่ไม่ประสงค์นั้นน้อย

6. อุปสรรคต่อการปรับตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต่ำ

นอกจากนี้ความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมได้รับการสนับสนุนว่าเป็นปัจจัยด้านแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมจึงเป็นตัวอธิบายได้ว่าพฤติกรรมจะเกิดขึ้นหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าบุคคลยังมีความตั้งใจมากขึ้นเพียงใด ก็จะยิ่งมีความพยายาม

ในการที่จะทำพฤติกรรมมากขึ้นเพียงนั้น

จากแนวคิดทฤษฎีข้างต้นตามแนวคิดของโรเจอร์ส เชื่อว่าถ้าบุคคลรับรู้ภาวะอ่อนเป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพ บุคคลจะมีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่เนื่องมาจากภาวะอ่อน สามารถสรุปได้ว่าองค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ดังนั้นการรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพในการศึกษาครั้งนี้ คือ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ่อน และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เกิดจากภาวะอ่อน ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ภาวะอ่อนมีความรุนแรง อาจทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตและรู้ว่าตนเองเสี่ยงที่จะเกิดภาวะอ่อน จะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญต่อการป้องกันภาวะอ่อนได้

### **การสนับสนุนทางสังคม (Social support)**

#### **1. ประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคม**

Caplan, Robinson และ French (1976) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับ โดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นด้านข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ House (1981) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้การสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การให้กำลังใจ การให้การยอมรับนับถือ

1.2 การสนับสนุนในการให้ประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ การให้การรับรอง

1.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ การให้ข่าวสาร

1.4 การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น เครื่องมือ เวลา

#### **2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม**

สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2543) ได้กล่าวถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 แหล่ง คือ

2.1 ครอบครัวและญาติพี่น้อง

2.2 กลุ่มเพื่อน

2.3 ด้านศาสนา หรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ

2.4 กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข

2.5 กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ

### 3. ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพแบ่งออกเป็น 2 ด้านคือ

- 3.1 ผลต่อสุขภาพกาย เช่น การได้รับบริการจากแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ สาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นอยู่
  - 3.2 ผลต่อสุขภาพจิต เช่น การได้รับกำลังใจ การได้รับการยอมรับนับถือของผู้สูงอายุ จากลูกหลาน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า
- ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 4 ด้านคือ การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือ

### ปัจจัยที่สัมพันธ์และมีผลต่อภาวะอ้วน

ภาวะอ้วนเป็นความซับซ้อนซึ่งเกิดจากปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ พันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มีพลังงานสูงและขาดการออกกำลังกาย สิ่งที่เป็นตัวกำหนดน้ำหนักตัว คือ ปฏิกริยาระหว่างพันธุกรรมกับปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อพลังงานที่ได้รับเข้าไปและใช้ออกมา ภาวะอ้วนเกิดจากหลายสาเหตุ แต่ละสาเหตุจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในหลายด้านซึ่งสาเหตุของโรคอ้วนนั้นสามารถแบ่งได้ ดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2555)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ พบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดมากกว่า เพศชาย เนื่องจากเพศหญิงจะถูกฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตโรนเร่งให้มีการสร้างเซลล์ไขมันสะสมไว้ไม่มีการเสื่อมสลาย อีกทั้งธรรมชาติเพศหญิงนั้นมักชอบที่จะสรรหาของมารับประทานอยู่ตลอดเวลา ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่จบชั้นมัธยมศึกษาและปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคอ้วนมากกว่าผู้ที่ไม่มีการศึกษา การประกอบอาชีพ พบว่า การประกอบอาชีพที่ไม่ได้เคลื่อนไหวหรือใช้พลังงาน จะทำให้ร่างกายเกิดการสะสมไขมัน พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น ชอบรับประทานอาหารสำเร็จรูป มีไขมันสูง รับประทานปริมาณมากในมื้อเย็นมีผลทำให้เกิดภาวะอ้วน การมีกิจกรรมทางกายลดลง การใช้เครื่องทุ่นแรงมากขึ้นจะส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า เกิดจากบทบาทของบุคคลในครอบครัวและในชุมชน สถานที่ทำงานมีส่วนในการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ เช่น เน้นการออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ จะมีส่วนช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะอ้วนได้

2. สาเหตุภายนอก ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงเป็นประจำและรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย มากกว่าพลังงานที่ใช้ออกไป ประเภทของอาหาร โดยเฉพาะผู้ที่ชอบรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล ไม่ว่าจะเป็นกลูโคส น้ำหวาน เครื่องดื่ม ไวน์ เบียร์ พฤติกรรมที่สำคัญอีกอย่างคือ การขาดการออกกำลังกาย หรือขาดการ

เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้ร่างกายได้รับพลังงานจากการรับประทานอาหารมาก แต่ถูกใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จึงเกิดการสะสมพลังงานในร่างกายในรูปของไขมันและไปพอกพูนตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพิ่มมากขึ้น จนนำไปสู่สภาวะน้ำหนักเกินและเกิดภาวะอ้วนในที่สุด

3. สาเหตุภายใน เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ทำงานบกพร่อง ทำให้เกิดการสะสมของไขมันตามบริเวณต้นแขน ต้นขา และหน้าท้อง หรืออาจเกิดจากสภาวะของจิตใจและอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เช่น รับประทานอาหารด้วยความโกรธ ความคับแค้นใจ กลุ้มใจ กังวลใจหรือดีใจ บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่ามีเมื่อได้รับประทานอาหารแล้วจะทำให้จิตใจสงบขึ้น จึงหันมายึดเอาอาหารไว้เป็นที่พึ่งทางใจ หรืออาจเป็นไปในทางตรงกันข้าม คือบางคนกลุ้มใจ เสียใจ แล้วรับประทานอาหารไม่ได้ หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น

4. การรับประทานยาบางชนิด ยาบางชนิดอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้บุคคลเกิดภาวะอ้วน เช่น ผู้ป่วยบางโรคได้รับฮอร์โมนสเตียรอยด์เป็นเวลานาน ก็ทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ หรือผู้หญิงที่ฉีดยาหรือกินยาคุมกำเนิดก็อาจทำให้เกิดภาวะอ้วนเช่นกัน

5. กรรมพันธุ์ พบได้น้อย เนื่องจากภาวะอ้วนที่เกิดจากกรรมพันธุ์นี้ยังพิสูจน์ไม่ได้ แต่โดยส่วนใหญ่ถ้ามีพ่อแม่อ้วนทั้งสองคน ลูกมีโอกาสที่จะเกิดภาวะอ้วนได้ถึงร้อยละ 80 หรือถ้ามีพ่อแม่คนใดคนหนึ่งอ้วน ลูกมีโอกาสอ้วนได้ถึงร้อยละ 40

6. โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และโรคที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อต่าง ๆ จึงทำให้เมื่อเกิดภาวะอ้วน โรคเหล่านั้นก็จะเกิดตามมา

7. อายุ อายุมากขึ้น การเผาผลาญพลังงานของร่างกายจะช้าลงจึงเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคอ้วน โดยเฉพาะในหญิงวัยทอง

8. อุปนิสัยคล้ายหรือเหมือนกัน ของคนในครอบครัว ผู้ใกล้ชิดไม่ว่าจะด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่คล้าย ๆ กัน

9. การนอนไม่เพียงพอ ฮอร์โมนบางตัวจะถูกปล่อยออกมาเฉพาะขณะที่กำลังหลับ เช่น อินซูลิน ที่ควบคุมระดับน้ำตาล คนที่นอนไม่พอจะมีระดับของอินซูลินต่ำ

10. ภาวะจิตใจ หมายถึง ภาวะจิตผิดปกติ เช่น บริโภคอาหารเพื่อดับความโกรธ ความกังวล ความกลุ้มหรือความคับแค้นใจ โดยรู้สึกว่าการเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความสุขและความสงบ

## การป้องกันและควบคุมภาวะอ้วน

1. การป้องกันและควบคุมภาวะอ้วน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2555 และสายสมร พลดงนอก, สรวิเชษฐ์ รัตนชัยวงศ์, จันจิราภรณ์ วิชัย, ธัญลักษณ์ ทอนราช.2558) การดูแลรักษาโรคอ้วนที่ปลอดภัยและได้ผลระยะยาว คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเรื่องการบริโภคอาหาร และการทำกิจกรรมออกกำลังกาย ซึ่งมีหลักการง่าย ๆ ดังนี้

1.1 กินอาหารตามโภชนาบัญญัติ 9 ประการหรือตามธงโภชนาการ

1.2 ลดอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และน้ำตาล รวมทั้งหลีกเลี่ยงอาหารทอด หรืออาหารผัดที่ใช้ไขมัน แกรงหรือขนม ซึ่งใส่กะทิ เปลี่ยนมาใช้วิธีอบ ต้ม นึ่ง ย่าง เพื่อลดการใช้ไขมันปรุงอาหาร

1.3 กินอาหารมื้อหลักให้ครบ 3 มื้อ มีอาหารว่างที่ไม่หวานและไม่มีไขมันมาก หากเป็นผลไม้ ควรเป็นผลไม้ที่ไม่หวาน เช่น มะละกอ ฝรั่ง ชมพู

1.4 กินอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น เช่น ข้าวกล้อง ขนมหั้ว โฮลวีตจากข้าวสาลี หรือธัญพืชชนิดอื่นที่ไม่ขัดสี ผักผลไม้

1.5 ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยประเภทและระยะเวลาในการออกกำลังกาย ต้องปรับตามสภาพและความพร้อมของร่างกาย กิจกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การเดิน เริ่มเดินช้า ๆ ก้าวเท้าให้สม่ำเสมอ แกว่งแขนสบาย ๆ ไปตามจังหวะ เพื่อบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ที่ใช้ในการเดิน ควรสวมรองเท้าที่เหมาะสมสำหรับการเดิน เพราะจะช่วยลดการบาดเจ็บที่ข้อและกล้ามเนื้อได้มาก ควรเพิ่มความเร็วของการเดินและระยะเวลาที่เดินในแต่ละครั้ง ไม่น้อยกว่าครั้งละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้งต่อสัปดาห์ การวิ่งเหยาะ ๆ หากการออกกำลังกายด้วยการเดินแล้วเป็นไปด้วยดี อาจเปลี่ยนเป็นวิ่งเหยาะ ๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเริ่มจากระยะเวลาสั้น ๆ ก่อน แล้วค่อยเพิ่มตามความเหมาะสมกับสภาพร่างกาย การฝึกโยคะ การรำมวยจีน การรำไม้พลอง ควรเริ่มฝึกกับผู้ฝึกที่เชี่ยวชาญ จะเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นให้ร่างกายได้อย่างดี การออกกำลังกายแบบแอโรบิกชนิดต่าง ๆ เช่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เดินรำ เดินแอโรบิค หากทำได้ควรทำอย่างน้อยครั้งละ 20-30 นาที จำนวน 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมการออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและอุปนิสัยของตนเอง อาจเลือกสลับสับเปลี่ยนกันได้ในแต่ละวัน หลักการคือ ควรทำให้ได้อย่างน้อยวันละ 20-30 นาที จนรู้สึกว่ามีเหงื่อ เริ่มเหนื่อย และมีอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ประมาณร้อยละ 60-80 ของชีพจรสูงสุด ซึ่งคำนวณได้โดยใช้ค่า 220 ลบด้วยอายุ เช่น อายุ 50 ปี คำนวณค่าชีพจรสูงสุดจะเท่ากับ 220-50 เท่ากับ 170 ครั้งต่อนาที เมื่อออกกำลังกาย ควรให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 102-136 ครั้งต่อนาที ซึ่งเท่ากับร้อยละ 60-80 ของชีพจรสูงสุด



1.6 การใช้ยา ควรใช้โดยมีแพทย์คอยดูแลอย่างใกล้ชิดเท่านั้น ไม่ควรซื้อยามา  
รับประทานเอง

## 2. แนวทางการควบคุมภาวะอ้วน สามารถทำได้โดย

2.1 สร้างปัจจัยเอื้อ ปรับสภาพสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกา  
และการออกกำลังกาย

2.2 สร้างองค์ความรู้ตามหลัก 3 อ. เพื่อเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกา  
และการออกกำลังกาย สร้างความสมดุลพลังของร่างกาย

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พลอยณณารินทร์ ราวินิจ (2559) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร  
ตำบลชะแมบ อำเภอลำดวน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัย  
ส่วนบุคคล ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และ  
ปัจจัยพฤติกรรมส่วนบุคคลด้วยแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า จากการคำนวณหาความสัมพันธ์  
โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงคือ เพศหญิงและพบ  
ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 9.83 เท่า ของเพศชาย (ORAdj. = 9.83, 95%CI = 3.45-  
27.99)

สถานภาพคู่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 12.54 เท่า ของผู้ที่สถานภาพ โสด(ORAdj.  
= 12.54,95%CI = 1.31-120.27) คะแนนการสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่า เมื่อคะแนนลดลงทุก  
ๆ 1 เท่า จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 2.85 เท่า (ORAdj. = 2.85, 95%CI = 1.08-7.54)  
และผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง 4.35 เท่า ของผู้ที่  
ออกกำลังกายมากกว่า 20 นาที (ORAdj. = 4.35,95%CI = 1.91-9.88) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยส่วน  
บุคคลที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิดภาวะอ้วนลงพุงคือ ผู้ที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงาน  
บริษัทเอกชนมีโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 87 ของผู้ที่ประกอบอาชีพ  
รับจ้างทั่วไป (ORAdj. = 0.13, 95%CI = 0.02-0.67)

สุทธิชา สายเมือง (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเกิดภาวะอ้วนใน  
กลุ่มเด็กระดับประถมศึกษา ตอนตัน อำเภอมือง จังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเกิดภาวะอ้วน มีดังนี้ เพศมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกาเกิด  
ภาวะอ้วน (p = 0.031) ชั้นปีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเกิดภาวะอ้วน (p = 0.035) การรับรู้  
เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาเกิดภาวะอ้วน (p = 0.026) และการ

สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดภาวะอ้วน ( $p < 0.001$ ) ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พัศตราภรณ์ แยมเม่น (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอ้วนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

วัฒนา สารระขวัญ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของพนักงาน ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคอ้วน การรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วน และแรงจูงใจด้านสุขภาพของพนักงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปรียาภรณ์ ตั้งเพียร (2551) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ (2552) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวรรณ ฉารรุ่งโรจน์ (2553) ศึกษาเกณฑ์ในการบ่งชี้โรคอ้วน พบว่า เกณฑ์ในการบ่งชี้โรคอ้วนมีหลายเกณฑ์ ตัวบ่งชี้ควรเป็นตัวที่ประเมินหรือวัดค่าได้ง่าย คลาดเคลื่อนน้อย สะดวก มีความแม่นยำในการวัดแต่ละครั้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ข้อจำกัด ผู้ที่อ้วนไม่ชัดเจนอาจต้องใช้การวัดมากกว่า 1 ตัวบ่งชี้ เพราะทุกตัวบ่งชี้มีข้อจำกัด ระดับค่าที่ใช้เป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะอ้วนของรอบเอวจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ใกล้เคียงกับเกณฑ์ที่แบ่งตามเชื้อชาติของสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ ดังนั้นรอบเอวน่าจะเป็นตัวบ่งชี้โรคอ้วนได้ดี และนำไปใช้ง่ายในการบ่งชี้โรคอ้วน

วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มี

การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และความดันโลหิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านน้ำหนักเกินและอ้วน อ้วนลงพุงและความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงและชายไม่แตกต่างกัน ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ยกเว้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ทางลบกับความดันโลหิตขณะ หัวใจคลายตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการศึกษา

#### รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบเชิงสหสัมพันธ์ (Correlation research) ในรูปแบบการศึกษา ณ จุดเวลา (Cross-sectional studies) เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ด้วยการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น เก็บข้อมูลครั้งเดียวแล้วนำไปวิเคราะห์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุตั้งแต่ 60-90 ปี เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคมที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ยินยอมและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

2. การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งอำเภอเวียงเก่าออกเป็น 3 ตำบล ได้แก่ ตำบลเมืองเก่าพัฒนา ตำบลในเมือง ตำบลเขาน้อย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก 1 ตำบล ได้ตำบลเขาน้อย มี 8 หมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดหาขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดด้วยสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973) อ้างใน บุญธรรม กิจปริดาภิสุทธิ, 2553, หน้า 11) ใช้สูตรคำนวณดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

N = จำนวนผู้สูงอายุ

e = ค่าความคาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ กำหนดความคาดเคลื่อนเท่ากับ 5%

(Acceptable = 0.05)

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{801}{1 + (801 \times 0.05^2)} \\
 &= \frac{801}{1 + 2.0025} \\
 &= 266.77
 \end{aligned}$$

ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่าง (Sample size) ที่เป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 267 คน

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ให้เป็นสัดส่วนกันโดยตำบลเจาน้อยมี 11 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านบ่อ หมู่ที่ 2 บ้านนาท่อม หมู่ที่ 3 บ้านหนองแวง หมู่ที่ 4 บ้านนาแพง หมู่ที่ 5 บ้านโคกสว่าง หมู่ที่ 6 บ้านนาตาด หมู่ที่ 7 บ้านโพนงาน หมู่ที่ 8 บ้านเจาน้อย หมู่ที่ 9 บ้านมีชัย หมู่ที่ 10 บ้านโนนสว่าง หมู่ที่ 11 บ้านศรีประทุม กำหนดหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละหมู่บ้านให้เป็นสัดส่วนกัน ได้ผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ประชากรกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่างแยกเป็นหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	ประชากร	ตัวอย่าง
หมู่ที่ 1 บ้านบ่อ	100	33
หมู่ที่ 2 บ้านนาท่อม	47	16
หมู่ที่ 3 บ้านหนองแวง	102	34
หมู่ที่ 4 บ้านนาแพง	90	30
หมู่ที่ 5 บ้านโคกสว่าง	99	33
หมู่ที่ 6 บ้านนาตาด	32	11
หมู่ที่ 7 บ้านโพนงาน	17	6
หมู่ที่ 8 บ้านเจาน้อย	98	32
หมู่ที่ 9 บ้านมีชัย	66	22
หมู่ที่ 10 บ้านโนนสว่าง	70	23
หมู่ที่ 11 บ้านศรีประทุม	80	27
รวม	801	267

ขั้นตอนที่ 4 สุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Sample random sampling) โดยการจับสลากตามบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุ

### เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะของเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปถาม เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก มีลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามเปิดและปิดผสมกัน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ภาวะคุณภาพชีวิต ด้านการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน ถามการเข้าสังคม การเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต ความวิตกกังวล โรคผิวหนัง ข้อเข่าเสื่อม เกิดปัญหาสุขภาพ ภาพลักษณ์ ภาระแก่ครอบครัวสังคม เสียเวลาในการรักษา การนอนกรนทำให้หยุดหายใจชั่วขณะ โรคมะเร็ง เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา ไปไหนมาไหนลำบาก ความภูมิฐานน่าเคารพ จำนวน 20 ข้อ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ถามการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาล ไขมันมาก อาหารประเภทผัด ทอด ขนมหวาน ใส่น้ำมัน เนื้อสัตว์ติดมัน ผลไม้รสหวาน น้ำอัดลม แอลกอฮอล์ น้ำหวาน ความเครียด กินจุบจิบ ทานอาหารมากเกินไปจนทำให้หิวมาก ใช้งานไปใหญ่ใส่อาหาร การควบคุมอาหาร การรับประทานผักครึ่งหนึ่งของอาหารแต่ละมื้อ การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายมากใช้พลังงานน้อยลงและพ่อแม่อ้วนจะทำให้อ้วน จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า จำนวน 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยการให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 เห็นด้วยให้ 4 ไม่แน่ใจให้ 3 ไม่เห็นด้วยให้ 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 โดยคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงข้าม รวมคำถามทั้งหมด 40 ข้อ

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มี 4 ด้าน ถามจากครอบครัว ชุมชนหรือเพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านอารมณ์ ถามการดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ จำนวน 4 ข้อ ด้านการประเมินถาม ถามได้รับความมั่นใจว่าจะไม่อ้วน จำนวน 4 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร ถามการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ จำนวน 4 ข้อ ด้านเครื่องมือ ถามการได้รับการช่วยเหลือ ด้านเงิน สิ่งของอุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกาย จำนวน 4 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า จำนวน 5 คำตอบ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยการให้คะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ มากที่สุดให้ 5 มากให้ 4 ปานกลางให้ 3 น้อยให้ 2 น้อยที่สุดให้ 1 รวมคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

2. การสร้างเครื่องมือ สร้างขึ้นโดยทบทวนจากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุเป็นหลัก ทั้งในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน เรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด การเกิดโรคจากภาวะอ้วน การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือจนครอบคลุม ครบถ้วนตามเนื้อหา แล้วนำมาสร้างแบบสัมภาษณ์ นำไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาและนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์

3. การตรวจสอบความตรง นำแบบสัมภาษณ์และแบบประเมินที่มีช่องให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนข้อเสนอแนะ ส่งไปรษณีย์ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเรื่องภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) ตรวจสอบคำถามแต่ละข้อว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาหรือไม่ แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาปรับแก้ไขให้เรียบร้อย จึงส่งแบบสัมภาษณ์พร้อมกับแบบตรวจสอบไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินอีกครั้ง ถ้าเห็นตรงตอบเห็นด้วย ไม่ตรงตอบไม่เห็นด้วย และไม่ชัดเจนหรือไม่ตรง ให้ตอบว่า ไม่แน่ใจ นำผลมาให้คะแนน +1, -1 และ 0 ตามลำดับ โดยต้องมีค่า IOC 0.33 ขึ้นไปถือว่ามีความตรง

จากนั้นนำผลจากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องด้วยสูตร IOC (Index of Congruence) ดังนี้ (อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธ์, 2560, 168)

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ

$\sum R$  คือ ผลรวมคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

ผลปรากฏว่าได้ค่า IOC ดังนี้

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะคุณภาพชีวิต มีค่าระหว่าง 0.33-1.00

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม มีค่าระหว่าง 0.33-1.00

4. การทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพ นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ใน ตำบลกุดขอนแก่น อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ในเดือน กรกฎาคม จำนวน 30 คน ซึ่งมี คุณสมบัติเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-90 ปี มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาและไม่ใช้กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา โดยผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยตนเอง ระหว่างสัมภาษณ์ได้สังเกต ความเข้าใจในคำถามของผู้สูงอายุ ว่าเข้าใจตรงกับผู้ศึกษาต้องการสัมภาษณ์หรือไม่ แล้วนำมา ปรับแก้ไขคำถาม ให้มีความชัดเจนครบถ้วน บันทึกข้อมูลใส่โปรแกรมสำเร็จรูปและตั้ง เครื่องประมวลผลหาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามแต่ละข้อด้วยดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total coefficient) ต้องมีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ +0.2 ขึ้นไป (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2560, 166) ปรากฏว่าได้ค่าอำนาจจำแนกดังนี้

#### ส่วนที่ 2

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีย่าอำนาจจำแนกระหว่าง	0.21-0.51
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมีย่าอำนาจจำแนกระหว่าง	0.20-0.44

#### ส่วนที่ 3

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง	0.22-0.72
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินมีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง	0.20-0.74
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง	0.24-0.67
การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือมีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง	0.21-0.71

จากนั้นนำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) แต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์ด้วยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Coefficient alpha of cronbach) ปรากฏว่าได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรค	= 0.76
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	= 0.73
ภาวะสุขภาพ	= 0.73
การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	= 0.71
การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมิน	= 0.72
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	= 0.76
การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ	= 0.73
การสนับสนุนทางสังคม	= 0.72



## การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยมีผู้ช่วยสัมภาษณ์ 5 คน รวมกับนักศึกษาเป็น 6 คน ผู้ช่วยสัมภาษณ์ 5 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่เคยเป็นผู้ช่วยสัมภาษณ์มาก่อน

2. ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลและรายละเอียด การทำความเข้าใจในเนื้อหา คำถาม คำตอบ วิธีการสัมภาษณ์ การลงบันทึกการสัมภาษณ์ ให้กับผู้ช่วยสัมภาษณ์ เข้าใจและปฏิบัติตรงกัน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ละหมู่บ้าน โดยมีการเก็บข้อมูลตามบัญชีรายชื่อที่สุ่มได้ เก็บข้อมูลที่ละหมู่บ้านโดยแยกกันเก็บข้อมูลและมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้นำทางไปเก็บข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลจะมีการแนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

4. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์จนครบแล้ว ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ในแต่ละส่วนและให้ครบตามจำนวน แล้วนำไปวิเคราะห์หาค่าทางสถิติโดยโปรแกรมสำเร็จรูป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทั้งหมดไปลงรหัสในแบบฟอร์มลงรหัส แล้วนำข้อมูลไปประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป มี 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อาชีพและระดับการศึกษาทำการแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอวและรอบสะโพก ทำการแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย อายุต่ำสุด อายุสูงสุดและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ภาวะคุณภาพ วิเคราะห์ทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละของคำตอบแต่ละข้อ จากนั้นให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย ดังนี้

ระดับมาก	หมายถึง	ได้คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 70 ขึ้นไป
ระดับปานกลาง	หมายถึง	ได้คะแนนตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 30-70
ระดับน้อย	หมายถึง	ได้คะแนนน้อยกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 30

3. การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ ด้วยสถิติแจกแจงความถี่ หาจำนวนร้อยละของคำตอบแต่ละข้อ จากนั้นแบ่งคะแนนเป็น 3 กลุ่ม มาก ปานกลาง น้อย เหมือนกับการรับรู้ภาวะคุณภาพดังกล่าว

4. ภาวะอ้วน จากเกณฑ์ตัดสิน 3 เกณฑ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ดัชนีมวลกาย ร่วมกับรอบเอว วิเคราะห์ได้ดังนี้

ดัชนีมวลกาย (BMI) คือ น้ำหนักตัวเมื่อเทียบกับส่วนสูง (สายสมร พลดงนอก, สรวิเชษฐ์ รัตนชัยวงศ์, จันจิราภรณ์ วิชัย, รัชฎ์ลักษณ์ ทอนราช, 2558) โดยคำนวณจากสูตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร<sup>2</sup>)

แบ่งภาวะอ้วนได้เป็น อ้วน เมื่อค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23.0 ขึ้นไป

ไม่อ้วน เมื่อดัชนีมวลกาย  $\leq 22.9$

รอบเอว หมายถึง รอบเอวเกินจะทำให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง (สำนักโภชนาการกรมอนามัย, 2561) แบ่งภาวะอ้วนได้เป็น

อ้วน เมื่อรอบเอว  $\leq 90$  และ 80 เซนติเมตรในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ

ไม่อ้วน เมื่อรอบเอว  $\geq 90$  และ 80 เซนติเมตรในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ

ดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว หมายถึง ภาวะอ้วนโดยเกณฑ์ตัดสินร่วมกัน แบ่งภาวะอ้วนได้เป็น

อ้วน เมื่อมีดัชนีมวลกายและรอบเอวเกินเกณฑ์

ท่วม เมื่อมีดัชนีมวลกายหรือรอบเอวตัวใดตัวหนึ่งเกินเกณฑ์

ไม่อ้วน เมื่อมีดัชนีมวลกายและรอบเอวปกติ

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของภาวะคุณภาพ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเครื่องมือ กับภาวะอ้วนด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

### การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้แนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิแนบไว้กับแบบสัมภาษณ์ ให้กลุ่มตัวอย่างก่อนทำการสัมภาษณ์ การตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบและข้อมูล จะถูกปกปิดไว้เป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เท่านั้น

## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษานี้ต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุณภาพกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ จำนวน 267 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ระหว่างวันที่ 23 กันยายน ถึงวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2560 ผลการศึกษานำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง เรียงลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การรับรู้ภาวะคุณภาพ
3. การสนับสนุนทางสังคม
4. ภาวะอ้วน
5. ความสัมพันธ์ของภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอ้วน

#### ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 267 คน พบว่า ร้อยละ 64.0 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง ส่วนมาร้อยละ 28.5 เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 60 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุดคือ 90 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ 70.69 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรร้อยละ 53.2 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 44.2 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 91.8 รองลงมาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 5.2 และจบมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 2.6 น้ำหนักเฉลี่ย 55.91 น้ำหนักสูงสุด 85 กิโลกรัม น้ำหนักต่ำสุด 40 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 154.96 ส่วนสูงสูงสุด 180 เซนติเมตร ส่วนสูงต่ำสุด 140 เซนติเมตร รอบเอวเฉลี่ย 84.24 รอบเอวสูงสุด 118 เซนติเมตร รอบเอวต่ำสุด 60 เซนติเมตร รอบสะโพกเฉลี่ย 93.66 รอบสะโพกสูงสุด 132 เซนติเมตร รอบสะโพกต่ำสุด 64 เซนติเมตร ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>รวม</b>	267	100.0
<b>เพศ</b>		
ชาย	96	36.0
หญิง	171	64.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
60-64	52	19.5
65-69	68	25.5
70-74	76	28.5
75-79	44	16.5
ตั้งแต่ 80 ขึ้นไป	27	10.0
เฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 70.69 SD = 6.34 ต่ำสุด = 60 สูงสุด = 90		
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	118	44.2
ค้าขาย	7	2.6
เกษตรกร	142	53.2
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	1	0.4
ประถมศึกษา	245	91.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	2.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	14	5.2
<b>น้ำหนัก (กก.)</b>		
40-54	129	48.2
55-64	91	34.1
65-74	37	13.9
75-84	8	3.0
85	2	0.8
เฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 55.91 SD = 8.56 ต่ำสุด = 40.0 สูงสุด = 85.0		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ส่วนสูง (ซม.)</b>		
140-149	47	17.6
150-159	133	49.8
160-169	78	29.2
170-179	8	3.0
ตั้งแต่ 180 ขึ้นไป	1	0.4
เฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 154.96 SD = 7.10 ต่ำสุด = 140 สูงสุด = 180		
<b>รอบเอว (ซม.)</b>		
60-71	27	10.2
72-83	104	38.9
84-95	94	35.2
96-107	39	14.6
107-118	3	1.1
เฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 84.24 SD = 10.29 ต่ำสุด = 60 สูงสุด = 118		
<b>รอบสะโพก (ซม.)</b>		
64-77	5	1.9
78-91	109	40.8
92-105	131	49.1
106-119	20	7.5
120-133	2	0.7
เฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) = 93.66 SD = 8.69 ต่ำสุด = 64 สูงสุด = 132		

### ภาวะคุณภาพสุขภาพ

ภาวะคุณภาพสุขภาพรายข้อ ได้ศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนมากกว่าร้อยละ 80 รับรู้ว่าภาวะอ้วนทำให้เคลื่อนไหวเชิงซ้ำ เป็นปัญหาสุขภาพ เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต โรคหัวใจ นอนกรนหยุดหายใจ

ช่วงขณะ วิตกกังวล ไม่มั่นใจตนเองในการเข้าสังคม เสียเวลาในการรักษาและอายุสั้นกว่าคนไม่อ้วน ร้อยละ 60-79 รับรู้ความรุนแรงว่า ภาวะอ้วนทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นโรคผิวหนัง มีรอยดำที่ข้อพับ สังคมรังเกียจ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ในทางลบและเป็นภาระแก่สังคมและครอบครัว น้อยกว่าร้อยละ 60 รับรู้ความรุนแรงว่า ภาวะอ้วนจะทำให้เป็น โรคร้ายแรงตามมา ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วนพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 รับรู้ว่าการรับประทานอาหารหรือขนมหวาน อาหารไขมันสูง ผัก ทอด เนื้อสัตว์ติดมัน ขนมหวานใส่กะทิ คี๋ม แอลกอฮอล์ น้ำอัดลม น้ำผลไม้รสหวาน กินจุบกินจิบ อายุมากขึ้น ไร้พลังงานน้อยลง เคลื่อนไหวร่างกายน้อยและไม่ออกกำลังกายจะเสี่ยงเกิดภาวะอ้วน ร้อยละ 60-69 รับรู้ถึงความเครียด การมีพ่อแม่อ้วน การใช้งานใบใหญ่ตัดอาหาร การไม่รับประทานอาหารเช้าจะทำให้หิวและกินมาก จะเสี่ยงเกิดภาวะอ้วน ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ภาวะอ้วนทำให้เคลื่อนไหวเชิงช้า	266 (99.7)	1 (0.4)	0 (0.0)
2. ภาวะอ้วนทำให้เป็นโรคข้อเสื่อม	260 (97.4)	7 (2.6)	0 (0.0)
3. ภาวะอ้วนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา	259 (97.0)	8 (3.0)	0 (0.0)
4. ภาวะอ้วนทำให้เป็นโรคเบาหวานได้	257 (96.3)	10 (3.7)	0 (0.0)
5. ภาวะอ้วนทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา	240 (89.9)	14 (5.2)	13 (4.9)
6. ภาวะอ้วนทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้	237 (88.7)	30 (11.2)	0 (0.0)
7. ภาวะอ้วนทำให้เกิดความไม่มั่นใจตนเองในการเข้าสังคม	234 (87.6)	28 (10.5)	5 (1.9)

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะคุณภาพ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
8. ภาวะอ้วนทำให้เกิดความวิตกกังวลเรื่อง สุขภาพ	228 (85.3)	36 (13.5)	3 (1.1)
9. ภาวะอ้วนทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ	227 (85.0)	32 (12.0)	8 (3.0)
10. ภาวะอ้วนทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้	226 (84.6)	34 (12.7)	7 (2.6)
11. ภาวะอ้วนทำให้เสียเวลาในการรักษา	222 (83.1)	28 (10.5)	17 (6.4)
12. ภาวะอ้วนทำให้อ่อนกรนหยุดหายใจได้ ชั่วขณะ	218 (81.6)	46 (17.2)	3 (1.1)
13. ภาวะอ้วนทำให้อายุสั้นกว่าคนไม่อ้วน	215 (80.5)	49 (18.4)	3 (1.1)
14. ภาวะอ้วนทำให้เป็นโรคหัวใจได้	214 (80.1)	47 (17.6)	6 (2.2)
15. ภาวะอ้วนอาจทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร	207 (77.5)	41 (15.4)	19 (7.1)
16. ภาวะอ้วนทำให้เป็นโรคผิวหนัง มีรอยปื้นดำ ที่ข้อพับ	204 (76.4)	52 (19.5)	11 (4.1)
17. ภาวะอ้วนเป็นภาระแก่ครอบครัว สังคม	196 (73.4)	47 (17.6)	24 (9.0)
18. ภาวะอ้วนทำให้สังคมรังเกียจ	182 (68.2)	55 (20.6)	30 (11.2)
19. ภาวะอ้วนส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ในทางลบ	180 (67.4)	85 (31.8)	2 (0.7)

## ตารางที่ 6 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะคุณภาพ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
20. ภาวะอ้วนอาจทำให้เป็นโรคร้ายแรงตามมา	149 (55.8)	95 (35.6)	23 (8.6)
21. ทานอาหารหรือขนมรสหวานจัดประจำ	260 (97.4)	2 (0.7)	5 (1.9)
22. ทานอาหารที่มีไขมันสูงประจำ	257 (96.2)	5 (1.9)	5 (1.9)
23. ออกกำลังกาย 5 วัน/ สัปดาห์ 30 นาทีไม่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน	255 (95.5)	12 (4.5)	0 (0.0)
24. ทานอาหารประเภทผักหรือทอดประจำ	249 (93.2)	10 (3.7)	8 (3.0)
25. ดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานประจำ	245 (91.8)	17 (6.4)	5 (1.9)
26. ทานขนมหวานที่ใส่กะทิประจำ	243 (91.0)	15 (5.6)	9 (3.4)
27. ทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมันประจำ	241 (90.3)	13 (4.9)	13 (4.9)
28. ไม่ออกกำลังกายเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน	240 (89.9)	19 (7.1)	8 (3.0)
29. เคลื่อนไหวร่างกายน้อยเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะอ้วน	237 (88.8)	23 (8.6)	7 (2.6)
30. อายุมากขึ้นแล้วใช้พลังงานน้อยลง	234 (87.7)	24 (9.0)	9 (3.4)
31. กินผักครึ่งหนึ่งของอาหารไม่เสี่ยงต่อการ เกิดภาวะอ้วน	234 (87.6)	24 (9.0)	9 (3.4)



ตารางที่ 6 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะคุณภาพ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
32. กินจุบกินจิบเป็นประจำ	230 (86.2)	29 (10.9)	8 (3.0)
33. คัดเครื่องคั้มแอลกอฮอล์ประจำ	228 (85.4)	32 (12.0)	7 (2.6)
34. ทานอาหารปริมาณมากเกินไปในแต่ละมื้อ	227 (85.0)	33 (12.4)	7 (2.6)
35. การควบคุมอาหารไม่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ อ้วน	227 (85.0)	34 (12.7)	6 (2.2)
36. ทานผลไม้รสหวานประจำ	221 (82.8)	35 (13.1)	11 (4.1)
37. เมื่อเกิดความเครียดแล้วทานอาหารมากขึ้น	211 (79.0)	36 (13.5)	20 (7.5)
38. พ่อแม่อ้วนจะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน	206 (77.1)	38 (14.2)	23 (8.6)
39. ใช้งานใบใหญ่ใส่อาหารปริมาณมากเป็น ประจำ	145 (64.3)	66 (24.7)	56 (21.0)
40. ไม่ทานอาหารเมื่อเช้าจะทำให้หิวและกินมาก	168 (62.9)	62 (23.2)	37 (13.9)

เมื่อวิเคราะห์ระดับการรับรู้ภาวะคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 42.3 มีการรับรู้ภาวะคุณภาพในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 33.7 มีการรับรู้ในระดับมาก ร้อยละ 24.7 มีการรับรู้ในระดับน้อย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 30.0 มีการรับรู้ในระดับมาก และร้อยละ 29.2 มีการรับรู้ในระดับน้อย ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้ภาวะคุณภาพ

การรับรู้ภาวะคุณภาพ	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรง	90	33.7	111	41.6	66	24.7
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	80	30.0	109	40.8	78	29.2
ภาวะคุณภาพ	84	31.5	113	42.3	70	26.2

### การสนับสนุนทางสังคม

เมื่อวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมครั้งนี้ ด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 60-79 ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว อาสาสมัครมาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากชุมชนหรือเพื่อนบ้าน

ด้านการประเมิน พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 60-79 ได้รับความมั่นใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครมาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับความมั่นใจจากครอบครัวและชุมชนหรือเพื่อนบ้าน

ด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 80 ขึ้นไป ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครมาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 60-79 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากชุมชนหรือเพื่อนบ้าน

ด้านเครื่องมือ พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 60-79 ได้รับการช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของอุปกรณ์สถานที่ออกกำลังกายจากครอบครัว น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับการช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของอุปกรณ์สถานที่ออกกำลังกายจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนหรือเพื่อนบ้าน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน (ร้อยละ) ของผู้สูงอายุจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ

การสนับสนุนทางสังคม	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>			
1. การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากคนในครอบครัว	199 (74.5)	65 (24.3)	3 (1.1)
2. การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากชุมชนหรือเพื่อนบ้าน	94 (35.2)	140 (52.4)	33 (12.3)
3. การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	213 (79.8)	49 (18.4)	5 (1.9)
4. การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากอสม	206 (77.1)	55 (20.6)	6 (2.3)
<b>การสนับสนุนด้านการประเมิน</b>			
5. ได้รับความมั่นใจจากคนในครอบครัวว่าจะไม่เกิดภาวะอ้วน	158 (59.2)	95 (35.6)	14 (5.3)
6. ได้รับความมั่นใจจากชุมชนหรือเพื่อนบ้านว่าจะไม่เกิดภาวะอ้วน	81 (30.3)	146 (54.7)	40 (14.9)
7. ได้รับความมั่นใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าจะไม่เกิดภาวะอ้วน	112 (79.4)	51 (19.1)	4 (1.5)
8. ได้รับความมั่นใจจากอสมว่าจะไม่เกิดภาวะอ้วน	199 (74.5)	64 (24.0)	4 (1.5)

## ตารางที่ 8 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	มาก	ปานกลาง	น้อย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>			
9. ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากคนในครอบครัว	177 (66.3)	87 (32.6)	3 (1.1)
10. ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากชุมชนหรือเพื่อนบ้าน	99 (37.0)	129 (48.3)	39 (14.6)
11. ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	234 (87.7)	30 (11.2)	3 (1.1)
12. ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากอสม	233 (87.3)	30 (11.2)	4 (1.5)
<b>การสนับสนุนด้านเครื่องมือ</b>			
13. ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกายจากคนในครอบครัว	195 (73.1)	70 (26.2)	2 (0.7)
14. ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกายจากชุมชนหรือเพื่อนบ้าน	86 (12.2)	115 (43.1)	66 (24.7)
15. ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	126 (47.2)	115 (43.1)	26 (9.7)
16. ได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกายจากอสม	136 (50.9)	103 (38.6)	28 (10.5)

เมื่อวิเคราะห์ระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 43.8 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40.1 ได้รับการ

สนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 16.9 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ด้านการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 38.6 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 27.0 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ด้านข้อมูล ข่าวสารพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 44.9 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 13.9 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ด้านเครื่องมือพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 33.3 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 27.3 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความคิดเห็นการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ระดับมาก		ระดับปานกลาง		ระดับน้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอารมณ์	107	40.1	115	43.1	45	16.9
ด้านการประเมิน	103	38.6	92	34.5	72	27.0
ด้านข้อมูลข่าวสาร	120	44.9	110	41.2	37	13.9
ด้านเครื่องมือ	89	33.3	105	39.3	73	27.3
การสนับสนุนทางสังคม	70	26.2	117	43.8	80	30.0

### ภาวะอ้วน

ภาวะอ้วนจากการศึกษาครั้งนี้ ใช้เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกาย รอบเอว และดัชนีมวลกาย ร่วมกับรอบเอว พบว่า จากดัชนีมวลกายผู้สูงอายุอ้วนร้อยละ 58.1 จากรอบเอวผู้สูงอายุอ้วนร้อยละ 50.2 และจากดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอวผู้สูงอายุอ้วนร้อยละ 40.8 และท้วมร้อยละ 26.6 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละภาวะอ้วนของผู้สูงอายุจากเกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกาย รอบเอวและดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว

เกณฑ์ตัดสินภาวะอ้วน	ภาวะอ้วน					
	ไม่อ้วน		อ้วน		ทั้งหมด	
	n	%	n	%	n	%
ดัชนีมวลกาย	112	41.9	155	58.1	-	-
รอบเอว	133	49.8	134	50.2	-	-
ดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว	87	32.6	109	40.8	71	26.6

### ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอ้วน

1. เมื่อใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ตัดสิน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กันกับภาวะอ้วน โดยเพศหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าเพศชาย 2.9 เท่า ส่วนอายุ อาชีพ การศึกษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ภาวะคุกคาม การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ ไม่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน แต่มีแนวโน้มว่า ช่วงอายุ 70-74 ปี อ้วนมากกว่าช่วงอายุอื่น ผู้ประกอบอาชีพอ้วนมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ ผู้ที่จบการศึกษาน้อยกว่ามัธยมต้นอ้วนมากกว่าจบมัธยมต้นขึ้นไป การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับปานกลางอ้วนมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาการสนับสนุนด้านอารมณ์และเครื่องมือในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด และการสนับสนุนด้านการประเมินและด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก อ้วนมากที่สุด ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุและข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการใช้เกณฑ์ตัดสินค้านี้  
มวลกาย

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินค้านี้มวลกาย						
	ไม่อ่าน		อ่าน		$\chi^2$	ผลสรุป	
	n	%	n	%		p-value	OR
<b>เพศ</b>							
ชาย	56	50.0	40	25.8	16.527	.000	2.9
หญิง	56	50.0	115	74.2			
<b>อายุ</b>							
60-64	25	22.3	27	17.4	6.870	.143	
65-69	24	21.4	44	28.4			
70-74	27	24.1	49	31.6			
75-79	20	17.9	24	15.5			
80 ขึ้นไป	16	14.3	11	7.1			
<b>อาชีพ</b>							
ไม่ประกอบอาชีพ	47	42.0	71	45.8	.389	.533	
ประกอบอาชีพ	65	58.0	84	54.2			
<b>การศึกษา</b>							
จบมัธยมต้นขึ้นไป	6	5.4	15	9.7	1.675	.196	
จบน้อยกว่ามัธยมต้น	106	90.3	140	94.6			
<b>ภาวะคุณภาพสุขภาพ</b>							
<b>1. การรับรู้ความรุนแรง</b>							
ระดับมาก	36	32.1	54	34.8	3.391	.184	
ระดับปานกลาง	42	37.5	69	44.5			
ระดับน้อย	34	30.4	32	20.6			

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวलय						
	ไม่อ่าน		อ่าน		ผลสรุป		
	n	%	n	%	$\chi^2$	p-value	OR
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง							
ระดับมาก	30	34.8	41	26.5	2.198	.333	
ระดับปานกลาง	42	37.5	67	43.2			
ระดับน้อย	31	27.7	47	30.3			
3. การรับรู้ภาวะคุกคาม							
สุขภาพ							
ระดับมาก	36	32.1	48	31.0	1.508	.470	
ระดับปานกลาง	43	38.4	70	45.2			
ระดับน้อย	33	29.5	37	23.9			
การสนับสนุนทางสังคม							
1. ด้านอารมณ์							
ระดับมาก	51	45.5	56	36.1	2.399	.301	
ระดับปานกลาง	44	39.3	71	45.8			
ระดับน้อย	17	15.2	28	18.1			
2. ด้านการประเมิน							
ระดับมาก	44	39.3	59	38.1	1.551	.461	
ระดับปานกลาง	42	37.5	50	32.3			
ระดับน้อย	26	23.2	46	29.7			
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร							
ระดับมาก	46	41.1	74	47.7	1.191	.551	
ระดับปานกลาง	49	43.8	61	39.4			
ระดับน้อย	17	15.2	20	12.9			



ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกาย						
	ไม่อ้วน		อ้วน		$\chi^2$	ผลสรุป	
	n	%	n	%		p-value	OR
4. ด้านเครื่องมือ							
ระดับมาก	37	33.0	52	33.5	1.355	.508	
ระดับปานกลาง	48	42.9	57	36.8			
ระดับน้อย	27	24.1	46	29.7			
5. การสนับสนุนทางสังคม							
ระดับมาก	34	30.4	46	29.7	.973	.615	
ระดับปานกลาง	52	46.4	65	41.9			
ระดับน้อย	26	23.2	44	28.4			

## 2. เมื่อใช้รอบเอวเป็นเกณฑ์ตัดสิน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน

โดยเพศหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าเพศชาย 12.3 เท่า ส่วนอายุ อาชีพ การศึกษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ภาวะคุกคาม การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ ไม่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน แต่มีแนวโน้มว่า ช่วงอายุ 65-69 ปี อ้วนมากกว่าช่วงอายุอื่น ผู้ประกอบอาชีพอ้วนมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ ผู้ที่จบการศึกษาน้อยกว่ามัธยมต้นอ้วนมากกว่าจบมัธยมต้นขึ้นไป การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับปานกลางอ้วนมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด และการสนับสนุนด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสารและเครื่องมือในระดับมาก อ้วนมากที่สุด ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุและข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการใช้เกณฑ์ตัดสินรอบเอว

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินรอบเอว				ผลสรุป		
	ไม่อ้วน		อ้วน				
	n	%	n	%	$\chi^2$	p-value	OR
<b>เพศ</b>							
ชาย	81	60.9	15	11.2	71.624	.000	12.3
หญิง	52	39.1	119	88.8			
<b>อายุ</b>							
60-64	28	21.1	24	17.9	4.256	.372	
65-69	27	20.3	41	30.6			
70-74	39	29.3	37	27.6			
75-79	23	17.3	21	15.7			
80 ขึ้นไป	16	12.0	11	8.2			
<b>อาชีพ</b>							
ไม่ประกอบอาชีพ	57	42.9	61	45.5	.192	.661	
ประกอบอาชีพ	76	57.1	73	54.5			
<b>การศึกษา</b>							
จบมัธยมต้นขึ้นไป	12	9.0	9	6.7	.490	.484	
จบน้อยกว่ามัธยมต้น	121	91.0	125	93.3			
<b>ภาวะคุณภาพสุขภาพ</b>							
<b>1. การรับรู้ความรุนแรง</b>							
ระดับมาก	45	33.8	45	33.6	.464	.793	
ระดับปานกลาง	53	39.8	58	43.3			
ระดับน้อย	35	26.3	31	23.1			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินรอบเอว						
	ไม่อ้วน		อ้วน		ผลสรุป		
	n	%	n	%	$\chi^2$	p-value	OR
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง							
ระดับมาก	46	34.6	34	25.4	3.161	.206	
ระดับปานกลาง	53	39.8	56	41.8			
ระดับน้อย	34	25.6	44	32.8			
3. การรับรู้ภาวะคุกคาม							
สุขภาพ							
ระดับมาก	43	32.3	41	30.6	1.179	.554	
ระดับปานกลาง	59	44.4	54	40.3			
ระดับน้อย	31	23.3	39	29.1			
การสนับสนุนทางสังคม							
1. ด้านอารมณ์							
ระดับมาก	54	40.6	53	39.6	1.312	.519	
ระดับปานกลาง	60	45.1	55	41.0			
ระดับน้อย	19	14.3	26	19.4			
2. ด้านการประเมิน							
ระดับมาก	51	38.3	52	38.8	3.571	.168	
ระดับปานกลาง	52	39.1	40	29.9			
ระดับน้อย	30	22.6	42	31.3			
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร							
ระดับมาก	62	46.6	58	43.3	.805	.669	
ระดับปานกลาง	55	41.4	55	41.0			
ระดับน้อย	16	12.0	21	15.7			

ตารางที่ 12 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินรอบเอว						
	ไม่อ้วน		อ้วน		ผลสรุป		
	n	%	n	%	$\chi^2$	p-value	OR
4. ด้านเครื่องมือ							
ระดับมาก	42	31.6	47	35.1	4.078	.130	
ระดับปานกลาง	60	45.1	45	33.6			
ระดับน้อย	31	23.3	42	31.3			
5. การสนับสนุนทางสังคม							
ระดับมาก	40	30.1	40	29.9	.724	.696	
ระดับปานกลาง	61	45.9	56	41.8			
ระดับน้อย	32	24.1	38	28.4			

3. เมื่อใช้ดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอวเป็นเกณฑ์ตัดสิน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยเพศหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าเพศชาย 11.3 เท่า ส่วนอายุ อาชีพ การศึกษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ภาวะคุกคาม การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ ไม่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน แต่มีแนวโน้มว่า ช่วงอายุ 65-69 ปี อ้วนมากกว่าช่วงอายุอื่น ผู้ประกอบอาชีพอ้วนมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ ผู้ที่จบการศึกษาน้อยกว่ามัธยมต้นอ้วนมากกว่าจบมัธยมต้นขึ้นไป การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับปานกลางอ้วนมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาการสนับสนุนด้านอารมณ์และเครื่องมือในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด และการสนับสนุนด้านการประเมินและด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก อ้วนมากที่สุด

ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุและข้อมูลทั่วไปจำแนกตามการใช้เกณฑ์ตัดสินดัชนี  
มวลกายร่วมกับรอบเอว

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว								
	ไม่อ้วน		ท้วม		อ้วน		ผลสรุป		
	n	%	n	%	n	%	$\chi^2$	p-value	OR
<b>เพศ</b>									
ชาย	56	64.4	25	35.2	15	13.8	53.832	.000	11.3
หญิง	31	35.6	46	64.8	94	86.2			
<b>อายุ</b>									
60-64	20	23.0	13	18.3	19	17.4	8.731	.366	
65-69	18	20.7	15	21.1	35	32.1			
70-74	21	24.1	24	33.8	31	28.4			
75-79	15	17.2	13	18.3	16	14.7			
80 ขึ้นไป	13	14.9	6	8.5	8	7.3			
<b>อาชีพ</b>									
ไม่ประกอบอาชีพ	36	41.4	32	45.1	50	45.9	.426	.808	
ประกอบอาชีพ	51	58.6	39	54.9	59	54.1			
<b>การศึกษา</b>									
จบมัธยมต้นขึ้นไป	5	5.7	8	11.3	8	7.3	1.714	.424	
จบน้อยกว่ามัธยมต้น	82	94.3	63	88.7	101	92.7			
<b>ภาวะคุณภาพสุขภาพ</b>									
<b>1. การรับรู้ความรุนแรง</b>									
ระดับมาก	29	33.3	23	32.4	38	34.9	2.264	.687	
ระดับปานกลาง	33	37.9	29	40.8	49	45.0			
ระดับน้อย	25	28.7	19	26.8	22	20.2			

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว								ผลสรุป	
	ไม่อ้วน		ท้วม		อ้วน		$\chi^2$	p-value		OR
	n	%	n	%	n	%				
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยง										
ระดับมาก	30	34.5	25	35.2	25	22.9	4.828	.305		
ระดับปานกลาง	35	40.2	25	35.2	49	45.0				
ระดับน้อย	22	25.3	21	29.6	35	32.1				
3. การรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพ										
ระดับมาก	28	32.2	23	32.4	33	30.3	.146	.997		
ระดับปานกลาง	36	41.4	30	42.3	47	43.1				
ระดับน้อย	23	26.4	18	25.4	29	26.6				
การสนับสนุนทางสังคม										
1. ด้านอารมณ์										
ระดับมาก	38	43.7	29	40.8	40	36.7	1.955	.744		
ระดับปานกลาง	36	41.4	32	45.1	47	43.1				
ระดับน้อย	13	14.9	10	14.1	22	20.2				
2. ด้านการประเมิน										
ระดับมาก	34	39.1	27	38.0	42	38.5	3.456	.485		
ระดับปานกลาง	34	39.1	26	36.6	32	21.4				
ระดับน้อย	19	21.8	18	25.4	35	32.1				
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร										
ระดับมาก	37	42.5	34	47.9	49	45.0	1.120	.891		
ระดับปานกลาง	39	44.8	26	36.6	45	41.3				
ระดับน้อย	11	12.6	11	15.5	15	13.8				

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	เกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว								$\chi^2$	p-value	OR
	ไม่อ้วน		ท้วม		อ้วน		ผลสรุป				
	n	%	n	%	n	%					
4. ด้านเครื่องมือ											
ระดับมาก	27	31.0	25	35.2	37	33.9	4.993	.288			
ระดับปานกลาง	42	48.3	24	33.8	39	35.8					
ระดับน้อย	18	20.7	22	31.0	33	30.3					
5. การสนับสนุนทางสังคม											
ระดับมาก	26	29.9	22	31.0	32	29.4	1.586	8.11			
ระดับปานกลาง	42	48.3	29	40.8	46	42.2					
ระดับน้อย	19	21.8	20	28.2	31	28.4					

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การมีน้ำหนักเกินหรืออ้วนลงพุงทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนมีน้ำหนักเกินเล็กน้อยก็มักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ได้ เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ในขณะที่บางคนน้ำหนักเกินอย่างมาก ไม่ได้เป็นโรคหรือเป็นเพียงเล็กน้อย ในวัยผู้สูงอายุบุคคลจะมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ประกอบกับพฤติกรรมปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่มาอย่างต่อเนื่องจนเข้าวัยผู้สูงอายุทำให้วัยผู้สูงอายุมีปัญหาในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โดยภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเป็นข้ออักเสบเพิ่มขึ้น เนื่องจากเอ็นและข้อต้องรับน้ำหนักมากขึ้น ผู้ที่มีดัชนีมวลกายสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่าอักเสบ 1.5 เท่าในผู้ชาย และ 2.1 เท่าในผู้หญิงจากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม มีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ในระดับเกินมาตรฐาน ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินและอ้วน จะมีการสะสมไขมันไว้ในร่างกายมาก โดยมีระดับโคเลสเตอรอล, แอลดีแอล โคเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์ สูงกว่าคนปกติ และมี เอชดีแอล โคเลสเตอรอล ต่ำกว่าคนปกติ ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจได้ ภาวะอ้วนยังเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน และดัชนีมวลกายเป็นปัจจัยที่ทำนายภาวะความดันโลหิตสูงโดยไม่ทราบสาเหตุ ภาวะอ้วนยังถือเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะอ้วนยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรตามดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้น

ดังนั้น การรับรู้ภาวะคุณภาพจึงมีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะอ้วน จะเกิดความกลัวและมีการป้องกันการเกิดภาวะอ้วนได้ด้วยตนเอง การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะอ้วน ศึกษาการรับรู้ภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคม ศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอ้วนผู้สูงอายุ หาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Yamane เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างอำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น จำนวน 267 คน ด้วยการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) ผลการศึกษาดังนี้



## สรุปผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะคุณภาพชีวิตกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 267 คน พบว่า ร้อยละ 64.0 เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ 70.69 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรร้อยละ 53.2 ระดับการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาร้อยละ 91.8 น้าหนักเฉลี่ย 55.91 ส่วนสูงเฉลี่ย 154.96 รอบเอวเฉลี่ย 84.24 รอบสะโพกเฉลี่ย 93.66

2. ภาวะคุณภาพชีวิตภาวะคุณภาพชีวิตรายข้อ ได้ศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน พบว่า

2.1 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนมากกว่าร้อยละ 80 รับรู้ว่า ภาวะอ้วนทำให้เคลื่อนไหวเชื่องช้า เป็นปัญหาสุขภาพ เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพฤกษ์อัมพาต โรคหัวใจ นอนกรนหยุดหายใจชั่วคราว วิตกกังวล ไม่มั่นใจตนเองในการเข้าสังคม เสียเวลาในการรักษาและอายุสั้นกว่าคนไม่อ้วน ร้อยละ 60-79 รับรู้ความรุนแรงว่า ภาวะอ้วนทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นโรคผิวหนัง มีรอยดำที่ข้อพับ สังคมรังเกียจ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ในทางลบและเป็นภาระแก่สังคมและครอบครัว น้อยกว่าร้อยละ 60 รับรู้ความรุนแรงว่า ภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคร้ายแรงตามมา

2.2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วนพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 รับรู้ว่าการรับประทานอาหารหรือขนมหวาน อาหารไขมันสูง ผัก ทอด เนื้อสัตว์ติดมัน ขนมหวานใส่กะทิ ดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม น้ำผลไม้รสหวานกินจุบกินจิบ อายุมากขึ้นใช้พลังงานน้อยลง เคลื่อนไหวร่างกายน้อยและไม่ออกกำลังกายจะเสี่ยงเกิดภาวะอ้วน ร้อยละ 60-69 รับรู้ว่าความเครียด การมีพ่อแม่อ้วน การใช้งานใบใหญ่ตักอาหาร การไม่รับประทานอาหารเช้าจะทำให้หิวและกินมาก จะเสี่ยงเกิดภาวะอ้วน

2.3 ระดับการรับรู้ภาวะคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 42.3 มีการรับรู้ภาวะคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาตามการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วน พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 33.7 มีการรับรู้ในระดับมาก ร้อยละ 24.7 มีการรับรู้ในระดับน้อย ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 30.0 มีการรับรู้ในระดับมาก และร้อยละ 29.2 มีการรับรู้ในระดับน้อย

### 3. การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมรายด้านพบว่า

3.1 ด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 60-79 ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจจากชุมชนหรือเพื่อนบ้าน

3.2 ด้านการประเมิน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 60-79 ได้รับความมั่นใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับความมั่นใจจากครอบครัวและชุมชนหรือเพื่อนบ้าน

3.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน น้อยกว่าร้อยละ 60-79 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากครอบครัว น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับข้อมูลข่าวสารจากชุมชนหรือเพื่อนบ้าน

3.4 ด้านเครื่องมือ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 60-79 ได้รับการช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกายจากครอบครัว น้อยกว่าร้อยละ 60 ได้รับการช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ สถานที่ออกกำลังกายจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนหรือเพื่อนบ้าน

3.5 ระดับการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 43.8 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาด้านอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 40.1 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 16.9 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ด้านการประเมินพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 38.6 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 27.0 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ด้านข้อมูลข่าวสารพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 44.9 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 13.9 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย ด้านเครื่องมือพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 33.3 ได้รับการสนับสนุนระดับมาก ร้อยละ 27.3 ได้รับการสนับสนุนระดับน้อย

4. ภาวะอ้วน จากเกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกาย รอบเอว และดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว พบว่า จากดัชนีมวลกายผู้สูงอายุอ้วนร้อยละ 58.1 จากรอบเอวผู้สูงอายุอ้วนร้อยละ 50.2 และจากดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอวผู้สูงอายุอ้วนร้อยละ 40.8 และท้วมร้อยละ 26.6

### 5. ความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอ้วน

5.1 เมื่อใช้ดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ตัดสิน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กันกับภาวะอ้วน โดยเพศหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าเพศชาย 2.9 เท่า ส่วนอายุ อาชีพ การศึกษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ ไม่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน แต่มีแนวโน้มว่า ช่วงอายุ 70-74 ปี อ้วนมากกว่าช่วงอายุอื่น ผู้ประกอบอาชีพอ้วนมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ ผู้ที่จบการศึกษาน้อยกว่ามัธยมต้นอ้วนมากกว่า

จบมัธยมต้นขึ้นไป การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับปานกลางอ้วนมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาการสนับสนุนด้านอารมณ์และเครื่องมือในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด และการสนับสนุนด้านการประเมินและด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก อ้วนมากที่สุด

5.2 เมื่อใช้รอบเอวเป็นเกณฑ์ตัดสิน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยเพศหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าเพศชาย 12.3 เท่า ส่วนอายุ อาชีพ การศึกษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ภาวะคุกคาม การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ ไม่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน แต่มีแนวโน้มว่า ช่วงอายุ 65-69 ปี อ้วนมากกว่าช่วงอายุอื่น ผู้ประกอบอาชีพอ้วนมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ ผู้ที่จบการศึกษาน้อยกว่ามัธยมต้นอ้วนมากกว่า จบมัธยมต้นขึ้นไป การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับปานกลางอ้วนมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด และการสนับสนุนด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสารและเครื่องมือในระดับมาก อ้วนมากที่สุด

5.3 เมื่อใช้ดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอวเป็นเกณฑ์ตัดสิน พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน โดยเพศหญิงมีโอกาสอ้วนมากกว่าเพศชาย 11.3 เท่า ส่วนอายุ อาชีพ การศึกษา การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ภาวะคุกคาม การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร เครื่องมือ ไม่สัมพันธ์กับภาวะอ้วน แต่มีแนวโน้มว่า ช่วงอายุ 70-74 ปี อ้วนมากกว่าช่วงอายุอื่น ผู้ประกอบอาชีพอ้วนมากกว่าไม่ประกอบอาชีพ ผู้ที่จบการศึกษาน้อยกว่ามัธยมต้นอ้วนมากกว่าจบมัธยมต้นขึ้นไป การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ภาวะคุกคามในระดับปานกลางอ้วนมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาการสนับสนุนด้านอารมณ์และเครื่องมือในระดับปานกลาง อ้วนมากที่สุด และการสนับสนุนด้านการประเมินและด้านข้อมูลข่าวสารในระดับมาก อ้วนมากที่สุด

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงการรับรู้ภาวะคุณภาพกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะคุณภาพ สุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะอ้วน และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอ้วน ผู้ศึกษาขออภิปรายผลการศึกษาดังนี้

1. **ภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ** ผลการศึกษาพบว่า จากเกณฑ์ตัดสินภาวะอ้วน ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะอ้วนมากกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วนวัดจากเกณฑ์ดัชนีมวลกาย ร้อยละ 72.6 และเพศหญิงมีรอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 47.4 ซึ่งมากกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับภิญญ์จรรย์พัชรกุลธนา (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ พบว่า ความชุกของโรคอ้วนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.44 และสอดคล้องกับการศึกษาของพลอยฉณารินทร์ ราวินิจ (2559) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนลงพุงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 83.7

2. **การรับรู้ภาวะคุณภาพ** พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 41.6 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วนอยู่ในระดับ ปานกลางร้อยละ 40.8 การรับรู้ภาวะคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.3 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 43.8 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนมากจบการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ทำให้ผู้สูงอายุขาดหลักการคิดวิเคราะห์ ขาดความตระหนักและละเอียด มีความใส่ใจเรื่องของสุขภาพลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง ระดับการรับรู้ความรุนแรงและการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพลอยฉณารินทร์ ราวินิจ (2559) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย พบว่า ประชากรมีการรับรู้ความรุนแรงและมีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

3. **ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคุณภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอ้วน** พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กันกับภาวะอ้วน โดยพบความแตกต่างระหว่างความชุกของเพศชายและเพศหญิง โดยเพศหญิงมีภาวะอ้วนมากกว่าเพศชาย ภาวะคุณภาพและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วน สาเหตุเกิดจากผู้สูงอายุรับรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วนและมีการสนับสนุนทางสังคมแต่ไม่นำไปปฏิบัติ เพราะ

ไม่ได้ตระหนักถึงความเสี่ยงและความรุนแรงที่อาจเกิดจากภาวะอ้วน ไม่เห็นความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม จึงทำให้เกิดความละเลยและใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยง มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะไม่เกิดภาวะอ้วน สอดคล้องกับการศึกษาของพลอยฉณวารินทร์ ราวินิจ (2559) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลชะแมบ อำเภอวังน้อย พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง แต่การรับรู้ความรุนแรงและการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุง

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคามสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ อำเภอเวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุอ้วน จากเกณฑ์ตัดสินดัชนีมวลกายและรอบเอว ดัชนีมวลกายร่วมกับรอบเอว ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมในการลดความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน

1.2 ควรส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของภาวะอ้วน และได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อนำไปสู่การป้องกันภาวะอ้วนเบื้องต้นได้

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.1 ควรศึกษาพฤติกรรมเฉพาะประเด็นอื่น ๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อภาวะอ้วนโดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายและรอบเอว เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร

1.2 ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุในสภาพพื้นที่และบริบทที่ต่างกัน เช่น เขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเกี่ยวกับภาวะคุกคามสุขภาพกับภาวะอ้วน เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้ในการป้องกันความอ้วนในผู้สูงอายุต่อไป

## บรรณานุกรม

- กรมการปกครอง. (2560). รายงานสถิติจำนวนประชากรรายจังหวัด. กรมการปกครอง.
- กองสุขศึกษา. (2542). แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนา  
พฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2549). แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดัน  
โลหิตสูงและภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์  
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมการแพทย์. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน. กรุงเทพฯ:  
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. เข้าถึงได้จาก  
[http://203.157.39.7/imrta/images/pdf\\_cpg/2553/53-4.pdf](http://203.157.39.7/imrta/images/pdf_cpg/2553/53-4.pdf).
- กมลพรรษ์ เมฆวรรุฒิและอัมพร ชัยศิริรัตน์. (2554) โรคอ้วนลงพุง. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ฉันท์ ครุฑกุล. (2550). ปฏิบัติการฝ่าวิกฤต พิชิตอ้วน พิชิตพุง. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาเก็ตติ้ง.
- จันทนา รัตนฤทธิชัย. (2548). หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ฉันทษา สัทธีจรูญ. (2556). *Health society beyond Fortiers*. วารสารเวชศาสตร์ทันยุค. คณะแพทย  
ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาติรี โปสิทธิพิเชฐฐ์. (2560). การศึกษาความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุในศูนย์เวชปฏิบัติ  
ครอบครัว จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย  
ไทย, 7(1), 1-9.
- นิตยา เพ็ญศิริินภา. (2551). สุขภาพผู้สูงอายุ. เอกสารการสอนชุดวิชา อนามัยครอบครัวในงาน  
สาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย  
(พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: ศรีอนันต์การพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2553). การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 10).  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2560). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการสาธารณสุข กรณีศึกษา  
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2560). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. นครปฐม: พรินเทอรี่.
- ปิยะภัทร เศรษฐธรรม. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ:  
ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

- ปรียาภรณ์ ตั้งเพ็ชร. (2551). การสนับสนุนทางสังคมการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2536). ทศนคติ การวัดผลและการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- พจนานุกรม สืบค้น. (2549). การพัฒนาจิตใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมู่ 7 ตำบลบางนา อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์, มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ. ศ. 2554. (2560). อ้วน. เข้าถึงได้จาก <http://www.royin.go.th/dictionary/>.
- พลอยฉัตรินทร์ ราวิณี. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอลำดวน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พัสดราภรณ์ เข้มมน. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พันธนันท์ ศรีม่วง. (2555). อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาบำบัด. กรุงเทพฯ: เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- พัชรี รัศมีแจ่ม. (2556). ปัจจัยทำนายภาวะก่อนความดันโลหิตสูงและความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในตำบลนาเกลือ อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 27(1), 102-113.
- พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. ราชบัณฑิตยบาลสาร.
- ภิญญ์จรัชญ์ พัชรกุลธนา, กมลทิพย์ ขลังธรรมนิยม และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ เขตเทศบาลตำบลบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 131-139.

- มนต์ชัย ชาลาประวรณ์. (2551). โรคอ้วน ใน *Update in Problem-Based Medical Practices*.  
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รังสรรค์ ตังตรงจิตร. (2550). *โรคอ้วนการเปลี่ยนแปลงทางด้านโภชนาการและชีวเคมี*. กรุงเทพฯ:  
เจริญดีมั่นคงการพิมพ์.
- วรรณ นิธิยานันท์. (2554). *อ้วนและอ้วนลงพุง*. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้ง. เข้าถึงได้จาก  
<http://resource.thaihealth.or.th/library/hot/14135>.
- วัฒนา สาระขวัญ. (2557). *ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาโดยประยุกต์เทคนิคการสัมภาษณ์เพื่อ  
สร้างแรงจูงใจและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมลดน้ำหนักของ  
พนักงาน*. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.
- วนิดา พันธุ์สอาด. (2555). *โรคอ้วนในวัยทำงาน*. วารสารวิชาการสถาบันพลศึกษา, 4(1).
- วลัยพร นันท์สุวลัยพร นันท์สุวัฒน์. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากร  
สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ:  
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2540). *แรงจูงใจ (พิมพ์ครั้งที่ 14)*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สายสมร พลดงนอก, สรวินชฎ รัตนชัยวงศ์, จันจิราภรณ์ วิชัย และธัญลักษณ์ ทอนราช. (2558).  
*ความรู้เรื่องโรคอ้วนลงพุง*. ขอนแก่น: หน่วยสร้างเสริมสุขภาพงานเวชกรรมสังคม.  
โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2560 สืบค้นได้จาก  
<http://www.srinagarind.md.kku.ac.th>.
- โสภณ เมฆชน. (2552). *คู่มือพิชิตอ้วน พิชิตพุง*. นนทบุรี: เอ.วี. โปรเกรสซีฟ.
- สมใจ ลักษณะ. (2547). *การพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงาน (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ:  
เพิ่มทรัพย์การพิมพ์.
- สุชา จันท์เอมและสุรางค์ จันท์เอม. (2528). *จิตวิทยาน่าสนใจ*. กรุงเทพฯ: แพรววิทยา.
- สุวรรณา ถาวรรุ่งโรจน์. (2553). *เกณฑ์ในการบ่งชี้โรคอ้วน*. วชิรเวชสาร ฉบับพิเศษ.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2555). *ภาวะอ้วน*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแล  
ผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. เข้าถึงได้จาก  
[http://hp.anamai.moph.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=419](http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=419)
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2561). "ได้จาก  
<http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/HLworkingage.pdf>



- สลักจิต ศรีสุระ. (2552). *วิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิชา สายเมือง. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเกิดภาวะอ้วนในกลุ่มเด็กระดับประถมศึกษา ตอนต้น อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร*.
- อุบลวรรณ ปันทะ. (2552). *การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการศึกษาศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อภิสิทธิ์ ฉัตรทนานนท์. (2560). *หนีโรคอ้วนลงพุงด้วยโภชนบำบัด*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content>.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A New Approach to Explaining Sick-Role. Behavior in Low-income populations. *American Journal of Public Health, 64*(3), 206.
- Roger, R. W., & Dunn, S. P. (1983). Protection Motivation Theory and preventive Health: Beyond Health Belief Model. *Health Education Research, 3*(1), 154.
- World Health Organization. (2016). *Obesity*. เข้าถึงได้จาก <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แบบสัมภาษณ์

ชุดที่.....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง( ) ที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ให้สมบูรณ์

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. อาชีพ
  - ( ) 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ/อยู่บ้าน
  - ( ) 2. รับจ้าง
  - ( ) 3. ค้าขาย
  - ( ) 4. เกษตรกร
  - ( ) 5. ข้าราชการบำนาญ
  - ( ) 6. อื่น ๆ .....
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
  - ( ) 1. ไม่ได้เรียน
  - ( ) 2. ประถมศึกษา
  - ( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น
  - ( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
  - ( ) 5. อนุปริญญา/ ปวส.
  - ( ) 6.ปริญญาตรีขึ้นไป
5. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
6. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
7. รอบเอว.....เซนติเมตร
8. รอบสะโพก.....เซนติเมตร

## ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ภาวะคุกคามสุขภาพ

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างหลังข้อความให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ที่สุดเพียงข้อเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่แน่ใจ	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมีความกำกวม
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วน	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ถ้าท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลมากหรืออาหารรสหวานจัดเป็นประจำ จะทำให้เกิดภาวะอ้วนได้					
2. ถ้าท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเป็นประจำ จะทำให้เกิดภาวะอ้วน					
3. ถ้าท่านรับประทานอาหารประเภทผัดหรือทอดเป็นประจำจะทำให้เกิดภาวะอ้วนได้					
4. ถ้าท่านรับประทานขนมหวานที่ใส่กะทิเป็นประจำ จะทำให้เกิดภาวะอ้วนได้					
5. ถ้าท่านรับประทานอาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมันเป็นประจำจะทำให้เกิดภาวะอ้วนได้					
6. ถ้าท่านรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก มะขามหวานเป็นประจำ ท่านเสี่ยงต่อภาวะอ้วน					
7. ถ้าท่านดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเป็นประจำจะทำให้ท่านเสี่ยงเกิดภาวะอ้วน					

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะอ้วน	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
8. ถ้าท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เป็น ประจำ จะทำให้ท่านเสี่ยงเกิดภาวะอ้วนได้					
9. ถ้าท่านเกิดความเครียดแล้วรับประทานอาหารมาก ขึ้นกว่าเดิม จะทำให้เสี่ยงต่อภาวะอ้วนได้					
10. ถ้าท่านกินจุบกินจิบเป็นประจำ จะทำให้เสี่ยงเกิด ภาวะอ้วน					
11. ถ้าท่านรับประทานอาหาร มากเกินความจำเป็น จะ ทำให้ท่านเสี่ยงเกิดภาวะอ้วน					
12. ถ้าท่านไม่รับประทานอาหารเช้าจะทำให้ท่าน หิวและทานอาหารมากขึ้น จะเสี่ยงเกิดภาวะอ้วนได้					
13. ถ้าท่านใช้จานใบใหญ่ใส่อาหาร ท่านจะเสี่ยงเกิด ภาวะอ้วนได้					
14. ถ้าท่านควบคุมอาหาร โดยจำกัดชนิดอาหารและ ปริมาณอาหาร จะทำให้ไม่เสี่ยงต่อภาวะอ้วน					
15. ถ้าท่านรับประทานผักให้ได้ครึ่งหนึ่งของอาหาร แต่ละมื้อ จะทำให้ไม่เสี่ยงต่อภาวะอ้วน					
16. ถ้าท่านเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ท่านจะเสี่ยงเกิด ภาวะอ้วนได้					
17. ถ้าท่านมีพ่อแม่อ้วน ท่านจะเสี่ยงเกิดภาวะอ้วนได้					
18. ถ้าท่านไม่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะเสี่ยงเกิด ภาวะอ้วนได้					
19. ถ้าท่านอายุมากขึ้น ใช้พลังงานน้อยลง ท่านจะเสี่ยง เกิดภาวะอ้วนได้					
20. ถ้าท่านออกกำลังกายอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ อย่างน้อยวันละ 30 นาที ท่านจะไม่เสี่ยงเกิดภาวะอ้วน					

การรับรู้ความรุนแรงของ ภาวะอ้วน	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้สังคมนั่งเกียดเข้า สังคมนายก					
2. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคเบาหวานได้					
3. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคความดัน โลหิตสูงได้					
4. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคหัวใจได้					
5. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคหลอดเลือด สมองหรืออัมพฤกษ์ อัมพาตได้					
6. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้ท่านวิตกกังวลเรื่อง สุขภาพของตนเอง					
7. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคผิวหนัง เช่น ดิดเชื้อรา แบคทีเรียและพบรอยปื้นดำบริเวณข้อพับ					
8. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคข้อเสื่อม รับ น้ำหนักตัวมาก ทำให้ทุกข์ทรมาน					
9. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะเป็นปัญหาต่อสุขภาพของ ท่าน					
10. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ ในทางลบของท่าน					
11. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนท่านจะเป็นภาระแก่ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ					
12. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เสียเวลาในการ รักษา					
13. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้ นอนกรน หยุด หายใจชั่วขณะ					
14. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้ท่านตายก่อนวัยอัน ควร					
15. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เป็นโรคมะเร็ง					

การรับรู้ความรุนแรงของ ภาวะอ้วน	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
16. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้มีอายุยืนมากกว่าคน น้ำหนักปกติ					
17. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะรู้สึกว่าตนเองดูภูมิฐาน น่าเคารพนับถือ เกิดความมั่นใจในการเข้าสังคม					
18. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ					
19. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงใน การรักษา					
20. ถ้าท่านเกิดภาวะอ้วนจะทำให้ท่านทำงาน และใช้ ชีวิต ไปไหนมาไหนลำบาก					



### ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์ สัมภาษณ์ผู้สูงอายุและทำเครื่องหมาย/ในช่องว่างหลังข้อความให้ตรงกับความคิดเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ที่สุดเพียงข้อเดียว โดยการเลือกตอบมีเกณฑ์ดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด  
 มาก หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมาก  
 ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมีความกำกวม  
 น้อย หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมาก  
 น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1. ท่านได้รับการ ดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ เรื่องภาวะฮ้วน จากบุคคลในครอบครัวเพียงใด					
2. ท่านได้รับการ ดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ เรื่องภาวะฮ้วน จากชุมชนหรือเพื่อนบ้านเพียงใด					
3. ท่านได้รับการ ดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ เรื่องภาวะฮ้วน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงใด					
4. ท่านได้รับการ ดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจ เรื่องภาวะฮ้วน จาก อสม เพียงใด					
<b>การสนับสนุนด้านการประเมิน</b>					
5. ท่านได้รับความมั่นใจ จากบุคคลในครอบครัวเพียงใด ว่าการใช้ชีวิตประจำวันของท่านจะไม่ทำให้เกิดภาวะฮ้วน					
6. ท่านได้รับความมั่นใจ จากชุมชนหรือเพื่อนบ้านเพียงใดว่า การใช้ชีวิตประจำวันของท่านจะไม่ทำให้เกิดภาวะฮ้วน					

การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. ท่านได้รับความมั่นใจจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงใดว่าการใช้ชีวิตประจำวันของท่านจะไม่ทำให้เกิดภาวะอ้วน					
8. ท่านได้รับความมั่นใจจาก อสม เพียงใดว่าการใช้ชีวิตประจำวันของท่านจะไม่ทำให้เกิดภาวะอ้วน					
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>					
9. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เรื่องภาวะอ้วน จากบุคคลในครอบครัวเพียงใด					
10. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เรื่องภาวะอ้วน จากชุมชนหรือเพื่อนบ้านเพียงใด					
11. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เรื่องภาวะอ้วน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงใด					
12. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ เรื่องภาวะอ้วน จาก อสม เพียงใด					
<b>การสนับสนุนด้านเครื่องมือ</b>					
13. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์หรือสถานที่ออกกำลังกายจากบุคคลในครอบครัวเพียงใด					
14. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์หรือสถานที่ออกกำลังกายจากชุมชนหรือเพื่อนบ้านเพียงใด					
15. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์หรือสถานที่ออกกำลังกายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงใด					
16. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์หรือสถานที่ออกกำลังกายจาก อสม เพียงใด					

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้เชี่ยวชาญ

## รายนามผู้เชี่ยวชาญ

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ ดร.ฉัจฉรียา คำยัง | ตำแหน่ง อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์<br>คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย<br>ราชภัฏเลย   |
| 2. อาจารย์ พรธิภา ไกรเทพ     | ตำแหน่ง รองประธานสาขาสาธารณสุขศาสตร์<br>อาจารย์สาขาสาธารณสุขศาสตร์<br>คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย<br>ราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. อาจารย์ เพชรรัตน์ อ้นโต   | ตำแหน่ง อาจารย์ภาควิชา วิทยาศาสตร์ประยุกต์<br>สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์<br>และเทคโนโลยี  |

ภาคผนวก ค

ตาราง IOC

## ตาราง IOC ภาวะคุกคามสุขภาพ

วัตถุประสงค์	ข้อ	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			รวม	ค่า IOC	ผลรวมการวิเคราะห์	
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1				
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง	1	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	2	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	3	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	4	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	5	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	6	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	7	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	8	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	9	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	10	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	11	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้	
	12	0				1			1			2	0.7	นำไปใช้ได้
	13	0				1			1			2	0.7	นำไปใช้ได้
	14	1				1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	15	1				1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	16	1				1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	17	1				1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	18	1				1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	19	1				0			1			2	0.7	นำไปใช้ได้
	20	1				1			1			3	1	นำไปใช้ได้

ตาราง IOC ภาวะคุณภาพ (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ข้อ	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			รวม	ค่า IOC	ผลรวมการวิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
1. การรับรู้ ความรุนแรง	1	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	2	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	3	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	4	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	5	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	6	0			1			1			2	0.7	นำไปใช้ได้
	7	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	8	1			0			1			2	0.7	นำไปใช้ได้
	9	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	10	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	11	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	12	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	13	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	14	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	15	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	16	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	17	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	18	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	19	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	20	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้

ตาราง IOC การสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์	ข้อ	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			รวม	ค่า IOC	ผลรวมการวิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
ด้านอารมณ์	1	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	2	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	3	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	4	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
ด้านการประเมิน	5	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	6	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	7	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	8	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
ด้านข้อมูลข่าวสาร	9	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	10	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	11	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	12	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
ด้านเครื่องมือ	13	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	14	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	15	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้
	16	1			1			1			3	1	นำไปใช้ได้