

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสุขภาพปัญหาหนึ่งที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ การสำรวจในปี พ.ศ. 2538 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยเฉพาะผู้หญิงมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มจากร้อยละ 11.0 เป็นร้อยละ 16.2 ประชากรสูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุด ได้แก่ ภาคกลาง มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 17 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ร้อยละ 15 ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเท่ากัน คือร้อยละ 10 (กรมอนามัย, 2538) จากการสำรวจค่าดัชนีมวลกายผู้สูงอายุที่รับบริการที่สถานีอนามัยในเขตอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี ในปี 2543 พบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 (สำนักงานสาธารณสุข อำเภอพานทอง, 2543) และจากการสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทย กรมอนามัยในปี พ.ศ. 2538, 2539 และ 2543 พบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 12.1, 22.9 และ 23.9 (กรมอนามัย, 2549) ตามลำดับ จากสถิติที่น่าเสนอจะเห็นว่าภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งยังพบว่าเกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าภาวะขาดสารอาหาร (ปริญญช แยมวงษ์, ประเสริฐ อัสตันคชัย และศิริยา โชควัฒนวนิช, 2542)

ภาวะน้ำหนักเกินมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุหลายประการ ดังรายงานการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุสตรีที่น้ำหนักเกิน อายุ 70 ปีขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อม (Reuters Health, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ รอบ (Rob, 2003) ที่พบว่าภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และเพิ่มภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อม โดยผู้สูงอายุสตรีที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่มีอายุ 70, 75, และ 79 ปี มีโอกาสเป็นโรคสมองเสื่อมมากกว่าผู้สูงอายุสตรีอายุ 88 ปี สำหรับทุกร้อยละ 1 ของค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นในอายุ 70 ปี และร้อยละ 36 ของค่าดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นทำให้มีภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคสมองเสื่อม และจากสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยของทุกภาคทั่วประเทศจำนวน 16 แห่ง พบโรคที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 9.7, 9.0, 4.9 และ 3.7 ตามลำดับ (ดุสิต สุนทรานู และคณะ, 2532)

ภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากการรับประทานอาหารที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็นของร่างกาย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่ใช้พลังงานน้อยลง ดังผลการศึกษาของ สุกัลักษณ์ บุญความดี (2541)

พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุร้อยละ 89 มาจากบริโภคนิสัย โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (ร้อยละ 97.6) และอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง (ร้อยละ 78.1) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แบลคเบอร์น (Blackburn, 1994 อ้างถึงใน สิริวัชร ศะตินิล, 2541) พบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากพฤติกรรมรับประทานอาหาร บุคลิกภาพ และวิถี การดำเนินชีวิต ขาดการออกกำลังกาย จำนวนเซลล์ไขมันในร่างกาย การเลี้ยง ในวัยเด็ก ร้อยละ 20, 20, 15, 10 และ 10 ตามลำดับ จะเห็นว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน ส่วนใหญ่ เป็นพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย ฯลฯ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถเปลี่ยนแปลงได้

จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการปฏิบัติตนทางสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน คือ การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรมของ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและ การจัดการด้านอารมณ์ สังคม (เสถียร เตะพะไพฑูรย์, 2542; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2536; ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) จากการศึกษา ผลของการออกกำลังกายต่อการลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะโรคอ้วน พบว่า การออกกำลังกายช่วยลด น้ำหนักได้ โดยผู้หญิงซึ่งออกกำลังกายมากกว่า 195 นาทีต่อสัปดาห์ สามารถลดไขมันบริเวณ หน้าท้องได้ถึงร้อยละ 7 (A.D.A.M., 2003) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการออกกำลังกาย ต่อระดับไขมันบริเวณหน้าท้องในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน พบว่า สามารถลดไขมันบริเวณ หน้าท้องได้ (Irwin et al., 2003) ถึงแม้ว่าจะมีวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนักเกินได้ แต่พบว่า ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนไม่ปฏิบัติเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลา (Kottke et al., 2002) และ จากการศึกษาเกี่ยวกับข้อจำกัดของการควบคุมน้ำหนักต่อคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวโดยอาจมีปัจจัยส่งเสริมจากอาการของโรคและ การรักษา รวมทั้งปัจจัยทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งจากการศึกษาในปัจจุบันพบว่านำไปสู่โรคอ้วน และ มีผลทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (Jensen, Friendmann, & Amer, 2002)

จากการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการลดน้ำหนักของผู้มีภาวะน้ำหนักเกินอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่ามีทัศนคติต่อการลดน้ำหนักว่าเป็นเรื่องที่ยากและต้องใช้ความพยายามมาก (Gallup, 2002) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนัก เกินในจังหวัดชลบุรี พบว่า ทัศนคติต่อภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะสุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับภาวะ น้ำหนักเกินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาวะน้ำหนักเกินได้ร้อยละ 32 (เบญจมาศ พร้อมเพรียง, 2546) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Hanson & Benedict, 2002) ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งสามารถลด

น้ำหนักของผู้สูงอายุได้จากการที่ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวไว้ว่า ถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น และแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้วก็ตาม พฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน จากการศึกษาการนำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวมถึงงานวิจัยพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้สูงอายุโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเป็นไปในทางบวก มีการรับรู้ถึงความรุนแรงจากการเจ็บป่วยสัมพันธ์กับความสำคัญของการมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารเป็นไปในทางบวก เช่น การรักษาสุขภาพอนามัย (Hanson & Benedict, 2002) ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่จะเกิดจากภาวะน้ำหนักเกินและรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นอยู่นั้นได้ ผู้สูงอายุก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งควรมีการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในการมีพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้อง

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้เหตุผลในการเลือกแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพบว่าแนวคิดดังกล่าว กล่าวว่าถ้าบุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น และแม้บุคคลจะตระหนักถึงภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ แล้วก็ตาม พฤติกรรม การป้องกันและรักษาโรคจะยังไม่เกิดขึ้นถ้าบุคคลนั้นมีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นจะไม่ทำอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน ซึ่งข้อความดังกล่าวจะเป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ตลอดจนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับคือ การหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ (Becker, 1974, pp. 410-411) เป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ก็ยังขึ้นอยู่กับความเชื่อของผู้ป่วยว่า สิ่งที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติลดความรุนแรงของโรคที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้จริง แรงจูงใจ ความสนใจ และความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความรู้เมื่อผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงและอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน จะทำให้ความเชื่อของผู้ป่วย

เปลี่ยนแปลง เป็นผลให้มีความตั้งใจที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น (Becker et al., 1978, p. 271) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาผลการสอนโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน พบว่าค่าเฉลี่ยของการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Juliana, 2002) จึงสรุปได้ว่ากลวิธีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารได้ แต่ยังไม่มียงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาถึงการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษารังนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ในการศึกษารังนี้ผู้วิจัยจึงนำกลวิธีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน โดยวิธีการประเมินการรับรู้และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุน้ำหนักเกินเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกิน พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกิน โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิเคราะห์อุปสรรคพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกินและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ให้ความรู้เพิ่มเติมและแก้ไขการรับรู้ที่ยังไม่ถูกต้องจากผู้วิจัย ใช้คำพูดจูงใจให้ผู้สูงอายุน้ำหนักเกินเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกิน ให้เห็นตัวแบบของผู้สูงอายุน้ำหนักเกินที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกิน พร้อมทั้งแจกคู่มือพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกิน ผู้วิจัยกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุน้ำหนักเกินเป็นรายบุคคลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกินทางโทรศัพท์ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกินโดยคัดเลือกตำบลนาป่า อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี เป็นสถานที่ดำเนินการวิจัย ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้จะได้รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาว่น้ำหนักเกินของผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน โดยบุคคลากรทางการแพทย์สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุน้ำหนักเกินได้ ซึ่งจะเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุน้ำหนักเกินสามารถป้องกันและควบคุมปัญหาทางสุขภาพและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ต่อการรับรู้โอกาสการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค พฤติกรรมสุขภาพ และน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักร่างกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักร่างกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักร่างกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักร่างกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักร่างกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
6. เปรียบเทียบน้ำหนักร่างกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

### สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายมีการรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักร่างกาย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักร่างกาย การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้น การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักร่างกายลดลง พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักร่างกายเพิ่มขึ้น และน้ำหนักร่างกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักร่างกายลดลง ด้วยการนำองค์ประกอบที่ใช้อยู่ในและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้ง 4 ประการ ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ และแรงจูงใจ โดยวิธีการดังกล่าวจะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ในการป้องกันโรคสูงขึ้น (Becker, 1974, pp. 409-417) ซึ่งการที่บุคคลใดมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคสูงขึ้น ย่อมแสดงถึงการที่บุคคลนั้นมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่าง ๆ สูงขึ้นด้วย เพราะบุคคลที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพฤติกรรมสุขภาพกับผลเสีย อุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ กชกร สมมัง (2542) ที่ได้ทำการศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความรู้ทัศนคติ การรับรู้และพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) และจากงานวิจัยของ นางลักขณ์ ประสิทธิ์ผล (2542) ที่ศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือน ในอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าสตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะกระดูกพรุน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันภาวะกระดูกพรุนและมีพฤติกรรมป้องกันภาวะกระดูกพรุนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน โดยมุ่งสร้างการรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินด้วยการจัดกิจกรรมตามองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินทั้ง 4 ประการ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้รับความรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น การคาดการณ์ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้จากภาวะน้ำหนักเกิน
2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค โดยการให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้รับความรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอันตรายต่อร่างกาย หรือผลกระทบด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านจิตใจ สังคม

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการให้ผู้สูงอายุนำหนักเกิน ร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดีของการมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุม อาหารและการออกกำลังกาย

4. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ด้วยการให้ผู้สูงอายุนำหนักเกิน ร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ขัดขวางพฤติกรรม สุขภาพในการควบคุมภวณ้ำหนักเกิน

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนำหนักเกิน ผู้สูงอายุนำหนักเกินมีการรับรู้เกี่ยวกับภวณ้ำหนักเกินที่ถูกต้อง และเกิดพฤติกรรมสุขภาพ ในการควบคุมภวณ้ำหนักเกิน จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุนำหนักเกินมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ โอกาสการเกิดโรคจากภวณ้ำหนักเกิน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภวณ้ำหนักเกิน คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภวณ้ำหนักเกิน และ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภวณ้ำหนักเกินของผู้สูงอายุนำหนักเกินหลัง การทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง ผู้สูงอายุ ภวณ้ำหนักเกินมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภว ่น้ำหนักเกิน และมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุนำหนักเกินในระยะหลังการทดลองต่ำกว่า ก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และการที่ผู้สูงอายุนำหนักเกินประสบผลสำเร็จใน การมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักเกินทำให้ผู้สูงอายุนำหนักเกินเกิดความมั่นใจ ในการมีพฤติกรรมสุขภาพ และมีกำลังใจในการมีพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและยังคงมีพฤติกรรม สุขภาพต่อไป ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุนำหนักเกินได้รับคู่มือพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุนำหนักเกิน ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้เป็นข้อมูลให้ผู้สูงอายุนำหนักเกินได้ทบทวนความรู้ ผู้สูงอายุนำหนักเกินจึงสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้ ผู้สูงอายุนำหนักเกินมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุม ภวณ้ำหนักเกิน และมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุนำหนักเกินในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง ซึ่งองค์ประกอบนี้ เบคเกอร์ (Becker, 1974, pp. 409-417) เชื่อว่ามีประสิทธิภาพในการที่จะทำให้นุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค สูงขึ้นได้ จึงทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรง การรับรู้ถึง ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึง ตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภวณ้ำหนักเกินของผู้สูงอายุนำหนักเกิน

- [illegible]

- [illegible]

28. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

29. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง

30. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง

31. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

32. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว หลังการทดลองต่ำกว่าผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุม

33. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ระยะติดตามผลต่ำกว่าผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุม

34. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

35. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ระยะติดตามผลต่ำกว่าก่อนการทดลอง

36. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัว ระยะติดตามผลไม่แตกต่างจากหลังการทดลอง

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ได้วิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษา สามารถนำวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนและการให้บริการวิชาการแก่สังคม

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยสามารถนำวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งต่อไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัด หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ

## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ถึงค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 29.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี โดยจะศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2548 ถึงเดือนมกราคม 2549

ตัวแปรที่จะศึกษา ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การเข้าร่วมแผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2. ตัวแปรตาม มี 6 ตัวแปร คือ

2.1 การรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน

2.3 การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

2.4 การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

2.5 พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน

2.6 น้ำหนักตัวของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แผนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอนตามแผนที่วางไว้กับผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเป็นรายกลุ่ม กิจกรรมประกอบด้วย ประเมินการรับรู้และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น วิเคราะห์อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมและแก้ไขการรับรู้ที่ยังไม่ถูกต้อง ใช้คำพูดจูงใจจากผู้วิจัยและผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ให้เห็นตัวแบบของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่ประสบความสำเร็จใน

การมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน พร้อมทั้งแจกคู่มือพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน กระตุ้นเตือนผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเป็นรายบุคคลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินทางโทรศัพท์ โดยระยะเวลาในการทำกลุ่มครั้งละ 1 – 1 1/2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จำนวนทั้งหมด 3 ครั้ง

2. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup> ถึง 29.9 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup>

3. ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ หมายถึง ค่ามาตรฐานที่ใช้ประเมินภาวะอ้วน พอม ในผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป โดยการชั่งน้ำหนักเป็นกิโลกรัมและส่วนสูงเป็นเมตร แล้วคำนวณ ด้วยสูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัวที่มีหน่วยเป็นกิโลกรัม}}{\text{ความสูงที่มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง}}$$

โดยมีเกณฑ์กำหนดของ International Obesity Task Force (IOTF) (International Obesity Task Force, 1998) ดังนี้

น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup>

น้ำหนักตัวปกติ ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 18.5 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup> ถึง 24.9 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup>

น้ำหนักตัวเกิน ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup> ถึง 29.9 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup>

โรคอ้วนขั้นที่ 1 ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup> ถึง 34.9 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup>

โรคอ้วนขั้นที่ 2 ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 35 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup> ถึง 39.9 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup>

โรคอ้วนขั้นที่ 3 ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 40 กิโลกรัม/ เมตร<sup>2</sup> ขึ้นไป

4. การรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง การประเมินและตีค่าความรู้ที่ถูกต้องจากความรู้ที่มี และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินว่าตนมีโอกาสดังกล่าวเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกินได้ ถ้ามีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ของ สุชัยญา วงศ์เพ็ญ (2542)

5. การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง การประเมินและตีค่าความรู้ที่ถูกต้องจากความรู้ และประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินว่าภาวะน้ำหนักเกินส่งผลให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต เช่น โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อ โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ของ สุชัยญา วงศ์เพ็ญ (2542)

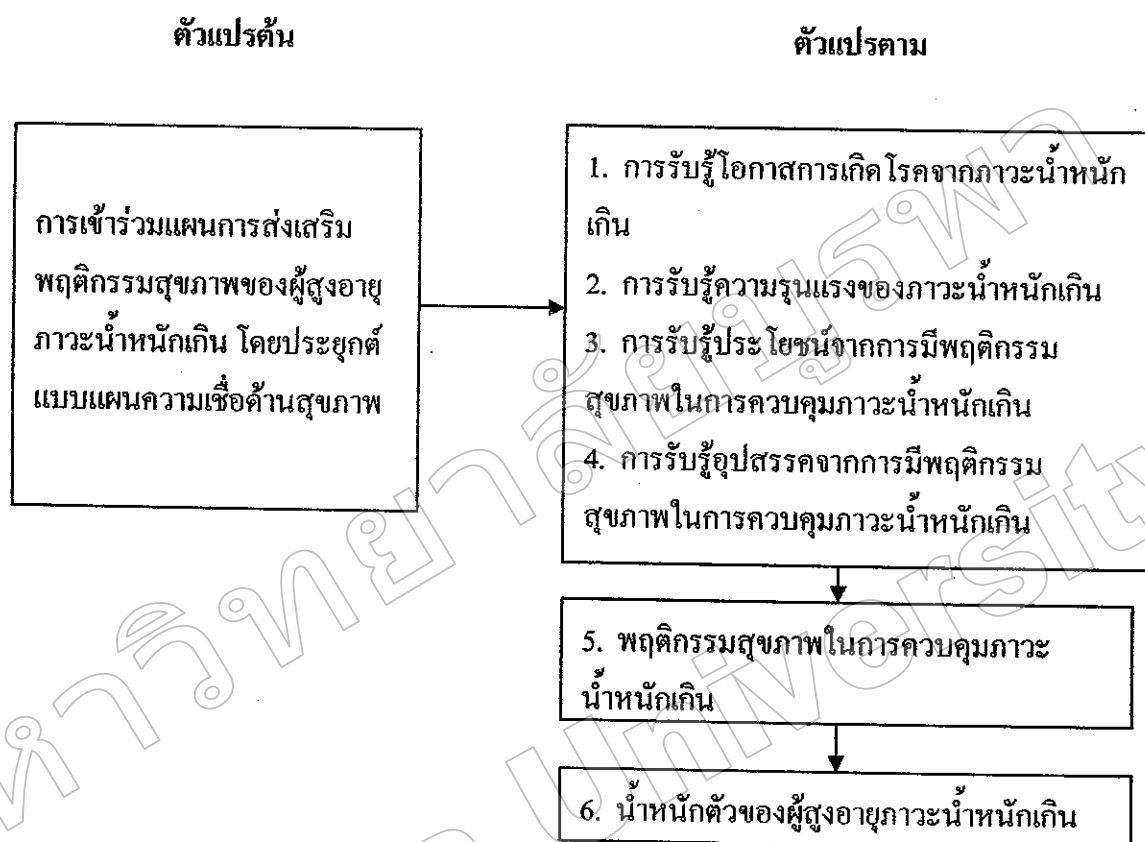
6. การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินแสวงหาวิธีปฏิบัติในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีและเหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ของ สุชัยญา วงศ์เพ็ง (2542)

7. การรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักเกิน หมายถึง การที่ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำจากความรู้ และประสบการณ์เดิมที่ทำให้ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเพราะกลัวปัญหาต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ขัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันซึ่งเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักเกิน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบประเมินการรับรู้ของ สุชัยญา วงศ์เพ็ง (2542)

8. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ผู้สูงอายุได้กระทำกิจกรรมการควบคุมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การผ่อนคลายความเครียด แสวงหาข้อมูลในการควบคุมน้ำหนักเกินที่เหมาะสม ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนทางสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของ เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546)

9. น้ำหนักตัว หมายถึง น้ำหนักตัวของผู้สูงอายุที่มีหน่วยเป็นกิโลกรัม ประเมินโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักตัวชนิดสปริงสเกล ยี่ห้อ Mimaki SCALE ซึ่งใช้เครื่องชั่งเดียวกันตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย