

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดในการศึกษาโดยรวบรวมจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมเรื่องดังต่อไปนี้

1. โรคอ้วนในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของโรคอ้วน
 - 2.2 กลไกการเกิดโรคอ้วน
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วน
 - 2.4 ผลกระทบของโรคอ้วน
 - 2.5 การรักษาโรคอ้วน
2. ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน
 - 3.2 ทักษะเกี่ยวกับโรคอ้วน
 - 3.3 การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ
 - 3.4 ภาวะสุขภาพจิต
 - 3.5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 3.6 รายได้ของครอบครัว

โรคอ้วนในผู้สูงอายุ

ความหมายของโรคอ้วน

โรคอ้วน (Obesity) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันมากขึ้นกว่าปกติ ซึ่งอาจจะทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพ การที่มีไขมันสะสมมากขึ้นอาจเนื่องจากร่างกายได้รับพลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการใช้ในการดำรงชีวิตให้เป็นไปในภาวะปกติ จึงมีการสะสมพลังงานที่เหลือเอาไว้ในรูปของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ เป็นผลให้มีน้ำหนักตัวเกินกว่าปกติ และนำมาซึ่งสาเหตุของโรคเรื้อรังต่าง ๆ ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ (รังสรรค์ ดังตรงจิตร, 2550)

โรคอ้วนมีอยู่ 3 ประเภท ดังนี้ (พรจิตา ชัยอำนาจ, 2545)

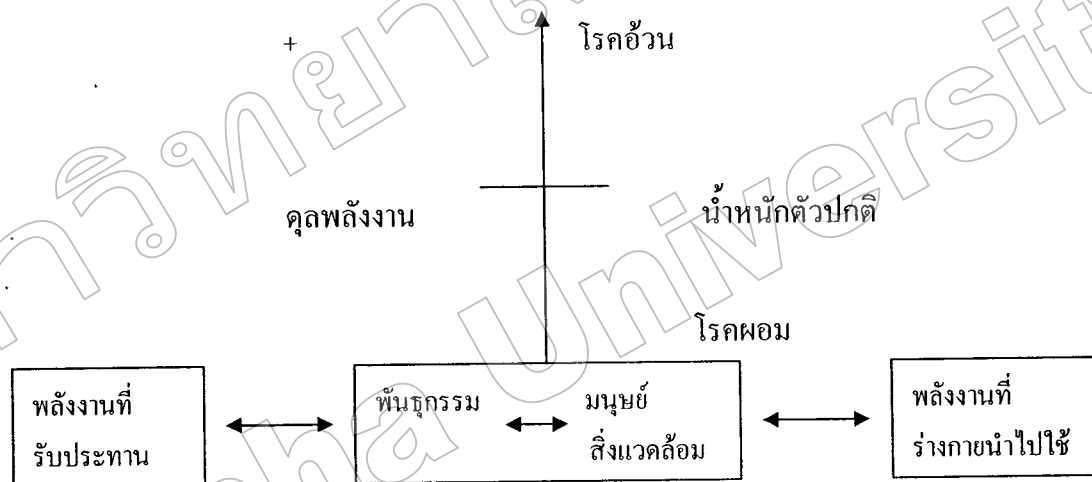
1. โรคอ้วนทั้งตัว (Overall Obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไขมันทั้งร่างกายมากกว่าปกติ โดยไขมันเพิ่มขึ้นมิได้จำกัดอยู่ที่ตำแหน่งตำแหน่งหนึ่งโดยเฉพาะ

2. โรคอ้วนลงพุง (Visceral Obesity; Abdominal Obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีไขมันของอวัยวะภายในช่องท้องมากกว่าปกติ โดยอาจมีไขมันใต้ผิวหนัง (Subcutaneous Fat) บริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้นด้วย

3. โรคอ้วนทั้งตัวร่วมกับโรคอ้วนลงพุง (Combined Overall and Abdominal Obesity) ผู้ป่วยกลุ่มนี้นอกจากเป็นโรคอ้วนทั้งตัวแล้วยังเป็นโรคอ้วนลงพุงร่วมด้วย

กลไกการเกิดโรคอ้วน

การที่มนุษย์จะมีน้ำหนักมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับดุลพลังงาน (Energy Balance) โดยที่คนพอมมีดุลพลังงานเป็นลบ ส่วนผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีดุลพลังงานเป็นบวก ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติมีดุลพลังงานเป็นศูนย์



ภาพที่ 2 การกำหนดดุลพลังงาน (พรทิศา ชัยอำนวย, 2545)

อ้วนหรือผอมขึ้นอยู่กับดุลพลังงานที่มีอยู่ในร่างกาย หากมีดุลพลังงานมากเกินไปก็จะทำให้เป็นโรคอ้วน และถ้าหากมีดุลพลังงานน้อยเกินไปก็จะทำให้เป็นโรคผอมได้ ส่วนคนที่มีดุลพลังงานที่สมดุลก็จะมีน้ำหนักตัวที่ปกติ โดยการเกิดโรคอ้วนนั้นเกิดจากความไม่สมดุลของการใช้พลังงานที่ร่างกายได้รับกับพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ กล่าวคือมีการใช้พลังงานน้อย ขณะที่รับพลังงานเข้าไปมาก (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539) ร่วมกับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และตัวมนุษย์เอง ก็จะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอ้วนได้

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคอ้วน

มาตรการที่ใช้ตัดสินโรคอ้วน ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว เส้นรอบวงสะโพก และอัตราส่วนเอวต่อสะโพก (อกัสณี บุญญาวรกุล, 2548) ดังต่อไปนี้

1. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) คำนวณได้จากสูตร

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

ตารางที่ 1 Classification of BMI in Adults (อภิสิทธิ์ บุญญาวารกุล, 2548)

Classification	BMI (Kg/ M2)		Risk of Co-Morbidities
	Europeans (WHO, 1998)	Asians (WHO, 2000)	
Underweight	<18.5	<18.5	Low (But Increased Risk of Other Clinical Problems)
Normal Range	18.5-24.9	18.5-22.9	Average
Overweight	≥25	23	Increased
Pre-Obese	25-29.9	23-24.9 (At Risk)	
Obese I	30-34.9	25-29.9	Moderate
Obese II	35-39.9	30	Severe
Obese III	≥40	-	Very Severe

ค่า BMI เป็นค่าที่นิยมนำมาใช้ในการคัดกรองภาวะอ้วนมากที่สุด เนื่องจากวัดง่าย เชื่อถือได้และสะท้อนปริมาณไขมันในร่างกายในผู้ใหญ่ได้ดี

2. เส้นรอบวงเอว (Waist Circumference) เส้นรอบวงระดับเอวที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงเนื้อเยื่อไขมันในช่องท้อง (Visceral Adiposity) วัดได้โดยใช้แถบวัดในแนวราบที่ระดับเอว ทำยืนที่ตำแหน่งสะดือ จะถือว่าเส้นรอบวงระดับเอวมมากกว่าปกติเมื่อมากกว่า 102 เซนติเมตร สำหรับผู้ชาย และมากกว่า 88 เซนติเมตร สำหรับผู้หญิง ในคนไทยใช้ค่า 36 นิ้ว (90 ซม.) สำหรับผู้ชาย และมากกว่า 32 นิ้ว (80 ซม.) สำหรับผู้หญิง (อุพารณ์ พ่วงใส, 2550)

3. อัตราเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก (Waist-Hip Ratio, WHR) คำนี้นี้ได้จากการวัดเส้นรอบวงระดับเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก ส่วนที่หนูนที่สุดของสะโพก เส้นรอบวงระดับเอวเป็นตัวชี้วัดมวลไขมันในช่องท้อง และไขมันในร่างกายทั้งหมด ส่วนเส้นรอบวงสะโพกให้ข้อมูลทางด้านกล้ามเนื้อ และโครงสร้างกระดูกบริเวณสะโพก สำหรับค่าอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพกที่ใช้ตัดสินอ้วนลงพุงในผู้ชายและผู้หญิงไทยคือ 1.0 และ 0.8 ตามลำดับ

4. ปัจจัยเสี่ยงหรือโรคที่เกิดร่วม (Co-Morbidities) การที่มีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วนนั้น สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลายชนิด และมีผลต่อระบบการทำงานในร่างกายหลายระบบด้วยกัน ดังต่อไปนี้

- 4.1 ปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ ได้แก่ โรคหลอดเลือดและหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดโคโรนารี
- 4.2 โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี
- 4.3 โรคเกี่ยวกับตับ เช่น ตับแข็ง
- 4.4 มะเร็ง เช่น มะเร็งลำไส้ เต้านม ต่อมลูกหมาก ถุงน้ำดี รังไข่ เป็นต้น
- 4.5 โรคทางเดินหายใจและปอด หายใจลำบากขณะนอนหลับ นอนกรน เพราะทางเดินหายใจเริ่มตีบตัน ร่างกายจะขาดออกซิเจนทำให้ร่างกายพักผ่อนไม่เต็มที่ ส่งผลให้ช่วงนอนช่วงกลางวัน
- 4.6 โรคเกี่ยวกับไต เช่น นิ่ว ไตวายจากความดันโลหิตสูง
- 4.7 โรคกระดูกและข้อเสื่อม โดยเฉพาะบริเวณสะโพก หัวเข่า ข้อศอก
- 4.8 โรคเกาต์
- 4.9 โรคเบาหวาน
- 4.10 หลอดเลือดในสมองแตกหรืออุดตัน
- 4.11 โรคซึมเศร้า จากการที่มีปมด้อยเรื่องอ้วน ทำให้ขาดความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน

ปัจจัยที่ควบคุมพลังงาน

ดุลพลังงานของร่างกายขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ ดังนี้

1. พลังงานที่รับประทาน (Energy Intake) ครอบคลุมทั้งปริมาณพลังงานทั้งหมดที่รับประทาน (Total Energy Intake) และสัดส่วนของพลังงาน (Energy Distribution) ที่ได้รับนั้นมาจากโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต

2. พลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ (Energy Expenditure) ประกอบด้วยอัตราของฐานเมตาบอลิซึม (Basal Metabolic Rate: BMR) ผลความร้อนของอาหาร (Thermic Effect of Food) และพลังงานที่ใช้ไปกับการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical Activity)

สถานการณ์และแนวโน้มโรคอ้วนในประเทศไทย

แต่เดิมนั้นประเทศไทยมีสังคมเป็นแบบเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ต่อมาการพัฒนาประเทศทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรมใหม่ มีการนำเทคโนโลยีและเครื่องจักรกลที่ทันสมัยมาใช้ในการทำงาน การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและสังคมจึงเป็นไป

อย่างรวดเร็ว มีการอพยพแรงงานเข้าสู่สังคมเมืองมากขึ้น วัฒนธรรมและสังคมแบบไทยค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงตามแบบสังคมตะวันตก (อาภรณ์รัตน์วิจิตร, 2533) การเปลี่ยนแปลงตามการขยายตัวของสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้กระแสนิยมการบริโภคเปลี่ยนไป อาหารสำเร็จรูปมีการผลิตอย่างพอเพียงและสนองตอบต่อการใช้ชีวิตที่รีบเร่ง การบริโภคอาหารก็เป็นไปอย่างรีบด่วน รับประทานอาหารที่ไม่ถูกส่วน โดยเฉพาะอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล ประกอบกับการใช้ชีวิตที่ไม่มีการออกกำลังกาย (รังสรรค์ ดั่งตรงจิตร, 2550) ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะโภชนาการเกินและเป็นโรคอ้วน ปัญหาโภชนาการเกินที่มากขึ้น อาจทำให้เกิดอันตรายและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในคนที่อายุตั้งแต่วัยกลางคนขึ้นไปถึงวัยสูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิมหานนท์ และคณะ (2543 อ้างถึงใน พรทิศา ชัยอำนวย, 2545) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจและปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ศึกษาจากประชากร 3,615 ราย เพื่อดูความสัมพันธ์ของความอ้วนและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าดัชนีมวลกายซึ่งเป็นค่าที่วัดดูความอ้วนนั้นมีความสัมพันธ์กับระดับไขมัน น้ำตาลและความดันโลหิต ประกอบกับประชากรในสังคมปัจจุบันมักขาดการออกกำลังกาย และมีการรับประทานอาหารเกินความต้องการของร่างกาย แนวโน้มของปัญหาโภชนาการเกินจึงมีมากและทวีความรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ

จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ และเมื่อพิจารณาตามเขตอาศัยและภาคส่วนใหญ่ เขตเมืองจะมีอัตราความชุกสูงกว่าเขตชนบท และภาคกลางจะสูงกว่าภาคอื่น ๆ กลุ่มที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี จากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 40.2 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 20-29 ปี จากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 20.4 สำหรับ 3 อันดับแรกของกลุ่มอายุที่มีอัตราความชุกสูงในการสำรวจครั้งที่ 4 เมื่อพ.ศ. 2538 ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.2 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 35 และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 29.8 ซึ่งในกลุ่มอายุ 60 ขึ้นไป พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 0 เป็นร้อยละ 12.1 ในการสำรวจครั้งที่ 4 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และนอกจากนี้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549) ได้สำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 39,290 คน พบว่ามีประชากรที่จัดว่าน้ำหนักเกินและอ้วนได้ร้อยละ 23 ในชาย และร้อยละ 34 ในหญิง โดยเฉพาะวัยตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปจนถึง 59 ปี และพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 เพศมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักลดลงเรื่อย ๆ แต่ในขณะเดียวกัน กลุ่มช่วงวัยตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปจนถึง 59 ปี จะเป็นกลุ่มที่ต้องเข้าสู่วัย

ผู้สูงอายุในอนาคตและมีแนวโน้มที่จะยังคงเกิดโรคอ้วนได้ต่อไป ร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพเดิม ๆ ที่ยังคงปฏิบัติอยู่

สถานการณ์และแนวโน้มโรคอ้วนในต่างประเทศ

ในปัจจุบันอัตราความชุกของโรคอ้วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วไปทั่วโลกทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ในประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศก็เกิดโรคอ้วนควบคู่ไปกับภาวะทุพโภชนาด้วย องค์การอนามัยโลกจึงกล่าวถึงปัญหาโรคอ้วนว่าเป็น “WorldWide Epidemic” (โรคระบาดของโลก) และกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (WHO, 2006)

จากสถิติที่ได้จากการสำรวจในสหรัฐอเมริการายงานว่า คนอเมริกันตายด้วยโรคอ้วนปีละ 3 แสนคน และใช้เงินรักษาโรคอ้วนปีละ 2 ล้านล้านบาท ซึ่งต้องสูญเสียเงินรักษาคนอ้วนเป็นจำนวนมาก การตรวจพบว่าคนอเมริกันที่มีอายุเกิน 20 ปีกว่าร้อยละ 30 มีน้ำหนักตัวเกินตามความเหมาะสมและเกือบร้อยละ 20 มีอาการอ้วนเกินไป สหรัฐอเมริกาจึงประกาศว่าประเทศกำลังถูกโรคอ้วนคุกคาม (พรจิตา ชัยอำนาจ, 2545)

นอกจากนี้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2005 (WHO, 2006) โดยสำรวจประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีประชากรที่มีภาวะน้ำหนักเกินประมาณ 1.6 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วน 400 ล้านคน และคาดว่าในปี ค.ศ. 2015 จะมีประชากรทั่วโลกที่มีภาวะน้ำหนักเกินประมาณ 2.3 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วนถึง 700 ล้านคน ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั่วโลกประมาณ 17 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทั่วโลกเช่นกัน โดยคาดการณ์อัตราการตายจากโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นมากกว่า 50 % ใน 10 ปีข้างหน้า นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเมตาบอลิซึมต่าง ๆ เช่น มะเร็งมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ เป็นต้น ซึ่งทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

สรุปได้ว่า ปัจจุบันทุกประเทศกำลังเผชิญปัญหาโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น และโรคอ้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังหลายโรค ซึ่งจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และควรจะต้องเร่งแก้ไขและหาแนวทางป้องกันเพื่อก่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. กรรมพันธุ์หรือพันธุกรรม (American Obesity Association, 2002)

ความอ้วนถ่ายทอดกันในครอบครัวได้ โดยพบว่า ถ้าบิดาหรือมารดาอ้วน ลูกจะมีโอกาสอ้วน

ประมาณร้อยละ 40 แต่ถ้าบิดาและมารดาอ้วนลูกจะมีโอกาสอ้วนถึงร้อยละ 80 (คุษณี สุทธิปรียาศรี, 2532) และการศึกษาของ ชุมศักดิ์ พุกชาพงษ์ (2536) พบว่า ถ้าทั้งบิดาและมารดาไม่อ้วนลูกจะมีโอกาสอ้วนเพียงร้อยละ 10 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Heitmann et al. (1995 อ้างถึงใน อารยาตามภานนท์, 2542) เกี่ยวกับอิทธิพลของอาหารไขมันต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีความหนาของร่างกายในผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ โดยเปรียบเทียบคนที่มีบิดาหรือมารดาอ้วน หรืออ้วนทั้ง 2 คน กับคนที่มีบิดาและมารดาที่ไม่อ้วน หลังจากการติดตามผลพบว่า ผู้ที่บริโภคอาหารไขมันสูง ค่าดัชนีความหนาของร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่มีบิดาหรือมารดาอ้วน หรืออ้วนทั้ง 2 คน ส่วนคนที่มีบิดามารดาน้ำหนักปกติ ค่าดัชนีความหนาของร่างกายไม่เพิ่มขึ้น การถ่ายทอดจากพันธุกรรมโดย Autosomal Recessive หรือ Chromosomal เป็นปัจจัยเอื้ออำนวยให้สิ่งแวดล้อมส่งผลให้อ้วน (กัปพล ศิริวัฒนกุล, 2543) และเด็กที่มีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งอ้วน จะมีโอกาสอ้วนมากกว่าเด็กที่ไม่มีบิดาหรือมารดาอ้วนเลยถึง 3 เท่า (Birch & Fisher, 2000 อ้างถึงใน มณีรัตน์ ภาครูป และคณะ, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Philippe Froguel and Philippe Boutin (2001) ที่พบว่ากรรมพันธุ์หรือพันธุกรรมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอ้วนในมนุษย์ รวมถึงปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการสูบบุหรี่

2. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุ

2.1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาฟันผุ รวมทั้งไม่มีฟัน ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบบดเคี้ยวอาหาร การเคี้ยวอาหารทำได้ลำบาก ส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่เคี้ยวยากที่เป็นพวกเส้นใย ซึ่งมีรายงานการศึกษาในผู้สูงอายุ ที่มีจำนวนฟันธรรมชาติลดลง มักรับประทานอาหารพวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีปริมาณแคลอรีมาก อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง หรืออาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น

2.2 สัดส่วนขององค์ประกอบเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพบว่าในผู้สูงอายุจะมีเนื้อเยื่อที่ปราศจากไขมันลดลงจะเปลี่ยนไปเป็นมวลกล้ามเนื้อไปเป็นมวลไขมัน และกระจายตามบริเวณลำตัวมากขึ้น

2.3 อัตราการเผาผลาญพลังงานขึ้นพื้นฐานลดลง จะทำให้อัตราการเผาผลาญพลังงานขึ้นพื้นฐานลดลงประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์ ทุก 10 ปี นับจากอายุประมาณ 20-25 ปี ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ความต้องการพลังงานขึ้นพื้นฐานลดลง ซึ่งถ้าผู้สูงอายุยังคงรับประทานอาหารเท่าเดิมตลอดเวลา น้ำหนักก็จะเพิ่มขึ้นได้

3. อาหารที่รับประทาน โรคอ้วนเป็นผลมาจากการได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไป ความต้องการของร่างกาย (สุภาพ สอนปาน, 2538) พลังงานที่เหลือจะถูกเปลี่ยนไปเป็นรูปของไขมันสะสมไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อาหารที่ทำให้อ้วนที่สำคัญที่สุดคือ ไขมัน (ธีระพงศ์

บุญศิริ, 2537) ซึ่งผู้รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงจะมีโอกาสอ้วนได้มากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ (Grundy, 1998)

4. บริโภคนิสัย หลายครอบครัวได้สร้างนิสัยในการบริโภคอาหารมาหลายชั่วอายุคน ทำให้บุตรหลานติดนิสัยถ่ายทอดกันมา นิสัยนี้อาจจะเป็นความนิยมในชนิดของอาหาร รสชาติในการปรุง ปริมาณอาหารที่บริโภค ซึ่งการศึกษาของ วลัย อินทร์พรชัย (2530) พบว่านิสัยในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุว่าเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุนิสัยการบริโภคอาหารที่ฝังแน่นมาเป็นเวลานานและนิสัยการบริโภคมีความสัมพันธ์กับขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อต่าง ๆ จึงเปลี่ยนแปลงได้ยากและผู้สูงอายุบริโภคอาหารตามความชอบและสนใจในรสชาติอาหารมากกว่าคุณค่าทางโภชนาการ ปัญหาภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่และพฤติกรรมบริโภค ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น พบว่ามีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีมาก่อน เช่น เป็นโรคอ้วน มีไขมันสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อเนื่องถึงในวัยสูงอายุได้ด้วย ถ้าได้มีการดูแลรักษามาอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถบรรเทาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรคได้ระดับหนึ่ง แต่ก็พบว่ามักจะไม่ได้ได้รับความสนใจหรือได้รับการรักษา ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อาการต่าง ๆ ของโรคจะรุนแรงมากขึ้น มีโรคแทรกซ้อนได้ง่าย การรักษาต้องใช้เวลา เพราะร่างกายอยู่ในภาวะที่อ่อนแอเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมตลอดเวลา ดังนั้นปัญหาทางโภชนาการ สำหรับวัยสูงอายุจึงขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่ด้วย นอกจากนี้ บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุแต่ละคนที่เป็นอยู่ ก็เป็นตัวกำหนดให้ทราบถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุแต่ละคนในอนาคตได้อีกทางหนึ่ง เช่น ชอบอาหารที่มีรสหวาน ชอบอาหารที่มีไขมันสูง หรือชอบกินอาหารที่มีรสเค็มจัด สิ่งเหล่านี้นับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลายอย่าง และถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งจะปฏิบัติแต่สิ่งที่เคยชิน ยึดมั่นถือมั่น ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่าย ๆ ดังนั้น โอกาสที่เกิดปัญหาทุพโภชนาการจึงเกิดขึ้นได้ในอนาคต

5. พยาธิสภาพและยาที่ได้รับ

5.1 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ (ฮอร์โมน) เช่น เนื้องอกที่ตับอ่อนทำให้การสร้างอินซูลินมากเกินไป ทำให้น้ำตาลต่ำ และหิวบ่อย กลุ่มอาการคุซซิงซึ่งเกิดจากเนื้องอกที่ต่อมหมวกไต (Cushing's Syndrome) ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยไป (Hypothyroidism) หรือโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับรังไข่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน ถ้าร่างกายมีการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน จะทำให้มีการลดต่ำลงของเมตาบอลิซึมในร่างกาย ดังนั้นผู้หญิงที่มีช่วงประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หลังหมดประจำเดือน หรือผ่าตัดเอารังไข่ออกจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทำให้อ้วนมากกว่าคนปกติ

5.2 ความผิดปกติของสมองส่วน Ventromedial Hypothalamus ซึ่งเป็นศูนย์ควบคุมความอิม เช่น การเกิดเนื้องอก cariniopharyngioma หรือการติดเชื้ออักเสบบริเวณนี้ ทำให้มีการกินอาหารมากผิดปกติ ทำให้อ้วนได้

5.3 ยาที่ใช้รักษาโรคหลายชนิดมีผลทำให้อ้วนได้ เช่น ยารักษาโรคจิตกลุ่มฟิโนไทอะซีน (Penothiazine Derivatives) ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-Steroid Antiinflammatory Drugs) ยาลดความดันโลหิต (Antihypertensive) ยาในกลุ่มฮอร์โมน เป็นต้น

6. สภาพจิตใจ สามารถทำให้เกิดโรคอ้วนได้ เช่น ผู้คนที่ขาดความรัก ความอบอุ่น หรือเสียใจ อาจแสดงออกโดยการรับประทานอาหารมากขึ้นเพื่อกลบเกลื่อนความเสียใจ คนทำงานที่ต้องใช้ความคิดและต้องวางแผนเกิดมีความวิตกกังวล ก็มักจะแก้ปัญหาด้วยการรับประทานอาหารบ่อยขึ้น จนทำให้ติดเป็นนิสัย รับประทานอาหารมากกว่าปกติและกลายเป็นโรคอ้วนได้ (สุจิตรา เรือนทอง, 2538) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เหงา ว้าเหว่ ขาดความรักและเอาใจใส่ของครอบครัวมีความผิดหวังและความเครียด อาจใช้เรื่องการรับประทานอาหารเป็นสิ่งทดแทน ทำให้มีโอกาสดังกล่าวะโภชนาการเกินได้ การกินมากจะทำให้น้ำหนักเพิ่ม และความเครียดยังกระตุ้นให้ร่างกายผลิตไขมันบริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอ้วนได้เช่นกัน (นิภา ผ่องพันธ์, 2545) ในคนที่อ้วนมากมักพบว่า มีความสัมพันธ์ค่อนข้างมากระหว่างปัจจัยทางด้านอารมณ์ ปัญหาทางด้านจิตใจกับโรคอ้วน คนบางคนที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ หรือมีเรื่องไม่สบายใจ ก็จะชดเชยโดยการกินอาหารโดยที่ตัวเองไม่หิว (Avicena Clinic, 2003) การกินมากทำให้น้ำหนักเพิ่ม และความเครียดยังกระตุ้นให้ร่างกายผลิตไขมันบริเวณหน้าท้องเพิ่มขึ้น คนอ้วนจึงมีโอกาสดังกล่าวเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคอื่น ๆ เพิ่มขึ้น การดำเนินชีวิตในปัจจุบันทำให้คนต้องดิ้นรนต่อสู้แข่งขันเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายให้เพียงพอกับค่าครองชีพที่นับว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นนักธุรกิจบางคนทำแต่งงานและเครียดอยู่เสมอ ถึงแม้จะกินน้อย ประกอบกับมีเครื่องอำนวยความสะดวกสบาย และไม่ค่อยมีเวลาออกกำลังกายก็ทำให้อ้วนลงพุงได้ (นิภา ผ่องพันธ์, 2545) จากการศึกษาภาวะอ้วนเกินกับการทำงานของ ตลับพร หาญรุ่งโรจน์ และปณต มิคะเสน (2549) พบว่า คนอ้วนมีสภาพจิตสลดหดหู่ ถูกแบ่งแยกจากสังคมโดยอคติด้วยภาพลักษณ์ที่ไม่น่าชื่นชม ขาดความมั่นใจในตนเอง มีปัญหาในการทำงานเรื่องมนุษยสัมพันธ์ อันมีผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการทำงานลดลง และนำไปสู่ปัญหางบประมาณที่เพิ่มขึ้นเพื่อต้องใช้ในการดูแลสุขภาพและโรคภัยต่าง ๆ ที่ตามมา

7. การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม ปัจจุบันมีเครื่องอำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้สัดส่วนของคนที่ออกกำลังกายน้อยลง เป็นผลให้ร่างกายใช้พลังงานลดลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม มีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายและมีเครื่อง

อานวยความสะดวกเพิ่มมากขึ้นจึงทำให้มีการใช้พลังงานในร่างกายน้อยลง รวมทั้งนิสัยการบริโภค นั้นไม่ได้เปลี่ยนแปลงให้เหมาะสมกับความต้องการพลังงานจึงทำให้เกิดการสะสมไขมัน เพราะ การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย จึงใช้ไขมัน แป้งและน้ำตาลที่กิน เข้าไป แต่ถ้าพลังงานไม่ได้ถูกใช้อย่างเหมาะสม ทำให้สารอาหารที่จะสร้างพลังงานเหลือเก็บไว้ เช่น กลูโคส เหลือเก็บไว้ในรูปของไกลโคเจนหรือไขมัน เป็นต้น ทำให้เกิดการพอกพูนไขมันตาม ส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนั้นการออกกำลังกายจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วน (ธีระพงศ์ บุญศิริ, 2537)

8. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม มีผลต่อคนอ้วนมากกว่ากรรมพันธุ์ ซึ่งปัจจัยทางด้าน สิ่งแวดล้อมมีหลายประการ เช่น ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม อาหาร การออกกำลังกาย สภาพครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดู ค่านิยมของสังคม และอื่น ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

8.1 ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม คนอ้วนพบบ่อยในคนที่ฐานะทางด้าน เศรษฐกิจและสังคมต่ำ (Avicenna Clinic, 2003) จากการศึกษาใน 10 รัฐ ในสหรัฐอเมริกาพบว่า เด็กหญิงที่ยากจนจะมีรูปร่างผอมและจะอ้วนขึ้นเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ โดยจะสัมพันธ์กับการบริโภค อาหารราคาถูก (มณีรัตน์ ภาครูป และคณะ, 2547) ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาจะเป็นไปในทาง ตรงกันข้าม คือคนอ้วนจะพบในกลุ่มคนที่มียาได้สูงมากกว่ารายได้ต่ำ ผู้ที่มีสถานภาพเศรษฐกิจ และสังคมดี ย่อมมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเอื้อให้บุคคล สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในการแสวงหาบริการเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987)

8.2 สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม แสง โสม สีนะวัฒน์ ได้กล่าวถึงสาเหตุของความอ้วนในเด็กไทยว่าเป็นเพราะพ่อแม่คิดว่าเด็กอ้วนน่ารัก จึงให้รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ไข่ชุบแป้งทอด เด็ก ไอศกรีม น้ำอัดลม น้ำหวาน ฯลฯ รวมทั้งตัวเด็กเองก็ไม่ชอบการ ออกกำลังกาย ชอบเล่นเกมสื่อกอมพิวเตอร์ รับประทานอาหารไปดูโทรทัศน์ไปทำให้อ้วนง่าย ในสังคมบางแห่งหรือในชนบางเผ่า จะมีวัฒนธรรมเกี่ยวกับคนน้ำหนักเกินมาตรฐานและคนอ้วน ได้รับการยอมรับ การอ้วนเป็นตัวแทนที่แสดงถึงความสำเร็จและการดึงดูดความสนใจ เช่น วัฒนธรรมของคนผิวดำจะยอมรับคนที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าคนที่น้ำหนัก ตัวน้อย (มณีรัตน์ ภาครูป และคณะ, 2547) นอกจากนี้สภาพสังคมในท้องถิ่นและแบบแผนการ ดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อความอ้วน ในปัจจุบันค่านิยมในการบริโภคและวิถีการดำรงชีวิตของคนไทย เปลี่ยนไปได้รับอิทธิพลจากตะวันตกตามกระแสบริโภคนิยมและวัตถุนิยม ซึ่งขาดการกลั่นกรอง และเลือกใช้อย่างเหมาะสมและไม่รู้เท่าทัน ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร ที่มีโปรตีนและไขมันสูง การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางอาหารต่ำและไม่ครบถ้วน ส่งผลข้างเคียง

ต่อสุขภาพ วัฒนธรรมการบริโภคแบบไทยเดิมเปลี่ยนไปเป็นพฤติกรรมการบริโภคที่ขาดความหลากหลายและสมดุลการบริโภคเกินพอดี นอกเหนือจากการบริโภคที่ไม่เหมาะสมแล้ว ยังขาดพฤติกรรมสร้างสุขภาพที่สำคัญก็คือขาดการออกกำลังกาย มีคนไทยเพียงร้อยละ 34.7 ในปี 2541 ที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคอ้วนมีมากขึ้น (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549, 2544) สังคมที่มีการแพร่ขยายอาหารตะวันตกไปทั่วโลกการเปลี่ยนแปลงสภาพเศรษฐกิจและสังคมจนทำให้คนมีแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปเป็นกลุ่มเสี่ยงคือ กินอาหารที่มีไขมันมากออกกำลังกายน้อยจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม (DeOnis, 2003) แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่ถูกต้อง เป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคอ้วน (Dean et al., 1995) กล่าวว่า แบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางสังคม

8.3 อาชีพ อาชีพที่ต้องติดต่อกับผู้อื่น เช่น นักธุรกิจ พวกละเมิดประสาสัมพันธต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องติดต่อกับผู้อื่นออกไปรับประทานอาหารเลี้ยง อาหารว่างบ่อย ๆ ทำให้ต้องรับประทานอาหารมาก (Avicena Clinic, 2003) ส่วนการมีงานทำจะสัมพันธ์กับสถานะทางสังคมที่ดี เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง

8.4 ทักษะการดื่มน้ำหนักตัวและความแตกต่างระหว่างเรื่องเพศในเรื่องความอ้วน เพศหญิงกับเพศชายจะมีนิสัยการรับประทานอาหารแตกต่างกัน เพศหญิงจะมีความถี่ในการรับประทานอาหารมากกว่าเพศชาย ชอบรับประทานอาหารจุกจิกหรืออาหารว่างมากกว่า (นิตยา ไกรวงศ์, 2536) และจากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศหญิง

ผลกระทบของโรคอ้วน

ผลกระทบของโรคอ้วนแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม คือ โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ความผิดปกติเกี่ยวกับคอเมไร์ทอที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ปัญหาสุขภาพอ่อนแอที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน และปัญหาทางสังคมและจิตใจที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (พรทิศา ชัยอำนาจ, 2545)

1. โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน

1.1 โรคหัวใจขาดเลือด การศึกษาระยะยาวและวางแผนล่วงหน้าพบว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระและสำคัญสำหรับการเจ็บป่วย และการตายที่สัมพันธ์กับโรคหัวใจขาดเลือด ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน พบในกลุ่มอายุน้อยมากกว่ากลุ่มอายุมากและพบในผู้ที่เป็โรคอ้วนลงพุงสูงกว่าผู้ที่มีไขมันมากบริเวณสะโพกและต้นขา

นอกจากนี้ยังพบว่า การตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีน้ำหนักตัว สูงกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 10 และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจากโรคอ้วน ในผู้หญิงไทยจาก กลุ่มตัวอย่างบุคลากรของโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 543 คน อายุ 19-61 ปี พบว่าผู้ที่มีลักษณะ อ้วนแบบลงพุง จะมีระดับไขมันที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือด นอกจากนี้ การศึกษาของสมาคม โรคหัวใจชาวอเมริกัน พบว่าคนอ้วนมีโอกาสดเกิดโรคหัวใจเร็วกว่าคนที่ มี รูปร่างสมส่วน 7 ปี โดยเขาพบว่าอายุเฉลี่ยที่ผู้ป่วยทั่วไปมาพบแพทย์โรคหัวใจที่คลินิก คือ 64 ปี คนที่มีน้ำหนักเกิน มาตรฐานจะมาพบแพทย์เมื่ออายุเฉลี่ย 57 ปี (Health Obesity Shortens Life by Four Year, 1999)

1.2 โรคความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยในคนอ้วน คนอ้วนมีโอกาสดที่จะเกิดความดัน โลหิตสูงมากกว่าคนทั่วไป 6 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากไขมันในร่างกายมีผลต่อความดันเลือด ทำให้ เส้นเลือดแข็งตัว มีโอกาสดเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และเกิดหัวใจล้มเหลว (Avicenna Clinic, 2003) นอกจากนี้ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและโรคอ้วนจะทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เพื่อสูบฉีดเลือดไปเลี้ยง อวัยวะต่าง ๆ ให้เพียงพอ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นด้วย (วลัย อินทรมิพรรย์, 2530)

1.3 โรคหลอดเลือดสมอง ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นกับการเพิ่ม ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองยังไม่แน่ชัด ได้มีรายงานว่าอัตราส่วนระหว่างเส้นรอบวงเอว ต่อเส้นรอบวงสะโพก เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าดัชนีมวลกายได้มี การเสนอแนะว่าผู้ที่อ้วนและเป็นอยู่นานมากในวัยกลางคนมีความสำคัญในการประเมินความเสี่ยง ต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดและ การแพร่กระจายของกลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือดในประเทศไทยที่พบว่าสาเหตุที่สำคัญของ การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (พรจิตา ชัยอำนวนย, 2545)

1.4 โรคเมเร็งบางชนิด เช่น โรคเมเร็งของเยื่อบุหลอดลม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ และมะเร็งเต้านม เป็นต้น ความอ้วนจะสัมพันธ์กับโรคเมเร็งบางชนิด โดยพบว่า ผู้ชายที่มี น้ำหนักตัวสูงมากเกินปกติ จะมีโอกาสเป็นมะเร็งที่ต่อมลูกหมากสูงกว่าคนปกติ 2.5 เท่า ส่วน ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนที่อ้วนที่ส่วนบนของลำตัว มีโอกาสเป็นมะเร็งที่เต้านม มะเร็งที่มดลูก และ มะเร็งรังไข่สูงขึ้น ทั้งนี้สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งสัมพันธ์กับเนื้อเยื่อไขมัน ที่เพิ่มขึ้น (กมลพรรณ เมฆวรวิดิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์, 2544)

1.5 โรคเบาหวาน คนอ้วนมีโอกาสดเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โดยพบว่า คนที่ เป็นเบาหวานประมาณร้อยละ 80 เป็นคนอ้วนหรือน้ำหนักเกิน (Overweight and Obesity: Health Consequence, 2003) นอกจากนี้กองโภชนาการ (2532) พบว่าคนที่อ้วนมีโอกาสดเป็นโรคเบาหวาน มากกว่าคนที่ไม่อ้วน โดยมีโอกาสดเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 7 เท่าในคนอ้วน และมีความสัมพันธ์ กับน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น ส่วนการลดน้ำหนักจะช่วยลดความต้องการฮอร์โมนอินสุลินของร่างกายได้ (ชุมศักดิ์ พงกษาพงษ์, 2536)

1.6 โรคนิ้วในถุงน้ำดี พบว่ามีนิ้วในกระเพาะปัสสาวะและไขมันตับ มีการหลั่งของน้ำดี ผู้หญิงอ้วนที่มีอายุ 20-30 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนิ้วในถุงน้ำดีสูงกว่าคนปกติถึง 6 เท่า และผู้หญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1 ใน 3 มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนิ้วในถุงน้ำดี (Blumenkrantz, 2001)

2. ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับต่อมไร้ท่อที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน เซลล์ไขมันมิได้ทำหน้าที่เฉพาะเป็นแหล่งสะสมไขมันแต่ยังทำหน้าที่เป็นเซลล์ไร้ท่อ (Endocrine Cell) โดยสร้างฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์เฉพาะที่และไกล ตลอดจนเป็นเซลล์เป้าหมายของฮอร์โมนหลายชนิด การศึกษาพบว่าคนอ้วนมีฮอร์โมนที่ผิดปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการสะสมไขมันในช่องท้อง ความผิดปกติของฮอร์โมนที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับการมีไขมันสะสมในช่องท้องคือ ภาวะดื้ออินซูลินและการเพิ่มการหลั่งอินซูลิน ทำให้เกิดโรคเบาหวานแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบฮอร์โมนเพศหญิงและชายรวมทั้งฮอร์โมนเติบโตลดลง (พรทิศา ชัยอำนวนย, 2545)

3. ความผิดปกติของเมตาบอลิซึมที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน

3.1 ภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ คนอ้วนมักมีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง HDL-C ในเลือดต่ำ และ LDL-C ในเลือดสูง ซึ่งมักพบในคนอ้วนที่มีการสะสมไขมันในช่องท้องมาก และสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อโรคหัวใจขาดเลือด

3.2 กลุ่มอาการเมตาบอลิกกับโรคอ้วน (The Metabolic Drome) กลุ่มอาการเมตาบอลิกนี้มีความผิดปกติอย่างน้อย 2 ภาวะ คือ ภาวะพร่องการใช้กลูโคส ความดันโลหิตสูง ภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงกับ HDL-C ในเลือดต่ำ ภาวะดื้ออินซูลินและโรคอ้วนลงพุง ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. ปัญหาสุขภาพอื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วน

4.1 โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) จากการที่มีน้ำหนักที่มากขึ้น จึงทำให้ไปกดตรงตำแหน่งข้อต่อกระดูกและกล้ามเนื้อ มีผลให้มีการรับน้ำหนักมากเกินไป เป็นเหตุให้เกิดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท มีอาการปวดหลัง เป็นโรคกระดูกและข้อเสื่อม พบว่าคนงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินจะมีปัญหาเกี่ยวกับเส้นประสาทของข้อมือและมือ (Lycos, 1998)

4.2 กรดยูริกในเลือดสูงและโรคเกาต์ กรดยูริกที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นทำให้มีกรดยูริกในเลือดสูง มีกรดในข้อมากขึ้น เกิดข้ออักเสบของกรดยูริกในข้ออาจตกผลึกเม็ดเลือดขาวที่กลืนกินผลึกเข้าไป จะปล่อยสารที่ทำให้เกิดการอักเสบและปวดขึ้น (วิศาล เขาวงศ์ศิริ, 2523)

4.3 โรคทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการที่เรียกว่า Pickwickian Syndrome คือ อาการซึมและหลับง่ายในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เนื่องจากมีไขมันเกาะตามอวัยวะภายในช่องท้องมาก ทำให้กระบังลมถูกดันสูงขึ้น มีผลให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดการพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในปอด เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ในเลือดมาก

ทำให้เกิดการร่วงซึม และกลับเมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ไชกระดูกจะตอบสนองโดยจะผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเม็ดเลือดสูง เป็นสาเหตุให้เลือดข้น ความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองและหัวใจอุดตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะดังกล่าวไม่เพียงพอ และมีอาการซึมและหลับได้ (วิชัย ตันไพจิตร, 2530)

5. ปัญหาทางสังคมและจิตใจที่สัมพันธ์กับโรคอ้วน ปัญหาทางสังคมและจิตใจที่สัมพันธ์กับโรคอ้วนเกิดจากผู้คนในสังคมมองว่าไขมันในร่างกายเป็นเรื่องของสุขภาพที่ไม่ดีและน่าเกลียด ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า โรคอ้วนเป็นภาวะทางกายอันก่อให้เกิดภาวะทางสังคมและจิตใจ (พรทิศา ชัยอำนวย, 2545)

การรักษาโรคอ้วน

สถานการณ์โรคอ้วนในประเทศไทย พบความชุกของโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 109.1 ภายในเวลา 10 ปี (พรทิศา ชัยอำนวย, 2545) การรักษาโรคอ้วนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะการรักษาโรคอ้วนเป็นการรักษาโรคอื่น ๆ ที่เป็นโรคแทรกซ้อนได้เป็นอย่างดี มีหลายวิธีดังนี้

1. การควบคุมอาหาร หลักของการควบคุมอาหารใช้หลักเดียวกัน คือ พลังงานที่น้อยกว่าพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน ซึ่งสามารถใช้ในการควบคุมและป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนได้

1.1 การควบคุมอาหารเพื่อการรักษา ปัจจุบันได้มีอาหารที่ใช้ควบคุมน้ำหนักอยู่ 4 ประเภท (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ซึ่งต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์ดังต่อไปนี้

1.1.1 อาหารที่ให้พลังงานต่ำที่พอเหมาะกับแต่ละบุคคล หลักของอาหารประเภทนี้คือ รับประทานอาหารให้น้อยลง วันละ 500-600 กิโลแคลอรี ซึ่งสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานแต่ไม่ควรให้พลังงานต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรี ผู้ที่รับประทานอาหารน้อยลงวันละ 500 กิโลแคลอรี น้ำหนักจะลดลงได้ 0.45 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ ถ้าปฏิบัติได้จริงในช่วง 10 เดือนจะลดลงประมาณ 18 กิโลกรัม จึงต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงการใช้เวลาและความตั้งใจในการลดน้ำหนัก

1.1.2 อาหารที่มีไขมันต่ำ แต่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และเกลือแร่รวมอยู่ อาหารประเภทนี้นอกจากจะมีผลดีต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองแล้ว ยังลดน้ำหนักได้ดีและปลอดภัยด้วย คือ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ปรุงโดยไม่ใช้ไขมัน เช่น ปลาเผา ไก่ต้มโดยไม่รับประทานหนัง และอาหารประเภทต้ม ร่วมกับผักและผลไม้

1.1.3 อาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,000-1,200 กิโลแคลอรี วิธีการนี้อาจก่อให้เกิด

เกิดการขาดสารอาหารบางชนิดได้ และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยไม่สามารถทนต่อการจำกัดพลังงานที่รับประทานดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการอาหารเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารวันละ 1,000-1,200 กิโลแคลอรี และต้องตรวจสอบว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่

1.1.4 อาหารที่ให้พลังงานต่ำ อาหารประเภทนี้จัดเป็นอาหารทางการแพทย์โดยมีสัดส่วนของพลังงานดังนี้ จากโปรตีนร้อยละ 25.1 จากไขมันร้อยละ 11.3 และจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 63.6 การรักษาวิธีนี้ต้องอยู่ในการดูแลรักษาของแพทย์อย่างใกล้ชิด น้ำหนักตัวมักลดลงอย่างรวดเร็วในช่วง 3 เดือนแรกของการได้รับอาหารที่ให้พลังงานต่ำ แต่ในระยะยาวมักไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นควรให้การรักษาเฉพาะผู้ที่มิได้ช่นิมวลถายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ ตารางเมตร และมีปัญหาทางการแพทย์ เช่น ต้องการลดน้ำหนักก่อนการผ่าตัด

1.2 การควบคุมอาหารเพื่อป้องกัน เป็นการควบคุมอาหารที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยการจัดอาหารรับประทานเองและยึดหลักสมดุล คือ จัดอาหารโดยคำนึงถึงการได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน และในผู้สูงอายุจะมีเนื้อเยื่อปราศจากไขมัน และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ซึ่งแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว ดังนั้นความต้องการพลังงานจึงขึ้นอยู่กับระดับการทำกิจกรรมและส่วนประกอบของร่างกายด้วย (วินัส ลิพทกุล, 2541) ซึ่งมีอัตราส่วนที่สมดุลสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1.2.1 โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารโปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ความต้องการของร่างกายจะเพิ่มขึ้นอีก ถ้าร่างกายมีความเครียดจากการได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ การผ่าตัด หรือการเจ็บป่วย อาหารที่ให้โปรตีนและมีคุณค่าสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ และโปรตีนจากพืชที่สำคัญ ได้แก่ นมถั่วเหลือง ซึ่งโปรตีนมีหน้าที่ในการสร้างความเจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่สูญเสียไป ตามปกติควรให้ผู้สูงอายุบริโภคเนื้อสัตว์ประมาณ วันละ 120-160 กรัม (น้ำหนักขณะดิบ) ปริมาณนี้จะลดลงได้ถ้ามีการบริโภคไข่ ถั่วหรือนมอีก ไข่ เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพราะมีคุณค่าทางอาหารสูงมาก ในไข่แดงมีธาตุเหล็กในปริมาณสูง ไข่เป็นอาหารที่นุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยและดูดซึมได้ดี โดยปกติในผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง ควรบริโภคไข่ สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง ถ้าผู้สูงอายุที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรลดจำนวนลงหรือบริโภคเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น นม เป็นอาหารที่มีแคลเซียมและโปรตีนสูง ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูงหรือน้ำหนักตัวมาก อาจดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลืองแทนได้ ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง และราคาถูก ใช้แทนอาหารพวกเนื้อสัตว์ได้ สำหรับผู้สูงอายุ ก่อนนำมาบริโภค ควรปรุงให้มีลักษณะนุ่มเสียก่อน ใช้ประกอบเป็นอาหารได้ทั้ง คาว หวาน และในรูปของผลิตภัณฑ์ เช่น เต้าหู้ เต้าเจี้ยว เป็นต้น

1.2.2 ไขมัน ผู้สูงอายุมีความต้องการไขมันในปริมาณที่น้อย ซึ่งไขมันมีหน้าที่ในการขนส่งวิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ ดี อี และเค ความต้องการสารอาหารไขมันในผู้สูงอายุไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายควรได้รับ และมีกรดไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด ส่วนโคเลสเตอรอลในอาหารไม่ควรเกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน ผู้สูงอายุต้องการไขมันในปริมาณน้อย แต่ก็ขาดมิได้ ถ้าบริโภคไขมันมากเกินไป ไขมันจะสะสมตามบริเวณส่วนต่าง ๆ ตามร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วนไขมันอุดตันในเส้นเลือด นอกจากนั้นยังทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อหลังอาหารได้ ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนลิก ในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ เป็นต้น ปริมาณการใช้ 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน โดยหลีกเลี่ยงการใช้ไขมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว และเนย

1.2.3 คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด และควรได้มาจากคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ข้าว ถั่วเขียว ขนมปัง หรือแป้ง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทราย หรือน้ำตาลอื่น ๆ มากเกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด เพราะมีโอกาสเกิดโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และฟันผุได้ง่าย ผู้สูงอายุควรได้รับใยอาหารวันละ 20-35 กรัม เพื่อช่วยรักษาและป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และลดการเป็นมะเร็งที่ลำไส้ใหญ่ได้ด้วย ผู้สูงอายุต้องการอาหารหมักนี้ ลดลงกว่าวัยทำงาน เพราะการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ถ้าได้รับมากเกินไป จะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมไว้ในร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน หรือโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากโรคอ้วน และถ้าได้รับน้อยเกินไปจะทำให้ร่างกายเกิดภาวะขาดสารอาหารอื่น ๆ ได้เช่นกัน

1.2.4 วิตามินและเกลือแร่ สารอาหารหมักนี้จำเป็นในการเผาผลาญอาหารหมักอื่น ๆ และทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ ซึ่งมีในอาหารจำพวกผัก ผลไม้ต่าง ๆ โดยเฉพาะผักใบเขียว ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิด และควรกินผลไม้ทุกวัน เพื่อจะได้รับวิตามินซี และเส้นใยอาหาร ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กุ้งสุก ส้ม เป็นต้น สำหรับผู้ที่อ้วน หรือเป็นเบาหวาน ควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย น้อยหน่า

1.2.5 น้ำ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการทำงานของร่างกาย และขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ในผู้สูงอายุควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1,500 มิลลิลิตร

2. การมีกิจกรรมต่าง ๆ และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นวิธีการควบคุมน้ำหนักที่สำคัญเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เพิ่มพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ เมื่อนำมาใช้ควบคู่กับการควบคุมอาหารจะมีประสิทธิภาพในการลดน้ำหนักตัวได้มากกว่าการควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกายเพียงอย่างเดียว การออกกำลังกายมิได้จำกัดเฉพาะการเล่นกีฬาเพียงอย่างเดียว แต่รวมทั้งกิจกรรม

ประจำวันที่ต้องใช้พลังงานในการทำงาน เช่น การเดินขึ้นบันได การทำสวน เป็นต้น ในผู้สูงอายุ แนะนำให้ออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 20-60 นาทีต่อครั้ง หรือประมาณ 30 นาทีต่อวัน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548)

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วยหลักการต่อไปนี้

3.1 การสำรวจตัวเอง การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง เป็นหลักการสำคัญที่สุดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งบันทึกเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน บันทึกเกี่ยวกับกิจกรรมการออกกำลังกาย จำนวนครั้ง สถานที่ และความรู้สึกของการรับประทานอาหาร นอกจากนี้บันทึกความผิดพลาดเกี่ยวกับอาหารการกิน บันทึกความคิด ความรู้สึกในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

3.2 การแก้ปัญหา การฝึกให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาเป็นระบบเพื่อแก้ไขอุปสรรค ซึ่งพบจากการสำรวจตนเอง ผู้ป่วยได้รับการสอนในประเด็นต่อไปนี้

3.2.1 ระบุและชี้ถึงตัวอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนัก

3.2.2 ทาวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าว

3.2.3 ประเมินวิธีการแก้ปัญหาที่น่าจะดำเนินการและการเลือกมาใช้ 1 วิธีการ

3.2.4 วางแผนและนำไปปรับปรุงพฤติกรรม

3.2.5 ประเมินผลที่ได้รับ

3.2.6 ถ้าดำเนินการไม่สำเร็จให้พิจารณาซ้ำ แล้วเลือกวิธีการอื่น เพื่อนำไปลอง

แก้ปัญหาใหม่

3.3 การให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ผู้ที่เป็นโรคอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้ตระหนักถึงประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำแต่มีสารอาหารอื่นครบถ้วน

3.4 การรับประทานอาหารให้ช้าลง การรับประทานอาหารช้า ๆ จะทำให้รู้สึกอิ่ม โดยบริโภคอาหารจำนวนน้อยลง บดเคี้ยวอาหารในปากให้นานขึ้น ก่อนที่จะกลืนเพราะอาหารกว่าจะผ่านถึงหิวและศูนย์อิ่มในสมองต้องใช้เวลา 20 นาที

3.5 การควบคุมสิ่งแวดล้อม ต้องจำกัดโอกาสที่เอื้ออำนวยต่อการรับประทานอาหารมาก เช่น งดไปเที่ยวตามศูนย์การค้า งดไปงานเลี้ยงที่ไม่จำเป็น เป็นต้น

3.6 จัดการเรียนรู้ให้ถูกต้อง เปลี่ยนแปลงเรื่องความคิด และการวางตัวเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวไปในทิศทางที่ดีขึ้น

3.7 การออกกำลังกาย ส่งเสริมและกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

3.8 การป้องกันน้ำหนักเพิ่ม ต้องให้ผู้ที่เป็โรคอ้วนได้ตระหนักถึงสำคัญในการรักษาน้ำหนักตัวและนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง

4. การรักษาด้วยยา ปัจจุบันการใช้ยาลดความอ้วนกำลังเป็นที่แพร่หลาย เนื่องจากลดลงได้เร็ว โดยเฉพาะในคนที่ไม่ชอบออกกำลังกายและควบคุมเรื่องการลดอาหาร ผลที่ได้จากการรักษาด้วยยาเป็นผลระยะสั้น เมื่อใช้ระยะหนึ่งอาจเกิดการดื้อยา ซึ่งยาลดความอ้วนมีหลายชนิดด้วยกัน เช่น แอมเฟตามีน ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) ยาพวกไทรอยด์ซอร์โโมน ยาระบาย (Laxative) กลไกการออกฤทธิ์ของยาจะทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย รู้สึกอิ่มเร็ว แต่มีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น คือ มีหัวใจเต้นเร็ว มีอาการทางจิต ห้ามใช้ในคนที่เป็โรคหัวใจหรือความดันโลหิตสูง บางชนิดมีปากแห้ง คอแห้ง อ่อนเพลีย ใจเต้น นอนไม่หลับได้ เป็นต้น (Suitor & Crowley, 1984)

5. การผ่าตัดรักษาโรคอ้วน อาจพิจารณานำมาใช้ในภาวะความอ้วนขั้นวิกฤต ($BMI \geq 40$ กิโลกรัม/ตารางเมตร) ซึ่งไม่ได้ผลจากการรักษาวิธีอื่น โดยมีหลักการเพื่อจำกัดพลังงานที่รับประทานและเพื่อลดการดูดซึมอาหาร วิธีที่สามารถนำมาใช้ในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดกระเพาะอาหารและการผ่าตัดลำไส้เล็ก ดังต่อไปนี้

5.1 การผ่าตัดกระเพาะอาหาร

5.1.1 การผ่าตัดในแนวตั้ง (Vertical Banded Gastroplasty)

5.1.2 การผ่าตัดต่อกระเพาะอาหารให้เข้ากับลำไส้เล็ก

(Gastric By-Pass Procedure) วิธีนี้ได้ผลในการลดน้ำหนักได้ดีกว่าการผ่าตัดในแนวตั้ง

ผลข้างเคียงในการผ่าตัดในแนวตั้ง ได้แก่ แผลในกระเพาะอาหาร กลืนลำบาก หลอดอาหารอักเสบ (Reflux Esophagitis) ส่วนการผ่าตัด Gastric By-Pass Procedure คือ ท้องเดิน ขาดอาหารและอาเจียน (Dumping Syndrome)

5.2 การผ่าตัดลำไส้เล็ก (Intestinal By-Pass) ได้ผลในการลดน้ำหนักดี แต่มีโรคแทรกซ้อนมาก เช่น การดูดซึมสารอาหารบกพร่อง (Malabsorption) ขาดอาหารโรคตับ (Acute Fatty Liver) ปัจจุบันจึงไม่ใช้วิธีนี้แล้ว

ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนในผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนในผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นสิ่งที่บุคคลรู้และเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งรวมกับประสบการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้อง และเป็นส่วนประกอบสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ (กาญจนา บุตรจันทร์, 2542) ความรู้เป็นการรับรู้ จำและเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดจากประสบการณ์และทัศนคติ ประกอบขึ้นจากความรู้ต่าง ๆ ที่เคยได้เรียนมาเทียบกับลักษณะของสิ่งนั้น ๆ กับความรู้ที่มีอยู่ จากการศึกษาของ เยาวดี สุวรรณาคะ (2523) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ในจังหวัดชลบุรี ของ เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน จะสามารถดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ หรือมีการปฏิบัติตนทางสุขภาพ เพื่อไม่ให้เกิดโรคอ้วนได้

ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตที่ต้องอาศัยความแข็งแรงของร่างกายและจิตใจ อันเป็นผลจากการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2541) แม้ว่าอาหารเป็นสิ่งที่มีมนุษย์รับประทานมาตั้งแต่เกิด แต่ความเข้าใจในเรื่องอาหารและโภชนาการยังไม่เพียงพอหรืออาจเข้าใจเพียงผิวเผิน มักพบเสมอว่าที่คิดว่าเข้าใจแท้จริงมิได้เกิดจากการศึกษาเรียนรู้อย่างถูกต้อง แต่เป็นความเข้าใจที่ได้รับการบอกเล่า ซึ่งบ่อยครั้งไม่ใช่สิ่งที่ถูกต้อง หากผู้สูงอายุไม่เรียนรู้และเข้าใจว่าต้องรับประทานอาหารทั้ง 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการแล้ว จะรับประทานอาหารไม่ครบทุกหมู่ทุกวัน การให้ความรู้ทางโภชนาการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

การรับประทานอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ทำให้สามารถรักษาน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์และมีภาวะโภชนาการที่ดี ฉะนั้นอาหารและโภชนาการเป็นสิ่งที่สำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นความรู้ทางโภชนาการและการบริโภคของผู้สูงอายุด้วย (บุญชูบ ประเสริฐผล, 2545) ดังนั้นความรู้ทางโภชนาการ จึงเป็นสิ่งที่มียุทธพลต่อการบริโภคอาหาร และเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของ เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ปัจจัยด้านความรู้มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ จึงนำตัวแปรดังกล่าวเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

2. ปัจจัยด้านทัศนคติ

ทัศนคติ (Attitude) เป็นภาวะทางด้านจิตใจของการเตรียมพร้อม ที่ได้รับการรวบรวม ขึ้นผ่านประสบการณ์ ในการแสดงทิศทางหรือการเคลื่อนไหวที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของ บุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งพร้อมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้อง (Allport, 1935 cited in Oskamp, 1991) ในคำจำกัดความนี้ทัศนคติไม่ใช่พฤติกรรม รวมทั้งไม่ใช่สิ่งที่บุคคล กระทำ แต่เป็นการเตรียมการสำหรับพฤติกรรม แนวโน้มที่จะตอบสนองในวิธีการเฉพาะต่อสิ่งที่ ถูกกระทำ หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งทั้งที่เป็นเอกพจน์หรือพหูพจน์ (Oskamp, 1991)

จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะ น้ำหนักเกินในจังหวัดชลบุรี ของ เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับน้ำหนัก เกินมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ ว่า การมีทัศนคติที่ดีหรือทางบวกต่อโรคอ้วนจะเห็นถึงอันตรายที่เกิดขึ้นจากโรคอ้วน ทำให้ผู้สูงอายุ ตระหนักถึงความสำคัญและสามารถควบคุมไม่ให้เกิดโรคอ้วนได้โดยมีการปฏิบัติตนทางสุขภาพ หรือมีการดูแลตนเองที่ดี นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ทัศนคติเป็นความเชื่อ ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่ แสดงออกที่บ่งถึงสภาพจิตใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ทัศนคติเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคล นิภา มนูญปี (2528) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติงานทางด้าน สุขภาพอนามัยว่า มีความสัมพันธ์กัน โดยการเปลี่ยนแปลงความรู้อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ด้านทัศนคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้วย หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้าน ความรู้ ทัศนคติ หรือการปฏิบัติด้านใดด้านหนึ่งย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านอื่น ๆ ด้วย

ทัศนคติ ในด้านจิตวิทยาสังคม (Morris, 1988 อ้างถึงใน ศิริพร พรพุทธยา, 2542) ประกอบด้วย ส่วนประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่

1. ความเชื่อ (Beliefs) เป็นเรื่องของความเห็นและความรู้ทั่วไป อันเป็นข้อเท็จจริงของ สิ่งนั้น ๆ ของบุคคลที่มีอยู่
2. ความรู้สึก (Feelings) เป็นความรู้สึกรัก เกลียด ชอบ ไม่ชอบ และความรู้สึกคล้าย ๆ กันนี้ตามระดับมาก น้อย ของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้น
3. แนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรม (Behavior Tendencies) เป็นความโน้มเอียง หรือ ความเอนเอียงที่จะกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ในวิถีทางที่แน่นอนต่อสิ่งนั้น ในการที่จะเข้าหา

หลักเลี้ยว และกระทำต่าง ๆ

ทัศนคติที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติตามมาได้ (Schwart, 1975) และได้แบ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนจะมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนใน 4 รูปแบบ คือ

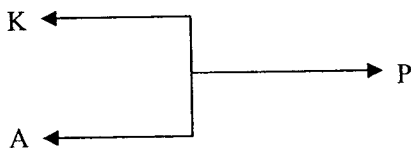
1. การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามทัศนคติ และความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยทัศนคติเป็นตัวกลางระหว่าง ความรู้ และการปฏิบัติ คือ ทัศนคติ จะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทัศนคตินั้น ทัศนคติจะเกิดจากการปฏิบัติ และก่อให้เกิดความรู้ตามมาได้



2. การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กันหรือความรู้กับทัศนคติ มีผลร่วมกัน เกี่ยวข้องกันก่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้ และการปฏิบัติก็ส่งผลให้เกิดความรู้และทัศนคติได้

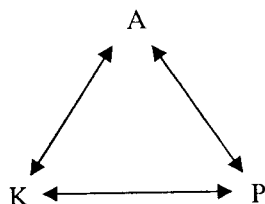


3. ความรู้และทัศนคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ และการปฏิบัติก่อให้เกิด ความรู้ และทัศนคติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้ มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น บุคคลมีความรู้ และ

การปฏิบัติตามความรู้ นั้น หรือความรู้มีผลต่อทัศนคติก่อน แล้วการปฏิบัติเกิดขึ้นเป็นไปตามทัศนคตินั้น และการปฏิบัติก็มีผลต่อความรู้ ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่นกัน



ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วน ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินของ เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ

ประเภทของทัศนคติ

บุคคลสามารถแสดง ทัศนคติ ออกได้ 3 ประเภทด้วยกัน คือ

1. ทัศนคติ ทางเชิงบวก เป็น ทัศนคติ ที่ชักนำให้บุคคลแสดงออก มีความรู้สึก หรือ อารมณ์ จากสภาพจิตใจได้ตอบ ในด้านดีต่อบุคคลอื่น หรือ เรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่ง รวมทั้ง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน และการดำเนิน กิจการของ องค์กร อื่น ๆ เช่น กลุ่มชาวเกษตรกร ย่อมมี ทัศนคติ ทางบวก หรือ มีความรู้สึกที่ดีต่อสหกรณ์การเกษตร และให้ความสนับสนุนร่วมมือด้วยการเข้าเป็นสมาชิก และร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อยู่เสมอ เป็นต้น
2. ทัศนคติทางลบ หรือ ไม่ดี คือ ทัศนคติ ที่สร้างความรู้สึกเป็นไปในทางเสื่อมเสีย ไม่ได้ ได้รับความเชื่อถือ หรือ ไว้วางใจ อาจมีความเกลียดแค้นระแวงสงสัย รวมทั้งเกลียดชังต่อบุคคลใด บุคคลหนึ่ง เรื่องราว หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือหน่วยงานองค์กร สถาบัน และการดำเนิน กิจการขององค์กร และอื่น ๆ เช่น พนักงาน เจ้าหน้าที่บางคน อาจมี ทัศนคติ เชิงลบต่อบริษัท ก่อให้เกิดอคติขึ้น ในจิตใจของเขา จนพยายาม ประพาด และปฏิบัติต่อต้าน กฎระเบียบของบริษัท อยู่เสมอ
3. ทัศนคติ ที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่ง หรือต่อบุคคล หน่วยงาน สถาบัน องค์กร และอื่น ๆ โดยสิ้นเชิง เช่น นักศึกษาบางคนอาจมี ทัศนคติ นิ่งเฉยอย่าง ไม่มีความคิดเห็น ต่อปัญหาใดได้เพียง เรื่องกฎระเบียบว่า ด้วยเครื่องแบบของนักศึกษา ทัศนคติ ทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจจะมีเพียงประการเดียวหรือหลายประการก็ได้ ขึ้นอยู่กับ ความมั่นคงในความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ หรือค่านิยมอื่น ๆ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ หรือ สถานการณ์

อาจกล่าวได้ว่า ถ้าบุคคลมีความเชื่อเช่นใด ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเช่นนั้นด้วย และอาจจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมในเวลาต่อมา เพราะในทางจิตวิทยาถือว่าทัศนคติมีผลโดยตรงต่อการทำนายพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น การชักจูงให้คนเปลี่ยนทัศนคติจึงมีหลักการเกี่ยวกับการชักจูงให้คนเปลี่ยนความเชื่อหรือพฤติกรรมนั่นเอง

การที่บุคคลมี ทัศนคติ ต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดต่างกัน ก็เนื่องมาจาก บุคคลมีความเข้าใจ มีความรู้สึก หรือมี แนวความคิด แตกต่างกันนั่นเอง ดังนั้น ส่วนประกอบทาง ด้านความคิด หรือ ความรู้ ความเข้าใจ จึงนับได้ว่าเป็นส่วนประกอบ ชั้นพื้นฐาน ของ ทัศนคติ และส่วนประกอบนี้ จะเกี่ยวข้องกับ สัมพันธ์ กับ ความรู้สึกของบุคคล อาจออกมาในรูปแบบแตกต่างกัน ทั้งในทางบวก และ ทางลบ ซึ่งขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ และ การเรียนรู้ ทัศนคติ ของบุคคล เมื่อเกิดขึ้นแล้ว แม้จะคงทน แต่ก็จะสามารถ เปลี่ยนได้โดยตัวบุคคล สถานการณ์ ข่าวสาร การชวนเชื่อ และสิ่งต่าง ๆ ที่ทำให้เกิด การยอมรับในสิ่งใหม่ แต่จะต้องมี ความสัมพันธ์ กับค่านิยม ของบุคคลนั้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ปัจจัยด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ จึงนำตัวแปรดังกล่าวเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ด้วย

3. การปฏิบัติตนทางสุขภาพ

การปฏิบัติตนเป็นส่วนประกอบหนึ่งของพฤติกรรมที่แสดงออกทางร่างกายที่บุคคลอื่นมองเห็นหรือสังเกตได้ โดยมีนักวิชาการหลายท่านใช้คำว่า การปฏิบัติตน และพฤติกรรมในความหมายเดียวกัน (จินทนา หล่อตระกูล, 2532)

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคิดหวังของบุคคลรอบตัวสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1981)

การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพอนามัยที่ดีที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจตลอดจนมีความพึงพอใจในชีวิต (Martin, 1978)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนการมีความรู้เกี่ยวกับโรค การเกิดโรค หรือสภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความไม่สมบูรณ์ของสุขภาพ จากสาเหตุต่าง ๆ ที่ป้องกันแก้ไขได้ รวมทั้งการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรค

ยูนี พงศ์ดุริวิทย์ และสุนิษา ชินวุฒิ (2537) กล่าวถึงพฤติกรรมว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งแบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ และบ่งชี้ว่าพฤติกรรม

สุขภาพด้านการปฏิบัตินี้เป็นเป้าหมายสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี หนีจากโรคและป้องกันมิให้เกิดโรคเนื่องจากเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออกมาให้เห็นและสังเกตได้จากสภาวะการณ์หนึ่ง หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป ทำให้สามารถประเมินผลได้ง่าย พฤติกรรมนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ภายใน ซึ่งสังเกตไม่ได้โดยตรง (Convert Behavior) หรือเป็นพฤติกรรมที่แสดงออก โดยการปฏิบัติเป็นการกระทำออกมาให้สังเกตทางอ้อมได้ (Overt Behavior)

การปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่อ่อน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุที่อ่อนกระทำขึ้นเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การปฏิบัติตนทางสุขภาพในผู้สูงอายุน่าหนักเกินมีดังนี้ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

1. การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรมของการรับประทานอาหาร เป็นการควบคุมอาหารเพื่อป้องกันโรคอ้วน ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง โดยการจัดอาหารรับประทานและยึดหลักสมดุล (Balance Diet) คือ จัดอาหาร โดยคำนึงถึงการได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน

การควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรมของการรับประทานอาหารเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในการปฏิบัติตนทางสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งจากการศึกษาของ อารยา ตามภานนท์ (2542) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารโดยคำนึงถึงรสชาติของอาหารเป็นหลัก นิยมรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ซึ่งมีคาร์โบไฮเดรต มากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด หากผู้สูงอายุสามารถควบคุมอาหารและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เหมาะสมด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมน้ำหนักได้ และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคอ้วน และมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

2. พฤติกรรมการออกกำลังกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การออกกำลังกายเป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการป้องกันโรคอ้วนได้เป็นอย่างดี เพราะการออกกำลังกายเป็นการใช้พลังงานจากการบริโภคอาหารส่วนหนึ่ง และการออกกำลังกายยังมีส่วนช่วยในการเผาผลาญสารอาหารหรือกระบวนการเมตาบอลิซึมในร่างกายเป็นไปด้วยดีและมีส่วนที่จะเปลี่ยนบุคลิกและพฤติกรรมจากคนที่เคยเฉื่อยชาให้เป็นคนกระฉับกระเฉง ชนิดของการออกกำลังกายควรเลือกให้เหมาะสมกับตนเอง และง่ายต่อการปฏิบัติให้ได้สม่ำเสมอ (Rising et al., 1994) ศึกษาในคนอ้วนพบว่าการเกิดโรคอ้วนสัมพันธ์กับการออกกำลังกายน้อยกว่าปกติ

การออกกำลังกายมิได้จำกัดเฉพาะการเล่นกีฬา แต่รวมทั้งกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้พลังงาน เช่น การทำงาน การเดิน การขึ้นบันได การทำสวน เป็นต้น

ระยะเวลาในการออกกำลังกายโดยทั่วไปแนะนำให้ใช้เวลา 30 นาที ในแต่ละวัน ซึ่งระยะเวลาการออกกำลังกายในแต่ละชนิดแต่ละครั้งไม่สำคัญเท่าผลรวมในแต่ละวัน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548) และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) กล่าวว่าระยะเวลาของการออกกำลังกายแต่ละครั้งควรอยู่ระหว่าง 20-30 นาที แต่อาจออกกำลังกายได้นานถึง 60 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสุขภาพของผู้ออกกำลังกายและชนิดของกายออกกำลังกายและชนิดของกายออกกำลังกาย ประการสำคัญถ้า ไม่สามารถออกกำลังกายติดต่อกันได้รวดเดียวก็อาจมีช่วงพักสั้น ๆ ได้แต่ควรให้ ระยะเวลาของการออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 20 นาที และควรจะทำออกกำลังกายไม่น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ซึ่งถ้าปฏิบัติได้ตามนี้อย่างสม่ำเสมอ ก็จะได้ผลจากการออกกำลังกายเต็มที่ในเวลา ประมาณ 6 เดือน

3. การจัดการด้านอารมณ์ สังคม

อารมณ์ สังคม มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค การเผชิญอยู่ในสภาพแวดล้อม หรือ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดของจิตใจ รู้สึกกดดัน วิตกกังวล ซึมเศร้า อาจทำให้รับประทาน อาหารมากขึ้น ทำให้น้ำหนักเกินและอ้วนได้ (สุกัลลักษณ์ บุญความดี, 2541)

แนวทางการปรับสภาพลักษณะสำหรับการมองตนเองของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (Pryor, 1992 อ้างถึงใน วริยา วชิราวัจน์ และสิริอร สันธู, 2540)

3.1 หยุดการใช้น้ำหนักตัวเป็นเครื่องวัดความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งคุณค่าอยู่ที่ความเป็นตัวของตัวเอง

3.2 พยายามมองหาจุดเด่นและมองข้ามจุดด้อยในตนเอง

3.3 ให้ความสำคัญกับความรู้สึกรักนึกคิดถึงจิตใจมากกว่าความอ้วนหรือผอมทางร่างกาย

3.4 กล้าเผชิญหน้า โดยมองหาและชื่นชมส่วนที่ตนเองพอใจ

3.5 หมั่นหาความเพลิดเพลินด้วยการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาให้สดชื่น จะทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

สภาวะทางอารมณ์มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งหากจัดการกับอารมณ์ และสังคมได้โดยหลีกเลี่ยงภาวะเครียด ทำจิตใจให้ผ่องใส มีการเข้าร่วมสังคมเพื่อป้องกันความเหงา และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเมื่อมีภาวะเครียด จะทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เหมาะสม

4. การปฏิบัติตนในการจัดการกับโรคอ้วนที่เหมาะสม คือ การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับโรคอ้วนจากบุคลากรทางการแพทย์ ศึกษาจากหนังสือและวารสารเพื่อลดความเสี่ยงต่อสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า การปฏิบัติตนทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุจึงนำตัวแปรดังกล่าวเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้ด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตนทางสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติในการจัดการกับภาวะน้ำหนักเกินของ เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ

4. ภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต เป็นภาวะของผู้ที่สามารถในการปรับตัวให้มีความสุข อยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น อยู่ได้ด้วยความสุขสบายและตอบสนองความต้องการของตนโดยไม่ขัดแย้งในจิตใจ มิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงการปราศจากอาการทางโรคจิต และโรคประสาทเท่านั้น (เบญจมาศ พร้อมเพรียง, 2546) นอกจากนี้ สุวนีย์ เกียรติแก้ว (2530) กล่าวว่าสุขภาพจิตคือ ภาวะจิตใจที่สงบและมีความสุขซึ่งแสดงออกให้เห็นในพฤติกรรมบางอย่าง เช่น ความสุข การปรับตัวเข้ากับสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การมีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ สุขภาพจิตมีระดับตั้งแต่สุขภาพจิตดีจนถึงด้อยที่สุด ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนจึงหมายถึง ภาวะของผู้สูงอายุในการปรับตัวให้มีความสุข มีภาวะจิตใจที่สงบอยู่ได้อย่างมีความสุข ปรับตัวเข้ากับสังคม และมีความคิดสร้างสรรค์ เนื่องจากการบริโภคอาหารมีผลต่อภาวะจิตใจ และจิตใจก็มีผลต่อการบริโภคอาหาร จากการศึกษาของ มอร์เลย์ และคณะ (Morley et al., 1986 อ้างถึงใน เบญจมาศ พร้อมเพรียง, 2546) พบว่าการบริโภคอาหารมากเกินไป ทำให้มีภาวะน้ำหนักเกินมีผลกระทบต่ออารมณ์ และสังคมโดยมีคุณค่าในตนเองลดลง ถูกมองว่าด้อย ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองน้อย จะเบื่อหน่าย ไม่ยอมปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายน้อยลง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง

นอกจากนี้ในคนที่ขาดความรัก ความอบอุ่น หรือเสียใจ เช่น ออกหัก อาจแสดงออกโดยการรับประทานอาหารมากขึ้นเพื่อกลบเกลื่อนความเสียใจ คนทำงานที่ต้องใช้ความคิดและต้องวางแผน เกิดมีความวิตกกังวลก็มักจะแก้ปัญหาด้วยการรับประทานอาหารบ่อยขึ้น หรือครอบครัวที่มีภรรยาเป็นคนที่ขี้บ่นสามีมักจะอ้วนเพราะจะก้มหน้าก้มตารับประทานอาหารเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจนทำให้คิดเป็นนิสัย รับประทานอาหารมากกว่าปกติและกลายเป็นโรคอ้วนได้ (สุจิตรา เรือนทอง, 2538) การมีรูปร่างไม่สมส่วนยังมีผลต่อจิตใจของคนอ้วนด้วย ทำให้คนอ้วนรู้สึกถูก

ตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตัวเองต่ำ อันมีผลต่อการตัดสินใจ การดำเนินชีวิตและความสุขในชีวิต ซึ่งอาจมีผลในระยะยาว และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (วิศาล เขาวงศ์ศิริ, 2544)

ภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้จะก่อให้เกิดอารมณ์เศร้า หวาดระแวง ท้อแท้ และผิดหวังนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (อานนท์ อภาภิรมย์, 2525) จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไปสามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 ความรู้สึกสูญเสีย ประกอบด้วยความรู้สึก ดังต่อไปนี้

4.1.1 การสูญเสียความสามารถของร่างกาย ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ

4.1.2 การสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียคู่สมรส บุตรหลาน เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้า ขาดคู่คิดและขาดผู้ดูแลที่ใกล้ชิด

4.1.3 การสูญเสียหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุ ส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งชื่อเสียงเกียรติยศที่เคยได้รับจากตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียการยอมรับทางสังคมและความภูมิใจในตนเองทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด สับสน เสียความเชื่อมั่นในตนเอง (Miller, 1999 อ้างถึงใน กาญจนา ไทยเจริญ, 2542)

4.2 ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น การเสื่อมสภาพด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลานหรือบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง

4.3 ความรู้สึกกลัวตาย เป็นปัจจัยสำคัญที่คุกคามอยู่ลึก ๆ ในจิตใจของทุกคน เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมสภาพลงเรื่อย ๆ อีกทั้งความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้สูงอายุนึกถึงความตายของตนเอง ประกอบกับต้องประสบกับความตายของเพื่อนฝูง คู่สมรส หรือญาติ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาขึ้น ได้แก่ ขี้บ่น หงุดหงิดกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับร่างกาย กลัว แยกตัวจากสังคม มีพฤติกรรมที่แสดงออกมาในรูปของการปฏิเสธ ไม่ยอมรับการวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์ แสดงพฤติกรรมคล้ายหนุ่มสาว เช่น การเที่ยวเตร่มากเกินไป และการติดสุรา เป็นต้น (จินตนา ยูนพันธ์, 2529)

4.4 ความรู้สึกเหงา ผู้สูงอายุจะความรู้สึกเหงา อ้างว้าง ว้าเหว่ขึ้นได้เนื่องจากการเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติพี่น้องหรือเพื่อน การสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก เช่น สัตว์เลี้ยงที่มีความผูกพันกับผู้สูงอายุมาก ๆ การที่ต้องอยู่ในสถานพักพิบเป็นเวลานานแล้วไม่มีญาติหรือเพื่อนมาเยี่ยม

ทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญภาวะทุพพิกขตามลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว (กาญจนา ไทยเจริญ, 2542) นอกจากนี้ในวัยผู้สูงอายุการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในบ้านและนอกบ้าน ลดลง จึงส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกเหงามากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

4.5 ความรู้สึกโกรธ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ที่มีความขัดแย้งหรือเสียใจที่ผ่านมาในอดีต เช่น ถูกครอบครัวยุติการ ทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองไม่มีความสำคัญ ไม่มีอำนาจและเกิดความรู้สึกผิดหวัง จึงแสดงพฤติกรรม หงุดหงิด ไม่พอใจในการกระทำของบุคคลรอบตัว ขี้โมโห จู้จี้ ไม่ว่าใครจะทำอะไรจะโกรธไปหมด คิดว่าผู้อื่นจะดูถูกดูแคลนตน (Shive, 1994 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2539)

ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ และนำตัวแปรดังกล่าวเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้ด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตของ ประเมินสุขภาพทั่วไปจี เอช คิว (General Health Questionnaire; GHQ) ที่สร้างขึ้นโดยโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1987) แบบวัดนี้ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ใช้คัดกรองผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ดี ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัด GHQ-12 มี 12 ข้อคำถาม มีข้อดี คือ มีขนาดสั้น กระทัดรัด ดังนั้นจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

5. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวันหมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวัน จำแนกได้เป็น 2 ระดับ คือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ หรือการอาบน้ำ เป็นต้น อีกระดับเป็นกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง รถสองแถว หรือ ความสามารถในการประกอบอาหารเป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) เป็นกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันที่สำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงหมายถึง ความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจะบ่งบอกถึงสมรรถภาพทางร่างกาย ที่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพและความสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุ (จิตตวดี เจริญทอง, 2542)

ความสามารถในเชิงปฏิบัติ เป็นการวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการพัฒนาขึ้นมาเป็นเครื่องมือวัดกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันอยู่เสมอและจำแนกออกได้เป็น 2 ระดับ คือ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living) ได้แก่

ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การเข้าใช้ห้องน้ำ หรือการอาบน้ำเป็นต้น กิจกรรมประเภทนี้จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระพอสมควรภายในบ้านหรือที่พักอาศัย อีกระดับ คือ กิจกรรมประจำวันต่อเนื่อง (Extended หรือ Instrumental Activity of Daily Living) ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทางหรือรถสองแถว หรือความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้น กิจกรรมประจำวันต่อเนื่องจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน เครื่องมือสำหรับใช้ประเมินกิจกรรมประจำวันพื้นฐานที่ได้รับการทดสอบคุณค่าและเหมาะสมจะนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย คือ บาร์เทิลเอดีแอล (Barthel Adlindex) (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงวัยลักษณะพัฒนาการของวัยนี้จะเข้าไปในทางเสื่อมลง และขณะเดียวกันมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม (Markson, 1997) เกิดภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) จากการศึกษาของ มาร์ไคส์ และมาร์ติน (Markides & Martin, 1979) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความตั้งใจ และอดทนในกรณีเผชิญปัญหา ทำให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายได้

นอกจากนี้การศึกษาของ จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2534) ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุจำนวน 303 คน พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ รัชชา (2537) ที่ได้ศึกษาระดับความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจำนวน 169 คน พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้ดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel Adlindex) ที่แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ จึงนำตัวแปรดังกล่าวเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้ด้วย

6. รายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่นำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัวและ

มีความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลได้ ยุพาพรรณ ไชยศิริ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ วศิมา จันทร์ศิริ (2526) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญกับการบริโภคอาหาร ถึงแม้ว่าการมีเงินมากพอควรก็อาจจะไม่ได้รับสารอาหารครบถ้วนและมีประโยชน์ต่อร่างกายก็ได้ แต่ก็ยังดีกว่าครอบครัวที่มีเงินน้อยหรือมีเงินไม่พอที่จะซื้ออาหาร

ครอบครัวที่มีรายได้มาก ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารจะเป็นสัดส่วนน้อย คือ ไม่มากขึ้นตามอัตราส่วนของรายได้ เพราะคนเรามักจะใช้เงินส่วนใหญ่ไปในทางซื้อสินค้าอื่นที่ไม่ใช่อาหาร

ครอบครัวที่มีฐานะปานกลาง หรือพอมีกินมีใช้ รายได้ส่วนใหญ่จะหมดไปในเรื่องการซื้ออาหาร เมื่อมีรายได้มากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารจะสูงขึ้นบ้าง เช่น ซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีขึ้นและราคาแพงขึ้น

ครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยปกติอาหารที่บริโภคจะไม่ค่อยเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ถ้ามีรายได้มากขึ้น รายได้ส่วนที่เพิ่มขึ้นจะหมดไปในเรื่องการซื้ออาหาร แต่จะเพิ่มในด้านปริมาณของอาหารก่อนด้านคุณภาพของอาหาร เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวอิ่มท้องขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ จึงนำตัวแปรดังกล่าวเข้าร่วมในการศึกษาในครั้งนี้ด้วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ปัจจัยของการเกิดโรคอ้วนมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตนทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงควรตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแล ส่งเสริม และป้องกันในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกศึกษาปัจจัยสำคัญที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตนทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรายได้ของครอบครัว เนื่องจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน อีกทั้งยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุมาก่อน โดยผู้วิจัยเลือกศึกษา

ในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี เนื่องจากจังหวัดชลบุรีเป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาไปสู่สังคมอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการบริโภคนิสัยที่เปลี่ยนไป มีโอกาสทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสุขภาพ จึงตระหนักถึงความสำคัญและมีความสนใจที่จะศึกษาถึง ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากโรค สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตน โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมต่อไป