

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของโรคอ้วนของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรี และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตนทางสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรายได้ของครอบครัว กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรีทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 210 ราย ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายชั้น จากจำนวนประชากร ผู้สูงอายุ 100,420 ราย ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วน แบบประเมินการปฏิบัติตนทางสุขภาพ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หากคุณภาพเครื่องมือโดยทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงพบว่า แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคอ้วน แบบประเมินการปฏิบัติตนทางสุขภาพ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .73 .82 .71 .84 และ .79 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for Social Science for Windows Version 11.5) สถิติที่ใช้ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงกลุ่ม ด้วย Chi-square ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 210 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.7) มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 67.1) มีรายได้ของครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 43.3) น้ำหนักตัวอยู่ในช่วง 50-69.9 กิโลกรัม (ร้อยละ 71.4) ส่วนสูงอยู่ในช่วง 140-159.9 เซนติเมตร (ร้อยละ 54.8) โดยมีโรคอ้วน คือค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ขึ้นไป (ร้อยละ 46.7) นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.9) และมีอย่างน้อยคนละ 1 โรค (ร้อยละ 35.7) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 36.1)

2. อัตราความชุกของการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี ในช่วงระยะเวลา ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 พบว่าเป็นโรคอ้วนร้อยละ 46.67

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะสุขภาพจิต ( $r = .046, p < .05$ ) ส่วนปัจจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตนทางสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ ( $r = .115, .893, .093, .234$  และ  $.754$  ตามลำดับ)

## อภิปรายผล

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาใช้อภิปรายผลการศึกษาตามสมมติฐานแต่ละข้อ ได้ดังนี้

### 1. อัตราความชุกของโรคอ้วนของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อัตราความชุกของการเกิดโรคอ้วนเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรีในช่วงระยะเวลา ระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2549 จำนวน 210 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีการเกิดโรคอ้วนร้อยละ 46.67 สอดคล้องกับผลของการสำรวจค่าดัชนีมวลกายของ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่สถานีนอนมัยในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี (2543) ที่พบว่า มี ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ ตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่มา รับบริการทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุข อำเภอพานทอง, 2543 อ้างถึงใน เบญจมาศ พร้อมเพรียง, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาระโรคในประเทศไทยของ ศุภวรรณ มโนสุนทร (2548) พบว่า คนไทยมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 30 และอ้วน ร้อยละ 9 ส่วนผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาระโรค ในเพศชายจะเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 49 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจขาดเลือด (ร้อยละ 26 และร้อยละ 14) ในขณะที่เพศหญิงพบโรคเบาหวานร้อยละ 67 โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.9) และมะเร็ง เชื้อบูมดลูก (ร้อยละ 33) และผลการศึกษาโดยรวมพบว่า เพศหญิงมีผลกระทบจากภาวะอ้วน ต่อภาระโรคสูงกว่าเพศชาย และยังพบว่า ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาจากผลกระทบของ ภาวะอ้วน ทั้งนี้เนื่องจาก ผลกระทบของภาวะอ้วนต่อภาระโรคในอนาคตขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การกิน และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน เช่น การโฆษณา ความเป็นเมือง การเลียนแบบวัฒนธรรม ตะวันตก และอื่น ๆ เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ภาวะอ้วน และภาระโรคที่เพิ่มขึ้น ต่อไป สอดคล้องกับรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 ของ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า

อัตราความชุกของโรคอ้วนในเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ในปีพ.ศ. 2529 เป็นร้อยละ 16.2 ในปีพ.ศ. 2538 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา ตามภานนท์ (2542) เกี่ยวกับความชุกและพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 161 คน ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/ ตารางเมตร ร้อยละ 20.5 และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า มีอัตราความชุกของโรคอ้วนในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะเศรษฐกิจที่เติบโตอย่างรวดเร็ว ทำให้รูปแบบการรับประทานอาหารถูกปรับให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ประชาชนส่วนใหญ่จึงนิยมรับประทานอาหารจานด่วน อาหารเหล่านี้ประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรต และไขมันเป็นหลัก ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารในสัดส่วนที่ไม่สมดุล ประกอบกับในผู้สูงอายุบางรายเลือกรับประทานอาหารจำพวกแป้ง เพราะเคี้ยวง่าย ทำให้เกิดโรคอ้วนได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี ของวรรณภา อัสวชัยสุวิกรม (2545) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตตำบลแสนสุขมีการออกกำลังกายในระดับน้อย

นอกจากนี้ปัญหาภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ดีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น เป็นโรคอ้วนมาก่อน มีไขมันสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อเนื่องถึงวัยสูงอายุได้ ถ้ามีการดูแลรักษามาอย่างต่อเนื่อง จะสามารถบรรเทาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรคได้ระดับหนึ่ง แต่มักพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้รับความสนใจหรือได้รับการรักษา ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อาการต่าง ๆ จะรุนแรงมากขึ้น มีโรคแทรกได้ง่าย ต้องใช้เวลาในการรักษานาน เพราะร่างกายอยู่ในภาวะที่อ่อนแออันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์, 2548) ประกอบกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.9) และมีอย่างน้อยคนละ 1 โรค (ร้อยละ 35.7) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 36.1)

## 2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตนทางสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน คือ ภาวะสุขภาพจิต สามารถอธิบายได้ดังนี้

### ภาวะสุขภาพจิต

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และพบว่าพบว่ามีคะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดด้านสุขภาพจิตที่กล่าวว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับพฤติกรรม และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย ในจังหวัดชลบุรีของบุศรินทร์ ประกอบธรรม (2548) ที่พบว่า ภาวะสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าข้าราชการเกษียณชาย ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ถูกจำกัดบทบาทในสังคม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดชลบุรีของเบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และสามารถทำนายการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดชลบุรีได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุย่อมแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของพรรณวดี พุฒวัฒน์, อรุณี นาคะพงศ์, กาญจนา หงษ์ทอง และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2540) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งหมายถึงผู้มีภาวะสุขภาพจิตดี จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่ากลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และมาสโลว์ อ้างถึงใน กาญจนา ไทยเจริญ (2543) ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตดีว่า เป็นผู้ที่สามารถยอมรับตนเองได้ดี รับรู้สิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง มีความพึงพอใจ และมีความสุขกับการมีชีวิตอยู่ และสิ่งที่ต้องเผชิญ สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรีของกาญจนา ไทยเจริญ (2543) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิต ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพกายจะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อม โดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพว่าหมายถึงอะไร รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ด้วย เช่น ปัจจัยด้านสรีระ ความสนใจ ความเชื่อถือ คำบอกเล่าหรือคำสอนที่ได้รับต่อ ๆ กันมา แล้วจึงประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร แต่เนื่องจากกาย และจิตมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Orem, 1985) เมื่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้รับการกระทบกระเทือน ย่อมส่งผลกระทบต่อกันด้วย ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองว่าดีแล้ว ย่อมมีสุขภาพจิตดีไปด้วย (ศิริรัตน สุภพิทยากุล, 2534) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่ศึกษาและเป็นโรคอ้วนมีการปรับตัวให้มีความสุข มีภาวะจิตใจที่สงบอยู่ได้อย่างมีความสุข และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่าง

เหมาะสม จึงทำให้คะแนนสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี จึงสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพจิตดีมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ ในจังหวัดชลบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**2.2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน** ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน การปฏิบัติตนทางสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และรายได้ของครอบครัว สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

**2.2.1 ความรู้ และทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน และการปฏิบัติตนทางสุขภาพ** ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วนอยู่ในระดับดี คะแนนทักษะคิดเกี่ยวกับโรคอ้วน และการปฏิบัติตนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันในเรื่องของความรู้ ความเชื่อ การรู้สึกของผู้สูงอายุ ผ่านประสบการณ์ที่แตกต่างกัน และอาจเกิดจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง จากการเสื่อมสภาพด้านร่างกายเกิดความรู้สึกท้อแท้ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับรูปร่าง และคิดว่าคนที่มรูปร่างอ้วนเป็นเรื่องปกติ การที่มรูปร่างอ้วนทำให้รู้สึกว่าเป็นคนที่สมบุรณ์แข็งแรง จึงไม่คิดที่จะจัดการกับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจนเกินมาตรฐาน ประกอบกับถูกมองจากสังคมว่า ผู้สูงอายุเปรียบเสมือนไม้ใกล้ฝั่ง นับวันร่างกายก็จะมีแต่ทรุดโทรมลงตามวัย ไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือทำให้ร่างกายแข็งแรงดังเดิมได้ (เอก ธนะศิริ, 2543) จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ของจิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ดันสกุล (2549) กล่าวว่า ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาจะเป็นไปตามทักษะคิด และความรู้ที่บุคคลนั้นมีอยู่ โดยทักษะคิดเป็นตัวกลางระหว่าง ความรู้และการปฏิบัติ คือ ทักษะคิด จะเกิดจากความรู้ที่มีอยู่และการปฏิบัติจะแสดงออกไปตามทักษะคิดนั้น ทักษะคิดจะเกิดจากการปฏิบัติ และก่อให้เกิดความรู้ตามมาได้ ซึ่งกล่าวได้ว่าการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ และทักษะคิดมีความสัมพันธ์กัน (Schwart, 1975) โดยความรู้และทักษะคิด ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ และการปฏิบัติก่อให้เกิด ความรู้ และทักษะคิดได้ โดยที่ความรู้และทักษะคิดไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน นอกจากนี้จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ดันสกุล (2549) ว่า การมีความรู้ที่ได้อย่างเดียว ไม่ได้เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีถูกต้อง ต้องประกอบด้วยความเข้าใจที่ถูกต้อง การนำไปใช้ และการวิเคราะห์เกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้มา และการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงที่ถูกต้อง และเหมาะสม นอกจากนี้ยังกล่าวอีกว่า ความรู้มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับสุขภาพ แต่การเพิ่มความรู้ หรือมีความรู้เพิ่มขึ้นไม่ใช่สาเหตุที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงเสมอไป นั่นคือ ก่อนจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หากไม่มีการสนใจอย่างเพียงพอ บุคคลนั้นก็จะไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ แม้ว่าเขาจะมีความรู้อยู่แล้วก็ตาม สอดคล้องการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ดี แต่มีคะแนนทักษะคิดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมี

จำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 47.1 ที่คิดว่าการมีรูปร่างอ้วนเป็นเรื่องปกติ และร้อยละ 58.6 ไม่เห็นว่าการที่มีรูปร่างอ้วนเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว และทำให้เสียบุคลิกภาพ จึงส่งผลให้มีการปฏิบัติตนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางด้วยเช่นกัน แม้จะมีความรู้ที่ถูกต้องตาม ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ 1 โรค และมีผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมากที่สุด 3 โรค นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเกี่ยวกับโรคกระดูก และข้อร้อยละ 16.7 ทำให้มีความเจ็บปวดไม่สามารถออกกำลังกายได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรีของ วรณิกา อัสวชัยสุวิกรม (2545) พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายลดลง สอดคล้องกับสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่มีภาวะอ้วน ในเขตจังหวัดชลบุรีของ มณีนรัตน์ ภาณุรูป, รัชนิกรณ ทรัพย์กรานนท์ และรัชนิวรรณ รอส (2547) พบว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถออกกำลังกายหนักได้เช่นเดียวกับเด็ก หรือผู้ใหญ่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องข้อเท้า ข้อเข่า มองเห็นกิจกรรมอื่น เช่น การดูแลบุตร หลาน การทำงาน หรือการหาเงินสำคัญกว่าการออกกำลังกาย และพบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติและค่านิยมบางอย่างที่ส่งเสริมให้เกิดโรคอ้วน เช่น ค่านิยมการบริโภคอาหารจานด่วน นิยมรับประทานอาหารนอกบ้าน เมื่อสูงอายุควรหาความสุขจากการกิน ผู้สูงอายุจะคิดถึงอ้วน ผู้สูงอายุที่อ้วนแสดงถึงความกินดีอยู่ดี เป็นต้น

#### 2.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

โรคอ้วน โดยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี คือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 97.1 ดังนั้นจึงไม่เห็นความแตกต่างของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และจากผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.9 โดยมีโรคประจำตัวอย่างน้อยคนละ 1 โรค และมีโรคประจำตัวมากที่สุดถึง 3 โรค จึงอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมแต่อย่างไรก็ตามเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการพัฒนาไปในทางเสื่อมลง และขณะเดียวกันมักจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้เกิดภาวะพึ่งพาได้ในอนาคต (Markson, 1997) ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542)

#### 2.2.3 รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน ทั้งนี้อาจ

เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว อยู่ในระดับเพียงพอ (มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป) ร้อยละ 51.9 แต่ในขณะเดียวกันก็มีรายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ คือ ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 48.1 จึงไม่พบความแตกต่างกันของระดับความเพียงพอของรายได้ของ ตรงกับแนวคิดของ

การเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ และชี้แนะให้นักศึกษานำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วน ไปประยุกต์ใช้ในการประเมินความเสี่ยงและป้องกันการเกิดโรคอ้วนโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

### 3. ด้านการวิจัย

3.1 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรีเท่านั้น ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจขยายผลไปศึกษากับผู้สูงอายุในเขตภูมิภาคอื่น ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในด้านศาสนา ค่านิยม ประเพณี ความเชื่อ ลักษณะความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลหลากหลาย เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สามารถนำไปใช้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

3.2 ควรนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุที่มีภาวะพิการ หรือเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ฯลฯ

3.3 ควรศึกษาปัญหาการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุในเชิงลึก เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของภาวะสุขภาพจิต โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากยิ่งขึ้น และสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนช่วยเหลือและป้องกันการเกิดโรคอ้วนที่สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยต่อไป

3.4 ควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เจาะจง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคอ้วน ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาเปรียบเทียบกับครั้งนี้ที่ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยคัดสรรอยู่ในระดับที่ดี

4. ด้านการพัฒนาศาสตร์หรือทฤษฎีทางกายภาพ จากผลการวิจัย พบว่า ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ สามารถนำผลการวิจัยที่ได้นี้มาเปรียบเทียบกับผลการวิจัยที่ผ่านมา เพื่อเป็นการทดสอบยืนยันเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนในเขตภูมิภาคอื่น เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นอื่น ๆ เพื่อศึกษาเจาะลึกถึงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอ้วนของผู้สูงอายุ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

3. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ทำให้สามารถนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในประชากรได้