

ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

เรียม นมรักษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

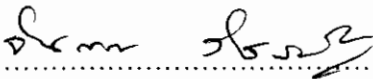
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

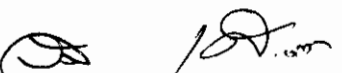
พฤษภาคม 2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

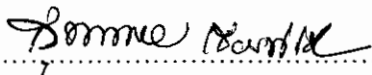
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ เรียม นมรักษ์ ฉบับนี้ เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

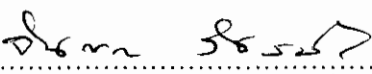
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์



.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรณี เดียวอิศเรศ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

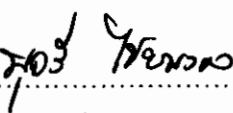

.....ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทราวดี เชียรพิเชฐ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วรณี เดียวอิศเรศ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อภรณ์ ดินาน)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาให้คำปรึกษา การเสนอแนะแนวทางที่ถูกต้อง การตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ อย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.วรรณิ เตียววิเศษ กรรมการที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาดำเนินการและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ตลอดจนคณาจารย์ในมหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากในการศึกษา และการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน จากสถาบันต่าง ๆ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม และขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่สละเวลามาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงผู้สูงอายุภาน้ำหนักเกินและครอบครัว ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อการศึกษาครั้งนี้อย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่น ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ เพื่อนร่วมงานจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมที่ให้กำลังใจตลอดมา และขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมที่สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ด้วย

เรียม นมรัช

54920271: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
 คำสำคัญ: การทำหน้าที่ของครอบครัว/ สัมพันธภาพในครอบครัว/ การสนับสนุนทางสังคมจาก
 ครอบครัว/ ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว/ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว/
 พฤติกรรมการออกกำลังกาย/ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร/ ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน
 เรียม นมรักษ์: ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม (FAMILY FACTORS
 INFLUENCING EXERCISE AND EATING BEHAVIOR AMONG ELDERLY WITH
 OVERWEIGHT IN MUANG DISTRICT, NAKHONPRATHOM PROVINCE) คณะกรรมการ
 ควบคุมวิทยานิพนธ์: จินตนา วัชรสินธุ์, Ph.D., วรณี เดียววิเศษ, Ph.D., 111 หน้า. พ.ศ. 2557.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออก
 กายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ
 และครอบครัว จำนวน 150 ครอบครัวในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง
 แบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลทั่วไป
 ของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การ
 สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ
 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์
 สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกาย
 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยพฤติกรรม
 สุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการ
 ออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ ร้อยละ 31.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted
 $R^2 = .317, p < .001$) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรม
 สุขภาพครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้
 ร้อยละ 31.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted $R^2 = .319, p < .001$)

ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการ
 บริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ควรส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว การ
 สนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว

54920271 : MAJOR: FAMILY NURSE PRACTITIONER; M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

KEY WORDS: FAMILY FUNCTIONING/ FAMILY RELATIONSHIP/ FAMILY SUPPORT/ FAMILY HEALTH BELIEFS/ FAMILY HEALTH BEHAVIOR/ EXERCISE AND EATING BEHAVIOR/ ELDERLY WHO ARE OVERWEIGHT

RIAM NAMARAK: FAMILY FACTORS INFLUENCING EXERCISE AND EATING BEHAVIOR AMONG ELDERLY WITH OVERWEIGHT IN MUANG DISTRICT, NAKHONPRATHOM. ADVISORY COMMITTEE: CHINTANA WACHARASIN, Ph.D., WANNEE DEOISRES, Ph.D., 111 P. 2014.

The purpose of this predictive correlation research was to examine family factors influencing exercise and eating behaviors among the elderly who are overweight. The sample consisted of 150 elderly people who are overweight and their families residing in Muang district , Nakhonprathom province. A multistage sampling method was used to select the sample. Research instruments included interview format questionnaires to capture data regarding demographic data of the elderly who are overweight, family functioning, family relationships, family support, family health beliefs, and family health behaviors. Statistics used to analyze data included frequency, percentages, means, standard deviations, Pearson product moment correlation, and multiple regressions.

The results showed that exercise and eating behaviors among elderly who are overweight were at a moderate level. Family health behaviors and family support significantly predicted exercise behaviors among elderly who are overweight and explained 31.7% of variance (Adjusted $R^2=.317, p < .001$). Family relationships, family health beliefs and family health behaviors significantly predicted eating behaviors among overweight elderly and explained 31.9% of variance (Adjusted $R^2=.319, p < .001$). The findings suggested that promoting exercise behavior among overweight elderly should emphasize promoting family health behavior and family support. Promoting eating behavior among elderly who are overweight should emphasize promoting family relationships, family health beliefs and family health behaviors.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ณ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	9
ขอบเขตของการวิจัย	11
นิยามศัพท์เฉพาะ	12
2 เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ	14
ทฤษฎีระบบครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	20
พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ.....	30
พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ.....	35
ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการ บริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน	38
3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	47
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	50
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	52
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	53

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	55
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน	55
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ภาวะน้ำหนักเกิน	57
ส่วนที่ 3 ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการ บริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้าน สุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว	58
5 สรุป และอภิปรายผลการวิจัย	63
สรุปผลการวิจัย	63
การอภิปรายผล	65
ข้อเสนอแนะ	70
บรรณานุกรม	72
ภาคผนวก	82
ภาคผนวก ก	83
ภาคผนวก ข	99
ภาคผนวก ค	106
ภาคผนวก ง	109
ประวัติย่อของผู้วิจัย	111

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน 56
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ระดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน 58
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน 59
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน 60
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน 61

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	11

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2549 ก) ได้สำรวจผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 49.4 และจากผลสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วน ร้อยละ 62.7 (กรมอนามัย, 2552) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนและอายุพบว่ายิ่งอายุมากขึ้นแนวโน้มเป็นโรคอ้วนมากขึ้น และประชากรวัยผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 73.9 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2553) พบว่าความชุกของภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงในเพศหญิงเมื่อผู้สูงอายุที่ได้สารอาหารมากเกินไปเกิดภาวะโภชนาการเกิน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกรดซิวริกในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงตามมา (กรมอนามัย, 2552)

ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันไว้ในปริมาณมากกว่าความจำเป็นของร่างกาย เป็นผลทำให้มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สำหรับโรคอ้วน มีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตรขึ้นไป (World Health Organization [WHO], 2004) สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาฟันผุ รวมทั้งฟันไม่มี ซึ่งมีผลต่อการทำงานของระบบบดเคี้ยวอาหาร การเคี้ยวอาหารทำได้ลำบากส่งผลต่อ การเลือกชนิดของอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่เคี้ยวยากที่เป็นพวกเส้นใย ผู้สูงอายุ ที่มีจำนวนฟันธรรมชาติลดลง มักรับประทานอาหารพวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง หรืออาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น และสัดส่วนขององค์ประกอบเนื้อเยื่อที่เปลี่ยนแปลงไปโดยพบว่าเนื้อเยื่อที่ปราศจากไขมันลดลงจะเปลี่ยนไปเป็นมวลกล้ามเนื้อไปเป็นมวลไขมันและกระจายตามบริเวณลำตัวมากขึ้น อัตราการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐานลดลง จะทำให้อันตรายการเผาผลาญพลังงานขั้นพื้นฐานลดลงประมาณร้อยละ 5 ทุก 10 ปี ประกอบกับผู้สูงอายุมักมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐานลดลง ซึ่งถ้าผู้สูงอายุยังคงรับประทานอาหารเท่าเดิมตลอดเวลา น้ำหนักก็จะเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจาก พันธุกรรม ความผิดปกติของร่างกายเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม ความผิดปกติทางจิตใจ สิ่งแวดล้อมและการรับประทานยาบางชนิด แต่จากการศึกษาภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง การรับประทานอาหารรสเค็ม พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับวัย

ผู้สูงอายุ เช่น รับประทานอาหารทอดเป็นประจำ รับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบเป็นประจำ รับประทานเนื้อติดมัน ขนมหวานและผลไม้หวานจัดเป็นประจำ รับประทานข้าวมากกว่ามี้อละ 1 จานบ่อยครั้ง ทำให้ผู้สูงอายุอ้วนและมีระดับไขมันในเลือดสูง (ประภาพร จินันทุยา, 2555) จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 พบว่าผู้สูงอายุนิยมปรุงอาหาร โดยการใช้ไขมันได้แก่ อาหารผัดหรือทอดสูง และพฤติกรรมการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ร้อยละ 48.5 และนิยมปรุงอาหารด้วยกะทิ นิยมรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานและชอบรับประทานขนมหวาน รับประทานผักและผลไม้เพียง 275 กรัม/คน/วัน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน (400 กรัม/คน/วัน) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น ภาวะน้ำหนักเกินยังมีสาเหตุจากการขาดการออกกำลังกายและการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม ถึงแม้ว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ แต่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ จากการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 82.3 และมีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 17.7 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายจะใช้วิธีการเดิน คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมาใช้วิธีในการบริหารร่างกายคิดเป็นร้อยละ 12.8 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และจากการสำรวจการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2551 พบผู้สูงอายุไม่ถึงครึ่งหนึ่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 41.1 ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ของ ดุสิต ปิยวรกุล (2551) พบว่า ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้นควรจะพักผ่อนให้มาก ไม่ควรจะเคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดทักษะในการออกกำลังกาย ทำให้กลัวหกล้มหรือบาดเจ็บขณะออกกำลังกาย หรือบางรายมีปัญหาสุขภาพ เช่น ข้ออักเสบ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดเข่า ทำให้ไม่กล้าออกกำลังกายเพราะกลัวอาการปวดจะเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกาย ขาดการกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย ขาดสิ่งอำนวยความสะดวกในการออกกำลังกาย ไม่มีเวลาออกกำลังกาย ไม่ชอบการออกกำลังกาย ขาดทักษะในการออกกำลังกาย จากการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายและโภชนาการเป็นกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ (Ellen & Mary, 1990) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวที่มีบทบาทในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้สูงอายุว่าตนสามารถที่จะออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัยสม่ำเสมอ และสามารถกระตุ้นการออกกำลังกายหรือไปออกกำลังกายด้วยกัน ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร มีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม มีการนำเข้าพลังงานมากกว่าการใช้พลังงานออกไป ทำให้พลังงานเหลือเกิน เปลี่ยนเป็นรูปไขมัน สะสมในร่างกายจะส่งผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพและเป็นปัจจัยของการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกพรุน โรคมะเร็งบางชนิด โรคนิ่วในถุงน้ำดี โรคปวดข้อเข่า โรคเกาต์ ภาวะน้ำหนักตัวเกินและเข้าสู่ภาวะอ้วนตามมา ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินกำลังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ซึ่งจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable chronic diseases) เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด ถึงร้อยละ 52.6 (กองสุขศึกษา, 2554) และยังส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด หงุดหงิด โมโหง่าย นอนกรน และภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (Anandacoomarasamy, Caterson, Sambrook¹, Fransen, & March¹, 2008; Niu, Zhang, Torner, Nevitt, Lewis, Aliabadi, Sack, and Clancy, 2009) ทำให้ผู้สูงอายุเจ็บปวดที่เข่ามาก เคลื่อนไหวได้ช้าและหกล้มได้ง่าย ผลกระทบต่อครอบครัวในการที่เป็นภาระต้องทำการดูแล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้าน เศรษฐกิจและสังคม ทำให้รัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากภาวะน้ำหนักเกินเหล่านี้ มีทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ค่าใช้จ่ายในการให้บริการของแพทย์และพยาบาลในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น และค่าใช้จ่ายทางอ้อมเนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพหรือทำงานบ้านได้ ทำให้ขาดรายได้ต้องเสียเงินค่าจ้างให้คนอื่นมาทำแทน

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินนั้น นับว่ามีความรุนแรงและส่งผลกระทบเป็นอย่างมาก ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรเป็นการส่งเสริมในระยะยาว คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพอย่างองค์รวม ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ กาย จิต จิตวิญญาณ และสังคม เพื่อยืดเวลาของการมีสุขภาพดีให้ยาวนานที่สุด สามารถบำเพ็ญประโยชน์แก่ส่วนรวม มีการจัดการและพัฒนาเครือข่ายที่เข้มแข็งให้มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้อย่างต่อเนื่อง และอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ควรสุด โดยคำนึงถึงความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งการดูแลและส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุนั้น นอกจากเป็นการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุแล้ว ครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเสื่อมสภาพ มีการติดต่อกับบุคคลอื่นน้อยลง ทำให้ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติพฤติกรรมจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญ และใกล้ชิดกับผู้สูงอายุนานที่สุด ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ

จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจในธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตระหนักว่าความสูงวัยเป็นภาวะที่จะต้องเกิดกับทุกคน ตลอดจนมีเจตคติที่ดีต่อความสูงวัย การทำความเข้าใจความสูงวัยจะทำให้สมาชิกในครอบครัวสามารถให้การดูแล และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างเอื้ออาทรมีคุณค่าอย่างแท้จริง (เกษร สำเภาทอง, 2549)

การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ครอบครัวจะต้องให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น จะนำมาซึ่งความผาสุกของผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วยเช่นเดียวกัน เพราะครอบครัวมีความเป็นองค์รวม เป็นทั้งระบบปิดและระบบเปิด มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน คอยตรวจสอบความสามารถปรับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว (Friedman, Bowen, & Jones, 2003) ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นภารกิจที่สำคัญสำหรับครอบครัว ที่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวมาช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุให้ออกกำลังกายและบริโภคอาหารที่เหมาะสม

ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน เช่น การทำหน้าที่ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นความสามารถในการร่วมแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ แสดงบทบาทได้อย่างเหมาะสม มีการให้ความรักความผูกพัน ให้กำลังใจ ห่วงใย เอาใจใส่ต่อกัน โดยมีการสื่อสาร การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกัน และปฏิบัติหน้าที่ด้านต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นพฤติกรรมที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันและกันซ้ำ ๆ เป็นประจำ ความสามารถที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพันทางอารมณ์รวมทั้งการควบคุมพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมของสมาชิก (Epstein, Bishop, & Bladwin, 1982 อ้างถึงใน อุมพร ตรังคสมบัติ, 2545) เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข มีส่วนช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ การทำหน้าที่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จากการศึกษาของ นางเยาว์ ไบยา (2554) พบว่า การทำหน้าที่ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัวสมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ ให้ความรัก ดูแล เอาใจใส่ พุดคุยปรึกษาหารือและตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ร่วมกัน ทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้านดังที่ House (1981) กล่าวว่า การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจะก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับความดูแลเอาใจใส่ และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันทสุ หาระบุตร (2552) ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวนับเป็นกำลังสำคัญที่สามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการออกกำลังกาย (พรวิรินทร์ เพียรพิทักษ์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Reanick, Orwig, Magaziner, and Wynne (2002) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน การศึกษาของ ปันทสุ หาระบุตร (2552) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ การช่วยเหลือสนับสนุนของครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญอย่างมากในการเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้สูงอายุมีความสุข มีความรู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่า ไม่รู้สึกที่ถูกทอดทิ้ง สนับสนุนให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ประอรนุช เชื้อถือ, 2548) และผู้สูงอายุเป็นวัยที่เปราะบางต้องพึ่งพาครอบครัวหรือเป็นที่พึ่งของครอบครัว (นันทา มาระเนตร์, 2549) จากการศึกษาของ สุริย์ สร้อยทอง (2554) พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนมากจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมาก เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อถือนและไว้วางใจซึ่งกันและกัน และจากการศึกษาคครอบครัวกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ของ กิ่งทิพย์ เต็มทอง (2546) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่น ขาดลูกหลานดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหารการกินและความเป็นอยู่

นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาของ ปันทสุ หาระบุตร (2552) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี การศึกษาของ นารี คงกระจ่าง (2551) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวมีส่วนช่วยในการปรับและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินโดยเลือกศึกษาในอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวนมากเมื่อเทียบกับอำเภออื่น ๆ โดยผลการสำรวจค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ ที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 20 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม, 2555) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากจังหวัดนครปฐมเป็นแหล่งใหญ่ที่มีการเลี้ยงสุกร โดยเฉพาะอำเภอเมือง เป็นอำเภอที่มีการเลี้ยงสุกรที่ใหญ่ที่สุดของจังหวัดนครปฐม (สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดนครปฐม, 2555) ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสูงในการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบจากสุกร เช่น ข้าวขาหมู ข้าวหมูกรอบ ข้าวหมูทอด ฯลฯ ในส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากการศึกษารายชื่อของ ธารธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม (2550) เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลโพรงมะเดื่อมีการออกกำลังกายในระดับพอใช้ เนื่องด้วยสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยตามวัย กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจึงเป็นการออกกำลังกายในบ้าน ซึ่งผู้สูงอายุปฏิบัติเพียงคนเดียว ไม่มีการเกิดแรงกระตุ้นให้มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข จะได้นำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการป้องกันควบคุมปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นและมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากภาวะน้ำหนักเกิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรม

สุขภาพครอบครัว ที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

สมมติฐานของการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

1. การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

2. การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบมารวมกัน มีการปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิก มีความใกล้ชิดกัน ต้องพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวก็จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ในด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวต้องอาศัยการทำบทบาทของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการทำกิจกรรมร่วมกัน ทั้งในด้านหน้าที่พื้นฐานของครอบครัว และพัฒนกิจ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด มีสัมพันธภาพเกิดขึ้นภายในครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความเคารพ การแสดงความดูแลเอาใจใส่ มีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งในบ้านและนอกบ้าน มีการพูดคุย ปรึกษาหารือและตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัว และความเอื้ออาทรกัน ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการอบรมสั่งสอน ปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่กัน รวมทั้งมีการกำหนดและยอมรับกฎระเบียบหรือข้อบังคับของบ้านร่วมกัน

ครอบครัวมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคน ครอบครัวจะต้องปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นระบบในการแก้ปัญหาของครอบครัว การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม มีการตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างกันอย่างเหมาะสม มีความผูกพัน ห่วงใย เอาใจใส่ต่อกัน ซึ่งผู้สูงอายุในครอบครัวต้องมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมแสดงออกของสมาชิกในครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของนางเยาว์ ไบยา (2554) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้

สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีกับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองจากบุคคลในครอบครัว ด้วยการแสดงความเคารพ การแสดงความดูแลเอาใจใส่ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่ รู้ว่าตัวเองมีคุณค่าและพยายามรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง เพื่อให้มีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้นาน ก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอาการออกกำลังกายและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันทสุ หาระบุตร (2552) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ในด้านข่าวสาร สิ่งของและบริการ ด้านการประเมินค่า และด้านอารมณ์ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีข้อมูล รับรู้ประโยชน์ และได้รับสิ่งสนับสนุนที่เหมาะสม เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการออกกำลังกาย หรือการประกอบอาหารให้รับประทาน ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา อนันต์สุขสวัสดิ์ (2549) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551) ที่พบว่า ปัจจัยเสริมด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว ถือเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี ถ้าครอบครัวมีความเชื่อว่าการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ครอบครัวก็จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น การศึกษาของ นารี คงกระจำ (2551) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวยังมีส่วนช่วยในการปรับและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวได้ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง มีการปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมสุขภาพของตนเหมาะสมยิ่งขึ้น

หากครอบครัวให้ความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ย่อมส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมาตั้งแต่ต้น ในการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ก็จะเป็นพื้นฐานให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ปันทสุ หาระบุตร (2552) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

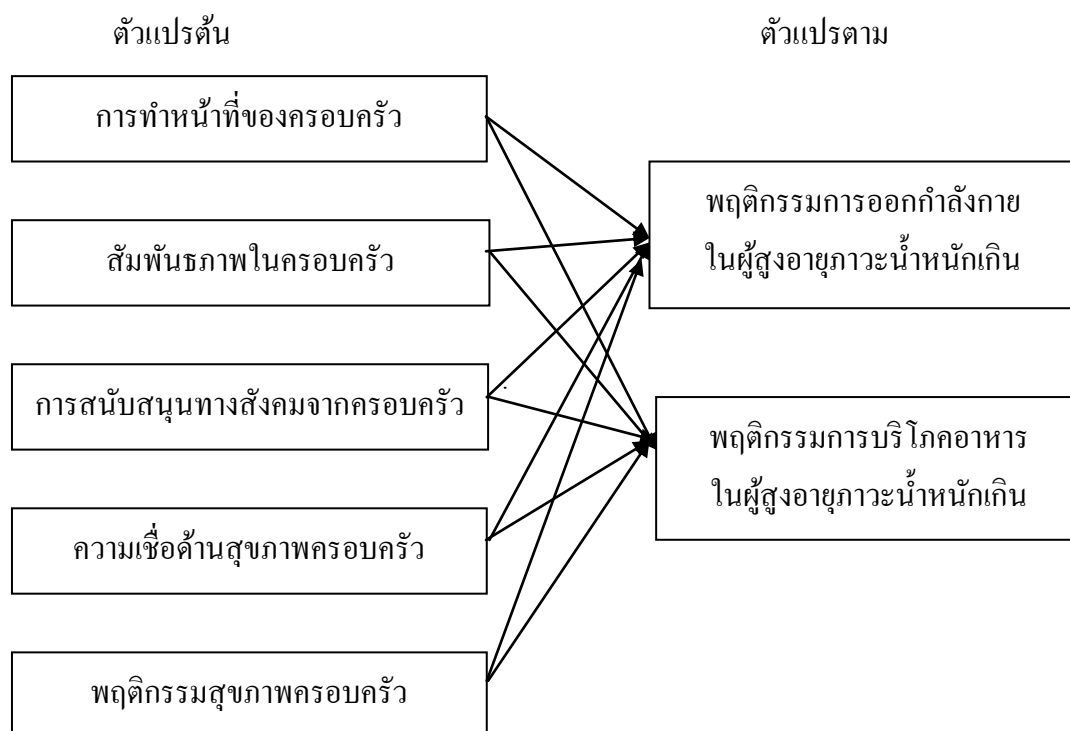
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีระบบครอบครัว (Friedman et al., 2003) และทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Pender Murdaugh and Parsons, 2011) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยเพื่อประยุกต์ใช้ในการเลือกตัวแปร ทฤษฎีระบบครอบครัว (Friedman et al., 2003) กล่าวว่าระบบครอบครัวมีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวก็จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ในด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวต้องอาศัยการทำบทบาทของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีกิจกรรมทำร่วมกัน ทั้งในด้านหน้าที่พื้นฐานของครอบครัว และพัฒนากิจ ครอบครัวยุคใหม่ประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบมารวมกันเกิดเป็นระบบใหม่ ที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะแตกต่างไปจากลักษณะของแต่ละบุคคล การปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกครอบครัว มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งประโยชน์ภายนอกตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด มีสัมพันธ์ภาพเกิดขึ้นภายในครอบครัว ประกอบด้วย การให้ความเคารพ การแสดงความดูแลเอาใจใส่ มีการใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งในบ้านและนอกบ้าน มีการพูดคุย ปรีกษาหารือและตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ของสมาชิกในครอบครัว และความเอื้ออาทรกัน ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน มีการอบรมสั่งสอน ปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่กัน รวมทั้งมีการกำหนดและยอมรับกฎระเบียบหรือข้อบังคับของบ้านร่วมกัน การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ดังนั้นต้องอาศัยการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมและ การแก้ปัญหาที่ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรที่มาจากทฤษฎีระบบครอบครัว คือ การทำหน้าที่ของครอบครัวและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเกิดจากปัจจัยที่มีอิทธิพล ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตวิทยา ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยปัจจัยส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อความเข้าใจ และความรู้ที่นึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จึงไม่นำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สำหรับความรู้ความเข้าใจและความรู้ที่นึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมเป็นตัวแปรที่สำคัญในการการมุ่งใจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล และมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลค่อนข้างมากเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว พฤติกรรมที่ปฏิบัติจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีนับได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ Pender et al. (2011) กล่าวว่าไว้ว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวเป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีภายในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ตัวแปรที่มาจากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) คือ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว

พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินต้องอาศัยครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัว ครอบครัวย่อมมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ ด้วยการแสดงความเคารพ การแสดงความเอาใจใส่ดูแล การทำกิจกรรมร่วมกัน การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เป็นวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลัง เป็นแบบอย่างให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ก็จะมีอิทธิพลให้ผู้สูงอายุมีความสนใจพฤติกรรมนั้นด้วย ครอบครัวมีส่วนสำคัญในด้านการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุซึ่งต้องพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนครอบครัวมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ย่อมจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดระบบครอบครัว มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ตามกรอบแนวคิดการวิจัยภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปที่ภาวะน้ำหนักเกิน ที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตรและครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในปี พ.ศ. 2557

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่าหรือเท่ากับ 25.0- 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (WHO, 2004)
2. ครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ ไม่จำกัดเพศและอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป
3. พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมที่ได้ใช้พลังงานหรือการบริหารกล้ามเนื้อ มีการสร้างและใช้พลังงานของกล้ามเนื้อเป็นผลดีต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การบริหารร่างกายด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย อวัยวะ ข้อต่อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการยืดและการหด เช่น การเดินหรือวิ่งเหยาะ ๆ การฝึกจักรยานการบริหารร่างกาย การร่ำมวยจีน โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยคัดแปลง มาจาก สุริย์ สร้อยทอง (2554)
4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ หมายถึงการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ประกอบด้วย การเลือกอาหาร ประเภทของอาหาร ปริมาณอาหาร และความถี่ในการบริโภคอาหาร โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยคัดแปลงมาจากของ อารยา ตามภานนท์ (2542)
5. การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อพฤติกรรมการแสดงออกของสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย การแก้ปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ Chulalongkorn family inventory (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)
6. สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ ในด้านการแสดงความรัก การแสดงความดูแล เอาใจใส่ การใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวทั้งกิจกรรมในบ้านและนอกบ้าน ใช้แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งผู้วิจัยคัดแปลงมาจาก ปันทุส หาระบุตร (2552)
7. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึงการรับรู้ของผู้สูงอายุว่าได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัวคือ ด้านข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า และด้านสิ่งของและบริการ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวซึ่งผู้วิจัยคัดแปลงมาจาก ปันทุส หาระบุตร (2552)
8. ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงถึงการดำเนินชีวิต สุขภาพ และการดูแลตนเองของครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และเมื่อยามเจ็บป่วย ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะแทรกซ้อน

การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ
พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความ
เชื่อด้านสุขภาพครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก นางเยาว์ ไบยา (2554)

9. พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว หมายถึง กิจกรรมทางสุขภาพของครอบครัวที่กระทำ
ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรม
สุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพ
ครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก สุวพิชญ์ ชัชวาลธีราพงศ์ (2555)

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การออกกำลังกายและพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ
2. ทฤษฎีระบบครอบครัวและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
3. พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ
5. ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ

ภาวะน้ำหนักเกิน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันไว้ในปริมาณมากเกินกว่าความจำเป็นของร่างกาย เป็นผลทำให้มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ การมีน้ำหนักตัวที่เกินเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) ให้นิยามของภาวะน้ำหนักเกินว่า หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากกว่าปกติ จนเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลถึงสุขภาพ เช่นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งบางชนิด โดยเมื่อมีค่า ดัชนีมวลกาย (Body mass index หรือ เรียกย่อว่า BMI/ บีเอ็มไอ) ตั้งแต่ 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร เรียกว่า น้ำหนักเกิน แต่ถ้ามีค่าดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขึ้นไป เรียกว่า เป็นโรคอ้วน อย่างไรก็ตาม สำหรับภาวะน้ำหนักตัวเกินตามความหมายของ เทวี โพธิสละ และ นิตยา ตั้งชูรัตน์ (2549) คือ ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมอาหารเข้าไปมากเกินความจำเป็นของการนำพลังงานที่เกิดจากอาหารไปใช้ประโยชน์ในร่างกายแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง เป็นเหตุให้พลังงานที่เหลือใช้ถูกเก็บสะสมไว้ในอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในรูปของไขมัน ทำให้อวัยวะมีน้ำหนักตัวมากกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน

สรุปได้ว่า ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันไว้ในปริมาณมากเกินกว่าความจำเป็นของร่างกาย เป็นผลทำให้มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

อุบัติการณ์ของภาวะน้ำหนักเกิน

จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังน้อย ซึ่งย่อมส่งผลให้มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นของภาวะน้ำหนักเกิน (Overweight) และโรคอ้วน (Obesity) กล่าวคือ ผู้สูงอายุหญิงมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 28.4 ส่วนผู้สูงอายุชายมีน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 21 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข, 2549 ข) ถ้าแบ่งตามอายุพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีภาวะอ้วนเฉลี่ยร้อยละ 35.6 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 26.4 เพศหญิงร้อยละ 43.1 ส่วนในผู้สูงอายุที่อายุ 70 - 79 ปี มีภาวะอ้วนเฉลี่ยร้อยละ 25.5 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 18.6 เพศหญิงร้อยละ 31.3 และในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี มีภาวะอ้วนเฉลี่ยร้อยละ 12.8 แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 11.3 เพศหญิงร้อยละ 13.9 (วิชัย เอกพลากร, 2553)

จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546 (กรมอนามัย, 2549) พบว่า ผู้สูงอายุปรุงอาหารผัด ทอด โดยใช้น้ำมันร้อยละ 93.7 และมีผู้สูงอายุปรุงอาหารด้วยกะทิ ถึงร้อยละ 77.5 ผู้สูงอายุที่รับประทานผักมีเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้น และนิยมรับประทานผลไม้รสหวานถึงร้อยละ 97.5 ผู้สูงอายุชอบกินขนมหวานร้อยละ 82 และจากผลสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2547 พบว่า ผู้สูงอายุรับประทานผักและผลไม้เพียง 275 กรัม/คน/วัน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน (400 กรัม/คน/วัน) ส่วนการรับประทานน้ำตาลและไขมันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาของ อารยา ตามภานนท์ (2542) เกี่ยวกับความชุกของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 โดยผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 24.2 และผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.5

สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ

การเกิดภาวะน้ำหนักเกินเกิดจากปัจจัยพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การขาดการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมและการรับประทานยาบางชนิด ความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม การเผาผลาญสารอาหารภายในร่างกาย และระบบต่อมไร้ท่อและความผิดปกติทางจิตใจ ศรีสมบัติ นวนพรัตน์สกุล (2545) กล่าวว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ คือการขาดความสมดุลระหว่างพลังงานที่ร่างกายได้รับเข้าไปกับพลังงานที่ร่างกายใช้ไปในแต่ละวัน อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ รับประทานอาหาร มากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไปในการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งจะสรุปสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินได้ ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญของการมีน้ำหนักตัวเกิน การมีพฤติกรรมการบริโภคตลอดเวลา การรับประทาน

การอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ไขมัน และได้รับอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น หนังกุ้งทอด หมูกรอบ และขาหมู รวมทั้งนิยมบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม หรือการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ตลอดเวลา รับประทานไม่เป็นเวลา รับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง สิ่งเหล่านี้จะถูกเก็บสะสมไว้ในร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญของการมีน้ำหนักตัวเกิน (พัทธนันท์ สีม่วง, 2555) การทำให้พลังงานที่ร่างกายได้รับเข้าไปมีมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไป ร่างกายจะมีการเก็บสะสมไขมันตามตำแหน่งต่าง ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ หน้าท้อง สะโพก ลำตัว และใบหน้า (ศรีสมบัติ นวนพรัตน์สกุล, 2545)

2. ขาดการออกกำลังกาย สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุเกิดจากการขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม และขาดการเคลื่อนไหวร่างกายจากสภาพการทำงาน และจากการมีเรื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เคลื่อนไหว ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน (พวงทอง ไกรพิบูลย์, 2555) ซึ่งภาวะโภชนาการเกินเกิดจากการขาดการออกกำลังกาย ทำให้พลังงานที่ได้รับจากอาหารตามปกติไม่ได้ถูกใช้อย่างสมดุลกับความต้องการของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีพลังงานส่วนเกินเหลือเก็บไว้ในรูปของไกลโคเจนหรือไขมัน เกิดการพอกพูนไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน (พีระพงศ์ บุญศิริ และภมร เสนาฤทธิ์, 2544) การออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการใช้พลังงานที่เก็บสะสมไว้ในรูปของไขมัน ซึ่งการออกกำลังกายสามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้นได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน คือการขาดความสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการออกกำลังกายไม่เพียงพอ รับประทานอาหาร มากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกาย หรือในการออกกำลังกาย และผู้สูงอายุจะอ้วนได้ง่าย เนื่องจากพลังงานขณะพักลดลงตามอายุและตามกล้ามเนื้อที่ลดลง กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องใช้พลังงานก็ลดลงด้วย (กัลยา กิจบุญชู, 2546)

3. สิ่งแวดล้อมและการรับประทานอาหารบางชนิด นอกจากสาเหตุทางด้านพฤติกรรมแล้ว ยังพบว่า มีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน คือ สิ่งแวดล้อม หรือการใช้ชีวิตประจำวัน ประวัณที่ไม่เหมาะสมทำให้มีการใช้พลังงานต่ำต้องนั่งอยู่กับที่นาน ๆ (พนิดา จรรย์ศุภรินทร์, 2554) ซึ่งรวมถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบสังคมเมืองที่เพิ่มมากขึ้น ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรมประจำวันแบบนั่ง ๆ นอน ๆ มากขึ้น การกินยาบางชนิด ซึ่งมีผลข้างเคียง กระตุ้นให้อยากอาหาร เช่น ยาแก้ปวด หรือ ยารักษาโรคทางจิตเวช (ศรีสมบัติ นวนพรัตน์สกุล, 2545)

4. ความผิดปกติของร่างกายเกี่ยวกับการเมตาบอลิซึม การเผาผลาญสารอาหารภายในร่างกาย และระบบต่อมไร้ท่อ กล่าวคือ ต่อมไร้ท่อทำงานผิดปกติ เช่น การที่ต่อมสืบพันธุ์ของเพศ

ชายห่อนสมรรถภาพหรือถูกผ่าตัดออก มักทำให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินได้ง่าย หรือกรณีที่ดื่บอ่อนซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอินซูลินผิดปกติ (Hyperinsulinism) มักทำให้เกิดอาการหิวบ่อยกว่าปกติ ผู้ที่อยู่ในภาวะไทรอยด์สร้างฮอร์โมนออกมาน้อย (Hypothyroidism) ทำให้ร่างกายใช้พลังงานเพื่อการเผาผลาญไขมันน้อยลงจึงทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น และกลับมามีน้ำหนักปกติได้ เมื่อได้รับการรักษาและปรับให้ระดับการทำงานของฮอร์โมนไทรอยด์กลับสู่เกณฑ์ปกติ (Tzotzas, Krassas, Konstantinidis, & Bougoulia, 2000) โรคเกี่ยวกับฮอร์โมน เช่น โรคเนื้องอกต่อมใต้สมองหรือเกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุประกอบกัน ในผู้สูงอายุจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้ช้า และมีโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวหรือต่อการออกกำลังกาย การศึกษาของ เทวี โพธิผลและนิตยา ตั้งชูรัตน์ (2549) พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินยังเกิดจากความผิดปกติของสมองส่วนไฮโปธาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งในสมองส่วนไฮโปธาลามัส มีศูนย์ควบคุมความอยากอาหาร (Eating center) ให้เกิดขึ้นตามความต้องการใช้พลังงานของร่างกาย เมื่อเกิดความผิดปกติ เกิดความไม่สมดุลระหว่างความรู้สึกอิ่ม ซึ่งมีศูนย์ควบคุม (Satiety center) หรือความรู้สึกพอใจในอาหารที่บริโภคกับความอยากอาหารหรือความหิว ทำให้เกิดลักษณะที่เรียกว่า “กินจุ” หรือ “บูลิเมีย” (Bulemea) ศูนย์ความอยากอาหารจะมีความผิดปกติขึ้นได้เนื่องจากมีความเคยชินในการบริโภคอาหารจำนวนมากจึงเกิดปฏิกิริยาโต้ตอบต่อการกระตุ้นของร่างกายที่เกิดขึ้นเองแบบอัตโนมัติ

5. จิตใจ นอกจากความผิดปกติทางด้านร่างกายแล้ว สภาพจิตใจและอารมณ์ก็มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน มีคนเป็นจำนวนไม่น้อยที่การกินอาหารขึ้นอยู่กับจิตใจและอารมณ์ เช่น กินด้วยความโกรธ ดับความคับแค้นใจ กลุ้มใจ กังวลใจ หรือดีใจ ความเครียดทำให้มีความอยากอาหารมากขึ้น (พนิดา จรรย์สุกกรินทร์, 2554) บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าการกินทำให้จิตใจสงบ จึงหันมายึดเอาอาหารไว้เป็นที่พึ่งทางใจ เหล่านี้เมื่อหันมาพึ่งอาหาร ก็จะทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินตามมา

สรุปจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สาเหตุที่แท้จริงของภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ เกิดจากร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไป เนื่องจากการใช้พลังงานขณะพักลดลงตามอายุและตามกล้ามเนื้อที่ลดลง กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องใช้พลังงานก็ลดลงด้วย หากรับประทานอาหารเท่าเดิมก็จะเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้ง่าย

ผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกิน

การมีภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ทั้งต่อตัวเอง ครอบครัวและเศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวเอง การมีภาวะน้ำหนักตัวเกินทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวเองใน

ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ภาวะน้ำหนักร่างกายเกินสามารถสร้างปัญหาให้กับสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของการหายใจ เนื่องจากบริเวณรอบทรวงอกของคนอ้วนจะมีไขมันมากทำให้ขัดขวาง การขยายตัวของทรวงอก รวมทั้งไขมันที่ท้องทำให้กระบังลมไม่สามารถหย่อนตัวลงมาได้อย่าง ปกติ เป็นผลให้คนที่อ้วนเหนื่อยง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท่านอน คนอ้วนจะหายใจลำบากซึ่ง บางครั้งจะมีอาการหยุดหายใจเป็นพัก ๆ ในเวลาที่นอนหลับ (Sleep apnea syndrome) ผู้ป่วยที่มี ภาวะดังกล่าวจะมีอาการปวดศีรษะในตอนเช้าส่วนในเวลากลางวันจะมีอาการง่วงนอน หายใจเข้า การลดน้ำหนักจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้รับการรักษาในระยะต่อไปผู้ป่วยจะมี หัวใจซีกขวาล้มเหลวและอาจถึงแก่กรรมได้ (อกัสติน บุญญวารกุล, 2555) นอกจากนี้การ เปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหว เนื่องจากโครงสร้างของร่างกายไม่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้รับ น้ำหนักตัวที่มากเกินไป คนที่อ้วนเพราะมีน้ำหนักตัวเกินจึงมักมีอาการปวดเข่า ข้ออักเสบ และปวด หลัง มีการเคลื่อนไหวยาก ขาดความกระฉับกระเฉง เพราะต้องออกแรงและใช้ความพยายามในการ เคลื่อนไหวมากกว่าคนปกติ ยังส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน เป็นโรคหนึ่งซึ่งพบบ่อยในคนที่น้ำหนัก ตัวเกินและอ้วนเนื่องจากเมื่อเซลล์ของไขมันสะสมมากขึ้น ความไวในการตอบสนองของตัวรับของ อินซูลินที่เซลล์เป้าหมาย (Insulin receptor) จะน้อยลงทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ร่างกายจึงต้องใช้ อินซูลินมากขึ้น ทำให้เซลล์ที่ตับอ่อนต้องทำงานหนักขึ้นเพื่อผลิตอินซูลินให้มากขึ้น ถ้าการ เปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นนานพอสมควร อาจทำให้เซลล์ที่ตับอ่อนทำงานมากจนล้าและเสื่อม สมรรถภาพไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ เกิดการสะสมของน้ำตาลและถ้าปล่อยให้น้ำหนัก ตัวเกินหรืออ้วนเป็นระยะเวลาานจะมีผลต่อเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตและทำให้เกิด โรคเบาหวานได้ (พิทชนันท์ สีม่วง, 2555)

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคนที่น้ำหนักตัวเกินและอ้วนมีโอกาสเป็นโรคความดัน โลหิตสูงมากกว่าคนปกติประมาณ 2-5 เท่า (นงนุช สุขพันธ์, 2552) การลดน้ำหนักก็มีความดัน โลหิตลดลงได้ ปรากฏว่าคนอ้วนจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าคนที่น้ำหนักตัว ปกติ ซึ่งทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งและโรคหัวใจขาดเลือด และในคนภาวะน้ำหนักเกินจะมีการ สะสมไขมันมากขึ้นจะทำให้ขบวนการเมตาบอลิซึมโคเลสเตอรอลผิดปกติไปทำให้มีการสร้าง โคเลสเตอรอลออกมาในน้ำดีมากขึ้นส่งผลให้ความเข้มข้นของโคเลสเตอรอลในน้ำดีมากจนเกิดเป็น นิวในถุงน้ำดีได้ นอกจากนี้ภาวะน้ำหนักเกินยังส่งผลให้เกิดโรคกระดูกและข้ออักเสบ (เสถียร เตชะไพฑูรย์, 2542) เนื่องจากการบริโภคอาหารที่เกินความจำเป็นทำให้มีน้ำหนักตัวเกินและอ้วน ดังนั้นโครงสร้างของร่างกายจึงต้องรับน้ำหนักเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกระดูกและข้อต่อที่ต้อง เคลื่อนไหวมากทำให้เกิดปัญหาเรื่องข้ออักเสบและเสื่อม (Osteoarthritis) ได้ง่าย โดยเฉพาะข้อเข่าที่ ต้องรับน้ำหนักตัวทั้งร่างกาย คนอ้วนจึงมีอาการปวดเข่า เดินไม่ไหว การลดน้ำหนักจะช่วยลดอาการ

ปวดข้อได้ การเปลี่ยนแปลงของการเคลื่อนไหว เนื่องจากโครงสร้างของร่างกายไม่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อรับน้ำหนักตัวที่มากเกินไป คนที่อ้วนเพราะมีน้ำหนักตัวเกินจึงมักมีอาการปวดเข่า ข้ออักเสบ และปวดหลัง มีการเคลื่อนไหวยาก ขาดความกระฉับกระเฉงเพราะต้องออกแรงและใช้ความพยายามในการเคลื่อนไหวมากกว่าคนปกติ ในผู้ที่มีภาวะโภชนาการเกิน จะเพิ่มอัตราการเกิดโรคเก๊าท์ โดยทั่วไปแล้วมักจะพบว่ามีกรดยูริกเพิ่มมากขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุในคนอ้วนที่มีน้ำหนักตัวเกินซึ่งมักไม่มีอาการผิดปกติอย่างใด แต่ถ้าปล่อยให้มือน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 30 ของน้ำหนักมาตรฐานที่ควรจะเป็นจะพบอุบัติการณ์ของโรคเก๊าท์ได้มากกว่าคนปกติ

1.2 ผลกระทบด้านจิตใจและบุคลิกภาพ ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวเกินและเกิดไขมันสะสมตามแขนขาหน้าท้องมาก ทำให้เคลื่อนไหวลำบากเมื่อเดินไปมาต้นขาจะเสียดสีกันทำให้ไม่อยากจะเดิน ไม่อยากจะประกอบกิจกรรมใด ๆ เพราะจะมีเหงื่อออกง่าย เนื่องจากการเผาผลาญไขมันในร่างกายมากกว่าคนปกติทำให้มีไขมันผสมกับเหงื่อตามผิวหนัง นอกจากนี้ทางด้านอารมณ์อาจมีความแปรปรวน เนื่องจากสาเหตุของรูปร่างที่ไม่สมส่วน ทำให้เกิดความเก๋กกดไม่มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับเพื่อนฝูง ขาดวิถีทางระบายออกที่เหมาะสม นำไปสู่ความแปรปรวนทางอารมณ์และความคิด บางครั้งเกิดอาการซึมเศร้า บางรายอาจเกิดความเครียด ซึ่งหากไม่สามารถขจัดได้แล้วอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตและคิดฆ่าตัวตายได้

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ในด้านการดูแล ครอบครัวต้องจัดหาคนมาดูแลผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินและมีโรคอื่นร่วมด้วย ซึ่งผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินยังคงเป็นปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องพึ่งพิงครอบครัว ในด้านการจัดเตรียมอาหารจากครอบครัว และครอบครัวยังขาดความรู้ในการจัดหาอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บางครอบครัวมีความคิดว่าการจัดเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุเป็นภาระของครอบครัวในการจัดหาอาหาร จึงไม่มีการเลือกสรรอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ บางครอบครัวไม่ทราบว่าควรจัดอาหารอย่างไรให้เหมาะสมกับภาวะของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี นอกจากนี้กระทบต่อรายได้ของครอบครัวเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวอาจต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุทำให้ครอบครัวขาดรายได้

3. ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากอันตรายหรือผลกระทบของภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนที่ก่อให้เกิดความสูญเสียและปัญหามากมายทั้งต่อตัวเอง ครอบครัว เมื่อภาวะน้ำหนักเกินส่งผลกระทบต่อตัวเองให้เกิดโรคต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษากรณีที่ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่มีโรคแทรกซ้อน ก็จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากรัฐบาลเกิดความสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษาโรคที่เกินจากภาวะน้ำหนักเกิน ประเทศไทยจึงควรดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อควบคุมและการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน ลดความชุกและความรุนแรงของโรค มาตรการหนึ่งที่ทำได้คือการค้นหาปัจจัยที่มีผล

ต่อภาวะน้ำหนักเกินที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มประชากรเอง และนำไปสู่การดำเนินมาตรการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศในเรื่องการสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ และมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทย สร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

ทฤษฎีระบบครอบครัวและการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ระบบครอบครัว

ครอบครัวเป็นระบบเปิดและมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอก ดังนั้นพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วย หลายระบบย่อย ๆ คือระบบแห่งบุคคล ระบบย่อยของสามี-ภรรยา พ่อแม่ และพี่น้อง เกิดจากการรวมตัวของบุคคลเข้าด้วยกัน เกิดเป็นระบบใหม่ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากลักษณะของแต่ละบุคคล (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

ครอบครัวเป็นระบบที่ประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบ จะต้องปฏิบัติสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อนระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมถึงการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ทั้งในภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย เมื่อบุคคลในครอบครัวมีการเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว เพราะฉะนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดก็จะมีผลกระทบต่อส่วนอื่นในครอบครัวและสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ (Wright & Leahey, 2009) ระบบครอบครัวที่ดี ต้องมีพลัง (Energy) โดยที่สมาชิกทั้งหมดมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เผชิญปัญหา และเอาชนะ แก้ไขหาร่วมกันในครอบครัว มีความยืดหยุ่น (Flexible) และสนใจที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ มีการกระจายอำนาจ มีการตัดสินใจในเรื่องของครอบครัวร่วมกันระหว่างสมาชิก มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน สมาชิกแต่ละคนมีโอกาสเติบโตและเป็นตัวของตัวเอง (ผ่องศรี แสน ไชยสุริยา, 2547) ครอบครัวเป็นระบบที่มีรูปแบบของ กลุ่มบุคคล หรือ โครงสร้างของการอยู่ร่วมกัน (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2545) มีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีค่านิยมสัญญาณร่วมกัน กำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเองและทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550)

Friedman et al. (2003) กล่าวว่า ระบบครอบครัวมีลักษณะดังนี้

1. มีความเป็นองค์รวม ใหญ่กว่าหน่วยย่อยทั้งหมดรวมกันเกิดเป็นระบบใหม่ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกและสิ่งแวดล้อมในระบบครอบครัว

2. มีผลกระทบซึ่งกันและกัน ครอบครัวเป็นระบบสังคมของสิ่งมีชีวิตที่สมาชิกมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมีความผูกพันกันอย่างซับซ้อน ระยะเวลาผ่านและสภาวะการณ์ความเครียดของครอบครัวมีอิทธิพลต่อสมาชิกครอบครัวแต่ละคนและระบบย่อย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกครอบครัวก็จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวทั้งหมด

3. มีการสะท้อนตนเองและเสาะหาเป้าหมาย ระบบควบคุมทั้งหมดในครอบครัวคอยประเมินตรวจสอบความสามารถปรับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว

4. มีลำดับขั้นของระบบ ระบบครอบครัวมีหลายระดับตั้งแต่ระบบย่อยของครอบครัวและระบบภายนอกครอบครัว

5. เป็นทั้งระบบปิดและระบบเปิด จะรับและแลกเปลี่ยนความคิด สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร แหล่งประโยชน์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบ

6. ขอบเขตครอบครัว คือการที่ครอบครัวยอมให้มีการแลกเปลี่ยนระหว่างความต้องการภายนอกและภายในครอบครัว

7. การปรับตัวของครอบครัว เป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัว และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงของความต้องการทั้งภายนอกและภายในเพื่อความสมดุลของครอบครัว

8. มีระบบย่อยของครอบครัว ครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในระบบย่อยและระหว่างระบบย่อยเพื่อทำหน้าที่ตามเป้าหมายของครอบครัว

ทฤษฎีระบบครอบครัว มองว่าเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย ระบบครอบครัวมีการเชื่อมโยงกันทั้งภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวก็จะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัว ในด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวต้องอาศัยการทำหน้าที่ของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีกิจกรรมร่วมกัน ทั้งในด้านหน้าที่พื้นฐานของครอบครัว และพัฒนากิจ หรือหน้าที่ของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของพัฒนาการครอบครัว

การวิจัยครั้งนี้เน้นการศึกษาการทำหน้าที่ครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร การทำหน้าที่ครอบครัวเป็นการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัว ที่มีภาระหน้าที่ที่สมาชิกจะต้องปฏิบัติร่วมกัน ทั้งในด้านหน้าที่พื้นฐานของครอบครัว และพัฒนากิจ หรือหน้าที่ของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของพัฒนาการครอบครัว การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF ของ

Epstein, Bishop and Baldwin. (1982) มาใช้ในการวิจัยเนื่องจากมีความครอบคลุมทางด้านเนื้อหา เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวทุกด้าน เป็นที่นิยมใช้โดยแพร่หลาย และอธิบายถึงกระบวนการทำหน้าที่ของครอบครัวได้ชัดเจน โดยแบ่งหน้าที่ของครอบครัวไว้ ดังนี้

1. การร่วมแก้ไขปัญหา เป็นความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาค่าที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
2. การสื่อสาร เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกันของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีอยู่ 2 รูปแบบ คือการสื่อสารโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด
3. บทบาท เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและซ้ำ ๆ เป็นประจำเพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์
4. การตอบสนองทางอารมณ์ เป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันทั้งด้านคุณภาพและปริมาณอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว
5. ความผูกพันทางอารมณ์ เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน
6. การควบคุมพฤติกรรม เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น

การทำหน้าที่ของครอบครัวตาม MMFF อธิบายว่า แต่ละหน่วยย่อยในระบบครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ การทำความเข้าใจสมาชิกคนใดคนหนึ่งนั้น ไม่สามารถกระทำได้โดยวิเคราะห์บุคคลนั้นเพียงลำพัง จำเป็นต้องพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลนั้นกับครอบครัวทั้งระบบด้วย การปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวเป็นกิจกรรมของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว เป็นภาระหน้าที่สมาชิกจะต้องปฏิบัติร่วมกัน พฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งย่อมจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดต้องมีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ การสื่อสารได้ชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมายทั้งด้านวัตถุและอารมณ์ สามารถแสดงบทบาทสอดคล้องกับหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การตอบสนองทางอารมณ์แสดงอารมณ์ได้ทุกรูปแบบอย่างเต็มที่ทั้งในปริมาณ เวลา และสถานการณ์ที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงออกถึงความสนใจ มีความผูกพันต่อกันและกัน มีการควบคุมพฤติกรรมของสมาชิกให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ทำความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น ดังนั้นครอบครัวจะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขหรือมีภาวะสุขภาพที่ดีได้นั้นครอบครัวต้องสามารถทำหน้าที่ได้ดี ถ้าครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรม

การบริโภคอาหารดีเช่นกัน

นอกจากนี้ยังต้องอาศัยการมีสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวที่มีการสะท้อนตนเองและเสาะหาเป้าหมาย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวของตนบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการได้เพื่อช่วยส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเสมือนสายสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน สมาชิกในครอบครัวก็จะอยู่อย่างมีความสุข มีความเอื้ออาทรและพึ่งพาอาศัยกันได้ สำหรับผู้สูงอายุเป็นบุคคลหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกรักของสมาชิก ยอมรับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ซึ่งนำไปสู่ความใกล้ชิด มีความสนิทสนม เกิดความต้องการที่จะแบ่งปัน (Friedman et al., 2003) และต่างคาดหมายว่า ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวดีก็จะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุขด้วย ดังนั้นในการศึกษาถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยจึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยถือเป็นปัจจัยภายในครอบครัวที่สำคัญในการสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัวจะดีหรือไม่ดีนั้นก็ขึ้นอยู่กับบุคคลในครอบครัวแต่ละครอบครัวจะปฏิบัติต่อกันให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ และความผูกพัน แต่ที่ต้องขึ้นอยู่กับภาวะทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ (กาย จิต) ของบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดี (จิราพร ชมพิกุล, ปราณี สุทธิสุคนธ์, เกียรติศักดิ์ ชื้อเลื่อน และคุณณี คำมี, 2552)

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) อธิบายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลประพฤติหรือปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดีและมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว พฤติกรรมส่งเสริมของบุคคลประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and Experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลัก เพนเดอร์ได้เสนอมโนทัศน์ย่อย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)

จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยด้านพฤติกรรมนั้น พบว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องนี้จะมีอยู่ประมาณ ร้อยละ 75 ของการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยพบว่า ตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมที่ดีที่สุดตัวหนึ่ง คือ ความบ่อยของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนคล้ายกับพฤติกรรม

ที่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตมีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมานั้น ได้กลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้โดยอัตโนมัติอาศัยความตั้งใจเพียงเล็กน้อยก็ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ คชนี้มวลกาย สภาวะวัยรุ่น สภาวะหมดระดู ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติ ชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

โดยปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าวมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยด้านอารมณ์และการคิดรูที่เฉพาะกับพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัจจัยด้านความรู้และความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม แสดงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใด ๆ มักจะคำนึงถึงประโยชน์หรือผลลัพธ์จากการกระทำนั้น ๆ เป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเอง ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน

2.2 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การรับรู้ถึงความสามารถของตน ความสามารถของตนเองในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมในระดับสูงจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพลดลงได้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมี น้อย ปานกลาง หรือ มาก การตอบสนองความรู้สึกต่อพฤติกรรมใด ๆ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของ

กิจกรรมหรือพฤติกรรม ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม

2.5 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของคนอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล แหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคล ชุมชนซึ่งได้วางมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมเอาไว้) การสนับสนุนทางสังคม (การรับรู้ของบุคคลว่าเครือข่ายทางสังคมของตนเองให้การสนับสนุนทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ มากน้อยเพียงใด) และการเห็นแบบอย่าง (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ) อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลสถานการณ์สิ่งแวดล้อม อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง การรับรู้และความคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายรวมถึง การรับรู้เงื่อนไขที่มาสสนับสนุน ความต้องการ และความราบรื่นสุขสบายของสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติพฤติกรรม บุคคลมักจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้เขารู้สึกว่าเข้ากับวิถีชีวิต สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตนเอง รู้สึกปลอดภัยและมั่นคงเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมในสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคามซึ่งสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่น่าตื่นตาตื่นใจ น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย จึงเป็นสิ่งที่ดึงดูดหรือทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ ประกอบด้วย ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นกระบวนการคิดที่ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจังที่จะ รวมทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจนในการปฏิบัติพฤติกรรมและการให้แรงเสริมทางบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม ความจำเป็นและทางเลือกอื่น เป็นปัจจัยส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในผู้รับบริการและผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมในแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้เน้นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลของครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เช่น ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริม

สุขภาพโดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกลางที่ช่วยในการประสานความเครียดในชีวิต เป็นการแสดงออกของบุคคล ที่มีความเชื่อว่าเขาคงสามารถให้การดูแลให้ความรัก เห็นคุณค่า และมีกฎเกณฑ์ข้อตกลงร่วมกันกับเครือข่ายของสมาชิก และพบว่า การสนับสนุนจากสังคมสามารถปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตจากปัญหาหลายประการในชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีจากการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนดูแลที่ดีจากครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี แต่ถ้าผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนของครอบครัวก็จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และการที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ ให้การยกย่องและเห็นคุณค่า ยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรง และด้านข้อมูลสารครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย ที่มีสามี ภรรยา และบุตร สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติและเจ็บป่วย

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง ส่งผลให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่มีความรู้สึกผูกพันกัน ซึ่งบุคคลต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์ บุคคลเชื่อว่าการได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ และมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด มีความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องการการสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ที่มีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น และการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคม และมีการช่วยเหลือซึ่งกัน

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันจนก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยแบ่งเป็น การสนับสนุนด้านข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ ให้ข้อชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับความรัก ความผูกพันรวมทั้งการดูแลเอาใจใส่และมีความรู้สึกไว้วางใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูล ความรู้ คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องย้อนกลับ เพื่อให้บุคคลเกิดความมั่นใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมี

คุณค่าและมีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม การสนับสนุนสิ่งของและบริการ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ การให้เงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ หรือการบริการต่าง ๆ ในการเจ็บป่วยเพื่อเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุว่าได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว เป็นแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง การชม และการให้แรงเสริมจากการปฏิบัติตน ยอมรับการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารการสนับสนุนด้านการประเมินค่าทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และการสนับสนุนสิ่งของและบริการ วัสดุสิ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว เป็นอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ที่แสดงถึงการดำเนินชีวิต สุขภาพ และการดูแลตนเองของครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลและครอบครัว เป็นความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ที่แสดงถึงการดำเนินชีวิต สุขภาพ และการดูแลตนเองของครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเมื่อยามเจ็บป่วย อาจเกิดจากรเรียนรู้ในครอบครัว เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดจากคนรุ่นเก่ามาสู่คนรุ่นปัจจุบันถือเป็นการปลูกฝังค่านิยม บุคคลที่อยู่ในครอบครัวมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร จะทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวมีความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบนั้นด้วย ซึ่งความเชื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลและครอบครัว โดยผู้สูงอายุเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพหรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็ย่อมมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ ครอบครัวจึงมีบทบาทอิทธิพลอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Wright, 2005) ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวว่า เป็นพฤติกรรมด้านสุขภาพของสมาชิกที่กระทำซ้ำ ๆ กัน จนเป็นภาพพฤติกรรมของครอบครัวหรือกิจวัตรสุขภาพของครอบครัวนั้นสามารถทำนายความสม่ำเสมอในวิถีชีวิตครอบครัวและสะท้อนภาวะสุขภาพครอบครัวนั้นได้ (Denham, 2003) พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว จะประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวที่จะเป็นแนวทางให้สมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของบุคคลและครอบครัว Denham (2003) แบ่งพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว 6 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมในด้านการดูแลตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมปกติ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวัน

เป้าหมายเพื่อคงไว้และส่งเสริมภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลทั้งหมดในครอบครัว ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลในครอบครัว ที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกอาหาร การจัดหาและจัดเก็บอาหาร ประเภทชนิดของอาหาร การเตรียมอาหาร มีอาหาร พฤติกรรมเกี่ยวกับแบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ ที่มีความสัมพันธ์กับเวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน ความต้องการในการพักผ่อนนอนหลับ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการนอนหลับพักผ่อน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมกรนอนหลับพักผ่อน (Denham, 2003) พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นพฤติกรรมปกติที่บุคคลและครอบครัวมุ่งทำกิจกรรม เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวและใช้พลังงาน เช่น การออกกำลังกายอย่างเต็มรูปแบบ การออกกำลังกายระหว่างทำกิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหวร่างกายในยามว่าง การมีกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ การทำงานบ้าน เป็นต้น พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ เป็นพฤติกรรมปกติของบุคคลที่จะแสดงออกถึงความรักความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว

2. พฤติกรรมด้านความปลอดภัยและการป้องกันความเจ็บป่วย การปฏิบัตินี้เป็นพฤติกรรมปกติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันสุขภาพและการยับยั้งการเกิดโรคในระดับที่หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยและการเกิดโรค ได้แก่ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงสูง เช่น การสูบบุหรี่ การล่อลวงและใช้ความรุนแรง การดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด และการพยายามที่จะยับยั้งการบาดเจ็บที่เกิดจากความไม่ตั้งใจ เช่น คำนึงถึงความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกของสมาชิกครอบครัว และหลีกเลี่ยงสถานการณ์เพื่อบรรเทาผลลัพธ์ที่ตามมาจากการบาดเจ็บ

3. พฤติกรรมสุขภาพจิต การปฏิบัติพฤติกรรมปกติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลและครอบครัว ความสามารถในการดูแลตนเองและการจัดการความเครียดซึ่งมีความสำคัญมากต่อทั้งบุคคลและเอกลักษณ์ครอบครัว

4. พฤติกรรมการดูแลความเป็นครอบครัว การปฏิบัตินี้ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับขนบธรรมเนียมประเพณี การฉลองเนื่องในโอกาสพิเศษต่าง ๆ เพื่อแบ่งปันความสุข ซึ่งมีความหมายกับชีวิตครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมนี้โดยปกติจะปฏิบัติในโอกาสพิเศษเมื่อสมาชิกในครอบครัวอยู่ร่วมกัน ทำให้เกิดความสุขสนุกสนานในครอบครัว เช่น การมีกิจกรรมที่ผ่อนคลาย การไปพักผ่อน การสังสรรค์ และเหตุการณ์พิเศษต่าง ๆ การปฏิบัติเกี่ยวกับศาสนาและจิตวิญญาณ และการมีนิสัยที่ขบขัน อารมณ์ดี

5. พฤติกรรมด้านการดูแลครอบครัว การปฏิบัตินี้เป็นพฤติกรรมปกติที่เป็นแนวทางเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันในการดูแล เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมใหม่ ๆ ให้กับสมาชิกในครอบครัว สำหรับการเปลี่ยนผ่านสมาชิกในครอบครัวและการเจริญเติบโต การใช้ชีวิตครอบครัว การดูแลครอบครัวรวมถึงการสอนการดูแลสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทและมีการ

ตอบสนอง การรักษาสมาคมในครอบครัว การเตรียมการสนับสนุนในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ

6. พฤติกรรมการดูแลความเจ็บป่วย การปฏิบัตินี้เป็นพฤติกรรมปกติที่เป็นแนวทางของสมาชิกในครอบครัวตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตามความต้องการของสมาชิกในครอบครัวในการเลือกเวลา สถานที่ ทำอย่างไรที่จะพบการบริการด้านสุขภาพ การตัดสินใจที่เป็นแนวทาง เพื่อตอบสนองการดูแลทางการแพทย์โดยตรง และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการเตรียมกิจกรรมสำหรับดูแลตามความต้องการของแต่ละบุคคลในครอบครัว

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัว เช่น การศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย คู่สมรสของผู้สูงอายุ บุตรหลาน และส่วนหนึ่งผู้สูงอายุยังสามารถดูแลตนเองได้ และบางรายสามารถให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวในด้านการเงินได้ บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจะมีเป็นลักษณะการพึ่งพาอาศัยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และการศึกษาความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุ ของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร เล็ก สมบัติ ปรียานุช โขจรชนวนิชย์ และธนิกานต์ สักดาพร (2552) พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้ คือ การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน จัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การอำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และการช่วยเหลือด้านแรงงาน การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติทางจิตใจอารมณ์หลายประการ มีอาการซึมเศร้าอารมณ์อ่อนไหวง่าย บทบาทส่วนใหญ่เป็นเรื่องของค่านิยมในการเคารพผู้อาวุโส การดูแลที่ตอบสนองความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ การจัดหาอาชีพที่เหมาะสม ตลอดจนช่วยเหลือควบคุมดูแลธุรกิจทรัพย์สิน และผลประโยชน์ต่าง ๆ และการตอบสนองความต้องการด้านสังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เพื่อรับรู้ข่าวสาร และความเป็นไปของสังคม ส่วนการเกื้อหนุนเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น ซึ่งความต้องการในการดูแลทั้งหมดนี้ของผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่ดี

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผู้วิจัยได้นำอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมและมีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวครอบครัวย่อมมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด ผู้สูงอายุมีลักษณะทางร่างกายที่มีการเสื่อมสภาพ พฤติกรรมที่ปฏิบัติจึงเป็นปัจจัย

ที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ค้นพบได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ Pender et al. (2011) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวเป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นภายในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกมีภาวะสุขภาพที่ดี หรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ต้องอาศัยครอบครัว และอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวมีความรักใคร่เกื้อกูล เอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ครอบครัวมีความสามารถดูแลส่งเสริมพฤติกรรมในผู้สูงอายุได้ ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยอาศัยการทำหน้าที่ของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงาน และใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์ และทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียน การทำหน้าที่ของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตลดลง ความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอด และการขยายตัวของทรวงอกลดลง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรม

ประเภทการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

1. การออกกำลังกายที่ช่วยให้หัวใจ ปอด และระบบการไหลเวียนเลือดทำงานดีขึ้น หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก วิจิต คะเนิงเกษม (2546) กล่าวว่า เป็นการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ ในร่างกายหลาย ๆ มัดอย่างต่อเนื่องกัน เป็นระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะมีผลให้ร่างกายใช้ออกซิเจนไปเผาผลาญอาหาร ในร่างกาย และทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และปอดดีขึ้น ลดอัตราการเต้นของหัวใจในขณะที่พักและออกกำลังกาย ทำให้ไม่เหนื่อยง่าย ปอดมีความสามารถที่จะนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย รวมถึงความสามารถของกล้ามเนื้อในการดึงออกซิเจนเพื่อใช้ในการเผาผลาญพลังงานด้วย ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้มากขึ้น มีผลทำให้เกิดความทนทานของระบบหายใจและระบบไหลเวียน สามารถช่วยป้องกันและควบคุมการเกิดโรคหัวใจ หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง อ้วน เกรียด ช่วยชะลอความชราทำให้ดูอ่อนวัย ควบคุมปริมาณไขมันในร่างกายให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม ระบบทางเดินอาหารทำงานได้ดีขึ้นทั้งการย่อยและการดูดซึมอาหาร เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อประสานงานดีขึ้นช่วยในการทรงตัว ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม และช่วยให้ข้อต่อต่าง ๆ เคลื่อนไหวได้เต็มพิสัย การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การเดินพื้นราบ การเดินอย่าง

กระชับกระเฉง การถีบจักรยาน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ และการเดินแอโรบิก

2. การออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นการออกกำลังกายโดยการยืดเหยียด กล้ามเนื้อ เอ็นข้อต่อ เช่น กล้ามเนื้อหัวไหล่ ลำตัว ขา น่อง ข้อเท้า เพื่อเสริมความอ่อนตัว ทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างคล่องแคล่ว ช่วยลดการบาดเจ็บที่เกิดกับกล้ามเนื้อและข้อต่อ การยืดกล้ามเนื้อควรทำหลังออกกำลังกายที่อบอุ่นร่างกายแล้ว ทำอย่างช้า ๆ นุ่มนวล ไม่เกร็ง ไม่กระแทก ใช้ท่าที่ง่าย ไม่โหลดโหม ค่อยเหยียดออกจนตึงพักไว้ 10-30 วินาที เมื่อหายตึงจึงค่อย ๆ เหยียดมากขึ้นอีก แต่ต้องไม่มากจนเจ็บ ในระหว่างการยืดให้หายใจสบาย ๆ การฝึกอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ร่างกายมีความอ่อนตัวเพิ่มขึ้น การฝึกรวดเร็ว รุนแรง ไม่ให้ผลดี อาจบาดเจ็บเพราะกล้ามเนื้อที่ถูกยืดเฉียบพลันทันทีจนมากเกินไปจะตอบสนองโดยการหดตัวทำให้เกร็งไม่ยอมยืด การออกกำลังกายประเภทนี้ ได้แก่ โยคะ มวยจีน และไทเก๊ก

หลักการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายที่มีความปลอดภัย สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่ง วิจิต คณิงเกษม (2546) กล่าวไว้ดังนี้

1. ความหนักของการออกกำลังกาย โดยปกติตามทฤษฎีแล้วถ้าเป็นผู้ที่มีอายุมากจนเกินไปและออกกำลังกาย มาอย่างสม่ำเสมอควรเริ่มออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดของแต่ละบุคคล และไม่ควรเกิน ร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดของแต่ละบุคคล แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุก็น่าจะเริ่มออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด และไม่ควรเกินร้อยละ 80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ปัจจุบันการคำนวณหาค่าร้อยละของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดมักจะหาจากสูตรอัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก + จำนวนร้อยละของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดที่ออกกำลังกาย $\times (220 - \text{อายุ} - \text{อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก})$

2. ความบ่อยหรือความถี่ในการออกกำลังกายในช่วงต้นของการออกกำลังกาย ควรปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ทำวันเว้นวัน ให้กล้ามเนื้อมีโอกาสพักผ่อน จากนั้นเมื่อร่างกายเริ่มเข้าที่เข้าทางก็สามารถเพิ่มเป็น 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ได้แต่ไม่ควรเกิน 5 ครั้งต่อสัปดาห์

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายควรอยู่ในช่วง 20-30 นาที โดยแบ่งเป็นช่วงอบอุ่นร่างกายซึ่งรวมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อประมาณ 5-10 นาที ช่วงออกกำลังกายแอโรบิกไม่ต่ำกว่า 12 นาที และช่วงฟื้นฟูร่างกาย ผู้สภาพปกติอีกประมาณ 5-10 นาที เวลาในช่วงต่าง ๆ สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม ช่วงอบอุ่นร่างกายเป็นช่วงที่เตรียมร่างกายให้พร้อม สำหรับการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในช่วงนี้ควรประกอบกิจกรรม ที่เกี่ยวกับการยืดกล้ามเนื้อ การทำท่ากายบริหารต่าง ๆ ส่วนในช่วงการออกกำลังกายแบบแอโรบิกนั้น ควรปฏิบัติอย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 12 นาที เพราะถ้าทำน้อยกว่านั้นประโยชน์ที่ได้จะเห็นไม่ชัดเจน หลังจากออก

กำลังกายแบบแอโรบิกเสร็จควรทำท่ากายบริหารแบบต่าง ๆ ตลอดจน การเหยียดยืดร่างกาย เพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ปรับตัวลงสู่สภาพปกติ

4. ความก้าวหน้าในการออกกำลังกาย ควรเริ่มด้วยจำนวนน้อยก่อนแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มขนาดหรือความหนักของการออกกำลังกาย ในช่วงแรกควรเริ่มด้วยการออกกำลังกายที่ความหนักร้อยละ 55 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด จากนั้นก็อาจค่อย ๆ เพิ่มเป็นร้อยละ 60 ร้อยละ 65 ร้อยละ 70 ไปตามลำดับ

5. ชนิดของการออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ที่สามารถทำให้ชีพจรหรืออัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นในระดับที่ต้องการได้ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก เป็นการออกกำลังกายที่ร่างกายมีการหดและยืดกล้ามเนื้อมัดใหญ่ทั่วร่างกาย ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจ ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น เช่น การเดินอย่างกระฉับกระเฉง การถีบจักรยาน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การเดินแอโรบิก และรำมวยจีน เป็นต้น การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้น ต้องเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และสมรรถนะทางร่างกายของผู้สูงอายุ โดยไม่หักโหมให้เกิดอันตรายต่อร่างกายเพื่อส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายให้อยู่ในระดับสูง ซึ่งพัฒนาจากระดับปานกลาง และสามารถถึงระดับสูงไว้ได้

จากการศึกษาของ ปานทิพย์ ประเสริฐผล วิภาศิริ นราพงษ์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2547) พบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง และเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีความเสื่อมเกิดขึ้นตามวัย ในผู้สูงอายุอัตราการเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ ก็เพิ่มมากขึ้น การเผาผลาญต่าง ๆ ในร่างกายลดลง มีการสะสมของไขมันตามส่วนต่าง ๆ ที่ไม่ต้องการมากขึ้น สุดท้ายก็นำไปสู่การมีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และการดูแลสุขภาพต่าง ๆ ก็ลดน้อยลงเนื่องจากอายุที่มากขึ้น แต่ก็ขาดไม่ได้ที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลสุขภาพให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอและมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นการช่วยชะลอการเสื่อมถอยของร่างกาย และเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดภาวะสูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมออกกำลังกายในความหมายของ บรรลุ ศิริพานิช (2541) คือการที่ร่างกายมีการหด ยืดของกล้ามเนื้อร่างกาย ซึ่งบางทีก็มีการเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็ไม่มีมีการเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็มีการลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกาย สำหรับแนวคิดการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ของ นาดยา เกรียงชัยพฤกษ์ (2543) คือ การบริหารร่างกายของผู้สูงอายุทุกส่วนให้มีความคงทน แข็งแรง และทำให้กล้ามเนื้อทุกส่วนภายในร่างกายแข็งแรง และป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้สำหรับผู้สูงอายุ เช่น โรคปวดหลัง ปวดตามข้อต่อ ปวดเข่า และโรคข้อเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทักษ์พงษ์ ปันตะ และดาว เวียงคำ (2554) ที่พบว่า การออกกำลังกายคือแนวทางสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีได้ ถ้าผู้สูงอายุออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จะส่งผลดี

ต่อร่างกายของผู้สูงอายุเองทำให้ร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรคร่าง และเป็นการฟื้นฟูการเจ็บป่วยเร็วกว่าคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย สำหรับ อัมพร สุทธิจำรูญ (2545) มีความเห็นเพิ่มเติมว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่เสริมจากกิจวัตรประจำวัน ยังคงมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายทำให้มีการสูบน้ำและไหลเวียนของเลือดสูงขึ้นและทำให้การทำงานของหัวใจและปอดดีขึ้น และนอกจากนี้ ปณิศา ชะบ่าง (2549) มีความเห็นเพิ่มเติมว่าเป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อให้เกิดการเผาผลาญอาหารและออกซิเจนเป็นพลังงานในการสร้างเสริมสุขภาพและความมีอายุยืนยาว

จากการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการออกกำลังกายคิดเป็นร้อยละ 82.3 และมีการออกกำลังกายเพียงร้อยละ 17.7 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายจะใช้วิธีการเดิน คิดเป็นร้อยละ 69.2 รองลงมาใช้วิธีในการบริหารร่างกายคิดเป็นร้อยละ 12.8 การศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุของ วรณา อนันต์สุขสวัสดิ์ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาครส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับน้อย ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายในระดับต่ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกายและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางและมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และยังคงคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครของ วาสนา เกื้อนวนษ์ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายเพราะสุขภาพไม่แข็งแรง ลูกนั่งหรือเดินไม่สะดวก ถ้าออกกำลังกายแล้วไม่สบายมากขึ้น ไม่มีเวลา ไม่ว่างพอที่จะออกกำลังกาย ซึ่งส่วนใหญ่พบในพวกที่ยังประกอบอาชีพอยู่ และคิดว่าการทำงาน เช่น งานบ้าน การขายของ เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ไม่สนใจการออกกำลังกายอีก และไม่มีเพื่อนในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในตำบลวังเหนือ จังหวัดลำปาง ของ คุณิต ปิยวรกุล (2551) พบว่า ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรีของ พณิตนาฏ ชำนาญเสื่อ และทัศนีย์ เกริกกุลธร (2545) พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อยู่ในระดับควรปรับปรุง และจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี ของ วรณิภา อัสวชัยสุกรม (2547) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในจังหวัดชลบุรีรับรู้ว่าการออกกำลังกายเป็นอุปสรรค ไม่สามารถออกกำลังกายได้สม่ำเสมอ การออกกำลังกายทำให้เมื่อยล้า ทำให้รู้สึกทรมานแรง รวมทั้งครอบครัวไม่สนับสนุนให้มี

การออกกำลังกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อย แต่การศึกษาของ พิทักษ์พงษ์ ปันตะ และดาว เวียงคำ (2554) พบว่า การออกกำลังกายยังช่วยให้สุขภาพจิตดีขึ้น ลดความวิตกกังวล คลายเครียด อารมณ์ดี ห่างจากการซึมเศร้า หุ่นุ้ ด้านสังคมก็จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้มีการร่วมกลุ่ม พบเพื่อนมากขึ้น ไม่มีการแยกตัว รู้สึกชีวิตมีคุณค่ามากขึ้น ในด้านสติปัญญาจะทำให้ผู้สูงอายุมีความจำดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำกิจกรรมที่ได้ใช้พลังงาน หรือการบริหารกล้ามเนื้อ มีการสร้างและใช้พลังงานของกล้ามเนื้อเป็นผลดีต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย การบริหารร่างกายให้แข็งแรงด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย อวัยวะ ข้อต่อ ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการยืดและการหด นอกจากนี้การออกกำลังกายยังส่งผลดีต่อร่างกายและจิตใจแล้ว ทางด้านสังคมยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลินไปกับการออกกำลังกาย มีโอกาสเข้าสังคม ได้ร่วมกิจกรรมและพบปะเพื่อนฝูงในวัยเดียวกันทำให้เสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสุขและส่งผลให้ภาวะสุขภาพโดยรวมดีขึ้น (Anderson, 2003) จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุอย่างมาก ถ้าหากมีการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมและสม่ำเสมอ สำหรับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน เป็นสิ่งจำเป็นที่ควรใช้ควบคู่ไปกับการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายยังต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความพร้อม ความชอบ และความสะดวกของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ พร้อมให้คำแนะนำเฝ้าระวังและติดตามการรักษาอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและสามารถดำเนินด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนี้อาจต้องอาศัยครอบครัวเข้ามาเกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติเป็นประจำเพื่อให้ร่างกายได้รับความสมดุลและมีพลังงานเพียงพอกับความต้องการของตน โดยพฤติกรรมการบริโภคอาหารจะประกอบด้วย ความถี่ของการบริโภค ชนิดอาหาร รวมทั้งอาหารที่ควรงดเว้นทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย (นาตยา เกรียงชัยพฤกษ์, 2543) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร การประกอบอาหาร การปรุงอาหาร การเก็บอาหาร และความถี่ชนิดของอาหารที่รับประทาน (นิรันดร์ ดาน้อย, 2545) ยังเกี่ยวข้องกับประเภทอาหาร ชนิด ระยะเวลารับประทานอาหาร และความถี่ในการรับประทานอาหาร และยังต้องคำนึงประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย (วรรัตน์ สุขคุ้ม, 2551) ต้องการกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ประกอบด้วย ชนิดของอาหาร ได้แก่ อาหารที่

ห้ามรับประทาน อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน และอาหารที่รับประทานได้แต่ต้องเลือก ชนิด ความเหมาะสมในการบริโภค เช่น เวลาในการรับประทานอาหาร การแบ่งมื้ออาหาร (พรนภา ไชยอาสา, 2550) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการ เป็นสาเหตุของภาวะ น้ำหนักเกินและส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่อง โภชนาการเกินเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่ทำอยู่เป็นประจำ ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน เช่น การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ รูปแบบการเลือกบริโภคอาหาร และจำนวนมื้อของอาหารที่รับประทาน หลักการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับพลังงานที่ใช้ไปให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยการเลือกรับประทานอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารที่ให้ คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด คือ ข้าว แป้ง มื้อละ 1-2 ทัพพี (ปาลีรัตน์ พรทวีภักธนา และคณะ, 2548) ความต้องการพลังงานที่ผู้สูงอายุ อายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงาน 1,450 กิโลแคลอรี อายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงาน 1,250 กิโลแคลอรี พลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ควร ต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรี เพราะจะทำให้ได้รับสารอาหาร ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อาหารประเภท โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนให้เพียงพอเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรได้รับประมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ควรได้รับร้อยละ 15-20 คือ มื้อละ 2-3 ช้อนโต๊ะ ไขมัน ซึ่งความต้องการสารอาหารไขมันในผู้สูงอายุไม่ควรเกินร้อยละ 25-30 ของพลังงาน ทั้งหมด ควรเป็นไขมันจากพืช (ถั่วลิสง ถั่วเหลือง, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2545) ส่วนนมเป็นนมพร่องมันเนย เป็นอาหารประเภทผักและผลไม้ไม่ควรเป็นชนิดที่สด ผลไม้รสหวาน เลือกรับประทานผักที่ไม่ให้พลังงาน เช่น แดงกวา ผักบุ้ง ผักคะน้า และดื่มน้ำให้เพียงพอ ความ ต้องการของร่างกายอย่างน้อยวันละ 1,500 มิลลิลิตร และควรรับประทานอาหารเฉพาะพออิ่ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารว่าง อาหารจานด่วน หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มี น้ำตาล อย่างชื้ออาหารขนมหวาน และเครื่องดื่มชูกำลัง และผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ให้พลังงาน สูง ได้แก่ ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต เพราะจะทำให้ได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย ทำให้อ้วนได้ง่าย ดังนั้นจึงควรลดปริมาณไขมันและคาร์โบไฮเดรตให้น้อยลงแต่ให้คงปริมาณและ คุณภาพของโปรตีน วิตามินและแร่ธาตุไว้ เนื่องจากถ้าผู้สูงอายุได้รับปริมาณ ไขมันมากเกินไปจะ ทำให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูงได้ง่าย เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ปาลีรัตน์ พรทวีภักธนา และคณะ, 2548)

สาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ถ้าไม่ได้รับการดูแลควบคุมอย่าง เหมาะสมจะทำให้เกิดโรคดังกล่าวได้ ดังนั้นบุคคลในครอบครัวรวมทั้งผู้สูงอายุเองควรมีความ สนใจในการดูแลสุขภาพ มีพื้นฐานการบริโภคนิสัยที่ดี มีภาวะโภชนาการที่ดี จะทำให้มีสุขภาพดี

หรือในกรณีที่สูงอายุมีภาวะการเจ็บป่วยของโรคอยู่เดิม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องก็จะทำให้อาการของโรคดีขึ้น หรือคงสภาพอยู่ในระดับปกติ มีความเสื่อมถอยหรือความก้าวหน้าของโรคช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุมีพื้นฐานการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินอาหารให้เหมาะสม จนเกิดปัญหาภาวะโภชนาการและสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การขาดสารอาหาร ผู้สูงอายุบางคนกินอาหารพวกผัก ผลไม้สดไม่พอ เพราะมีความลำบากในการเคี้ยว หรือการจัดหา ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารเกลือแร่ และสิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุมักได้รับไม่เพียงพอ คือ ขาดกากอาหาร หรือใยอาหาร (เป็นส่วนของร่างกายไม่สามารถย่อยและดูดซึมไปเลี้ยงร่างกายได้ จึงเหลือค้างลงมาถึงลำไส้ใหญ่และถูกขับถ่ายออกมาเป็นอุจจาระนั้นเอง) ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้มีปริมาณอุจจาระมากขึ้น กระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับใยอาหารไม่เพียงพอ จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกได้มาก

ด้วยเหตุนี้นักวิชาการด้านโภชนาการและผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบจึงได้พยายามดำเนินการต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว วิธีหนึ่งที่ได้ดำเนินการเพื่อหาข้อมูลในการแก้ไขปัญหาคือ การศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จะทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอะไรบ้าง รับประทานอย่างไรในปริมาณเท่าไร เพราะเมื่อทราบว่าผู้สูงอายุรับประทานอะไรบ้างก็จะสามารถทราบภาวะโภชนาการโดยรวมหรือภาพรวมของภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ทำให้ทราบแนวโน้มว่าผู้สูงอายุจะมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร

การศึกษาคความชุกและพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครจังหวัดนครศรีธรรมราช ของ อารยา ตามภานนท์ (2542) พบว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารโดยยึดรสชาติของอาหารเป็นหลัก มือเขานิยมดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานและรับประทานขนมที่ให้พลังงานสูง และรับประทานอาหารปริมาณมากที่สุดในมือกลางวัน มือเย็นและก่อนนอน นอกจากนี้ มีการรับประทานปริมาณมากเกินไปเป็นประจำและรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง มีความถี่สูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน หนัสดัสดัติดมัน อาหารประเภททอด อาหารที่มีรสหวาน ขนมที่ผ่านการทอด ขนมที่มีส่วนผสมของเนยหรือแป้ง อาหารที่ผ่านการถนอมและมีรสหวานและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ในด้านปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้รับคาร์โบไฮเดรต มากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบกับข้อกำหนดสารอาหารที่ได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่ได้รับพลังงานในระดับสูงมาก และสารอาหารที่ได้รับปริมาณสูงมาก และจากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานของ สุกัลักษณ์ บุญความดี (2541) พบว่า ร้อยละ 51.0 มีการรับประทานอาหารว่าง ร้อยละ 98.1 มีการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 97.6 การรับประทานอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง ร้อยละ 78.1 ส่วนกรรมวิธีในการปรุงอาหารส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.2 ใช้วิธีการผัดน้ำมัน และร้อยละ 33.6 ใช้วิธีการทอดน้ำมัน และมีการดื่มเครื่องดื่มน้ำอัดลม ร้อยละ 47.6 Walker, Pullen, Hertaog, Boedker, and Hageman (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยศึกษาผู้หญิงสูงอายุในชนบทที่มีอายุ 50-69 ปี จำนวน 179 คน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคและการออกกำลังกายมีด้วยกัน 4 ด้าน คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพลระหว่างบุคคล ด้านพฤติกรรมทางกายประกอบด้วย การใช้พลังงาน การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในด้านพฤติกรรมการบริโภคประกอบด้วย เปรอร์เซ็นต์ของไขมันที่บริโภคในแต่ละวัน การรับประทานผักและผลไม้ การรับประทานเนื้อสัตว์ และการรับประทานไขมัน ซึ่งปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงสูงอายุในชนบทคือปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนของบุคคลในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ การใช้พลังงานจากอาหารประจำวันและการบริโภคอาหาร Boeckner, Pullen, Walker, Oberdorfer, and Hageman (2007) ศึกษาในผู้หญิงที่มีอายุ 50 ถึง 69 ปี ที่อาศัยอยู่ในชนบทมิดเวสต์ของสหรัฐอเมริกา พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้หญิงมีการบริโภคผลไม้ ธัญพืชและผลิตภัณฑ์นมที่ต่ำกว่าระดับเป้าหมายที่ระบุไว้ บริโภคอาหารที่มีกากใยต่ำ มีการบริโภคไขมันร้อยละ 39 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน ร้อยละ 80 เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 76

พฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญ สามารถชะลอความเสื่อมหรือกระบวนการชราและป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งลดความรุนแรงของโรค เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะระดับไขมันผิดปกติ ภาวะอ้วน มะเร็ง อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง การรับประทานอาหารรสเค็ม พฤติกรรมบริโภคอาหารดังกล่าวร่วมกับการเคลื่อนไหวออกแรงน้อยทำให้ผู้สูงอายุอ้วนและมีระดับไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารทอดเป็นประจำ รับประทานอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบเป็นประจำ รับประทานเนื้อติดมัน ขนมหวานและผลไม้หวานจัดเป็นประจำ รับประทานข้าวมากกว่ามี้อละ 1 จานบ่อยครั้ง ดื่มนมน้อยหรือไม่ดื่มเลย รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมน้อย รับประทานผักและผลไม้ น้อย (ประภาพร จินันทุยา, 2555)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ เป็นการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการบริโภคอาหารที่ทำเป็นประจำในแต่ละวัน ประกอบด้วย การเลือกอาหาร ประเภทของอาหาร

ปริมาณอาหาร และความถี่ในการบริโภคอาหาร

ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

เมื่อผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพจะสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ต่อครอบครัว และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้สูงอายุได้หลากหลาย และยังสามารถส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัวได้ด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ทั้งนี้รวมถึงปัจจัยทางด้านครอบครัว ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นบทบาทของครอบครัวที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว เพื่อความสมดุล สุขภาพของครอบครัว หรือคุณภาพชีวิตของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข ผู้สูงอายุซึ่งมีความใกล้ชิดกับครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่ จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดังการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของ นวลอนงค์ ศรีสุกใส (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงให้เห็นว่ามีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ศึกษาปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ และจากการศึกษาสุขภาพครอบครัวที่อาศัยในจังหวัดอุดรดิตถ์ของ เพ็ญจรินทร์ ธนกริกเกียรติ, จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ และวรรณวดี เนียมสกุล (2554) โดยศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวในจังหวัดอุดรดิตถ์ส่วนใหญ่มีสุขภาพด้านการทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีถึงดีมาก

ผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุดจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งภาวะสุขภาพปกติและเบี่ยงเบนทาง

สุขภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัวทำให้ครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับการดูแลเอาใจใส่ ถ้าผู้สูงอายุในครอบครัวรับรู้ถึงการทำหน้าที่ที่ดีของครอบครัว ก็จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุในครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

2. สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเสมือนสายสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันสมาชิกในครอบครัวก็จะอยู่อย่างมีความสุข มีความเอื้ออาทรและพึ่งพาอาศัยกันได้ สำหรับผู้สูงอายุเป็นบุคคลหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลเอาใจใส่และต่างคาดหวังว่า ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวดีก็จะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุขด้วย ดังนั้นในการศึกษาถึงสัมพันธภาพในครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่อาศัยจึงเป็นตัวบ่งชี้ถึงศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ โดยถือเป็นปัจจัยภายในครอบครัวที่สำคัญในการสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัวจะดีหรือไม่ดีนั้นก็ขึ้นอยู่กับบุคคลในครอบครัวแต่ละครอบครัวจะปฏิบัติต่อกันให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ และความผูกพัน แต่ก็ต้องขึ้นอยู่กับภาวะทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ (กาย จิต) ของบุคคลในครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว จะส่งผลให้สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดี (จิราพร ชมพิกุล และคณะ, 2552)

สัมพันธภาพในครอบครัวเท่าที่ผ่านมานับตั้งแต่อดีตมีบทบาทมากในกระบวนการให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา เพราะหากมีสัมพันธภาพที่ดี มีการช่วยเหลือและพึ่งพาอาศัยกันแล้วสามารถบ่งบอกได้ถึงผู้สูงอายุว่าจะได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2541) ดังการศึกษาของ วิชัย เสนอชุ่ม, พฤตินันท์ สุกฤทธิ์, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และธนัช กนกเทศ (2554) ศึกษาบทบาทในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวในเขตตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัวสามารถพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรีของ ปณัฏฐ์ หาระบุตร (2552) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการวิจัยของ สุภาพรณัฏ์ เกื้อสุวรรณ (2546) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง

ที่พบว่า ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว

การศึกษาของ อูมาพร ตรังสมบัติ (2545) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ที่พบว่า ครอบครัวที่สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวดี มีการยอมรับภายในครอบครัว มีการให้คุณค่าแก่กันและกัน ในครอบครัว มีผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ แสงทอง ไชยเมืองชื่น (2548) ที่พบว่า ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดี สมาชิกมีความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน เข้าใจความรู้สึกและความต้องการของกันและกันจะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการศึกษาของ Lee and Holm (2011) เรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประเทศเกาหลี พบว่า ผู้สูงอายุเกาหลีที่มีการแยกกันอยู่จากครอบครัว มีรายงานระดับภาวะซึมเศร้าที่สูงขึ้น งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัว มีบทบาทสำคัญในการปรับตัวให้ผู้สูงอายุ มีชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้มีผู้ศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

3. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมเป็นเหมือนตัวกลางที่ช่วยในการประสาน ความเครียดในชีวิต เป็นการนำของข้อมูลผ่านบุคคลหนึ่ง ที่มีความเชื่อว่าเขานั้นสามารถให้การดูแล ให้ความรัก เห็นคุณค่า และมีกฎเกณฑ์ข้อตกลงร่วมกันกับเครือข่ายของสมาชิก และพบว่า การสนับสนุนจากสังคมสามารถปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตจากปัญหาหลายประการในชีวิต การสนับสนุนของครอบครัว เป็นความรู้สึกรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อการได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนดูแลที่ดีจากครอบครัวจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี แต่ถ้าผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนของครอบครัวก็จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และการที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความรัก ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่ามีคนรักและสนใจ ให้การยกย่องและเห็นคุณค่า ขอมรับการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านวัสดุ สิ่งของ การเงิน แรง และด้านข้อมูลสารครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยาย ที่มีสามี ภรรยา และบุตร สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะปกติและเจ็บป่วย การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว ได้รับความรัก ความอบอุ่น การได้รับความช่วยเหลือเรื่องการเงิน การใช้เวลาว่าง ถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลานมากพอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีการปรับตัวและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ดังการศึกษาการสนับสนุนของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ภักทวรรชนี คำดี (2555) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวและสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกและเป็นตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Chamroonsawasdi, Phoolphokklang, Nanthamongkolchai, and Munsawaengsub (2010) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้ ด้านการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับพฤติกรรมออกกำลังกาย การศึกษาของ วรรณภา อนันต์สุขสวัสดิ์ (2549) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การศึกษาของ สุรีย์ สร้อยทอง (2554) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคมด้านวัตถุสิ่งของ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกาย

การศึกษาของ Reanick et al. (2002) เรื่องผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยการแกว่งแขนอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน และการศึกษาของ Siu and Phillips (2002) ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว สุขภาวะทางจิตในผู้หญิงสูงอายุ ชาวฮ่องกง พบว่า การสนับสนุนต่าง ๆ จากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สำหรับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อมรรัตน์ ปุຍงาม (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารด้านอาหารหลัก 5 หมู่ และด้านบริโภคไขมันของผู้สูงอายุ โดยพบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในระดับดี มีพฤติกรรมบริโภคอาหารด้านอาหารหลัก 5 หมู่ และบริโภคไขมันดีกว่าผู้สูงอายุของครอบครัวในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า

ปัจจัยเสริมด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุและการสนับสนุนจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 34.9

จะเห็นได้ว่าการศึกษาศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุอยู่หลายเรื่อง และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ การศึกษากครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ House (1981) มาใช้ในการประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบด้วย คือ การสนับสนุนด้านข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนสิ่งของและบริการ

4. ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลและครอบครัว เป็นความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกในครอบครัว ที่แสดงถึงการดำเนินชีวิต สุขภาพ และการดูแลตนเองของครอบครัวทั้งในภาวะสุขภาพปกติและเมื่อยามเจ็บป่วย อาจเกิดจากเรียนรู้ในครอบครัว เป็นสิ่งที่ถ่ายทอดมาจากคนรุ่นเก่ามาสู่คนรุ่นปัจจุบันถือเป็นการปลูกฝังค่านิยม หรือได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน สิ่งที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ซึ่งความเชื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคคลและครอบครัว (Wright, 2005) โดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวเป็นความเชื่อของครอบครัวที่เกี่ยวข้องพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ บุคคลจะมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม (Pender et al., 2006) บุคคลและครอบครัวที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีพร้อมที่จะปฏิบัติต่อความเชื่อเหล่านั้นจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคลในครอบครัว บุคคลและครอบครัวที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีพร้อมที่จะปฏิบัติต่อความเชื่อเหล่านั้นจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของ ดวงใจ เป็ลียนบำรุง และครุฑ บุญบันดาล (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรครอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของ

ครอบครัวในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของ นารี คงกระจ่าง (2551) ที่ศึกษา พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว มีส่วนช่วยในการปรับและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

5. พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ซึ่งมีอิทธิพลกับครอบครัวเป็นอย่างมาก พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างมีอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมาก ถ้าในกรณีที่สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว และครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่น ๆ เช่น การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นต้น อิทธิพลจากการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ถ้าในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจะช่วยลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่าง ๆ และทำให้มีชีวิตรยืนยาวขึ้น ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจะช่วยลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่าง ๆ และทำให้มีชีวิตรยืนยาวขึ้น

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ของ ปันนัทศุ หาระบุตร (2552) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับ งานวิจัยของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ที่ศึกษา ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ และจากการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร จำนวน 433 ครอบครัว ของ จริยาวัตร คมพักษณ์ และคณะ (2546) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายข้อคือ การออกกำลังกาย การจำกัดอาหารเค็มและหวานจัด การคบเพื่อนใหม่ การปล่อยวางและงานอดิเรกอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวถือเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ หากครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพ

แข็งแรง ในทางตรงกันข้ามหากสุขภาพครอบครัวไม่ดีย่อมส่งผลให้ความผาสุกในครอบครัวลดลง และก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นถ้าครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแล้วก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมด้วย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายเนื่องจากอายุที่เปลี่ยนไป ทำให้ร่างกายมีการเสื่อมถอย ถ้าผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ดี การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ส่งผลดีต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวและความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ในการช่วยตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีขึ้นซึ่งจะเป็นผลดีที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินและครอบครัว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ทั้งเพศชายและเพศหญิง และครอบครัวที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในปี พ.ศ. 2557

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม สุ่มจากประชากรโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. เกณฑ์คุณสมบัติผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.2 มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ตั้งแต่ 25.0 ถึง 29.9 กิโลกรัมต่อตาราง

เมตร

1.3 มีสุขภาพแข็งแรง สามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองซึ่งประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index: BAI) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไปจาก 20 คะแนน

1.4 มีความสามารถเข้าใจภาษาไทยทั้งการอ่าน เขียน สื่อสารโดยการพูดได้และมีสติสัมปชัญญะ

1.5 ให้ความยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

2.. เกณฑ์คุณสมบัติของครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป

2.2 เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกสมาชิกครอบครัวมา 1 คน

2.3 สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้

2.4 ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ของ Kerlinger and Pedlhasur (1973 อ้างถึงใน ชวิชัย วรพงศธร, 2543) ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 ตัวอย่างต่อ 1 ตัวแปร (บุญธรรม กิจปรีดาวิสุทธิ, 2551)

$$n = 30 k$$

n คือขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k คือจำนวนตัวแปรอิสระ ซึ่งมี 5 ตัวแปร

$$n = 30(5)$$

$$= 150$$

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา = 150 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) โดยเลือกศึกษาในอำเภอเมือง เนื่องจาก ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 20 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งสูงที่สุดในจังหวัด โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สุ่มตำบลมา 1 ตำบล เนื่องจากประชากรของแต่ละตำบลมีบริบทและลักษณะของประชากรสูงอายุโดยรวมคล้ายคลึงกัน จากทั้งหมด 25 ตำบล ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยวิธีการจับฉลากจากรายชื่อตำบลทั้งหมด ได้ตำบลโพรงมะเดื่อ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาถิ่นเกิด 290 คน
2. สุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาถิ่นเกิดในตำบลโพรงมะเดื่อ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ดังนี้
 - 2.1 ผู้วิจัยคัดกรองผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายในช่วง 25.0 ถึง 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในวันประชุมประจำเดือนของชมรมผู้สูงอายุ ที่เทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันด้วยแบบประเมิน BAI
 - 2.2 ทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และได้คะแนน BAI ตั้งแต่ 12 คะแนน ขึ้นไป
 - 2.3 ทำการสุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากแบบไม่คืนที่จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ ให้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ จำนวน 150 คน
3. เลือกครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้สูงอายุที่สุ่มได้ในข้อ 2.3 เลือกบุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มาครอบครัวละ 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์มี 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง คือแบบประเมินดัชนีบาร์เซลเอดีแอล (Barthel ADL Index หรือ BAI) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุซึ่งปรับปรุงและพัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และมีความเหมาะสมในการประเมินประชากรผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 การแปลผล ถ้าได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไปจาก 20 คะแนน ถือว่าผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักรักษา ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้
ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักรักษา เป็นคำถามแบบปลายเปิดและปลายปิด ที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย
ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้แบบวัด Chulalongkorn Family Inventory (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) ประกอบด้วย 7 ด้านดังนี้คือการแก้ปัญหาการสื่อสาร การแสดงบทบาทการตอบสนองทางอารมณ์ความผูกพันทางอารมณ์การควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34 และ 35 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33 และ 36 เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ 1 = ไม่ตรงเลย 2 = ตรงเล็กน้อย 3 = ตรงปานกลาง 4 = ตรงมากที่สุด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่ตรงเลย	1 คะแนน	4 คะแนน
ตรงเล็กน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
ตรงปานกลาง	3 คะแนน	2 คะแนน
ตรงมากที่สุด	4 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดี

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากปัทสุ หาระบุตร (2552) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, และ 18 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 13, และ 16 การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1 = ไม่ตรงกับความจริง 2 = ตรงกับความจริง เล็กน้อย 3 = ตรงกับความจริงส่วนใหญ่ 4 = ตรงกับความจริงทั้งหมด เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่ตรงกับความจริง	1 คะแนน	4 คะแนน
ตรงกับความจริงเล็กน้อย	2 คะแนน	3 คะแนน
ตรงกับความจริงส่วนใหญ่	3 คะแนน	2 คะแนน
ตรงกับความจริงทั้งหมด	4 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนนการสัมพันธภาพของครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงมีสัมพันธภาพของครอบครัวดี

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากปัทสุ หาระบุตร (2552) ปรับข้อคำถาม ตัดบางข้อออก เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมดประกอบด้วย 4 ด้าน คือการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ข้อ 1- 6 การสนับสนุนด้านสิ่งของและบริการ ข้อ 7-13 การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ข้อ 14-24 และการสนับสนุนด้านอารมณ์ ข้อ 25-34 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ 1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก

การแปลผลคะแนนการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดการปฏิบัติการออกกำลังกาย ของ สุรีย์ สร้อยทอง (2554) เป็นข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด จำนวน 13 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ 0 = ไม่ปฏิบัติเลย 1 = ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 = ปฏิบัติเป็นประจำ

การแปลผลระดับพฤติกรรมออกกำลังกาย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง ไม่ดี โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น(ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

คะแนน 17.34-26 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี

คะแนน 8.67-17.33 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0- 8.66 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมออกกำลังกาย โดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงมีพฤติกรรมออกกำลังกายดี

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ อารยา ตามภานนท์ (2542) ประกอบด้วยพฤติกรรมการรับประทานอาหารจำนวน 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 11, 12 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10 การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ 0 = ไม่ปฏิบัติเลย 1 = ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 = ปฏิบัติเป็นประจำ เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่ปฏิบัติเลย	0 คะแนน	2 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1 คะแนน	1 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2 คะแนน	0 คะแนน

การแปลผลระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ดี ปานกลาง ไม่ดี โดยกำหนดเกณฑ์คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น (ประคอง กรรณสูตร, 2542) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของคะแนน} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

คะแนน 18-24 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

คะแนน 9- 17 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 0- 8 หมายถึง ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดี

2.2 แบบสัมภาษณ์สำหรับครอบครัวของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ประกอบด้วยความเชื่อสุขภาพ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3,

4, 5, 8, 9, 11, 13, และ 16 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 10, 12, 14, 15, 17, และ 18 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบวัดนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วย 2 = ไม่แน่ใจ 3 = เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน	3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วย	3 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวดี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับกิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก สุวพิชญ์ ชัชวาลธีราพงศ์ (2555) ข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 5, 8, 9, 10, 11, 12 และ 13 ข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6 และ 7 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ระดับคือ 1 = ไม่เคย 2 = นาน ๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = ประจำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่เคย	1 คะแนน	4 คะแนน
นาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
บางครั้ง	3 คะแนน	2 คะแนน
ประจำ	4 คะแนน	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวโดยใช้ค่าคะแนนรวม คะแนนรวมสูงกว่า แสดงถึงมีพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะใช้เครื่องมือการวิจัย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานแล้ว และส่วนที่ 2 คือ เครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากผู้วิจัยท่านอื่น ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่มีมาตรฐานแล้ว คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ซึ่งแบบประเมินดัชนีบาร์เชลเอติแอล (BAI) เป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว

Chulalongkorn Family Inventory (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545) สำหรับใช้ประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่ได้ดัดแปลงเนื้อหาหรือข้อความใด ๆ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ผู้วิจัยดัดแปลง ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ซึ่งแบบสัมภาษณ์ทั้ง 6 ส่วนนี้ ผู้วิจัยจะนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ดังนี้ สัมพันธภาพในครอบครัว CVI เท่ากับ 0.88 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว CVI เท่ากับ 0.94 พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน CVI เท่ากับ 0.85 พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน CVI เท่ากับ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว CVI เท่ากับ 0.94 พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว CVI เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้น ผู้วิจัยจะนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบหาความเที่ยงต่อไป

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกาย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ครอบครัว หลังจากนั้นได้นำข้อมูลมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุดดังนี้ การทำหน้าที่ของครอบครัว มีค่าความเที่ยงมันเท่ากับ .86 สัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .75 พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .74 พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้นำเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา วิธื่อดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจจะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ผู้สูงอายุพิจารณาตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระโดยไม่มีผลกระทบหรือเงื่อนไขใด ๆ ในกรณีที่ตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการวิจัยแล้ว หากไม่สะดวกจะตอบแบบสัมภาษณ์ก็สามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ
4. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์จะถือเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวม เพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการเท่านั้น และข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งเมื่อมีการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นเตรียมการ และขั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 คน ที่ผ่านการเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติในรายวิชาการพยาบาล โดยดำเนินการดังนี้

 - 1.1 ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ วิธีการสัมภาษณ์และการบันทึกคำตอบ
 - 1.2 ผู้วิจัยได้สาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุและครอบครัวในหมู่บ้าน ประกอบด้วย การแนะนำตัว การอธิบายรายละเอียดการวิจัย การขอความร่วมมือในการวิจัย วิธีการสัมภาษณ์ตาม และวิธีการจดบันทึกคำตอบ
 - 1.3 ผู้วิจัยได้ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและครอบครัว ตามแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งจดบันทึกคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยจะร่วมฟังการสัมภาษณ์ และจดบันทึก

คำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ของผู้วิจัยอีก 1 ฉบับ จากนั้นจะนำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบมาตรวจสอบกับแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยบันทึก เพื่อประเมินความสามารถในการบันทึกข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้นำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัวในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากสาธารณสุขอำเภอเมืองแล้ว ผู้วิจัยจะประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นัดหมาย วัน เวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุและครอบครัวที่บ้าน ในช่วงเวลากลางวัน หรือช่วงเวลาเย็น กรณีที่นัดหมายล่วงหน้าแล้วแต่ไม่สามารถพบได้จำนวน 3 ครั้ง ผู้วิจัยจะทำการจับฉลากรายชื่อผู้สูงอายุและครอบครัวใหม่

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ไปเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุแต่ละรายที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่สุ่มไว้ โดยจะแนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ หลังจากนั้นจะทำการสัมภาษณ์โดยมีขั้นตอน ดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุตอบแบบสัมภาษณ์ในส่วนของแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะที่มีน้ำหนักเกิน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

2.2 ครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของคำตอบเมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว จากนั้นได้นำข้อมูลที่ได้นำประมวลผลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก รายได้ น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และบุคคลที่พักอาศัยอยู่ด้วย วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน และปัจจัยด้านครอบครัว วิเคราะห์ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. อำนาจการทำนายปัจจัยด้านครอบครัวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน วิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 150 ครอบครัว ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน นำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 150 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.30 มีอายุเฉลี่ย 69.38 ปี ($SD = .89$) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.64 กิโลกรัม/เมตร² ($SD = 1.38$) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.40 ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 47.30 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง ข้าราชการ บำนาญ ร้อยละ 15.30 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,939.20 บาท ($SD = 14129.15$) ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอาศัยอยู่กับบุตรหลานมากที่สุด ร้อยละ 39.30 รองลงมาอาศัยคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 30.70 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะ
น้ำหนักรเกิน ($n = 150$)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	30.70
หญิง	104	69.30
อายุ (ปี) ($\bar{X} = 69.38, S.D. = .89, Min = 60, Max = 90$)		
60-69	84	56.00
70-79	51	34.00
≥ 80	35	10.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	5	3.30
ประถมศึกษา	106	70.70
มัธยมศึกษา	15	10.00
อนุปริญญา/ ปวส.	5	3.30
ปริญญาตรีขึ้นไป	19	12.70
สถานภาพสมรส		
โสด	5	3.30
คู่	83	55.40
หม้าย/ หย่า/ แยก	62	41.30
อาชีพหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	47.30
รับจ้าง	23	15.30
ค้าขาย	21	14.00
ข้าราชการบำนาญ	23	15.30
เกษตรกร	4	2.70
ธุรกิจส่วนตัว	8	5.40

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (บาทต่อเดือน) ($\bar{X} = 11,939.20$, $S.D. = 14129.15$, $Min = 600$, $Max = 90,000$)		
< 1,000	47	31.30
1,000 – 10,000	46	30.70
10,001 – 20,000	30	20.00
20,001 – 30,000	8	5.30
> 30,001	19	12.70
บุคคลที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย		
คู่สมรส	26	17.30
บุตรหลาน	59	39.30
คู่สมรสและบุตรหลาน	46	30.70
ญาติพี่น้อง	12	8.00
อื่นๆ	7	4.70

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.00 ($\bar{X} = 15.31$, $SD = 6.30$) รองลงมาคือปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.70 และปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 13.30

ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.30 ($\bar{X} = 14.78$, $SD = 3.28$) รองลงมาคือปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.70 และปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 2.00 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ระดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน (n = 150)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ	เกณฑ์ ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมการออกกำลังกายใน	15.31	6.30	ดี	17.34-26	20	34.70
ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน			ปานกลาง	8.67-17.33	78	52.00
			ไม่ดี	0-8.66	52	13.30
พฤติกรรมการบริโภคอาหารใน	14.78	3.28	ดี	18-24	28	18.70
ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน			ปานกลาง	9-17	119	79.30
			ไม่ดี	0-8	3	2.00

ส่วนที่ 3 ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว

1. ความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลทั่วไป การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวกับพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

หลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การกระจายของข้อมูลของตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีการกระจายแบบปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวและ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวกับพฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. การทำหน้าที่ของครอบครัว	1	.706**	.400**	.537**	.321**	.254**	.366**
2. สัมพันธภาพในครอบครัว		1	.461**	.466**	.304**	.267**	.510**
3. การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว			1	.161*	.503**	.496**	.201*
4. ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว				1	.193*	.045	.422**
5. พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว					1	.499**	.310**
6. พฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน						1	.097
7. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน							1

* $p < .05$, ** $p < .01$, 1 = การทำหน้าที่ของครอบครัว, 2 = สัมพันธภาพในครอบครัว

3 = การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว, 4 = ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว

5 = พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว, 6 = พฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

7 = พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = .254, p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .267, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = .496, p < .01$) และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ($r = .499, p < .01$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = .366, p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .510, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = .201, p < .05$) ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว ($r = .422, p < .01$) และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว

($r = .310, p < .01$)

2. ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบมาตรฐาน เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน จากตัวแปรทำนาย คือ ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งในการวิเคราะห์ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ดังนี้

2.1 การทดสอบการกระจายของตัวแปรทำนายและตัวแปรตามแต่ละตัวโดยพิจารณาจาก Histogram พบว่า ตัวแปรทำนายมีการกระจายเป็น โคนึงปกติ

2.2 การทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม โดยการดูจาก Scatter Plot พบว่า ตัวแปรทำนายมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับตัวแปรตาม คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวและ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

2.3 การทดสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้น (Multicollinearity) โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าตัวแปรทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นระหว่างตัวแปรต้น เนื่องจากค่า $r < .85$

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	<i>SE.B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.030	.049	.064	.619	.537
สัมพันธภาพในครอบครัว	.029	.085	.043	.341	.734
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.206	.058	.304	3.566	.000
ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว	-.131	.090	-.119	-1.457	.147
พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว	.585	.137	.338	4.260	.000
$R^2 = .340, \text{Adjusted } R^2 = .317, F = 14.824, \text{ค่าคงที่} = -26.985, p < .001$					

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้ร้อยละ 31.7 (Adjusted $R^2 = .317$) ซึ่งสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้ดังนี้

สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

$$Y = -26.985 + .585(\text{พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว}) + .206(\text{การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว})$$

สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน}} = (.338) Z_{\text{พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว}} + (.304) Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว}}$$

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	<i>SE.B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.036	.022	.151	1.656	.100
สัมพันธภาพในครอบครัว	.205	.044	.466	4.623	.000
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	.014	.029	.040	.463	.644
ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว	.140	.047	.245	2.994	.003
พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว	.195	.071	.217	2.733	.007

$R^2 = .342$, Adjusted $R^2 = .319$, $F = 14.963$, ค่าคงที่ = -2.016
 $p < .01$, $p < .001$

จากตารางที่ 5 สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้ร้อยละ 31.9 (Adjusted $R^2 = .319$) สามารถสร้างสมการ

ทำนายพฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ดังนี้
สมการถดถอยในรูปคะแนนดิบ

$$Y = -2.016 + .205(\text{สัมพันธภาพในครอบครัว}) + .140(\text{ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว}) + 195(\text{พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว})$$

สมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{พฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน}} = (.466) Z_{\text{สัมพันธภาพในครอบครัว}} + (.245) Z_{\text{ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว}} + (.217) Z_{\text{พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว}}$$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยหาสัมพันธเชิงทำนาย (Correlational predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน โดยศึกษาใน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวน 150 ครอบครัว ซึ่งคัดเลือกโดยเทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมี 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน 2) แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว 3) แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว 4) แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน 6) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน และแบบสัมภาษณ์สำหรับครอบครัวของผู้สูงอายุมี 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของแบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 0.88 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ 0.94 พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน เท่ากับ 0.85 พฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน เท่ากับ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว เท่ากับ 0.94 พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เท่ากับ .92 และ นำไปหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด ดังนี้ การทำหน้าที่ของครอบครัว เท่ากับ .86 สัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ .83 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเท่ากับ .87 ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวเท่ากับ .75 พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวเท่ากับ .74 พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุเท่ากับ .92 และพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุเท่ากับ .72

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ได้แก่ สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดและใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) และสถิติถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 150 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.30 มีอายุเฉลี่ย 69.38 ปี ($SD = .89$) ค่าดัชนีมวลกาย เฉลี่ย 26.64 กิโลกรัม/ เมตร² ($SD = 1.38$) การศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.70 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.40 ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 47.30 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 11,939.20 บาท ($SD = 14129.15$) ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอาศัยอยู่กับบุตรหลานมากที่สุด ร้อยละ 39.30 รองลงมาอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ร้อยละ 30.70

2. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.00 ($\bar{X} = 15.31, SD = 6.30$) รองลงมาคือปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.70 และปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับไม่ดี ร้อยละ 13.30 ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.30 ($\bar{X} = 14.78, SD = 3.28$) รองลงมาคือปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 18.70 และปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 2.00

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = .254, p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .267, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = .496, p < .01$) และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ($r = .499, p < .01$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว ($r = .366, p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r = .510, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($r = .201, p < .01$) ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว ($r = .422, p < .01$) และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ($r = .310, p < .01$)

4. ปัจจัยครอบครัวที่ทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ($\beta = .338$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = .304$) และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้ร้อยละ 31.7 (Adjusted $R^2 = .317$)

5. ปัจจัยครอบครัวที่ทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .466$) ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว ($\beta = .245$) และ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ($\beta = .217$) มีและสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ได้ร้อยละ 31.9 (Adjusted $R^2 = .319$)

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินอภิปรายได้ดังนี้

1.1 พฤติกรรมการออกกำลังกายโดยรวมอยู่ในอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในตำบลโพรงมะเดื่อ ไม่ได้อยู่เพียงลำพังแต่ส่วนใหญ่อยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส จึงได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการไปออกกำลังกาย ตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว แต่การปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายจะปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ หรือน้อยกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ อาจเพราะว่าในช่วงกลางวันบุตรหลานไปทำงานนอกบ้าน ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ทำให้ผู้สูงอายุขาดแรงกระตุ้นในการออกกำลังกาย และผู้สูงอายุกลัวการหกล้มหรือการบาดเจ็บจากการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีอายุที่ค่อนข้างมาก รวมทั้งค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ เมตร² ทำให้เกิดความเชื่องช้าในการเคลื่อนไหว จึงทำให้ผู้สูงอายุเลือกวิธีการออกกำลังกายที่ง่ายเท่าที่จะสามารถทำได้ และสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของตนเองโดยอาศัยการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย จากผลการวิจัยที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ภาวะน้ำหนักเกินนั้นคือผู้สูงอายุจะไปออกกำลังกายเฉพาะที่บุตรหลานกลับมาจากทำงานหรือวันหยุด จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชาริน สุขอนันต์, จารุณี ทรัพย์ประเสริฐ, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ศิริรัตน์ เจียรสิงกุล และอภิศรา วงศ์สละ (2555) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.30 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินไม่ได้ทำอาหารรับประทานเอง ส่วนใหญ่บุตรหลานเป็นผู้ดูแล รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 11,939.20 บาท นับว่าเป็นรายได้ที่ไม่มากจึงต้องใช้จ่ายอย่างประหยัด ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวอยู่ในวัยทำงานและวัยเรียนแต่ละวันต้องใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่มักจะเป็นอาหารจานด่วน หรืออาหารปรุงสำเร็จ เช่น ข้าวหมูแดง ข้าวขาหมู ข้าวหมูกรอบ ซึ่งเป็นการประหยัดเวลา และเป็นอาหารที่มีจำหน่ายโดยทั่วไปในจังหวัดนครปฐมทั้งกลางวันและกลางคืนจึงทำให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ เช่น มีปัญหาฟันไม่ดี การรับรสและกลิ่นลดลง ทำให้รับประทานผักและผลไม้ได้น้อย รับประทาน

อาหารที่ตนชอบเป็นหลัก สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ส่งผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ การศึกษาของ วิราพรธรรม วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิพกุล, พัสมณท์ คุ่มทวีพร และวัฒนา พันธุ์ศักดิ์ (2554) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุโครงการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ทำนองเดียวกับงานวิจัยของปีนเรศ กาศอุดม, ศศิธร แก้วแดง และสมน นามวงษ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม อธิบายได้ดังนี้

2.1 พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรส มีความใกล้ชิดกับครอบครัวมาก เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวจะเกิดผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่น ๆ ของครอบครัวด้วย ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวที่เหมาะสมในด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ก็จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารดีด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปันทสุหาระบุตร (2552) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ นางเยาว์ ไบยา (2554) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมไปในทางเสื่อมถอย ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพ ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ว่า ได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลในครอบครัว เช่น ได้รับการสนับสนุนด้านข่าวสาร คือ ทราบว่าการออกกำลังกายมีผลดีอย่างไรต่อร่างกาย ได้รับการสนับสนุนสิ่งของและบริการ บุคคลในครอบครัวซื้อเสื้อผ้า รองเท้า ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุแล้วพาไปที่ลานออกกำลังกายในหมู่บ้าน ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้วยการให้

ความรัก ความผูกพัน ให้กำลังใจ และให้การยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม การศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ที่ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะต้องประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้สึก/ ความเชื่อ และอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุ (วรรณอนันต์สุขสวัสดิ์, 2549; จินตนา ทองสุขนอก, มณีรัตน์ ชีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ, 2551) และสามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายได้ (อรชร โวทวี, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ Reanick et al (2002) ที่พบว่า การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดพลังในการออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดศักยภาพในการออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน สอดคล้องกับ Chamroonsawasdi et al. (2010) และภัทรวรรณ คำดี (2555) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Walcott- Mc Quigg and Prohaska (2001) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุชาวอเมริกาแอฟริกา พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุริเริ่มและคงไว้ซึ่งการออกกำลังกาย

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองในการบริโภคอาหารได้ บุตรหลานที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุต้องออกไปทำงานนอกบ้านตั้งแต่เช้าถึงเย็น จึงไม่มีเวลาพูดคุยสนับสนุนด้านข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ แต่มีการสนับสนุนสิ่งของและบริการด้วยการจัดซื้อและจัดหาอาหารที่สะดวกและรวดเร็วให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงไม่มีโอกาสได้บริโภคอาหารร่วมกับผู้สูงอายุมากนัก ขาดการสนับสนุนด้านอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึงไม่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ปุยมาม (2553) ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและบริโภคผักผลไม้ของผู้สูงอายุ

2.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมออกกำลังกายและพฤติกรรมบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอาศัยอยู่ในครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับครอบครัวมากที่สุด

จึงเป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพปกติและเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐานของครอบครัวที่สมาชิกครอบครัวกระทำต่อกันเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว และสังคม (Friedman et al., 2003) แต่จากการศึกษานี้ การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้สมรสและบุตรหลานต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้การทำหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนเองได้ไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุขาดกำลังใจ ไม่มีการร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ การตอบสนองทางอารมณ์ระหว่างกันไม่เหมาะสม ไม่ได้รับดูแลเอาใจใส่ต่อกันรวมทั้งไม่มีการควบคุมพฤติกรรมที่เหมาะสม การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ ทำนองเดียวกับการศึกษาของฉัตรพล คงห้วยรอบ (2549) ที่พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์แต่ไม่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่พึงอินซูลินในผู้สูงอายุ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Leung, Chen, Lue, and Hsu (2007) ยังพบว่าปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์และป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจต่อผู้ป่วยที่เป็น โรคเรื้อรังและการศึกษาของ Siu and Phillips (2002) การทำหน้าที่ครอบครัวในเรื่องการสนับสนุนต่าง ๆ ของครอบครัวยังทำให้ผู้หญิงสูงอายุชาวฮ่องกงมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

2.4 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเสมือนสายสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันสมาชิกในครอบครัวก็จะอยู่อย่างมีความสุข มีความเอื้ออาทรและพึ่งพาอาศัยกันได้ ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเป็นบุคคลหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลเอาใจใส่ ถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวดีก็จะทำให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินใช้ชีวิตในครอบครัวอย่างมีความสุขด้วย และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว ก็ย่อมส่งผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Friedman et al., 2003) ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วย ผลการศึกษานี้ได้ผลทำนองเดียวกับการศึกษาของ ปันทสุ หาระบุตร (2552) และสุภาพรณ์ เกื้อสุวรรณ (2546) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวจะส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ วิชัย เสนอชุ่ม และคณะ (2554) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและสามารถพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นมีภาวะ

โภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่น (กึ่งทิพย์ เต็มทอง, 2546) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกแต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินได้ ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย จึงทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้

2.5 ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ อาจเนื่องจากบุคคลจะบริโภคตามความเชื่อทางสุขภาพของตนเองซึ่งมีอิทธิพลจากความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวมีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวที่มีผลต่อการปฏิบัติของบุคคลและครอบครัว สอดคล้องตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ที่ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะต้องประกอบด้วย อิทธิพลระหว่างบุคคล ความรู้สึก ความเชื่อที่เฉพาะกับพฤติกรรม เป็นแรงจูงใจที่สำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ทำนองเดียวกับการศึกษาของนารี คงกระจำง (2551) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว มีส่วนช่วยในการปรับและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้ และการศึกษาของดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และดรุณ บุญบันดาล (2545) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความเชื่อด้านสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ อาจเนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินอาจจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้นอยู่กับความรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเอง และการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็จะทำให้ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้น การที่ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินปฏิบัติพฤติกรรมใด จะต้องมีความเชื่อว่าวิธีนั้น ๆ เป็นทางออกที่ดีเหมาะสมและเป็นสิ่งดีมีประโยชน์แก่ตนเอง (Becker, 1974) และอาจเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินแสดงพฤติกรรมการออกกำลังกายตามความเชื่อของตนเองมากกว่าความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว จึงทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถทำนายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ควรประเมินปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน เช่น ประเมินพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อนำไปเป็นข้อมูลข้อมูลพื้นฐานที่จะพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินที่ถูกต้องเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคน อาจมีการจัดอบรมวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อให้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน และจัดให้มีโอกาสพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

2. พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ควรประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และควรมีการทำกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินและครอบครัวเพื่อให้มีโอกาสดูแลเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ด้านการศึกษาวิจัย

ทำให้ทราบถึงข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน และสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้า วิจัย เพื่อปรับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินให้มีสุขภาพที่ดี โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ ให้มีโอกาสดูแลพูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ให้ครอบครัวมีความเชื่อที่ถูกต้องด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ ให้มีโอกาสดูแลพูดคุย ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อสร้าง

สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ให้ครอบครัวมีความเชื่อที่ถูกต้องด้านสุขภาพและส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินและครอบครัวให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2549). รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- กรมอนามัย. (2552). รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยในประเทศไทย พ.ศ. 2551. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- กองสุขศึกษา. (2554). การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา กิจบุญชู. (2546). ข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับคนอ้วน. นนทบุรี: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- เกษร สำเภาทอง. (2549). ครอบครัวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กึ่งทิพย์ เต็มทอง. (2546). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีหมู่บ้านท่าช้าง อำเภอบ้านลาดจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์มานุษยวิทยามหาบัณฑิต, สาขาวิชามานุษยวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ทวีศักดิ์ กติผล, นภาพร แก้วนิมิตชัย, วิชุดา กิจจรธรรม และรัตนา สำราญใจ. (2546). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร. เข้าถึงได้จาก http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=27&UID=
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จินตนา ทองสุขนอก, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามิ. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารสุขภาพศึกษา, 31(110), 108-123.
- จิราพร ชมพิกุล, ปราณิ สุทธิสุคนธ์, เกรียงศักดิ์ ชื้อเลื่อม และคุณิ คำมี. (2552). รายงานการวิจัยสัมพันธภาพในครอบครัวไทย. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ฉัตรพล คงหัวรอบ. (2549). *ปัจจัยผู้ดูแล การพึ่งพาและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในผู้ป่วยสูงอายุ* โรงพยาบาลลานสัก อำเภอ ลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. การค้นคว้าแบบอิสระสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง และครุณ บุญบันดาล. (2545). *ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา*. เข้าถึงได้จาก <http://library.pi.ac.th/dublin.php?ID=12364>.
- ดุสิต ปิยวรกุล. (2551). *ศักยภาพของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุในตำบลวังเหนือ จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทวีศิลป์ ศรีอักษร. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนวรรธน์ อัมสมบูรณ์. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ธราธร ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดม. (2550). *รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่ออำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม*. นครปฐม: มหาวิทยาลัย ราชภัฏนครปฐม.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธาริน สุขอนันต์, จารุณี ทรัพย์ประเสริฐ, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ศิริรัตน์ เจียรสิงห์กุล, และอภิสราร วงศ์สละ. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขต เทศบาลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. จังหวัดชลบุรี. วิทยาลัยการสาธารณสุข สิรินคร
- นงนุช สุขพันธ์. (2552). *โภชนศาสตร์สาธารณสุขหน่วยที่ 1-15 (พิมพ์ครั้งที่ 7)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นางเยาว์ ไบยา. (2554). *ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล เวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นงลักษณ์ สิงแก้ว. (2544). *ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านข้างเคียงอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นวลอนงค์ ศรีสุกไสย. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(1), 44-59.
- นันทา มาระเนตร์. (2549). งานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุกับภาควิชาอายุรศาสตร์. *วารสารศิริราช*, 58(11), 1121-1125.
- นาคยา เกียรติชัยพุกษ์. (2543). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. *เอกสารวิชาการแนวทางการดำเนินงานสุขศึกษาในคลินิก*. กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- นารี คงกระจ่าง. (2551). *ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิรันดร์ ตาน้อย. (2545). *ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านหัวฝาย ตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าอิสระ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2541). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- ปณิตสุ หาระบุตร. (2552). *ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปณิตา ชะบารุง. (2549). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3 ปรับปรุงแก้ไข)*. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

- ประอรนุช เชื้อถ้อ. (2548). ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับ
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา
การพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาพร จินันทุยา. (2555). การสร้างสุขภาพวัยผู้สูงอายุ ใน ศิริพร ชัมภลิจิต และจุฬาลักษณ์ บารมี
(บรรณาธิการ), *คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต*
(หน้า 398-425). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- ปานทิพย์ ประเสริฐผล, วิภาศิรินราพงษ์ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2547). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในชนบท ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี.
- ปิ่นเรศ กาศอุดม, ศศิธร แก้วแดง, รัชมน นามวงษ์. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต
ภาคตะวันออก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 18(1), 25-39.
- ปาลีรัตน์ พรทวีกัณฑ์. (2541). *แบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปาลีรัตน์ พรทวีกัณฑ์, บุญศรี นุกะดู, ลินจง โปธิบาล, ปิยะพันธ์ นันดา, ลีริสุดา ชาวคาเขต และ
ประราลี โอภาสนันท์. (2548). *การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์
การพิมพ์.
- ผ่องศรี แสนไชยสุริยา. (2547). องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบครอบครัว. ใน เรณู ชูนิล (บรรณาธิการ),
คู่มือการฝึกอบรมหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีขั้นพื้นฐาน (หน้า 21-32). นนทบุรี: กองอนามัยการ
เจริญพันธุ์.
- พนิดา จรรย์สุกกรินทร์. (2554). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความอ้วนกับการทำงานของ*
ฮอร์โมนไทรอยด์. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชะลอวัย
และฟื้นฟูสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- พนิดนาฏ ชำนาญเสื่อ และทัศนีย์ เกริกกุลธร. (2545). *รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริม*
สุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี. สระบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี สระบุรี.
- พรนภา ไชยอาสา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทาง*
สังคมต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุญชัย. (2545). *จิตวิทยาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- พรวรินทร์ เพียรพิทักษ์. (2547). *พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและการสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ. กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายที่สวนสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2555). *โรคอ้วน และน้ำหนักตัวเกิน*. เข้าถึงได้จาก <http://haamor.com/>
- พัทธนันท์ สีม่วง. (2555). *อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนบำบัด*. กรุงเทพฯ: เอ็มแอนด์เอ็ม เลเซอร์พรีนต์.
- พิทักษ์พงศ์ บันตะ และดาว เวียงคำ. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคของการออกกำลังกายกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 5(1), 7-15.
- พิระพงศ์ บุญศิริ และภมร เสนาฤทธิ์. (2544). *โภชนาการ และการออกกำลังกาย*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- เพ็ญจรินทร์ ชนกริกเกียรติ, จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ และวรรณวดี เนียมสกุล. (2554). การศึกษาสุขภาพครอบครัวที่อาศัยในจังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 92-105.
- ภัทรวรรณ คำดี. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี เจ พรีนติ้ง.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: มิสเตอร์ ก๊อปปี.
- วรรณานันต์สุขสวัสดิ์. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วรรณิภา อัสวชัยสุวิกรม. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตตำบลแสนสุข จังหวัดชลบุรี*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วรรรัตน์ สุขคุ้ม. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อพฤติกรรมการบริโภค. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา เกื้อนวนงษ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชัย แสนชุ่ม, พงศนิพันธ์์ สุฤทธิ, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และธนัช กนกเทศ. (2554). ปัจจัยพยากรณ์ บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลพะวง อำเภอมะสออด จังหวัดตาก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยนเรศวร, 5(2), 23-33.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- วิจิต คณิงเกษม. (2546). ผู้สูงอายุและการออกกำลังกาย. ใกล้เคียง, 27(6), 100-101.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วินัส ลิฬหกุล, พัสมณท์ คุ่มทวีพร และ วัฒนา พันธุ์ศักดิ์. (2554). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสภาการพยาบาล, 26(ฉบับพิเศษ), 140-153)
- วินัส ลิฬหกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. (2545). โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ศรีสมบัติ นวนพรรัตน์สกุล. (2545). โรคอ้วนและแนวโน้มการรักษาโรคอ้วนในอนาคต. ไทยเภสัชสาร, 26 (1-2), 2-11.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก คำหอม และระพีพรรณ คำหอม. (2541). การพัฒนาสถาบันครอบครัว: ปัจจัยสำคัญในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: เจปรีนซ์การพิมพ์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคชนวนฉิมย์ และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์. โครงการตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549ก). *การสำรวจภาวะสุขภาพ
ที่ภาคของไทย*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549ข). *การออกกำลังกายทั่วไป
และเฉพาะโรคผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สำนักงานปลัดตั้งจังหวัดนครปฐม. (2555). *จำนวนสุกรและจำนวนเกษตรกรแสดงเป็นรายอำเภอ.
นครปฐม: กลุ่มสารสนเทศและข้อมูลสถิติ สำนักงานปลัดตั้งจังหวัดนครปฐม*.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *รายงานผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.
2547*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *ตัวชี้วัดที่สำคัญของประเทศไทยปี พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนัก
สถิติพยากรณ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย
พ.ศ.2550*. เข้าถึงได้จาก

http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/rep_older50.pdf

สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม. (2555). *รายงานผลสำรวจข้อมูลระดับหมู่บ้าน พ.ศ. 2555 จังหวัด
นครปฐม*. นครปฐม: สำนักงานสถิติจังหวัดนครปฐม.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ
ตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. กรุงเทพฯ: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.

สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2550). *แผนพัฒนา
สุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 –
2554 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพพอเพียง*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ใน
พระบรมราชูปถัมภ์.

แสงทอง ไชยเมืองชื่น. (2548). *การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมก้าวร้าวของเด็กวัยรุ่นใน
จังหวัดลำปาง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุกัลกษณ์ บุญความดี. (2541). *การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.

- สุวพิชญ์ ชัชวาลธีราพงศ์. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกิจวัตรสุขภาพครอบครัวของครอบครัวในชุมชนเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุริย์ สร้อยทอง. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุภาพรณัฏ์ เกื้อสุวรรณ. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เสถียร เตชะไพฑูริย์. (2542). *ลดความอ้วนวิธีง่าย* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เอมี่เทรตดิง.
- เอกัสินี บุญญาวารกุล. (2555). *โรคอ้วน*. *Health Today*, 12(134), 20-24.
- อมรรัตน์ ปุยงาม. (2553). *ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อัมพร สุทธิจำรูญ. (2545). *การออกกำลังกาย*. *วารสารเบาหวาน*, 34(11), 64-69.
- อรชร โวทวิ. (2548). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อารยา ตามภานนท์. (2542). *ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครจังหวัดนครศรีธรรมราช*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2545). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชันดีการพิมพ์.
- Anandacoomarasamy, A., Caterson, I., Sambrook1, P., Fransen, M., & March1, M. (2008). The impact of obesity on the musculoskeletal system. *International Journal of obesity*, 32(4), 211-222.
- Anderson, A. M. (2003). *Caring for older adult holistically* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal: Health behavior*. New Jersey: Charles B. Sluck.

- Boeckner, L. S., Pullen, C. H., Walker, S. N., Oberdorfer, M. K., & Hageman, P. A. (2007). Eating behaviors and health history of rural midlife to older women in the Midwestern United States. *Journal of the American Dietetic Association, 107*(2), 306-310.
- Chamroonsawasdi, K., Phoolphoklang, S., Nanthamongkolchai, S., & Munsawaengsub, C., (2010). Factor influencing health promotion behaviors among the elderly under the universal coverage program, Buriram province, Thailand. *Asia Journal of Public Health, 1*(1),15-19.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300-301.
- Denham, S. A. (2003). *Family health: A framework for nursing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Epstein, N. B., Bishop, D. S & Baldwin, L. M. (1982). McMaster Model of Family Functioning. A view of the normal family. In. F. Walsh (Ed). *Normal Family Process*. New York: Guilford.
- Ellen, M. D., & Mary, E. D. (1990). Determinants of functional health of older persons. *The Journals of Gerontology, 30*(4), 503-509.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice* (5th ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Leung, K. K., Chen, C. Y., Lue, B. H., & Hsu, S. T. (2007). Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 44*, 203-213.
- Lee, Y. M., & Holm, K. (2011). Family relationships and depression among elderly Korean immigrants. *International Scholarly Research Network Nursing, 1*(1), 1-7.
- Niu, J., Zhang, YQ, Torner, J., Nevitt, M., Lewis, CE, Aliabadi, P., Sack, B. & Clancy, M. (2009). Obesity a risk factor for progressive radiographic knee osteoarthritis. *Arthritis Care & Research, 61*(4), 329-335.
- Pender, Nola J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Reanick, B., Orwig, D., Magaziner, J., & Wynne, C. (2002). The effect of social support on exercise behavior in older adult. *Clinical Nursing Research, 11*(1), 52-70.

- Siu, O. L., & Phillips, D. R. (2002). A study of family support, friendship, and psychological well-being among older women in Hong Kong. *Inter Journal Aging Hum*, 55(4), 299-319.
- Tzotzas, T., Krassas, G. E., Konstantinidis, T. & Bougoulia, M. (2000). Change in lipoprotein (a) level in overt and subclinical hypothyroidism before and during treatment. *Thyroid*, 10(9), 803- 808.
- Walcott-Mc Quigg, J. A., & Prohaska, T. R. (2001). Factors influencing participation of African American elders in exercise behavior. *Public health nursing*, 18(3). 194-203.
- Walker, S. N., Pullen, C. H., Hertaog, M., Boedker, L. & Hageman, P. A. (2006). Determinants of older rural women's activity and eating. *Western Journal of Nursing Research*, 28(4). 449-468.
- Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. *The International Association for the Study of Obesity*, 8(1), 73-75.
- World Health Organization. (2004). *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14726171?dopt=Abstract>
- Wright, L. M. (2005). *Spirituality suffering and illness: Ideas for healing*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nursing and families: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความสามารถการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (Barthel ADL Index)

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยก่อนหน้า)
 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)
 0. ต้องการความช่วยเหลือ
 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียง ไปยังเก้าอี้)
 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คน ทัวไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. ทำได้เอง
4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)
 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจาก โถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)
 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน คะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

เรื่อง ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้สูงอายุตอบ มี 6 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ต้องการเพียงตัวเลือกเดียวหรือกรอกข้อความใน
ช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. คู่	<input type="checkbox"/> 3. หม้าย/หย่า/แยก
---------------------------------	---------------------------------	--
5. อาชีพหลัก

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 4. ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> 5. เกษตรกร	<input type="checkbox"/> 6. ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ.....		
6. รายได้ครอบครัว.....บาท/เดือน
7. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม
8. ส่วนสูง.....เซนติเมตร

9. ค่าดัชนีมวลกายกก./ตารางเมตร² (ผู้วิจัยเป็นคนคิด)

10. บุคคลที่ท่านพักอาศัยอยู่ด้วย

1. อาศัยอยู่กับคู่สมรส 2. อาศัยอยู่กับบุตรหลาน
 3. อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน 4. อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง
 5. อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่ตรงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย
ตรงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย
ตรงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง
ตรงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

ข้อความ	1	2	3	4
	ไม่ตรงเลย	ตรงเล็กน้อย	ตรงปานกลาง	ตรงมากที่สุด
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3. เมื่อคุณขอให้คนในครอบครัวทำอะไร คุณมักไม่แน่ใจว่าเขาจะทำได้หรือไม่				
4. ครอบครัวของคุณแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันมากพอ				
5. คุณรู้สึกมีอิสระ และเป็นตัวของตัวเองเพียงพอแล้ว				
6. คนในครอบครัวสามารถทำผิดได้โดยไม่ต้องขอโทษ				
7. ทุกคนเข้ากันได้เป็นอย่างดี				
8. เมื่อมีปัญหาจะมีการปรึกษากันว่าจะแก้ปัญหอย่างไร				
9. บ่อยครั้งที่คุณไม่สามารถพูดในสิ่งที่คุณคิดหรือรู้สึก				

ข้อความ	1	2	3	4
	ไม่ ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก ที่สุด
10. ทุกคนในครอบครัวมีงานบ้านที่ต้องรับผิดชอบ				
11. แต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผย				
12. คนในครอบครัวจะสนใจคุณก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับเขา				
13. ครอบครัวของคุณห้ามมีการทำร้ายร่างกายกัน				
14. สมาชิกในครอบครัวมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน				
15. การตกลงเรื่องต่างๆร่วมกันเป็นไปได้ลำบากเพราะไม่ค่อยเข้าใจกัน				
16. ทุกคนสามารถพูดคุยกันตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม				
17. ครอบครัวของคุณไม่เคยขาดสิ่งจำเป็นเช่นอาหาร เสื้อผ้า ยา รักษาโรค				
18. บางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์ หรือความรู้สึก				
19. ทุกคนยอมรับว่า แต่ละคนมีแบบฉบับของตนเอง				
20. ครอบครัวของคุณรักใคร่ปรองดองกันดี				
21. บางคนในครอบครัวก็ยุ่งวุ่นวายกับคนอื่นมากเกินไปจนนำอิทธิพล				
22. ขณะนี้ครอบครัวของคุณมีความสุขดีพอแล้ว				
23. คุณรู้ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึกอย่างไรเมื่อฟังจากคำพูดของเขา				
24. ครอบครัวของคุณต่างคนต่างอยู่				
25. ครอบครัวของคุณเผชิญกับปัญหาต่างๆร่วมกันได้				
26. ครอบครัวของคุณแก้ปัญหาความไม่สบายใจระหว่างกันได้ค่อนข้างดี				
27. ครอบครัวของคุณมีลักษณะตามสบาย ไม่ยึดถือมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์ใด ๆ				
28. ทุกคนมักจะพูดคุยกันตรง ๆ แทนที่จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง				
29. แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง				

ข้อความ	1	2	3	4
	ไม่ ตรงเลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก ที่สุด
30. ในครอบครัวของคุณใครจะทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ				
31. คุณกล้าบอกคนในครอบครัวเมื่อเขาทำในสิ่งที่คุณไม่ชอบ				
32. ในยามวิกฤตคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
33. ผู้ใหญ่ในครอบครัวออกคำสั่งหรือควบคุมเด็กมากเกินไป				
34. คุณระบายความทุกข์ใจให้คนในครอบครัวฟังได้				
35. ครอบครัวของคุณให้ความสำคัญต่อความรู้สึกของสมาชิก				
36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่ตรงกับความจริง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย

จริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเล็กน้อย

จริงส่วนใหญ่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่

จริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งหมด

ข้อความ	1	2	3	4
	ไม่ตรงกับ ความจริง	จริงเล็ก น้อย	จริงส่วน ใหญ่	จริงทั้ง หมด
1. บุคคลในครอบครัวให้ความเคารพท่าน				
2. บุคคลในครอบครัวเชื่อฟังคำแนะนำของท่าน				
3. บุคคลในครอบครัวใช้คำพูดที่ทำให้ท่านน้อยใจ				
4. บุคคลในครอบครัวไม่สนใจคำพูดของท่าน				
5. บุคคลในครอบครัวดูแลท่านสมกับที่ท่านเป็นผู้สูงอายุ				

ข้อความ	1	2	3	4
	ไม่ตรงกับ ความจริง	จริงเล็กน้อย	จริงส่วนใหญ่	จริงทั้งหมด
6. เมื่อท่านเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวดูแลท่านเป็นอย่างดี				
7. บุคคลในครอบครัวให้ค่าใช้จ่ายส่วนตัวแก่ท่าน				
8. บุคคลในครอบครัวให้ความสนใจด้วยการสอบถามความทุกข์สุขของท่านเป็นประจำ				
9. บุคคลในครอบครัวทำกิจกรรมในบ้านร่วมกับท่านเช่น รับประทานอาหารร่วมกัน				
10. บุคคลในครอบครัวปล่อยให้ท่านอยู่ตามลำพังในเวลากลางวัน				
11. บุคคลในครอบครัวไปเที่ยวหรือพักผ่อนด้วยกัน				
12. บุคคลในครอบครัวชักชวนท่านไปร่วมทำกิจกรรมในสังคมร่วมกัน				
13. ในวันหนึ่งๆ บุคคลในครอบครัวพูดคุยกับท่านน้อยหรือบางวันไม่มีเลย				
14. เมื่อบุคคลในครอบครัวมีปัญหาจะขอคำปรึกษาจากท่าน				
15. บุคคลในครอบครัวรับฟังปัญหาของท่าน				
16. บุคคลในครอบครัวปิดบังเรื่องราวในครอบครัวไม่ให้ท่านทราบ				
17. บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจและปลอบใจเมื่อท่านมีปัญหา				

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านน้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านน้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านปานกลาง

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ หรือการรับรู้ของท่านมาก

ข้อความ	1	2	3	4
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติตัวในการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัว				
2. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
3. ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
4. ท่านได้รับคำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวให้รับประทานผักและผลไม้สด				
5. สมาชิกในครอบครัวคอยบอกกล่าวหรือเตือนเกี่ยวกับอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง				
6. สมาชิกในครอบครัวให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวในการควบคุมอาหารแก่ท่าน				
7. ท่านได้รับการช่วยเหลือในด้านสิ่งของและอุปกรณ์ในการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือในการจัดเตรียมสถานที่ในการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				

ข้อความ	1	2	3	4
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก
9. ท่านได้รับการช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานต่าง ๆ ในบ้านเพื่อที่ท่านจะได้ใช้เวลาในการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
10. ท่านได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการจัดเตรียม จัดซื้ออาหาร				
11. สมาชิกในครอบครัวจัดอาหารรสหวาน/ผลไม้รสหวานจัดให้ท่านรับประทาน				
12. สมาชิกในครอบครัวจัดเตรียมอาหารที่มีความหลากหลายและปรับเปลี่ยนรายการอาหารให้ท่านอยู่เสมอ				
13. สมาชิกในครอบครัวจัดอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูงจำพวกผักหลากหลายชนิดให้ท่านรับประทาน				
14. ท่านได้รับการเตือน เมื่อปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
15. ท่านได้รับการสอบถามย้อนกลับเมื่อท่านออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
16. ท่านได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวว่าท่านสามารถที่จะออกกำลังกายได้				
17. ท่านได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลในครอบครัว				
18. ท่านได้รับการยอมรับความคิดเห็นจากบุคคลในครอบครัว				
19. ท่านได้รับคำชมเชยจากสมาชิกในครอบครัว				
20. เมื่อบุคคลในครอบครัวมีปัญหาจะมาขอคำปรึกษาจากท่าน				
21. สมาชิกในครอบครัวให้การยกย่องเมื่อท่านปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม				
22. สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยให้ท่านปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับตัวท่าน				
23. สมาชิกในครอบครัวมีการสอบถามเกี่ยวกับปัญหาในการรับประทานอาหารของท่าน				

ข้อความ	1	2	3	4
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก
24. คนในครอบครัวไม่เคยท้วงติงเมื่อท่านรับประทานอาหารไม่เหมาะสม หรือไม่ควบคุม				
25. ท่านได้รับการกระตุ้นชักจูงจากสมาชิกในครอบครัวในการออกกำลังกาย				
26. สมาชิกในครอบครัวชื่นชมว่าท่านออกกำลังกายถูกต้อง				
27. ท่านได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวในการออกกำลังกาย				
28. ท่านได้รับความรักและการยอมรับในครอบครัวในการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
29. ท่านได้รับคำชมเชยเกี่ยวกับการออกกำลังกายจากสมาชิกในครอบครัว				
30. สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ท่านออกกำลังกาย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง				
31. ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียมหรือปรุงอาหารและการบริโภคอาหาร				
32. ท่านได้รับกำลังใจในการเลือกชนิดอาหาร การเตรียมหรือปรุงอาหาร และการบริโภคอาหาร				
33. สมาชิกในครอบครัวให้ท่านมีส่วนร่วมในการจัดอาหารในแต่ละมื้อ				
34. สมาชิกในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร				

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ออกกำลังกาย

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ หรือน้อยกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์

ข้อความ	0	1	2
	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1. ท่านออกกำลังกายชนิดที่ร่างกายมีการยืดหดกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวซ้ำ ๆ กัน เช่น เดินเร็ว รำมวยจีน กายบริหาร			
2. ท่านออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
3. ท่านออกกำลังกายติดต่อกันเป็นระยะเวลา 20-30 นาทีต่อครั้ง			
4. ท่านออกกำลังกายในที่โล่ง มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก			
5. ท่านออกกำลังกายโดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับเพศวัยและสภาวะของร่างกาย			
6. ท่านมีความพร้อมก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เช่น ไม่มีอาการปวด ไม่อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ ไม่มีใจสั่น			
7. ท่านสวมชุดออกกำลังกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย			
8. ท่านมีการอบอุ่นร่างกาย เป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย			
9. ท่านสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ขณะออกกำลังกาย เช่น เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น			
10. ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออกและหัวใจเต้นเร็วขึ้น			
11. ขณะที่ออกกำลังกาย ท่านรู้สึกสบายใจและสนุกสนาน ผ่อนคลาย			
12. หลังการออกกำลังกายท่านมีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อเป็นเวลาอย่างน้อย 5 นาที			
13. หลังการออกกำลังกาย ท่านมีการพักผ่อนอย่างน้อย 10 นาที			

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ หรือน้อยกว่า 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอ 3 ครั้งขึ้นไปใน 1 สัปดาห์

ข้อความ	0	1	2
	ไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นประจำ
1. ท่านเลือกรับประทานอาหาร โดยคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารเป็นสำคัญ			
2. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อในแต่ละวัน			
3. ท่านรับประทานมากจนอ้วนเกินไป			
4. ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น คอหมูย่าง			
5. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไข่ทอด หมูทอด ไข่กรอกทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋			
6. ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน มันข้น ก๋วยเตี๋ยวชี่ ลอดช่อง			
7. ท่านรับประทานอาหารรสหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง สังขยา ขนม น้ำเชื่อมต่างๆ			
8. ท่านรับประทานอาหารที่มีส่วนของเนยหรือแป้ง เช่น ขนมเค้ก คุกกี้ โรตีส			
9. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน เงาะ ลำไย ขนุน			
10. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม ชาเย็น โอเลี้ยง กาแฟเย็น			
11. ท่านรับประทานอาหารประเภทดื่มน้ำ นึ่ง ลวก อบ			
12. ท่านรับประทานผักวันละไม่น้อยกว่า 5 ทัพพี			

แบบสัมภาษณ์สำหรับครอบครัว

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของครอบครัวโดยให้ตอบ

เพียงข้อละ 1 คำตอบ

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความรู้สึก

ความเข้าใจ ความคิดเห็น และความเชื่อของครอบครัว

ไม่แน่ใจ หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความรู้สึก

ความเข้าใจ ความคิดเห็น และความเชื่อของครอบครัว

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ความเข้าใจ

ความคิดเห็น และความเชื่อของครอบครัวทุกประการ

ข้อความ	1	2	3
	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย
1. คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีโอกาสป่วยได้ง่ายกว่าคนอื่น			
2. คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีโอกาสดังโรคแทรกซ้อนได้มากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ			
3. คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินมานานจะมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมองได้			
4. ถ้าไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวได้จะมีโอกาสดังโรคหัวใจหรือหลอดเลือดสมองได้			
5. การบริโภคอาหารมันๆ ทำให้ภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น			
6. ภาวะน้ำหนักเกินเป็นภาวะที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
7. ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินยังคงรับประทานอาหารประเภทไขมันได้ตามปกติ			
8. ถ้าน้ำหนักเกินมากกว่าเกณฑ์กว่าปกติจะทำให้เกิดโรคที่รุนแรงขึ้น			
9. การออกกำลังกายจะช่วยทำให้น้ำหนักลดลงได้			
10. การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากกว่าปกติไม่ทำให้ภาวะ			

ข้อความ	1	2	3
	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย แน่ใจ	เห็นด้วย
น้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น			
11. การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยในการลดน้ำหนักตัว			
12. การงดหรือลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงไม่มีผลต่อการลดน้ำหนัก			
13. การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ช่วยทำให้น้ำหนักลดลง			
14. การฝึกสมาธิทำจิตใจให้สบาย ไม่โมโหหรือฉุนเฉียวง่าย แต่ไม่มีผลในการช่วยลดน้ำหนัก			
15. การที่ต้องงดรับประทานอาหารไขมันทำให้ชีวิตขาดความสุข			
16. การควบคุมน้ำหนักตัวจำเป็นต้องเปลี่ยนพฤติกรรมหลายอย่าง			
17. การควบคุมอาหารนั้นไม่มีผลต่อการควบคุมน้ำหนักตัว			
18. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างสม่ำเสมอ			

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติที่แท้จริงของครอบครัวโดยให้ตอบเพียงข้อละ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ไม่เคย หมายถึง สมาชิกในครอบครัวไม่เคยทำพฤติกรรมเหล่านั้นเลย

นาน ๆ ครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวทำพฤติกรรมเหล่านั้นน้อยครั้งหรือแทบไม่ได้ทำเลย

บางครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวทำพฤติกรรมเหล่านั้นบางครั้งหรือทำบ้างไม่ทำบ้าง

ประจำ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวทำพฤติกรรมเหล่านั้นแทบทุกวันหรือ ทำบ่อย ๆ จนติดเป็นนิสัย

ข้อความ	1	2	3	4
	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	ประจำ
1. ในแต่ละวันบุคคลในครอบครัวรับประทานอาหารครบ ทั้ง 5 หมู่ ประกอบด้วย ข้าว แป้ง, เนื้อสัตว์ นม ไข่, ไขมัน, ผักสด ผลไม้, และน้ำ				
2. บุคคลในครอบครัวรับประทานอาหารประเภททอด เช่น ไก่ ทอด หมูทอด ไส้กรอกทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋				
3. ครอบครัวปรุงอาหารด้วยกะทิ เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน มันฝรั่ง กุ้งทอด				
4. บุคคลในครอบครัวรับประทานขนมถุง กรอบกรอบ หรือผลไม้ ดอง				
5. ในครอบครัวของท่าน ปรุงอาหารด้วยวิธี ต้ม นึ่ง ลวก อบ				
6. บุคคลในครอบครัวรับประทานอาหารที่มีส่วนของเนยหรือ แป้ง เช่น พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ ขนมเค้ก คุกกี้ โรตีสายดำ				
7. บุคคลในครอบครัวดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มชูกำลัง				
8. ในแต่ละวันบุคคลในครอบครัวรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ				
9. บุคคลในครอบครัวรับประทานอาหารทุกเช้า				
10. บุคคลในครอบครัวมีกิจกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์				
11. บุคคลคนในครอบครัวออกกำลังกายจนได้เหงื่ออย่างน้อย ครั้งละ 30 นาที				
12. ครอบครัวมีการออกกำลังกายร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว				
13. บุคคลในครอบครัวไปออกกำลังกายในที่โล่ง มีอากาศถ่ายเท ได้สะดวก				

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คำชี้แจงเพื่ออธิบายแก่ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ
ภาวณ้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

Family Factors Influencing Exercise and Eating Behavior Among Elderly with Overweight in Muang District,
Nakhon Pathom Province

ชื่อนิสิต นางสาวเรียม นมรัมย์

รหัสประจำตัวนิสิต 54920271 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 03 - 07 - 2557

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 150 ราย และ สมาชิกครอบครัว
จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 150 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ.2558

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการ
วิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อน
ดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 14 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2557

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(สำหรับผู้สูงอายุ)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

รหัสจริยธรรมการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเรียม นมรัมย์

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพกับครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม การวิจัยครั้งนี้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัว พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ ประมาณ 45 – 60 นาที หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้

ประโยชน์ที่จะได้รับคือใช้เป็นข้อมูลที่เป็นแนวทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมอันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางในการแนะนำสมาชิกครอบครัวให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็น

แนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้

ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต การดูแล หรือการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์ทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ ใส่ในตู้ล็อกกุญแจ และอยู่ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ไม่มีการใช้ชื่อ-นามสกุลของท่าน แต่จะใช้เลขรหัสของแบบสอบถามแทนข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่เรียบร้อยแล้วการเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวนמרักษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-848-5477 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102824

นางสาวเรียมนמרักษ์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

(สำหรับสมาชิกครอบครัว)

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

รหัสจริยธรรมการวิจัย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเรียม นมรัมย์

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธภาพกับครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัวและพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ เป็นสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ ที่อาศัยในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม การวิจัยครั้งนี้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 150 คน เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพของครอบครัว และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ใช้เวลาในการตอบแบบสัมภาษณ์ประมาณ 15 – 20 นาที หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้

ประโยชน์ที่จะได้รับคือใช้เป็นข้อมูลที่เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมอันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางในการแนะนำสมาชิกครอบครัวให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงในผู้สูงอายุที่มีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินได้

ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต การดูแล หรือการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์ทั้งหมดจะเก็บไว้เป็นความลับ ใสในตู้ล็อกกุญแจ และอยู่ในเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ต้องใช้รหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาหลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ไม่มีการใช้ชื่อ-นามสกุลของท่าน แต่จะใช้เลขรหัสของแบบสอบถามแทนข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์และสรุปผลในภาพรวม และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังจากผลการวิจัยได้เผยแพร่เรียบร้อยแล้วการเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวนมรัักษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-848-5477 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102824

นางสาวเรียมนมรัักษ์
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(.....)

ภาคผนวก ค

สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
สำเนาหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๒๕๘



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๒ สิงหาคม ๒๕๕๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยของนิสิต

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวเรียม นมรักษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
เวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัย
ครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ
ภาวะน้ำหนักเกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นประธาน
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บ
รวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยในวิทยานิพนธ์ดังกล่าว จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี
ขึ้นไป ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕-๒๙.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตรและสมาชิกครอบครัว จำนวน ๓๐ ครอบครัว
ณ ตำบลทัพหลวง หมู่ที่ ๑ และหมู่ที่ ๓ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในระหว่างวันที่ ๒๖ สิงหาคม – ๓๑ สิงหาคม
พ.ศ. ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนิกรณ์ ทรัพย์กรานนท์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖, ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๘๔๘-๕๔๗๗

ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๓๑๘

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓ กันยายน ๒๕๕๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๒. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ

ด้วย นางสาวเรียม นมรักษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล-
เวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัย
ครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนัก
เกิน อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ เป็นประธานกรรมการ
ควบคุมวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวม
ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ ๒๕-๒๙.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตร
จำนวน ๑๕๐ ราย และสมาชิกครอบครัว จำนวน ๑๕๐ ครอบครัว ในตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัด
นครปฐม ในระหว่างวันที่ ๕ กันยายน - ๑๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖, ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๘๔๘-๕๔๗๗

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. รองศาสตราจารย์ ดร.มณีรัตน์ ภาณุรูป อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.หทัยชนก บัวเจริญ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
4. คุณพิศมัย เอกก้านตรง เจ้าหน้าที่วิจัยหน่วยโภชนาการชุมชน สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. คุณทรงศนีย์ นาคราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี