

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค
ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน



นางสาววรรรัตน์ สุขคุ้ม

ศูนย์วิทยทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF PERCEIVED SELF-EFFICACY IN WEIGHT CONTROLLING PROMOTING PROGRAM ON
CONSUMPTION BEHAVIORS, WAIST CIRCUMFERENCE, AND BODY MASS INDEX
AMONG OBESE ELDERLY



Miss Worarat Sukkum

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Gerontological Nursing

Faculty of Nursing
Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ
ควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมกาบริโภค ขนาดของรอบเอว
และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

โดย

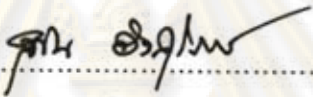
นางสาววรรตน์ สุขคุ้ม

สาขาวิชา

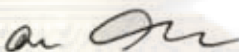
การพยาบาลผู้สูงอายุ

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวิชาชีพ)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)


.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

วรรัตน์ สุขคุ้ม: ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน (EFFECTS OF PERCEIVED SELF-EFFICACY IN WEIGHT CONTROLLING PROMOTING PROGRAM ON CONSUMPTION BEHAVIORS, WAIST CIRCUMFERENCE, AND BODY MASS INDEX AMONG OBESE ELDERLY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 167 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ≥ 60 ปี มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม².) จำนวน 42 คน จับสลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มทดลอง 21 คนและกลุ่มควบคุม 21 คน แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองให้มีคุณคุณสมบัติคล้ายคลึงกันในเรื่องของเพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และระดับการศึกษา กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ส่วนกลุ่มควบคุมปฏิบัติตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักที่ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก ตัวอย่างอาหาร ตัวแบบผู้สูงอายุและคู่มือพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ 2) เครื่องมือรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและหาความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .78 นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลผู้สูงอายุ.....
 ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อผู้วิจัย.....
 ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

4977603136: MAJOR GERONTOLOGICAL NURSING

KEY WORDS: PERCEIVED SELF-EFFICACY / WEIGHT CONTROLLING / CONSUMPTION BEHAVIORS / WAIST CIRCUMFERENCE / BODY MASS INDEX / OBESE ELDERLY

WORARAT SUKKUM: EFFECTS OF PERCEIVED SELF-EFFICACY IN WEIGHT CONTROLLING PROMOTING PROGRAM ON CONSUMPTION BEHAVIORS, WAIST CIRCUMFERENCE, AND BODY MASS INDEX AMONG OBESE ELDERLY. THESIS PRINCIPAL ADVISOR: ASSOC.PROF.JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 167 pp.

The purpose of this experimental research was to examine effects of "Perceived Self-Efficacy in Weight Controlling Promoting Program" on consumption behaviors, waist circumference, and body mass index among obese elderly. Self - Efficacy Theory of Bandura (1997) was utilized to develop the intervention. Subjects consisted of 42 obese elderly which were randomly assigned to control and experimental groups, 21 for each group. Participants were matched by sex age body mass index and educated. The experimental group received the perceived self-efficacy in weight controlling promoting program while the control group received routine service care. Instruments of this study comprised with 2 parts which are: 1) The intervention included lesson plans, flip charts, model of food, model of person and handbook, and 2) The data collecting instruments was Consumption Behaviors Measurement (CBI) which was tested for content validity and reliability. Cronbach's alpha coefficients of the CBI were .78. Data were analyzed using descriptive and t-test statistics.

The major findings were as follows:

1. The mean score of consumption behaviors of among obese elderly after receiving the perceived self-efficacy in weight controlling promoting program was significantly higher than before receiving the program (p < .05).
2. The mean score of consumption behaviors of among obese elderly of the experimental group receiving the perceived self-efficacy in weight controlling promoting program was significantly higher than that of the control group (p < .05).
3. The mean score of waist circumference and body mass index of among obese elderly after receiving the perceived self-efficacy in weight controlling promoting program was significantly lower than before receiving the program (p < .05).
4. The mean score of waist circumference and body mass index of among obese elderly of the experimental group receiving the perceived self-efficacy in weight controlling promoting program was significantly lower than that of the control group (p < .05).

Field of study..Gerontological..Nursing
Academic year.....2008.....

Student's Signature.....Worarat Sukkum.....
Principal Advisor's signature.....Jiraporn K. Wattana.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ ให้ กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ และเป็นแบบอย่างของความเป็นครูที่ดีมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โภธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความ เมตตา ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชา ความรู้และประสบการณ์ที่มีค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือและให้ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่หน่วยเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลตรัง เจ้าหน้าที่อาสาสมัครหมู่บ้าน รวมทั้งหัวหน้าชมรม ผู้สูงอายุทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี และเป็น กำลังสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ และขอขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ ร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ ได้ให้กำลังใจ แนะนำ ช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์และเป็นกัลยาณมิตรที่ดีเสมอมา ขอขอบคุณ ผู้อำนวยกร หัวหน้าและเพื่อนร่วมงานวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรังทุกท่านที่ให้แรงใจ สนับสนุน จนกระทั่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ให้การสนับสนุน ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับบัณฑิต และทุนคณะพยาบาลศาสตร์ ส่วนหนึ่งที่เป็นประโยชน์ใน การทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ซึ่งประเสริฐที่สุดในชีวิตของลูก ที่คอยปลุกฝังความคิด การสนใจใฝ่ศึกษา ให้การสนับสนุนในทุกด้าน ทั้งยังคอยห่วงใยและเป็นกำลังใจให้มาโดยตลอด ขอขอบคุณ พี่ น้องและเพื่อนรักทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือ สนับสนุนและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยครั้งนี้

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอมอบแด่ผู้มีพระคุณที่กล่าว มาทุกท่าน ให้มีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง ตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	15
ผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ.....	16
ภาวะอ้วนกับผู้สูงอายุ.....	21
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน.....	32
บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน.....	40
แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน.....	41
โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64

บทที่	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
วิธีดำเนินการทดลอง.....	72
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	93
สรุปผลการวิจัย.....	98
อภิปรายผลการวิจัย.....	99
ข้อเสนอแนะ.....	108
รายการอ้างอิง.....	110
ภาคผนวก.....	125
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	126
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	127
ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย.....	146
ภาคผนวก ง สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	151
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	152
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองใน การวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....	159
ภาคผนวก ช การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนใน การควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน.....	161
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	167

ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนประยุกต์ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997)	53
2	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และค่าดัชนีมวลกาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง.....	62
3	จำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยแสดงจำนวน และร้อยละของคุณลักษณะเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=21) และกลุ่มทดลอง (n=21).....	63
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (n=21).....	87
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างของขนาดของรอบเอวในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (n=21).....	88
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (n=21).....	89
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 21) และกลุ่มควบคุม (n = 21).....	90
8	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของขนาดของรอบเอวในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง(n = 21) และกลุ่มควบคุม (n = 21)	91
9	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง(n = 21) และกลุ่มควบคุม (n = 21)	92
10	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	153

ตารางที่		หน้า
11	การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	153 154
12	การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	154
13	การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	
14	การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	155
15	การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05.....	155
16	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	156
17	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง.....	157
18	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง	158

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน.....	42
2	แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	43
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	58
4	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	85



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะอ้วนถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก พบว่า มีอัตราการเกิดภาวะอ้วนเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการสำรวจวัยผู้ใหญ่ชาวอเมริกันและชาวยุโรปพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (Helen, 2003) และจากการสำรวจในผู้สูงอายุชาวไต้หวัน พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วน เพศชายคิดเป็นร้อยละ 27.3 เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 34.9 (Chiu, Chang, Mau, Lee, & Liu, 2000) และจากการสำรวจวัยผู้สูงอายุสตรีชาวแม็กซิกัน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตเมืองคิดเป็นร้อยละ 60.7 ในเขตชนบทเป็นร้อยละ 36.2 และในเขตอพยพคิดเป็นร้อยละ 76.5 (Gutierrez et al., 2001) สำหรับประเทศไทยนั้นอัตราความชุกของภาวะอ้วนมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ. 2540 รายงานสภาวะสุขภาพของประชาชนครั้งที่ 2 พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในหญิงไทยร้อยละ 34 และ 8.5 และพบแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในคนไทยเพิ่มขึ้น (Ekplakom W, et al., 2004 อ้างถึงใน เบ็ญจมาศ พร้อมเพรียง, 2546) โดยประชากรสูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมากที่สุดได้แก่ ภาคกลางมีผู้สูงอายุน้ำหนักเกินร้อยละ 17 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ ร้อยละ 15 ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินเท่ากัน คือ ร้อยละ 10 (เบ็ญจมาศ พร้อมเพรียง, 2546) และพบในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท (สำรวจสุดา เจริญวงศ์, 2544)

จากการสำรวจสถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทย กรมอนามัย ในปี พ.ศ. 2538, 2539 และ 2543 พบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 12.1, 22.9 และ 23.9 ตามลำดับ (กรมอนามัย, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของ นางลักษณีย์ สิงห์แก้ว (2544) โดยศึกษาในผู้สูงอายุบ้านช่างเคียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 34.0 และภาวะโภชนาการขาดร้อยละ 13.2 จากการศึกษาของวินัส ลีฟกุล และคณะ (2541) พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 44.2, 9.1 และ 64.9 ตามลำดับ จากการศึกษาของ อารยา ตามภานนท์ (2542) ได้ศึกษาถึงความชุกของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 โดยผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 24.2 และในผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.5 และจากการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคใต้ พบว่า

ผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่ในภาคใต้มีภาวะโภชนาการเกินเป็นส่วนใหญ่ (ประเสริฐ อัสสันตชัยและสมทรง เลขะกุล, 2543)

จากสถิติที่น่าเสนอจะเห็นว่าภาวะอ้วนในผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมถึงยังพบว่า เกิดภาวะน้ำหนักเกินมากกว่าภาวะขาดสารอาหาร (ปริญานุช แยมวงษ์, ประเสริฐ อัสสันตชัย และศิริยา โชควัฒนวนิช, 2542)

ภาวะอ้วนเกิดจากการสะสมของเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าปกติ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน คือความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับ (จากอาหาร) ที่มีมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไป (สิรินทร์ พิบูลย์นิยม, 2544; กรมอนามัย, 2544; ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2545; Lowry, 2002) โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่ใช้พลังงานน้อยลง (Redwood, 2001) ซึ่งประเมินได้จากการ ตรวจค่าดัชนีมวลกาย ที่มากเกินกว่า 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีขนาดรอบเอวในเพศชายมากกว่า 90 ซม. หรือ 36 นิ้ว และเพศหญิงมากกว่า 80 ซม.หรือ 32 นิ้ว ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือเป็นดัชนีที่สำคัญของการเกิดภาวะอ้วน (คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2547; สุรัตน์ โคมินทร์, 2550) นอกจากนี้อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเพราะการใช้แรงงานน้อยลงแต่การรับประทานอาหารยังคงเดิม (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544) และจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนของผู้สูงอายุพบว่า ปัจจุบันนี้มีปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุอ้วนเพิ่มมากยิ่งขึ้น และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะอ้วนในผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม (เสถียร เตชะไพฑูริย์, 2542)

การมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะอ้วนได้ โดยจากการศึกษาของสุภลักษณ์ บุญความดี (2541) พบว่า ร้อยละ 89 มาจากบริโภคนิสัย โดยการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง (ร้อยละ 97.6) และอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง (ร้อยละ 78.1) สอดคล้องกับการศึกษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 5 มื้อ โดยเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ และอาหารว่าง 2 มื้อ เป็นประจำ และส่วนใหญ่รับประทานข้าวสวย กับ กับข้าว เป็นอาหารมื้อหลัก และขนมหวานหรือผลไม้เป็นอาหารว่าง และส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารทะเล ขนมหวานที่มีลักษณะนิ่ม ขาหมู หมูสามชั้น หรือต้มพะโล้ ผักบู้ และมะม่วง (นิตยา ไกรวงศ์, 2536) และการศึกษาของ Blackburn (Blackburn, 1994 อ้างถึงใน สิรินธร ศศิโนล, 2541) ที่พบว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 20 บุคลิกภาพและวิถีการดำเนินชีวิต ร้อยละ 20 ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนได้มาก ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนต่างๆได้มากขึ้นตามมาด้วย

ค่าดัชนีมวลกาย พบว่าเป็นตัวชี้วัดภาวะอ้วนและผอมของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่ดีตัวหนึ่ง ซึ่งเป็นการประเมินภาวะอ้วนผอมแบบง่ายและสะดวกที่สุด ค่าใช้จ่ายน้อยหรือเกือบไม่มีค่าใช้จ่ายเลย (คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2547) จากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง จำนวน 77 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย ($BMI \geq 25$ กก./ม.²) อยู่ในเกณฑ์มีภาวะอ้วนร้อยละ 53.3 (วินัส ลิพิทกุล และคณะ, 2541) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของอรุณีนาคะพงศ์ (2539) ที่ศึกษาในประชากรกลุ่มเดียวกัน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 131 คน พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 48.09 ($BMI > 24.9$ กก./เมตร²) นอกจากนี้การสำรวจภาวะดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคกลางของประเทศไทยพบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 ในเพศชาย และร้อยละ 36 ในเพศหญิง (ปริยานุช แยมวงษ์, ประเสริฐ อัสสันตชัย และศิริยา ไชควิวัฒน์วนิช, 2542) ส่วนในจังหวัดชลบุรีได้มีการสำรวจภาวะน้ำหนักเกินจากค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ โดยสำรวจจากผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่สถานเอนามัยในเขตอำเภอพานทอง พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง, 2543) และจากการศึกษาของนิพนธ์ เสริมพาณิชย์ (2549) ศึกษาโรคอ้วนในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ เมื่อเดือนสิงหาคม 2545 จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ภาวะอ้วนเป็นจำนวนมากขึ้น และมีแนวโน้มจะมากต่อไปเรื่อยๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้นลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการมีภาวะอ้วน และที่สำคัญลดภาวะค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคจากการเกิดภาวะอ้วนได้

ขนาดของรอบเอว ถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดถึงภาวะอ้วนที่สำคัญเช่นเดียวกัน โดยเรียกผู้ที่มีขนาดเส้นรอบเอวเกินมาตรฐานว่า อ้วนลงพุง ซึ่งเป็นภาวะที่มีไขมันสะสมในบริเวณช่องท้องมากกว่าปกติ ในขณะที่เดียวกันก็สะสมในอวัยวะที่สำคัญและอันตรายได้ง่าย ซึ่งในผู้ชายไทยถ้ามีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 ซม. หรือ 36 นิ้ว และ หญิงไทยที่มีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 ซม. หรือ 32 นิ้ว จัดว่าเป็นภาวะอ้วนลงพุง จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วง 5-6 ปี มานี้ พบว่าคนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนลงพุงเกือบร้อยละ 30 หรือประมาณ 12 ล้านคน หรืออาจกล่าวได้ว่า ในคนไทย 3 คน จะพบคนอ้วนลงพุง 1 คน และส่วนมากมักพบเป็นผู้หญิง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณแล้ว (สุรัตน์ โคมินทร์, 2550) และจากการศึกษาของวงวิชา กิจวรพัฒน์ และคณะ (2000) ศึกษาลักษณะการกระจายของไขมันที่สะสมตามส่วนต่างๆของร่างกาย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,203 คน มีเส้นรอบวงเอวชาย > 94 ซม. พบร้อยละ 8.4 เส้นรอบวงเอวหญิง > 80 ซม. พบร้อยละ 33.2 ค่า BMI > 25 กก./ม.² พบร้อยละ 22.1 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศ

ชาย จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของการมีขนาดของรอบเอวในผู้สูงอายุนั้นเพิ่มสูงขึ้น และเมื่อมีขนาดของรอบเอวเกินปกตินั้นก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุมากตามมาด้วย ดังนั้นจึงต้องมีการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการมีขนาดของรอบเอวมากเกินไป เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภค ค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอว ถือได้ว่าเป็นดัชนีที่สำคัญของการเกิดภาวะอ้วน ซึ่งหากไม่ได้รับการควบคุมจะทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุมากมายหลายประการได้แก่ ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายยาก ทำงานไม่กระฉับกระเฉงว่องไว หงุดหงิด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคนิ้วงู่น้ำดี โรคระบบทางเดินหายใจ โรคข้ออักเสบ โรคมะเร็งบางชนิด อย่างเช่น มะเร็งเต้านม (Pujio, Galtier – Dereure & Bringer, 1997) จากการศึกษาระบุว่า คนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI-Body Mass Index) สูงกว่าเกณฑ์วินิจฉัยภัยโรคอ้วนจะมีอัตราการตายและอัตราเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนสูงกว่าคนไม่อ้วน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) จะเห็นได้ว่าภาวะอ้วนนั้นมีผลกระทบที่ร้ายแรงและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมหลายงาน (ทักษิณา ธีญาหาร, 2540; ทับทิม ปัตตะพงศ์, 2545; อรุณรัตน์ บุนนาคและคณะ, 2545; ชุติวรรณ บุรีทราภิบาล, 2541 และ Verheijden W, et al., 2003) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ได้แก่ ตัวบุคคลนั่นเอง จะต้องส่งเสริมให้บุคคลมีความมั่นใจ ตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ทั้งนี้สอดคล้องกับทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า ถ้าบุคคลสามารถรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้ อย่างไรก็ตาม บุคคลนั้นก็ปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น (Bandura, 1997) นอกจากนี้ยังพบว่าการที่ผู้สูงอายุจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมที่ปฏิบัติกันมาเป็นระยะเวลาอันนานเป็นสิ่งที่ยาก แต่จากการศึกษาของ ชุติวรรณ บุรีทราภิบาล (2541) ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดีวก่อนการทดลองและดีวกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองว่าสามารถทำได้และถ้าทำแล้วจะเป็นผลดีต่อร่างกายผู้สูงอายุก็จะกระทำให้สิ่งนั้น

ดังนั้น แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก จึงควรเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) ในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการรับรู้และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนและนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะนำไปสู่การปฏิบัติตน เพื่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่เชื่อว่าตนมีสมรรถนะที่จะกำหนดนิสัยทางสุขภาพของตนจะริเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องจนเป็นนิสัย (Bandura, 1997, 2004 cited in Bandura, 2006)

ซึ่งบทบาทของพยาบาลในฐานะบุคลากรทางสุขภาพ ให้การบริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนโดยยึดหลักการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยของตนเองและครอบครัวได้เป็นสิ่งสำคัญมาก ดังนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องหากวิธีในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะอ้วนให้เขามีความรู้สึกเชื่อมั่นในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีทำให้น้ำหนักลดลง ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยหลายๆการศึกษาที่ได้ทำการจัดโปรแกรมเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มวัยต่างๆ อาทิเช่น มีการจัดโปรแกรมเพื่อลดน้ำหนักในวัยเด็ก (กิตติยา รัตมณี, 2547; อโนทัย ตันเจริญ, 2548) และวัยรุ่น (ทักษิณา ทัญญาหาร, 2540; ทับทิม ปัตตะพงศ์, 2545) ซึ่งมองเห็นถึงปัญหาได้อย่างชัดเจน แต่ในส่วนของวัยผู้สูงอายุนั้นยังมีการศึกษาน้อยมาก และยังไม่พบการศึกษาดังกล่าว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนขึ้น

โดยการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดตรัง เนื่องจากในจังหวัดตรังเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ตอนล่างที่มีอาหารการกินที่อุดมสมบูรณ์โดยเฉพาะจากเทศกาลพื้นเมืองที่โด่งดัง เช่น เทศกาลหมูย่าง และเทศกาลขนมเค้กเมืองตรัง ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นอาหารที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อภาวะอ้วนเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแบบแผนการบริโภคของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ประเมินความถี่สูงสุด 10 อันดับแรก ได้แก่ ข้าวสวย แดงกวา ขนมจีน นมข้นหวาน ผักบุ้ง หมูเนื้อแดง น้ำหวาน น้ำมันพืช มะเขือเปราะ ไข่ กาแฟ จำนวนผู้สูงอายุบริโภคอาหารมื้อหลัก 2 มื้อ ร้อยละ 44.7 บริโภคอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ร้อยละ 43.8 และร้อยละ 75.7 ไม่บริโภคอาหารว่าง (สุคนธ์ บุปผา, 2541) จากการศึกษาภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวมีแนวโน้มเกิดภาวะอ้วนได้ง่าย และจากการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่จังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2550 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองจังหวัดตรังนั้นมีจำนวนมากถึง 397 คน และผลการตรวจสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วน ร้อยละ 45.59 มีภาวะโภชนาการพร่อง ร้อยละ 8.82 มีภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ร้อยละ 69 มีระดับ ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ร้อยละ 43.57 ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง มีพฤติกรรมการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและมีภาวะอ้วนเกิดขึ้นมาก ซึ่งทำให้เกิดภาวะโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่เกิดจากภาวะอ้วนตามมามากมายส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และภาวะเศรษฐกิจของจังหวัดในการใช้เงินดูแลรักษาภาวะโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากภาวะอ้วนดังกล่าว (โครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่จังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2550) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในจังหวัด ตรังและการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในชมรมผู้สูงอายุ เพราะชมรมผู้สูงอายุเป็นสถานที่ที่มีผู้สูงอายุรวมกลุ่มกันเพื่อร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ พบปะสังสรรค์กันกับเพื่อนฝูง สมาชิกของชมรมมีความสัมพันธ์แบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลของกลุ่มเพื่อนต่อผู้สูงอายุ เหล่านี้เป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เพราะอิทธิพลของกลุ่มมีส่วนช่วยให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เกิดการตัดสินใจด้วยการยอมรับและสมัครใจ อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวรได้ (สุรีย์ จันทรมณี, 2527) และชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง ตรัง เป็นชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาล ตรัง และ สาธารณสุขเทศบาลเมือง ตรัง ซึ่งมีพยาบาลหน่วยเวชกรรมสังคมจากโรงพยาบาล ตรังเป็นผู้รับผิดชอบดูแลจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมทุกชมรมเขตเทศบาลเมืองโดยจัดกิจกรรมต่างๆ ให้เดือนละครั้ง เช่นมีการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องต่างๆ มีการส่งเสริมให้ออกกำลังกาย มีการจัดกิจกรรมนันทนาการ ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามปกติของชมรมผู้สูงอายุทุกชมรม

คำถามการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมหนักมีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหรือไม่
2. พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมหนักแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการบริการตามปกติหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนัก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนัก กับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ภาวะอ้วนในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคต่างๆ โดยเฉพาะที่ทำให้เกิดการสูญเสียต่อสุขภาพร่างกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (วารสารภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, 2548) ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายยาก ทำงานไม่กระฉับกระเฉงว่องไว หงุดหงิด ทำให้มี โอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคนิ่วถุงน้ำดี โรคระบบทางเดินหายใจ โรคข้อ อักเสบ โรคมะเร็งบางชนิด อย่างเช่น มะเร็งเต้านม (Pujio, Galtier – Dereure & Bringer, 1997) จากการศึกษาระบุว่า คนที่มีดัชนีมวลกาย (BMI-Body Mass Index) สูงกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรค อ้วนจะมีอัตราการตายและอัตราเกิดโรคภัยไข้เจ็บที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนสูงกว่าคนไม่อ้วน (มูลนิธิ สาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุ การ เคลื่อนไหวน้อยลง ข้อจำกัดทางร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุมองว่าเป็นอุปสรรคในการออกกำลังกาย หรือการทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการเผาผลาญสารอาหารลดลง พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมทำให้มีแนวโน้มเกิดการสะสมไขมันในร่างกายเกิดภาวะอ้วนได้ง่าย (ประเสริฐ อัสสันต์ชัย, 2548; Inelmen, et al., 2003) นอกจากนี้อายุที่เพิ่มขึ้นมีโอกาสมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เพราะการใช้แรงงานน้อยลงแต่การรับประทานอาหารยังคงเดิม (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนคือ การมี พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม (เสถียร เตชะไพฑูริย์, 2542; สุกลักษณ์ บุญความดี, 2541 และ Blackburn, 1994) ในทางตรงข้ามหากผู้สูงอายุสามารถควบคุมพฤติกรรมการบริโภคให้เหมาะสม ได้โดยการควบคุมอาหารที่รับประทานจะสามารถควบคุมภาวะอ้วนและสามารถลดภาวะเสี่ยงต่อ การเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากภาวะอ้วนได้ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544; เสถียร เตชะไพฑูริย์, 2542; วิชัย ตันไพจิตร, 2537; มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (กาญจณี ชิตบุตร, 2548) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการ

จัดโปรแกรมที่เน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ของ Bandura (1997) มาเป็นแนวคิดในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมหนัก ต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ซึ่งทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมมากกว่าทฤษฎีอื่นๆ และเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการทำนายพฤติกรรมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ (ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ, 2544; Bandura, 1997) โดยมุ่งสร้างความมั่นใจ และส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลือกและจัดอาหาร รวมถึงแนวทางการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน การรับรู้ความสามารถเป็นการตัดสินใจ ความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติ พฤติกรรมให้สำเร็จ ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีทักษะและความสามารถ (Pender, 2002) ทั้งนี้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived Self-Efficacy) ของ Bandura (1997) เชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องการได้นั้น ต้องผ่านกระบวนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อน หากบุคคลรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรม และพฤติกรรมนั้นไม่ยากเกินความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นจะมีความพยายาม ไม่ท้อถอย จะนำไปสู่การกระทำเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และเกิดการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ (Evan, 1989 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541; Bandura, 1997)

การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน Bandura (1997) สามารถเกิดขึ้นได้โดยอาศัยแหล่งข้อมูลที่สนับสนุน 4 แนวทางที่สำคัญ คือ 1) การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) การให้ความรู้เป็นแนวทางหนึ่งของแนวทางการให้คำแนะนำ เป็นปัจจัยขั้นแรกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป 2) การได้เห็นการทํากิจกรรมของตัวแบบ (Vicarious experience) เนื่องจากกระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน พฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ การที่บุคคลเห็นพฤติกรรมที่เหมาะสมจากผู้อื่น ช่วยขึ้นนำการกระทำของเขาได้ 3) การประเมินทางสภาพสรีรวิทยา และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) บุคคลต้องมีการประเมินความพร้อมของสภาพร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ที่ส่งเสริมความสามารถ เพื่อให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าคุณสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเต็มศักยภาพ และ 4) การประสบความสำเร็จในการลง

มีประสบการณ์ทำกิจกรรมด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) เป็นข้อมูลที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นว่าตนเองทำได้สำเร็จ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FBDG, 2542) มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้านการควบคุมและการปรับพฤติกรรมของการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ลดโรคแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน การมีขนาดรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานได้ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าวิธีการที่จะควบคุมน้ำหนักได้นั้น คือ การออกกำลังกายและ การควบคุมอาหาร การปรับพฤติกรรมของการรับประทานอาหาร (เสถียร เตชะไพฑูริย์, 2542; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2536; ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

แนวคิดที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (Perceived Self-Efficacy) ของ Bandura (1997) โดยการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม ซึ่งเป้าหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักโดยการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสมนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ความสามารถในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน เพื่อลดความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนจากภาวะอ้วนในผู้สูงอายุได้ ทำให้มีขนาดรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายลดลง ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยมีการจัดกิจกรรมตลอดการทดลอง จำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยกิจกรรมของการศึกษาครั้งนี้ มีรายละเอียดดังนี้

1. การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ อภิปรายในเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ” ผ่านภาพพลิกและโปสเตอร์อาหาร เล่นเกมส์บัตรคำ “อาหารหลัก 5 หมู่” ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร สาธิตการประกอบอาหารและทดลองชิมอาหารที่ควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการที่ผู้วิจัยพูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้และสนับสนุนให้กำลังใจผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักนั้น ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้ผู้สูงอายุสนทนากับตัวแบบของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยแจกคู่มือ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการเรียนรู้ การได้เห็นตัวแบบจริง คือเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง และตัวแบบสัญลักษณ์ คือ คู่มือพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ภาพพลิกตามแผนการสอนเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน”

3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกิดกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มีมิติมีความเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะอ้วนของตนเอง พุดระบายความรู้สึกและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ เพื่อให้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับเหมาะสม

4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยประเมินจาก แบบบันทึก พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ การประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ ฝึกควบคุมตนเองโดยการรับประทานอาหารเช้าในงานเลี้ยง เพื่อให้เกิดทักษะในการวางแผนการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงจนประสบความสำเร็จได้ ให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เป็นเข็มกลัดผู้สามารถติดเสื้อให้ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งของการมีพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนคนอื่นต่อไป

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้เกิดการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติ

พฤติกรรมดังกล่าว โดยการใช้คำพูดชักจูงให้ความรู้ที่เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหารเพื่อ ควบคุมน้ำหนัก สาธิตการประกอบอาหารและ ทดลองชิม ผ่านรูปแบบอาหารจริงและโปสเตอร์ แผนการสอนและภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน” ตัวแบบจากเพื่อนผู้สูงอายุ สูตรอาหาร และคู่มือพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก สร้างการประสบความสำเร็จด้วย ตนเองด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไข ปัญหา โดยประเมินจาก แบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ การประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุประจำ สัปดาห์ ฝึกควบคุมตนเองโดยการรับประทานอาหารเช้าเย็นและให้รางวัลแก่ผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ โดยมีภาระกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมด้วยการจัดกิจกรรมให้มี บรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง และจัดการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนักได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับ ที่ดี มีค่าดัชนีมวลกาย และขนาดรอบเอวลดลง จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมา ตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก
4. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ
5. ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่ง ตนในการควบคุมน้ำหนัก
6. ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีภาวะอ้วนโดยมีค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.² ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองจังหวัดตรัง

ตัวแปรที่ศึกษา คือ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก หมายถึง การจัดกิจกรรมที่มีแบบแผนเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura , 1997) โดยดำเนินการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน มีการจัดกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง กิจกรรมประกอบด้วย 4 วิธี คือ

1) การใช้คำพูดชักจูงโดยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูง โดยอภิปรายเกี่ยวกับ “กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ” เล่นเกมสับัตรคำ “อาหารหลัก 5 หมู่” พูดกล่าวชมเชยให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ ฝึกคิดเมนูอาหาร และวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร สถิติการประกอบอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักและทดลองชิม

2) การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น โดยให้ผู้สูงอายุสนทนากับตัวแบบของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก (โดยมีคู่มือพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักเป็นแนวทาง)

3) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยจัดให้มีห้องทำกิจกรรมที่มีมิติ มีความเป็นส่วนตัว พูดคุยแสดงความเป็นกันเองกับผู้สูงอายุ รวมถึงมีการจัดการประกวดและมอบรางวัลแก่ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เพื่อเป็นกำลังใจ

4) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง โดยฝึกการควบคุมตนเองโดยการรับประทานอาหารในงานเลี้ยง การบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน การบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ และการประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ แล้วนำมาเปรียบเทียบผล แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลดี ปัญหา

อุปสรรค ในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ช่วยกันให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหารวมทั้งการกระตุ้นเตือนตนเอง (จากการบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน การบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ และการประเมินภาวะอ่อนของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์) กระตุ้นเตือนและพูดชักจูงใจจากเพื่อนและผู้วิจัย

พฤติกรรมกรบริโภค หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับ การรับประทานอาหารที่ผู้สูงอายุทำอยู่เป็นประจำ โดยพิจารณาตามเกณฑ์แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FBDG, 2542) ในเรื่องดังต่อไปนี้

1. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ในแต่ละวัน
 2. รับประทานอาหารให้ตรงเวลาทุกวัน
 3. ลดการรับประทานไขมัน โดยลดการรับประทานไขมันจากสัตว์ น้ำมัน กะทิ และเนย
 4. ลดการรับประทานคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว โดยรับประทานมื้อละ 1-2 ทัพพีหรือ 1 จาน
 5. ลดการรับประทานน้ำตาล โดยลดปริมาณน้ำตาลในการปรุงรสอาหาร ลดปริมาณน้ำตาลในการปรุงรสเครื่องดื่ม ลดการรับประทานขนมหวาน
 6. ลดการรับประทานเกลือโซเดียม โดยลดปริมาณเกลือหรือน้ำตาลในการปรุงรสอาหาร เลือกรับประทานอาหารที่มีรสเค็มน้อย
 7. ลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง โดยรับประทานไข่แดงสัปดาห์ละไม่เกิน 3 ฟอง ลดการรับประทานเครื่องในสัตว์ อาหารทะเลที่มีโคเลสเตอรอลสูง
 8. ลดการรับประทานผลไม้รสหวานจัด
 9. เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทเส้นใย โดยรับประทานผักและผลไม้รสหวานน้อยทุกวัน
 10. รับประทานแคลเซียมให้เพียงพอ โดยรับประทานแคลเซียมทุกวันจากนมพร่องมันเนย ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เป็นต้น
 11. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว
- ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดัดแปลงจากของชุดิวรรณ บุรินทร์ภิบาล (2541)

ขนาดของรอบเอว หมายถึง การวัดขนาดของรอบตัวตรงส่วนที่แคบที่สุดบริเวณเอวเหนือสะดือขึ้นมา วัดบนเนื้อที่ไม่มีเสื้อผ้าหนาและทำการจดบันทึกในขณะที่ผู้ถูกวัดอยู่ในท่าหายใจออก วัดเป็นเซนติเมตรโดยใช้เกณฑ์ขนาดของรอบเอวผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป จากคู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2547)

ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) หมายถึง มาตรฐานสำหรับการประเมินภาวะการรณรงค์สะสมพลังงานในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป คำนวณจากสูตรสำเร็จมีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อเมตรยกกำลังสอง ค่าปกติจะอยู่ระหว่าง 20-24.99 กิโลกรัมต่อเมตร² (พรชิตา ชัยอำนาจ, 2544)

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{ส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง}}$$

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม ให้คำแนะนำ และป้องกันภาวะอ้วนในผู้สูงอายุและเฝ้าระวังให้มีความสามารถในการป้องกันและแก้ไขภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเป็นแนวทาง ในการเรียนการสอน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการศึกษาการดูแลสุขภาพเชิงรุกในชมรมผู้สูงอายุต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อ พฤติกรรมการบริโภคขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน วรรณกรรมและงานวิจัยที่ทบทวนนำเสนอเนื้อหาเป็นลำดับ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ
2. ภาวะอ้วนกับผู้สูงอายุ
 - 2.1 อุบัติการณ์ของภาวะอ้วน
 - 2.2 ความหมายภาวะอ้วน
 - 2.3 สาเหตุของภาวะอ้วน
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ
 - 2.5 การวินิจฉัยและการประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ
 - 2.6 ผลกระทบของภาวะอ้วน
 - 2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน
 - 2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอว
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค
 - 3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภค
 - 3.3 พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน
 - 3.4 การปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร
 - 3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ
4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน
5. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)
 - 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
6. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

1. ผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงอย่างมากหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ย่อมทำให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

การให้ความหมายของผู้สูงอายุและการกำหนดเกณฑ์ในการเรียกผู้สูงอายุนั้นมีการ จำแนกและแบ่งการให้ความหมายหลายรูปแบบแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับผู้นำไปใช้ อาทิเช่น

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2548) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคล ที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institute on Aging) ได้ กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) คืออายุระหว่าง 60 - 74 ปี และวัยสูงอายุตอนปลายคือ อายุ 75 ปีขึ้นไป (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ, 2536)

จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย (Vienna International Plan on Aging) ได้กำหนดว่า “บุคคลที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ” มีการเรียกแตกต่างกันดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

1. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เช่น เรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น ทั้งนี้ที่บางคนอาจมีลักษณะแก่ชราตั้งแต่อายุยังไม่มากก็ได้

2. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปฏิทิน เช่น เรียกว่า ผู้สูงอายุ (Elderly, Older Person) ซึ่งเป็นการเรียกที่สากลมากกว่า

3. เรียกตามสถานภาพทางสังคม เช่นเรียกว่า ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior Citizen) ในองค์การหนึ่งๆ ผู้เป็นหัวหน้าย่อมเป็นผู้ใหญ่ขององค์การทั้งที่อาจอายุไม่มากหรือไม่ใช่คนแก่

ปัจจุบันในการประชุมขององค์การสหประชาชาติตกลงใช้คำว่า Old person ในการเรียก ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับในประเทศไทยมักใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” กันเป็นส่วนมากเพราะดูเป็นกลางๆ ไม่ บ่งชี้ว่าแก่หรือชราให้ผู้ถูกเรียกเสียความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) จากความหมายของ ผู้สูงอายุดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ (Physiological change in old age)

การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมนุษย์ จะทำหน้าที่ได้มากและสูงสุดในช่วงอายุ 20 - 30 ปี หลังอายุ 30 ปีแล้วการทำงานที่ทางสรีระวิทยาลดน้อยลง ซึ่งจะเห็นความเสื่อมของ

ร่างกายเป็นรูปธรรมก็เมื่ออายุมากกว่า 60 ปี การเสื่อมของสภาพร่างกายนอกจากจะเกิดตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของบุคคล (บรรลุ ศิริพานิช, 2548) ดังนี้

1. ระบบโครงร่าง ผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปคือ หลังโค้งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ความลึกของช่องท้องเพิ่มขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง บริเวณใบหน้าเกิดรอยย่น บริเวณหน้าผากมักเกิดรอยย่นขึ้นก่อนบริเวณอื่น เนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อบริเวณหน้าผาก รอยย่นนี้เริ่มเกิดเมื่ออายุเพียง 20 ปีและจะมากขึ้นเมื่ออายุ 30 - 40 ปี ยิ่งอายุสูงขึ้นรอยย่นก็ยิ่งเพิ่มความลึก ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณนอก ผู้ชายก็มีการสูญเสียเช่นกันแต่น้อยกว่าผู้หญิงประมาณครึ่งหนึ่ง ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งพบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน จึงทำให้เกิดกระดูกสันหลังของผู้หญิงโค้งได้เร็ว เป็นสาเหตุให้กระดูกขาที่นอนบนและปลายกระดูกแขนหักได้ง่าย ส่วนข้อเข่าพบว่าการเปลี่ยนแปลงเริ่มเมื่ออายุ 20 ปี โดยมีการเสื่อมของกระดูกอ่อน

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังพบว่า หนังกำพร้า (epidermis) จะมีความชื้นลดลง ผิวแตกง่าย บางลงเล็กน้อย ทำให้ลอกหลุดได้ง่าย melanocytes ลดลง หลอดเลือดลดลงทำให้ผิวหนังซีดเหลืองออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่างๆ ทางผิวหนังลดลงและต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น ไชมันในชั้นใต้ผิวหนังเพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 70 ปี แต่จะแตกต่างกันไป ส่วนไขมันใต้ผิวหนังลดลงบริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา ต่อมเหงื่อออกน้อยลง ต่อมกัลลินลดลงทำให้กัลลินตัวลดลง ต่อมไขมัน (sebaceous gland) โตขึ้นแต่หลังน้ำมันออกน้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้ง อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กลงด้วยเส้นผมบนศีรษะลดน้อยลงแต่มีขนเพิ่มขึ้นบริเวณหู คิ้ว รูจมูก

2. ระบบสมองและประสาท การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสานตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลงด้วย น้ำหนักของสมองจะลดลง เซลล์ประสาทของสมองตายและสูญเสียไป แต่ก็ไม่ได้เกิดกับเซลล์ประสาททุกชนิด สารสื่อประสาทที่มีจำนวนลดน้อยลง ทำให้การสื่อสารลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในสติปัญญา ความจำ และข้อมูลทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุ พบว่าความฉลาด (Intellectual performance) พบว่าคนมีความสามารถสูงสุดในช่วงอายุ 20 - 30 ปี ความสามารถนี้จะคงอยู่ตลอดชีวิตเว้นแต่มีโรคแทรกซ้อน ความสามารถเชิงความเร็วในการจัดการกับข้อมูลจะลดลงช้าๆ ตลอดเวลาของอายุที่มากขึ้น ความสามารถในด้านการพูด (Verbal skill) ของผู้สูงอายุจะลดลง พฤติกรรมและกระบวนการด้านใช้ความเร็วด้านกายภาพของร่างกายลดลง การเรียนรู้และความจำ การหลงลืมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ มีความเสื่อมของการเรียนรู้และความจำในผู้สูงอายุเฉพาะภายหลังอายุ 70 ปี การเห็นเสื่อมลง ความชัดของการเห็นลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน

ประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปี จะมีอาการหุดัง การทรงตัวเสื่อมลงทำให้ไม่มั่นคง ไม่มีความสมดุลที่ดี ทำให้ต้องเดินก้างขาเพื่อกันล้มหรือมีความเสี่ยงที่จะหกล้ม ความสามารถในการรับกลิ่นของผู้สูงอายุลดน้อยลงเมื่ออายุ 60 ปี การรับรสลดลงเพราะตุ่มรับรสลดลง การรับสัมผัสและตะตองในผู้สูงอายุจะเสื่อมลงโดยการรับการสัมผัสที่อนบริเวณขาจะรู้สึกมากกว่าแขน

ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อมลงพบได้บ่อยคือ รูมาตาเด็กลง ตอบสนองต่อแสงและ accommodation น้อยลง ความดันโลหิตลดลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ มีความเสื่อมของการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย

3. ระบบกล้ามเนื้อ การขาดโปรตีนในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุทำให้การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงบ่นว่ามีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง เลือดที่ไหลผ่านกล้ามเนื้อลดลงเป็นผลให้การขนส่งอาหารและสิ่งจำเป็นต่างๆ ที่มาตามเลือดลดลง ผลโดยรวมจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้กล้ามเนื้อลดลง

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจเมื่ออายุมากขึ้น collagen จะหนาขึ้น เป็นผลให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงประสิทธิภาพของการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจลดลง และมีสาร amyloid ไปสะสมที่กล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้นตามอายุ ลิ้นหัวใจเมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงมากที่เอออร์ติกและไมตรัล เกิดจากการลดลงของนิวเคลียส มีการสะสมไขมันใน fibrous stroma และมีการเสื่อมของ collagen ประกอบกับมีการสะสมของแคลเซียม มีผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวปิด - เปิดน้อยลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นอาจดึงลิ้นหัวใจ เอออร์ติกแคบเล็กลง ส่วนไมตรัลก็เปลี่ยนแปลงคล้ายคลึงกันแต่น้อยกว่า หลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary Arteries) ปริมาณเนื้อยืดหยุ่น (elastic) ในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 (เป็นผลมาจากการเสื่อมของ elastic laminae) มีการสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้นคล้ายกับเกิดการเกิดหลอดเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) อัตราการเต้นของหัวใจลดลงเพราะ S-A node ทำงานลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าลง ปริมาณเลือดของหัวใจ (Cardiac output) ขณะพักจะลดลงทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลง และ stroke volume ลดลงเมื่ออายุสูงขึ้นผนังหลอดเลือดจะลดความยืดหยุ่นและเส้นเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ผนังชั้นกลางมีการเสื่อมสลายและมีไขมันมาพอกพูนมากขึ้น ในระยะหลังจะเริ่มมีแคลเซียมมาเกาะติดมากตามไปด้วย ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง

5. ระบบหายใจ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นถุงลมจะแบนและบางลง ยืดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลง ผนังของถุงลมจะโป่งพอง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้ง (Tidal volume-TV) ลดลงเนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอดความยืดหยุ่นของปอดลดลง ถุงลมมี

ขนาดใหญ่ขึ้น ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน ทำให้การกระจายอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอเกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ

6. ระบบทางเดินอาหาร ภาวะอาหารจะหลั่งกรดและน้ำย่อยลดลง เป็นผลทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง ลำไส้เล็กจะมีการเคลื่อนไหวลดน้อยลงชัดเจน ส่วนการดูดซึมอาหารพบว่ามีการดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรตลดลง โปรตีนคงเดิม ไขมันโดยทั่วไปลดลง วิตามินที่ละลายในไขมันดูดซึมได้มากขึ้น วิตามินดีดูดซึมได้ลดลง ส่วนเกลือแร่พบว่าดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง การเปลี่ยนแปลงของลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่า เยื่อบุลำไส้ฝ่อลีบลงมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่อมผนังลำไส้อาหารผ่านลำไส้ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างคั่งนานเป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่โตขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลงมีผลทำให้มีอาการท้องผูกมากขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง เนื้อตับอ่อนมีพังผืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้น ต่อตับอ่อนโตขึ้น น้ำหลังจะมีปริมาตรลดลงทั้ง amylase และ trypsin ตับมีขนาดเล็กกลวงเลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ของตับมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีการตายเกิดขึ้นสังเคราะห์โปรตีนได้น้อยลง ระบบท่อต่างๆ ในตับมีการแตกแขนงเพิ่มมากขึ้น ท่อน้ำดี (common bile duct) มีขนาดโตขึ้น น้ำดีปริมาณของไขมันเข้มข้นขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ทำลายพิษของตับลดลง

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ ไตจะมีจำนวนหน่วยกรอง (glomerulus) ลดลง 30 – 50 % และมีลักษณะผิดปกติมากขึ้น โดยมีแคลเซียมมาตกสะสม บริเวณเนื้อไตชั้นนอก (cortex) มีหลอดเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ในขณะที่บริเวณเนื้อชั้นใน (medulla) มีหลอดเลือดเลี้ยงเพิ่มขึ้น ทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นมากขึ้น เลือดที่ไหลผ่านไตจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น อัตราการกรองของหน่วยกรองลดลงและมีขนาดเล็กลง จึงทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น การขับถ่ายปัสสาวะพบว่าช่องขับถ่ายปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดต่ำลง บางคนจึงไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ดีเท่ากับเมื่อยังเป็นหนุ่มสาว ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

8. ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine gland) วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อต่างๆ พบว่าต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) มีการเหี่ยวของผิวต่อมปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลงต่อมหมวกไต (adrenal gland) พบว่า adrenal androgens และ mineral corticoid function มีปริมาณลดลงทำให้ dehydroepiandrosterone (DHEA) ลดลง ต่อมธัยรอยด์ (Thyroid gland) พบว่าระยะครึ่งชีวิตฮอร์โมน (half-life) ของ T4 ในเลือดจะเพิ่มขึ้นตามอายุและตับอ่อน (pancreas) เป็นอวัยวะที่สร้างฮอร์โมนอินซูลิน (insulin) ทำหน้าที่ให้น้ำตาลกลูโคสของร่างกายอยู่ในภาวะดุลยภาพ เมื่อสูงอายุพบว่าเซลล์ของตับอ่อนฝ่อลีบลง แม้ทางโครงสร้างจะเปลี่ยนไม่มากแต่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา คือ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ทำให้พบโรคเบาหวานมากขึ้นในผู้สูงอายุ

9. ระบบสืบพันธุ์เพศชายลูกอ้วนจะมีขนาดเล็ก เซ็่อสุจิมิการเคลื่อนไหวดนน้อยลง การสร้างเซ็่อสุจิมิในแต่ละวันของคนสูงอายุจะลดน้อยลง และมีโอกาสเกิดภาวะไม่มีเซ็่อสุจิมิได้มากกว่าคนอายุน้อย โดยคุณภาพของน้ำอสุจิมิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ การสร้างฮอร์โมน testosterone น้อยลงทำให้ระดับ testosterone ในเลือดลดลง ต่อดูกหมากจะขยายโตขึ้น กูดเก็บน้ำอสุจิมิมิขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

เพศหญิงพบว่า อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยววัน ไขมันใต้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง cervical canal แคบลง น้ำหลังจาก endocervix ลดลง มดลูกจะมีขนาดเล็กลงมี fibrous และแคลเซียมเกาะสะสมมากขึ้น เยื่อบุผิวมดลูกจะเสื่อมลง จำนวนต่อมต่างๆ ลดลงมีพังผืดมาแทรกแซมมากขึ้น เยื่อภายใน celia จะเสื่อมหายไ้ แต่มีเยื่อพังผืดมาแทนมากขึ้น รังไข่มีขนาดเล็กลง Atretic follicles จะค่อยๆ หายไป และมีพังผืดมาแทนที่เมื่ออายุมากขึ้น รอบเดือนจะสั้นลงจนถึงอายุประมาณ 45 – 50 ปีประจำเดือนจึงเริ่มขาดรังไข่จะฝ่อเล็กลงและหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

10. การเปลี่ยนแปลงทางจิตและพฤติกรรม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมมากและรวดเร็ว ทำให้เกิดความเครียดซึ่งต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ ถ้าชีวิตมีการเตรียมตัวดี (สุขภาพจิตดี) ก็ปรับตัวได้ ถ้าชีวิตไม่มีการเตรียมตัว (สุขภาพจิตไม่ดี) ก็ปรับตัวได้ยาก จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว่ หลงลืม วิดกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า ฯลฯ ซึ่งบางครั้งอาจรุนแรงถึงขั้นเจ็บป่วยได้มากน้อยแล้วแต่บุคคล

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเป็นผลต่อเนื่องมาจากกระบวนการชรา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคนและยังขึ้นกับกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลด้วย (บรรลู่ ศิริพานิช, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของความชราของ Green (1981) (อ้างใน สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความชราจะต้องมีลักษณะ “ปรากฏเสมอ” (Universal) “เสื่อม” (Degenerative) “ดำเนินต่อเนื่อง” (Progressive) และ “เหตุจากปัจจัยภายใน” (Intrinsic) ช่วยให้เข้าใจถึงความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากวัยชราชากับวัยเจริญเติบโตได้ชัดเจน ดังนั้นผู้ที่มีบทบาทให้การดูแลผู้สูงอายุจึงควรมีความรู้เรื่องทฤษฎีการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สามารถเข้าใจถึงกระบวนการสูงอายุเพื่อนำไปประกอบในการให้การพยาบาลช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตต่อไป

2. ภาวะอ้วนกับผู้สูงอายุ

2.1 อุบัติการณ์ของภาวะอ้วน

ภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมีเพิ่มมากขึ้นในทุกเพศทุกวัย จากการสำรวจในผู้สูงอายุชาวไต้หวัน พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนเพศชายคิดเป็นร้อยละ 27.3 ผู้สูงอายุน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 34.9 (Chiu, Chang, Mau, Lee, & Liu, 2000) จากการสำรวจวัยผู้ใหญ่ชาวอเมริกันและชาวยุโรปพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในภาวะน้ำหนักเกิน (Helen, 2003) และจากการสำรวจวัยผู้สูงอายุสตรีชาวแม็กซิกัน พบว่า มีผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 60.7 ในเขตชนบทเป็นร้อยละ 36.2 และในเขตอพยพ คิดเป็นร้อยละ 76.5 (Gutierrez et al., 2001)

สำหรับประเทศไทยนั้นอัตราความชุกของโรคอ้วนมีอัตราเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ ในปี พ.ศ. 2540 รายงานสภาวะสุขภาพของประชาชนครั้งที่ 2 พบความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในหญิงไทยร้อยละ 34 และ 8.5 และพบแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในคนไทยเพิ่มขึ้น (Ekplakorn W, et al., 2004 อ้างถึงในเบญจมาศ พร้อมเพรียง, 2546) ในช่วงเวลา 9 ปี ของการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2529 (กรมอนามัย, 2529) และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 พบว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยเฉพาะผู้หญิง มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.0 เป็น ร้อยละ 16.2 (กรมอนามัย, 2538) นอกจากนี้การสำรวจภาวะดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคกลางของประเทศไทยพบว่า มีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 ในเพศชาย และร้อยละ 36 ในเพศหญิง (ปริญานุช แยมวงษ์, ประเสริฐ อัสสันตชัย และศิริยา โชควิวัฒน์วานิช, 2542) และจากการศึกษาของอารยา ตามภานนท์ (2542) ได้ศึกษาถึงความชุกของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 20 โดยผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 24.2 และในผู้สูงอายุเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 14.5 ส่วนในจังหวัดชลบุรีได้มีการสำรวจภาวะน้ำหนักเกินจากค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ โดยสำรวจจากผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่สถานเอนามัยในเขตอำเภอพานทอง พบว่ามีผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินคิดเป็นร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง, 2543)

2.2 ความหมายของภาวะอ้วน

มีผู้ให้ความหมายของภาวะอ้วนมากมาย บางคนเรียกว่าโรคอ้วน เนื่องจากเมื่อเกิดภาวะอ้วนย่อมทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมามากมาย

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีการสะสมเนื้อเยื่อไขมันมากกว่าเกณฑ์ปกติ โดยการวินิจฉัยตัดสินด้วยสายตา การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การคำนวณดัชนีหาความหนาของร่างกาย

การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง และการวัดเส้นรอบวง รอบเอว และสะโพก (วิชัย ตันไพจิตร, 2536)

ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีไขมันสูงกว่าปกติ ค่าที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะที่ร่างกายมีไขมันมากกว่าปกติ ได้แก่ ภาวะโภชนาการเกิน (Overweight) และภาวะอ้วน (Obesity) ซึ่งหมายถึงภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมมากกว่าร้อยละ 10 และ 30 ตามลำดับ (ไพโรจน์ โชติวิทย์ธรรมากร, 2545)

ภาวะอ้วน (obesity) เป็นภาวะเรื้อรัง เป็นผลมาจาก ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับ (Energy intake) และพลังงานที่ใช้ไป (Energy expenditure) โดยพลังงานที่ได้รับ (จากอาหาร) มากกว่าพลังงานที่ใช้ออกไป (จากการออกแรง/ออกกำลัง) จึงทำให้มีการสะสมพลังงานในรูปของ Triglycerides ในเนื้อเยื่อไขมัน (กรมอนามัย, 2544; ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2545; สิริินทร์ พิบูลย์นิยม, 2547; Dietz, 1995; Lowry, 2002) ดังนั้น การป้องกันโรคอ้วน ต้องคำนึงเรื่องโภชนาการ

ภาวะอ้วนโดยการใช้ดัชนีมวลกาย หมายถึง ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² (พรทิศา ชัยอำนาจ, 2544)

ผู้สูงอายุอ้วน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ และมีไขมันสะสมทั่วไปในร่างกายโดยเมื่อเทียบระหว่างน้ำหนักตัวและความสูงพบว่ามีความดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน

ภาวะอ้วนเป็นโรคชนิดหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมันในร่างกายที่มีมากเกินไปทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ (W.H.O., 1998)

สรุปได้ว่า ภาวะอ้วน หมายถึง ภาวะที่มีไขมันสะสมในร่างกายมากกว่าปกติ โดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กิโลกรัม/เมตร² การเกิดภาวะอ้วนหรือโรคอ้วนมีสาเหตุหลายสาเหตุ

2.3 สาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน

กลไกที่ทำให้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เริ่มจากการรับประทานอาหารเข้าไป อาหารเหล่านั้นจะผ่านขบวนการย่อยสลายและการเปลี่ยนรูปแบบพลังงานเพื่อให้ร่างกายนำมาใช้ในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในแต่ละวัน และเมื่อร่างกายใช้พลังงานเหล่านั้นไม่หมด พลังงานที่เหลือจากส่วนเกินเหล่านี้จะเก็บสะสมไว้ในไขมัน ซึ่งประกอบด้วยเซลล์ไขมัน (Adipose Tissue) จำนวนเซลล์ไขมันจะเพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนได้ (วิชัย ตันไพจิตร, 2537) ร่วมกับวัยสูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนได้จากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงและอัตราเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate) ของแต่ละคนจะน้อยลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะประมาณร้อยละ 5 ทุก 10 ปี นับจากอายุประมาณ 20 - 25 ปี เมื่อรับประทานอาหารเท่าเดิม น้ำหนักจึงเพิ่มมากขึ้น (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนได้ ดังนี้

1. พันธุกรรม (Genetic Factors) มีผลต่อการทำงานของระบบเผาผลาญพลังงานร่างกาย ฮอริโมนและสารโปรตีน หากมีการมิวชันของยีนที่ควบคุมการทำงานดังกล่าวจะมีผลทำให้เกิดความผิดปกติของน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น เกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินและภาวะอ้วนได้ (Lycos, 1995) การศึกษาของเสถียร เตชะไพฑูริย์ (2542) พบว่ากรรมพันธุ์มีส่วนทำให้อ้วนได้ทั้งในสัตว์ทดลองและในคนแต่แท้จริงแล้วมีส่วนเพียงเล็กน้อยร้อยละ 10 เท่านั้น

2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environment Factors) มีปัจจัยสำคัญอยู่ 2 ประการ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร กับพฤติกรรมการใช้พลังงาน (อรณี ตั้งเฝ้า, 2544) ในสังคมที่เจริญก้าวหน้ามีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี เป็นสังคมอุตสาหกรรมที่ทำให้มีการใช้พลังงานน้อยลง ใช้เครื่องทุ่นแรงมากขึ้น มีการออกกำลังกายน้อยลง ค่านิยมในการรับประทานอาหารประเภทแป้งและไขมันเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วน (Hoftman, 1999.)

3. ปัจจัยอื่น ๆ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์ให้พลังงานแก่ร่างกายแต่ไม่มีสารอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าต่อร่างกาย ทำให้มีโอกาสเกิดพลังงานสะสมได้มากขึ้น แต่ขณะเดียวกันในบางรายงานที่ผู้ดื่มสุรามีแนวโน้มผอมเพราะรับประทานอาหารน้อยลงและขาดการมีกิจกรรมออกแรงกายที่เพียงพอ (Physical inactivity) (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) โรคเนื้องอกที่ตับอ่อน ทำให้มีการสร้างอินซูลินมากเกินไป (Insulinoma) รวมทั้งการฉีดอินซูลินเกินขนาดทำให้มีอาการหิวบ่อย เนื่องจากน้ำตาลต่ำ การใช้ยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด ยาระงับประสาทบางชนิด ยารักษาโรคในกลุ่มต่าง ๆ เช่น Phenothiazine, Derivatives, Mon-Steroid Antiinflammatory Druge, Antihypertensive Antihypertensive, Antiserotonin และยาในกลุ่มฮอริโมนบางชนิด (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544) นอกจากนี้ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น เพศหญิงจะมีแนวโน้มอ้วนได้มากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศหญิงมีปริมาณกล้ามเนื้อในร่างกายน้อยกว่าเป็นผลให้มีอัตราการเผาผลาญพลังงานได้น้อยกว่าเพศชายที่มีน้ำหนักตัวเท่ากัน เชื้อชาติ และช่วงอายุเพิ่มขึ้นจะง่ายต่อการมีน้ำหนักตัวมากขึ้น (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549)

ดุชฎี สุทธปรียาศรี (2532) กล่าวว่า สาเหตุของภาวะอ้วนเกิดจากการได้พลังงานเกินสมดุล คือ ได้พลังงานจากอาหารมากกว่าพลังงานที่ร่างกายใช้ไป จนเหลือพลังงานเก็บสะสมไว้ในร่างกายในรูปของไขมันมากขึ้น แล้วทำให้น้ำหนักร่างกายเพิ่มมากขึ้นในที่สุด

1. กรรมพันธุ์ เมื่อพ่อหรือแม่อ้วน ความชุกของโรคอ้วนในลูกจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 แต่ถ้าพ่อและแม่อ้วน ความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 ผ่าเผดชนิดไข่ใบเดียวกันถึงแม้จะเลี้ยงดูต่างกัน (ลูกแยกกันไปเลี้ยงคนละครอบครัว) พบว่าจะอ้วนได้เหมือนกัน

2. ความเครียด และการเจ็บป่วย ความเครียดก่อนให้เกิดโรคอ้วนได้โดยการกินจุจู้ และถ้าปราศจากการควบคุมตนเองก็จะคงกินจุต่อไป ความผิดปกติของการควบคุมการกิน เช่น เนื้องอก

อาจทำลายศูนย์ความอึด ทำให้กินแล้วไม่รู้สึกอึด และโรคที่มีฮอร์โมนผิดปกติ เช่น Cushing Syndrome และยา glucocorticoid steroids จะทำให้อ้วน

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะอาหารบริโภคประจำวัน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมในการกินอาหาร เช่น กินเลี้ยงในทุกโอกาส อาชีพใช้แรงกายในการทำงานลดลง การใช้เครื่องผ่อนแรงในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น และค่านิยมที่ชื่นชมว่าคนอ้วนเป็นคนบุญหนักศักดิ์ใหญ่ จากรายงานการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความเฉื่อยชา = inactivity และการกินจุ = overeat เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคอ้วน

จากสาเหตุต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าภาวะอ้วนในผู้สูงอายุเกิดจาก กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม และการมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องในการรับประทานอาหารและการใช้พลังงานในแต่ละวัน คือรับประทานอาหารมากกว่าพลังงานที่ร่างกายนำไปใช้ทำให้เกิดการสะสมของไขมันในร่างกาย ซึ่งในส่วนที่สามารถแก้ไขได้คือ ในเรื่องของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะอ้วนของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เกิดจากภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุจะเริ่มเปลี่ยนไปในทางเลื่อม โดยมีการสลายมากกว่าการสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะลดลง ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ หลายประการ ได้แก่ (วินัส ลิพิทกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้มและถนอมขวัญ ทวีบูรณ, 2545)

1. การทำงานของประสาททั้ง 5 ด้อยลง เช่น การทำงานของประสาทที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น รับรส รับกลิ่น เสียงและสัมผัสจะด้อยลง ทำให้ความอยากอาหารลดลง สายตาไม่ดี ทำให้การเลือกซื้ออาหารและการปรุงอาหารขาดประสิทธิภาพได้ เมื่อประสาทรับรู้กลิ่นทำงานไม่ดี ก็ทำให้ความสุขในการกินอาหารน้อยลง

2. การทำงานของระบบทางเดินอาหารด้อยลง อาจเป็นโรคฟันผุหรือไม่มีฟันทั้งปากหรือใส่ฟันปลอมที่ไม่พอดี ต่อม้ำลายหลั่งน้ำลายน้อยลง มีผลให้การบดเคี้ยวอาหารภายในปากไม่ดี น้ำย่อยอาหารก็มีน้อยลงทำให้การย่อยและการดูดซึมไม่ดี ทำให้เกิดอาการแน่นท้อง และท้องอืดได้ นอกจากนี้เคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้สูงอายุก็มีน้อยกว่าคนหนุ่มสาว ทำให้เกิดอาการท้องผูก

3. ประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้สูงอายุน้อยลง ทำให้การกำจัดของเสียต่างๆ รวมทั้งของเสียจากโปรตีนเป็นไปได้ไม่ดี

4. ประสิทธิภาพในการเผาผลาญกลูโคสลดลง ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากตับอ่อนหลั่งอินซูลินได้น้อยลงหรือเนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานจึงเพิ่มขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

5. ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลงเนื่องจากระดับการออกกำลังกายหรือการทำงานลดลง โดยเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไปแล้วความต้องการอาหารที่เป็นต้นตอของพลังงานจะลดลงร้อยละ 10 - 20

6. อุปสรรคทางกาย ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เพราะสายตาไม่ดีและโรคทางกายบางอย่างเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่นโรคข้อเข่าอักเสบ จึงไม่สามารถซื้อและปรุงอาหารได้ด้วยตนเอง

7. ปัญหาทางจิต ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามักมีอาการเบื่ออาหาร ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็เกิดโรคขาดสารอาหารได้

8. ฐานะการเงิน ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยต้องลดการซื้ออาหารที่มีราคาแพงโดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ผลไม้ จึงขาดสารอาหารได้ ผู้สูงอายุที่มีฐานะดีแต่ประหยัดก็เป็นโรคขาดสารอาหารได้

9. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุที่ชอบรับประทานอาหารซ้ำๆไม่เปลี่ยนแปลง ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย หรือไม่ก็ได้รับมากเกินไป เช่นชอบรับประทานรสเค็มจัดหวานจัด เป็นต้น

10. การป่วยและการใช้ยา ผู้สูงอายุที่ป่วยมีก้อนเนื้อเล็กจุดที่ท้อไตจะรู้สึกปวดเมื่อรับประทานอาหาร จึงไม่ยอมรับประทานอาหาร บางรายที่รับประทานยาขับปัสสาวะเพื่อควบคุมความดันโลหิตแต่ไม่ได้รับประทานผลไม้ประเภทส้ม กล้วย จะทำให้ขาดโปแตสเซียม การรู้ที่ผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนหรือไม่นั้นมีวิธีการประเมินภาวะอ้วนทำได้หลายวิธี

2.5 การประเมินภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะอ้วนในผู้สูงอายุ ทำได้หลายวิธี แต่วิธีที่ถือเป็นมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับทางการแพทย์อาจแบ่งได้ดังนี้ (พรพิศิตา ชัยอำนวนย, 2545)

1.) การวัดเปอร์เซ็นต์ไขมัน (% Body Fat) วิธีการวินิจฉัยภาวะอ้วนที่แน่นอนคือการวัดปริมาณไขมันในร่างกายว่ามีมากน้อยเพียงใด ส่วนการวัดปริมาณไขมันในช่องท้องและไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหน้าท้องจะบ่งบอกว่าเป็นภาวะอ้วนลงพุงหรือไม่ แต่การวัดปริมาณไขมันในร่างกายนี้ต้องใช้เครื่องมือพิเศษและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงใช้ดัชนีมวลกาย (BMI) เพื่อการวินิจฉัยภาวะอ้วน และใช้ขนาดของเส้นรอบวงเอว (Waist circumference) เพื่อการวินิจฉัยภาวะอ้วนลงพุง

2.) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index-BMI) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าดัชนีมวลกายเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินภาวะการสะสมพลังงานในผู้ใหญ่ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป เพราะดัชนีมวลกายที่เกินมาตรฐานบ่งบอกว่าบุคคลมีน้ำหนักที่มากเกินไป ไม่สมดุลกับส่วนสูง

ซึ่งส่วนที่เกินมานั้นก็คือไขมันที่พอกอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายนั่นเอง และข้อมูลที่ต้องนำมาใช้ในการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย คือ น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง} \times \text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

$$\text{ส่วนสูง} \times \text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}$$

สำหรับเกณฑ์ตัดสินภาวะอ้วนโดยใช้ดัชนีมวลกายที่เสนอแนะให้ใช้ในคนเอเชียนั้น องค์การอนามัยโลกใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ≥ 25 กก./ม.²

เกณฑ์การประเมินน้ำหนักตัวโดยใช้ดัชนีมวลกายสำหรับผู้ใหญ่ชาวเอเชีย (WHO, 2000)

ภาวะ	ดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	< 18.5	ต่ำ (แต่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ)
ปกติ	18.5-22.9	อยู่ในระดับปกติ
น้ำหนักเกินมาตรฐาน	23-24.9	มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน
โรคอ้วน ระดับ I	25-29.9	มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ปานกลาง
โรคอ้วน ระดับ II	> 30	มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน รุนแรง

3.) การวัดขนาดของรอบวงเอว (Waist circumference) เส้นรอบวงเอวเป็นดัชนีวัดของเนื้อเยื่อไขมัน และมีความสัมพันธ์กับ fat mass เมื่อใช้การคำนวณเป็นสัดส่วนกับเส้นรอบโคนขาหรือสะโพก จะเป็นดัชนีชี้บ่งของการกระจายไขมันในระดับที่เป็น Masculine เมื่อสัดส่วนนี้มีค่าสูง รูปแบบของการกระจายไขมันแบบนี้จะทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน เส้นรอบวงเอวจะมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นดัชนีวัดของความอ้วน หรือภาวะโภชนาการเกิน

วิธีการวัดเส้นรอบวงเอว คือ วัดเส้นรอบตัวตรงส่วนที่แคบที่สุด โดยให้ผู้ที่ถูกวัดยืนตรง ปล่อยแขนในท่าสบาย เท้าชิดกัน ใช้สายวัดที่ไม่ยืดวัดรอบเอวในบริเวณเหนือสะดือขึ้นมา ควรวัดบนเนื้อที่ไม่มีเสื้อผ้าหนาและทำการจดบันทึกในขณะที่ผู้ถูกวัดอยู่ในท่าที่หายใจออก (คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2547)

ขนาดของรอบวงเอวในผู้ใหญ่

ชาย ≥ 94 ซม. (37 นิ้ว) เริ่มอ้วน ≥ 102 ซม. (40 นิ้ว) อ้วนมาก

หญิง ≥ 80 ซม. (32 นิ้ว) เริ่มอ้วน ≥ 88 ซม. (88 นิ้ว) อ้วนมาก

หมายเหตุ \geq คือ มากกว่าหรือเท่ากับ

ในการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้การประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุโดยการประเมินจาก ค่าดัชนีมวลกาย และการวัดขนาดของรอบเอว เนื่องจากการวัดขนาดของรอบเอวสามารถบอกถึง พฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพได้ดี (คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุของสถาบัน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2547) และเป็นดัชนีโดยอ้อมในการบอกถึงการบริโภคอาหารที่มีไขมัน น้ำตาล และอาหารประเภทเส้นใยด้วย และเส้นรอบวงเอวจะมีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดของความอ้วน

2.6 ผลกระทบของภาวะอ้วน

ผลกระทบของภาวะอ้วน ภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนถ้ามีอาการอยู่นาน และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ดังนี้

1. โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สาเหตุเกิดจากเมื่อไขมันสะสมมากขึ้นจะทำให้เกิดภาวะที่ระดับฮอร์โมนอินซูลินสูงมากกว่า ธรรมดา และขณะเดียวกันระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นด้วย ภาวะนี้ตรงกันข้ามกับคนปกติซึ่ง ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำลงในขณะที่อินซูลินสูงกว่าธรรมดา อินซูลินที่สูงขึ้นจะทำให้เซลล์ที่ตับอ่อน เกิดความล้าในที่สุด ไม่สามารถสร้างอินซูลินได้เพียงพอ เกิดการสะสมน้ำตาลทำให้เป็นเบาหวาน ได้ (เสถียร เตชะไพฑูรย์, 2542)

2. โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และหลอดเลือด ภาวะน้ำหนักเกินมีความเกี่ยวข้องกับโรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด หัวใจ และหลอดเลือดสมอง โดยจะมีความเกี่ยวข้องกันเนื่องจากเมื่อปริมาณไขมันซึ่งได้แก่ ไตรกลี เซอไรด์สูง HDL คอลเลสเตอรอลในเลือดต่ำ และ อะโปโปรตีนในไขมันโปรตีนที่มีความหนาแน่น ต่ำในเลือดสูง เป็นเหตุให้เกิดหลอดเลือดตีบแข็ง (Atherosclerotic Diseases) เพราะไขมันที่แทรก ซึมเข้าไปในผนังหลอดเลือดทำให้ผนังแข็งและมีรูตีบเกิดขึ้น ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงนำไปสู่โรค เส้นเลือดสมองได้ และถ้าเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบแข็งเมื่อเกิดภาวะตึงเครียดหรือออกกำลังกายหักโหม ทำให้หัวใจทำงานมากขึ้น เลือดที่มาเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอจะเกิดอาการเจ็บ หน้าอกตามมา และถ้าหลอดเลือดตีบจนเลือดไหลผ่านไม่ได้ หรือมีก้อนเลือดอุดตัน จะทำให้เกิด กล้ามเนื้อหัวใจตาย และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (เสถียร เตชะไพฑูรย์, 2542; มูลนิธิสาธารณสุข แห่งชาติ, 2549)

จากการศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกาย และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือด หัวใจตีบแล้วทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตามมาพบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 25-27.4 กก./ม.² คือผู้ที่มีน้ำหนักเกิน มีค่าความเสี่ยงเท่ากับ 1.16 ผู้ที่มีดัชนีมวลกายจัดอยู่ในประเภทอ้วนเกรดหนึ่ง คือมีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 30 กก./ม.² ขึ้นไป ถือว่าอยู่ในประเภทอ้วนเกรดสองและสาม มีค่า ความเสี่ยงเท่ากับ 1.80 ทำให้สามารถประมาณค่าได้ว่า ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มี

อัตราเสี่ยงในการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ (Real et al., 2001) โรคความดันโลหิตสูงนั้นสามารถเกิดได้จากสาเหตุอื่นอีก คือ ร่างกายมีขนาดใหญ่ ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อให้เพียงพอมากกว่าปกติ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544) ทำให้เกิดอันตรายที่สำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยการศึกษาติดตามผู้ชายอายุระหว่าง 40 ถึง 84 จำนวน 21,000 คน ที่ไม่ได้เป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นเวลา 12 ปี พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 747 คน ซึ่งค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองชนิด คือ ชนิดเส้นเลือดตีบ และชนิดเส้นเลือดแตก โดยผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 27.8 กิโลกรัม/เมตร² มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้งสองชนิดนี้ จากการวิเคราะห์ พบว่า การเพิ่มขึ้นของค่าดัชนีมวลกายในแต่ละหน่วยจะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 6 (Interlihealth.com, 2001)

3. โรคกระดูกและข้อ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจะทำให้เกิดผลกระทบต่อโรคกระดูกและข้อได้จากน้ำหนักที่มากขึ้น ทำให้ปกติตรงตำแหน่งข้อต่อกระดูกและกล้ามเนื้อทำให้การรับน้ำหนักมากเกินไป เป็นเหตุให้เกิดโรคกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท มีอาการปวดหลัง และโรคกระดูกและข้อเสื่อม (เสถียร เตชะไพฑูรย์, 2542; มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2549) พบว่า คนงานที่มีภาวะน้ำหนักเกินโรคอ้วนจะมีปัญหาเกี่ยวกับเส้นประสาทของข้อมือและมือ (Lycos, 1998) และจากการศึกษาของ Oliveria et al., 1999 ซึ่งศึกษาถึงตัวแปรที่มีผลต่อการเสื่อมของข้อกระดูกบริเวณมือ ข้อต่อสะโพก ข้อต่อข้อเข่า ในผู้หญิงอายุ 20 ปีถึง 89 ปี พบว่าเมื่อควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องคือ การใช้ฮอร์โมนในการรักษาการสูบบุหรี่ การใช้บริการสุขภาพต่างๆ ความสูง พบว่า น้ำหนักจะเป็นตัวทำนายการเกิดโรคกระดูกและข้อเสื่อมเป็นอัตราเท่ากับ 3.0 - 10.5 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมีความเกี่ยวข้องกันกับการพัฒนาการเกิดโรคกระดูกและข้อเสื่อมในข้อต่อ บริเวณมือ ข้อต่อสะโพก และข้อเข่า

4. โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการที่เรียกว่า Pickwickian Syndrome คือ อาการซึ่มและหลับง่ายในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน เนื่องจากมีไขมันเกาะตามอวัยวะภายในช่องท้องมาก ทำให้กระบังลมถูกดันสูงขึ้น มีผลทำให้ปอดขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ทำให้เกิดการพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในปอด เกิดการคั่งของคาร์บอน ไดออกไซด์อยู่ในเลือดมากทำให้เกิดการง่วงซึ่ม และหลับเมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ไชกระดูกจะตอบสนองโดยจะผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเม็ดเลือดแดงสูง เป็นสาเหตุให้เลือดข้น ความหนืดของเลือดเพิ่มขึ้น มีผลให้เสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดสมองและหัวใจตัน ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะดังกล่าวไม่เพียงพอ ทำให้มีอาการซึ่มและหลับได้ (เสถียร เตชะไพฑูรย์, 2542) จากการศึกษพบว่า ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมีปัจจัยเสี่ยงที่สูงมากกับการเกิดภาวะนี้

โดยเฉพาะผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 28 กิโลกรัม/เมตร² ขึ้นไปและยิ่งเสี่ยงมากขึ้นในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ

5. โรคมะเร็งบางชนิด การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งของระบบทางเดินอาหาร และทำให้เกิดการจุกแน่นบริเวณยอดอก (Heartburn) โดยในผู้หญิงภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งมดลูกมากกว่าผู้หญิงผอม 2 ถึง 3 เท่า ส่วนในผู้ชายพบว่า มีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ จากการศึกษาของ Shike (1996) พบว่าผู้ชาย 750,000 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่เป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีจำนวนร้อยละมากกว่าและเท่ากับ 40 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน

6. โรคนี้้วนในถุงน้ำดี พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สาเหตุเนื่องมาจากเมื่อร่างกายมีการสะสมของไขมันมากทำให้มีการสร้างโคเลสเตอรอลไปเป็นน้ำดีมากขึ้น ทำให้ความเข้มข้นของโคเลสเตอรอลในน้ำดีเพิ่มขึ้นจนตกตะกอนเกิดนิ่วในถุงน้ำดี (เสถียร เตชะไพฑูริย์, 2542) จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีในสตรีที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 32 กิโลกรัม/เมตร² เปรียบเทียบกับสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² พบว่าในสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 32 กิโลกรัม/เมตร² มีภาวะเสี่ยงของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² (Maclure et al., n.d. cite in WHO Technical Report Series, 1995)

7. โรคของไตและระบบขับถ่ายปัสสาวะ ในสตรีที่มีภาวะอ้วนจะมีการเพิ่มแรงดันของเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดที่ไตขยายใหญ่ขึ้น การกรองและการดูดซึมกลับของโซเดียมเพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถต้านทานได้ทำให้ไตเกิดการสูญเสียโครงสร้างและหน้าที่ (Krauss et al., 1998) นอกจากนั้นยังเพิ่มความเสี่ยงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ กลไกที่แท้จริงนั้นยังไม่ทราบแน่ชัดแต่คาดว่าเกิดจากการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นอาจเป็นสาเหตุของการเพิ่มแรงดันในช่องท้องทำให้เกิดแรงดันในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ซึ่งมีผลต่อการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากแรงดันช่องท้องสูงได้ จากการศึกษาของ Brow, Seely, Fong, Black, Ensrud & Grady (1996) พบว่าสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถึงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับสตรีที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร²

8. โรคผิวหนัง จากการที่มีไขมันสะสมบริเวณแขน ขา และหน้าท้องจำนวนมากทำให้เคลื่อนไหวลำบาก เมื่อเดินไปมาต้นขาจะเสียดสีกันทำให้มีแผลกับเหงื่อตามผิวหนังเกิดกลิ่นเหม็นอับ ส่วนบริเวณใบหน้าเมื่อเป็นมันจะเกิดสิวได้ง่ายกว่าคนที่น้ำหนักปกติ (เทวี โพธิ์ฉะ และนิตยา ตั้งชูรัตน์, 2538)

9. ปัญหาด้านจิตใจและปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง ปัญหาทางจิตใจเป็นปัญหาที่สำคัญอันหนึ่งในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกิน สำหรับในผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินทำให้เกิดการเสียหน้าที่ใน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 40 กก./เมตร² ขึ้นไป จะมีความสัมพันธ์กับการจำกัดการทำงานที่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในผู้หญิงและในผู้ชาย (Friendmann, Elasy & Jensen, 2001) ดังผลการศึกษาของ Drek (1988) อ้างถึงใน สุกัลักษณ์ บุญความดี (2541) พบว่า คนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนจะรู้สึกว่าคุณสมบัติของร่างกายมีปมด้อย นำอายุถูกล้อเลียนเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การทำงานช้าไม่คล่องแคล่ว อาจเป็นสาเหตุให้คิดมากจนเป็นโรคจิต โรคประสาทได้

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

อารยา ตามภานนท์ (2542) ศึกษาความชุกของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีร้อยละ 20.5 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายของร่างกายอยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.7 ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่ มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและกามีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ การรับประทานอาหาร พบว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ การรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหาร โดยยึดรสชาติของอาหารเป็นหลัก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ ด้านปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวันของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานพบว่าได้รับ คาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด และเพศหญิงได้รับสารอาหารประจำวันมากกว่าเพศชาย

เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ เพศ ระดับการศึกษา และความเพียงพอของรายได้ ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะสุขภาพจิต การรับรู้ภาวะสุขภาพ และหาตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดชลบุรี ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2546 จำนวน 200 ราย ผลการวิจัยพบว่าทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะสุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ร้อยละ 32 โดยทัศนคติเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

สุพรรณิ เบี้ยวนาลาว (2549) ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่อาศัยอยู่เขตเทศบาลตำบลนาป่า อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน

20 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน โดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นรายกลุ่ม ทั้งหมด 8 สัปดาห์ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยแบ่งออกเป็น 5 ครั้ง ห่างกันแต่ละครั้งใช้เวลา 1 สัปดาห์ และประเมินผลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 5 คือสัปดาห์ที่ 8 ห่างจากครั้งที่ 4 เป็นเวลา 4 สัปดาห์เพื่อทำการประเมินผลในระยะติดตามผล ผลการศึกษาพบว่าคำแนะนำการรับรู้โอกาสเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน การรับรู้ประโยชน์จากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน มีการเปลี่ยนแปลงที่สูงมากขึ้น และการรับรู้อุปสรรคจากการมีพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมีการเปลี่ยนแปลงที่ต่ำลง

2.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของรอบเอว

วณิช า กิจวรพัฒน์ และคณะ (2000) ศึกษาลักษณะการกระจายของไขมันที่สะสมตามส่วนต่างๆของร่างกาย พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,203 คน เป็นชาย 998 คน หญิง 1,205 คน อยู่ในเขตชนบทร้อยละ 80.3 เขตสุขภาพิบาลร้อยละ 6.8 เขตเมืองร้อยละ 12.9 อัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก (WHR > 0.85) ร้อยละ 46.2 พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เส้นรอบวงเอวชาย > 94 ซม. พบร้อยละ 8.4 เส้นรอบวงเอวหญิง > 80 ซม. พบร้อยละ 33.2 ค่าBMI > 25 กก./ม.² พบร้อยละ 22.1 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

ลักขณา ไทยเครือ สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์และ วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์ (2549) ศึกษาเกณฑ์ที่เหมาะสมของดัชนีมวลกายสำหรับประชากรผู้ใหญ่ไทย และหาความสัมพันธ์ของระดับดัชนีมวลกายกับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ศึกษาในเดือนมกราคม – พฤษภาคม 2547 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 127 คน จากครูที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีในเขตอำเภอดกลาง จังหวัดภูเก็ต ผลการศึกษาพบว่า ที่ระดับดัชนีมวลกาย ≥ 23 กก./ม.² มีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งได้แก่ ความดันโลหิต ระดับแอลดีแอลสูง และไตรกลีเซอไรด์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 เมื่อควบคุมปัจจัยเพศและอายุ (อายุ < 50 ปี และ ≥ 50 ปี) พบว่า แมื่อดัชนีมวลกายที่ระดับ 23 กก./ม.² ยังสัมพันธ์กับโคเลสเตอรอลรวมสูง 2.7 เท่า แอลดีแอลสูง 5.1 เท่า เอสดีแอลต่ำ 5.4 เท่า ไตรกลีเซอไรด์สูง 5.4 เท่า และอัตราส่วนโคเลสเตอรอลรวมต่อเอสดีแอล (THR) 7.2 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ดังนั้นดัชนีมวลกายที่ระดับ 23 กก./ม.² น่าจะเหมาะสมต่อการใช้เป็นเกณฑ์ชี้บ่งภาวะน้ำหนักเกินเพื่อการคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับประชากรผู้ใหญ่ไทย

นิพนธ์ เสริมพาณิชย์ (2549) ศึกษา โรคอ้วนในชุมชนแออัดในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ เมื่อเดือนสิงหาคม 2545 จำนวน 1,003 คน โดยความสนใจมาตรวจที่ศูนย์สาธารณสุข 6 แห่ง เป็นหญิง 667 คน อายุระหว่าง 35-65 ปี พบว่ามีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เกิน 23 กก./ม.²

เป็นชายร้อยละ 64.3 หญิงร้อยละ 62.8 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ 45-55 ปี ร้อยละ 34 รองลงมาคือช่วงอายุ 56 - 65 ปี ร้อยละ 30 ช่วงอายุ ช่วงอายุ 5 - 45 ปี ร้อยละ 20.7 ช่วงอายุ 66 - 75 ปี ร้อยละ 12.7 และอายุเกิน 75 ปี มีร้อยละ 1.8

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภค คือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค ซึ่งมีผู้ให้ความหมายต่างๆ ดังนี้

วราภรณ์ บุตรศรี (2538) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะความชอบและความเคยชินในการรับประทานหรือไม่รับประทานอาหาร ลักษณะและชนิดของอาหารที่รับประทาน จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร

จรัสศรี อุตสาหะ (2538) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกที่กระทำอยู่เป็นประจำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้แก่การรับประทานหรือการไม่รับประทานอาหาร จำนวนมื้อที่รับประทาน การเลือกชนิดอาหารที่รับประทาน

พุทธชาติ นาคเรือง (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติต่างๆที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลกระทำอยู่จนติดเป็นนิสัย ซึ่งได้แก่ การเลือกชนิดอาหาร ความถี่ในการบริโภคอาหาร และการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหาร

ขวัญจิต อินเหยี่ยว (2542) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินจนเป็นนิสัยเกี่ยวกับอาหารซึ่งครอบคลุมถึงประเภท ชนิดอาหารที่เลือกรับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหาร สุขนิสัยในการรับประทานอาหาร

ฐิติพร ประระมะ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออก เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ทำอยู่เป็นประจำ ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การเลือกรับประทานอาหาร การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง การบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการน้อย และจำนวนมื้ออาหารที่รับประทานไปในแต่ละวัน

ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภค คือ พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เกี่ยวข้องกับประเภทอาหาร ชนิด ระยะเวลารับประทาน และความถี่ในการรับประทาน โดยคำนึงถึงประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับร่างกาย

สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (2532) ได้สรุปถึงพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของคนไทยไว้ 3 กลุ่มดังนี้คือ

1. พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คือ พฤติกรรมการบริโภคที่มีผลไม่ดีต่อภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ผิดๆ ไม่มีเหตุผลเกี่ยวกับการกินเพราะความเชื่อถือที่มีมาตั้งแต่โบราณ เช่น การห้ามผู้ป่วยรับประทานอาหารบางประเภทโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน

2. พฤติกรรมกลางๆ ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

3. พฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ พฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมกับความต้องการของสุขภาพและวัยต่างๆ คำนึงถึงประโยชน์ และคุณค่าทางอาหารมากกว่าราคา รสชาติ ค่านิยมของอาหาร เลิกความเชื่อแบบผิดๆ เกี่ยวกับอาหาร

นอกจากนี้ สุรียพร ไสกันเกตุ (2544) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคนอกจากจะมีพฤติกรรมที่ดีแล้วบางกรณียังมีปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอีกด้วย ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าว มี 3 ประการ คือ

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารน้อยเกินไป เกิดโรคผอมแห้ง ขาดอาหาร ทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารต่างๆ ได้ ซึ่งได้แก่โรคขาดสารอาหาร PCM (Protein Calories Malnutrition) โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคตาบอดจากการขาดวิตามินเอ โรคคอพอกจากการขาดไอโอดีน โรคปากนกกระจอกจากการขาดวิตามิน B₂ เป็นต้น

2. พฤติกรรมบริโภคอาหารมากเกินไป ทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน เกิดโรคอ้วนและเกิดโรคต่างๆ ได้แก่โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง กมลพรรณณ์ เมฆวรวิ พิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์ (2544) ระบุว่า อาหารที่เป็นสาเหตุทำให้คนเราอ้วนขึ้นได้นั้น คือ การกินอาหารไม่ถูกต้อง กินมากเกินไป กินน้อยแต่บ่อยๆ กินอาหารที่มีไขมันมาก ชอบกินอาหารมีอติ๊ก กินเลี้ยงสังสรรค์บ่อยๆ ดื่มสุราหรือเบียร์เป็นประจำ ลักษณะการกินเหล่านี้ทำให้คนเราอ้วนได้ทั้งสิ้น

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด มีสารพิษทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย ก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคมะเร็ง การบริโภคอาหารที่มีไขมันก่อให้เกิดโรคมะเร็งในลำไส้ใหญ่ รับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ มีแต่น้ำตาล เป็นต้น

3.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภค

ขวัญจิต อินเหยี่ยว (2542) ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคไว้ดังนี้

1. ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) สภาพแวดล้อมของชุมชนเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ อากาศ อุณหภูมิ และทรัพยากรอื่นๆ เป็นต้น ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตอาหารตลอดจนทางคมนาคมติดต่อกับภายนอก

2. สุขภาพและสรีระภาพ (Health and physiological condition) คือ นิสัยการบริโภคที่ดีและสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักจะไปด้วยกัน

3. ภาวะเศรษฐกิจ (Economic status) รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารชนิดต่างๆ

4. ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรม (Cultural factor) คือวัฒนธรรมอาหาร (Food culture) ของแต่ละสังคมที่แต่ละสังคมที่ต่างวัฒนธรรมก็จะรับประทานอาหารที่แตกต่างกันออกไป

5. ปัจจัยทางด้านสังคม (Social factor) เป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัยเกิดขึ้นตามขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมนั้นๆ แต่ในแต่ละสังคมอาจจะมีการบริโภคที่ไม่เหมือนกันได้ เพราะมาจากข้อจำกัดเกี่ยวกับเพศ วัย สถานะ ศักดิ์ศรี ฯลฯ

6. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (Psychological factor) เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดในสังคมนั้น

7. ปัจจัยด้านกลุ่มเพื่อน จะมีอิทธิพลมากต่อเด็ก เช่น ดารานิยมรับประทานอาหารชนิดใด เด็กก็จะเลียนแบบ เป็นต้น บางกรณีอาจมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่ด้วย

8. ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นการถ่ายทอดการปฏิบัติในการรับประทานอาหารจากครอบครัวให้นับแต่วัยเด็ก ทำให้เกิดการเรียนรู้ทัศนคติ การยอมรับ ปฏิเสธ หรือความชอบ เป็นต้น

9. ปัจจัยด้านความสามารถในการรับรสสัมผัสรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติอาหารทำให้เกิดความนิยมในอาหารที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล

10. สื่อสารมวลชน มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้า

11. อิทธิพลของการศึกษา ผู้มีการศึกษาดีย่อมทราบถึงประโยชน์ คุณค่าดีกว่าผู้ไม่มีความรู้

12. ศาสนา ข้อกำหนดของแต่ละศาสนาเกี่ยวกับอาหารอาจแตกต่างกันไป ผู้เคร่งครัดย่อมปฏิบัติตามความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ

ส่วนจิราพร ชันทะธง (2544) ได้อ้างถึงข้อสรุปจากการสัมมนาทางวิชาการเรื่องการปรับพฤติกรรมการกินของคนไทยจัดโดยมหาวิทยาลัยมหิดล ที่ระบุว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารของคนไทยเกี่ยวเนื่องจากหลายปัจจัย

1. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยช่วยลดภาวะจำยอมและเอื้ออำนวยทางเลือกให้เกิดพฤติกรรมที่ทดแทนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อื่นได้ ดังนั้นคนจึงมีโอกาสที่จะเลือกพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้น้อยกว่าคนที่มั่งคั่งดี เพราะการมีฐานะทางเศรษฐกิจดีอาจเป็นตัวส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการกินที่ไม่พึงประสงค์ได้เช่นกัน หากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการกินที่เหมาะสม

2. ปัจจัยทางด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่เป็นแรงเสริม ก่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางของภาวะทางด้านความต้องการของร่างกายและสิ่งแวดล้อม เช่น วิธีการดำเนินชีวิตตามธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม อิทธิพลของผู้ที่ตนเองยอมรับนับถือ เช่น พระสงฆ์

ผู้สูงอายุจะใช้เป็นข้ออ้างเพื่อส่งเสริมความเชื่อหรือพฤติกรรมดั้งเดิมที่เป็นพฤติกรรมอันพึงประสงค์ อยู่แล้ว การบริการทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิด พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพราะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความปลอดภัยต่อสุขภาพทำให้กล้า ตัดสินใจที่จะทำในสิ่งที่ไม่เคยมีประสบการณ์และเป็นเรื่องเคยกลัวมาก่อน

3. ปัจจัยทางการศึกษา ก่อให้เกิดความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะการที่ คนมีความรู้ความเข้าใจอย่างแท้จริงจะเกิดความเชื่อมั่น และพร้อมที่จะเผชิญความกลัวต่างๆ ได้อย่างกล้าหาญ ซึ่งจะนำไปสู่การก่อให้เกิดทัศนคติในการที่ได้กระทำสิ่งนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อเป็นสิ่งที่ได้กระทำแล้ว ก่อให้เกิดผลดีกับตนเองก็จะทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้นๆ

4. ปัจจัยร่วมต่างๆ ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นนี้จะนำไปสู่พฤติกรรมการกิน เมื่อปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นจะมีผลทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางโภชนาการจะ เห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ภาวะโภชนาการและพฤติกรรม การบริโภคนั้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถเปลี่ยนแปลงได้

3.3 พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน หมายถึง การปฏิบัติ กิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ด้านการควบคุมและการปรับพฤติกรรมของการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั้น อย่างสม่ำเสมอ จากการรวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมการบริโภคของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน คือการควบคุมอาหารและการปรับพฤติกรรมของการรับประทานอาหาร (เสถียร เตชะไพฑูริย์, 2542; เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2536; ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544)

การควบคุมอาหาร หลักของการควบคุมอาหารใช้หลักเดียวกัน คือ พลังงาน ที่น้อยกว่าพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวัน (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544) ซึ่งสามารถใช้ในการควบคุมและ ป้องกันภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนได้

1.1 การควบคุมอาหารเพื่อการรักษา ปัจจุบันได้มีอาหารที่ใช้ควบคุมน้ำหนักอยู่ 4 ประเภท (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2544) ซึ่งต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์ คือ

1.1.1 อาหารที่ให้พลังงานต่ำที่พอเหมาะสำหรับแต่ละบุคคล หลักการของ อาหารประเภทนี้ คือ รับประทานอาหารให้น้อย วันละ 500-600 กิโลแคลอรี ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน แต่ไม่ควรให้พลังงานต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรี

1.1.2 อาหารที่มีไขมันต่ำ แต่มีโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และเกลือแร่ รวมอยู่ อาหารประเภทนี้ คือ อาหารประเภท เนื้อสัตว์ ที่ปรุงโดยไม่ใช้ไขมัน เช่น ปลาเผา ไก่ต้ม (โดยไม่ รับประทานหนัง) กุ้งต้ม ปลาต้ม ร่วมกับผักใบ และผลไม้

1.1.3 อาหารที่ให้พลังงานวันละ 1,000 - 1,200 กิโลแคลอรี ซึ่งอาจทำให้เกิดการขาดสารอาหารบางอย่างได้ ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการอาหารเสมอ

1.1.4 อาหารที่ให้พลังงานต่ำ โดยมีสัดส่วนของพลังงานดังนี้ จากโปรตีน ร้อยละ 25.1 จากไขมันร้อยละ 11.3 และจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 63.6 การรักษาวินัยนี้ต้องอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด ดังนั้นควรให้การรักษาเฉพาะผู้ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/เมตร² และมีปัญหาทางการแพทย์ เช่น ต้องลดน้ำหนักก่อนผ่าตัด

1.2 การควบคุมอาหารเพื่อการป้องกัน โดยการควบคุมอาหารที่สามารถปฏิบัติด้วยตนเอง สามารถทำได้โดยการจำกัดอาหารรับประทานเอง โดยยึดหลักสมดุล (Balance diet) คือ จำกัดอาหารโดยคำนึงถึงการได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนอัตราส่วนสมดุลกัน ดังนี้

1.2.1 โปรตีน ควรได้รับร้อยละ 15 - 20 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายควรได้รับในแต่ละวันโดยได้โปรตีนไม่ต่ำกว่า 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โปรตีนที่ได้รับควรเป็นโปรตีนคุณภาพดีจากเนื้อสัตว์ ไข่ นม เป็นต้น

1.2.2 ไขมัน ควรได้รับร้อยละ 20 - 30 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายควรได้รับ ไขมันที่ได้ควรเป็นไขมันจากพืช เนื่องจากมีกรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ยกเว้นจากมะพร้าว และปาล์ม

1.2.3 คาร์โบไฮเดรต ควรได้รับร้อยละ 40 - 50 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ร่างกายควรได้รับ ควรเลือกพวกคอมเพล็กซ์ คาร์โบไฮเดรต ซึ่งได้แก่ พวกผัก ผลไม้ ธัญพืช ซึ่งเป็นอาหารที่มีเส้นใยอยู่มาก ทำให้อิ่มท้อง แคลอรีน้อย

1.2.4 วิตามินและเกลือแร่ จำเป็นในการเผาผลาญอาหารหม้ออื่นๆ และทำให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ วิตามินและเกลือแร่ จะได้จากผักและผลไม้ต่างๆ โดยเฉพาะผักใบเขียว

1.2.5 น้ำ จำเป็นในการทำงานของร่างกาย และการขับถ่ายของเสีย คนปกติต้องการน้ำวันละ 2,500 - 3,000 มล. ผู้ที่ลดน้ำหนักจำเป็นต้องดื่มน้ำมากขึ้นในการลดไขมัน การควบคุมอาหารเพื่อการป้องกันโรคอ้วนสามารถกระทำได้ด้วยตนเอง โดยการคำนึงถึงพลังงานของอาหารนั้นๆ จะจัดในรูปของอาหาร 5 หมู่ คือ

หมู่ที่ 1 ข้าวและแป้ง รวมทั้งผลผลิตจากข้าว สารอาหารหม้อนี้มีคาร์โบไฮเดรตเป็นส่วนใหญ่ อาหารหม้อนี้ได้แก่ ข้าว ก๋วยเตี๋ยว เส้นหมี่ ขนมปัง วุ้นเส้น มักกะโรนี สปาเก็ตตี้ ก๋วยจั๊บ เอี้ยมอ๊ ควรรับประทานมื้อละ 1 - 2 ทัพพี (ในสภาพที่สุกแล้ว) การรับประทานอาหารหม้อนี้ ไม่ควรรับประทานให้อิ่มจนเกินไป ควรเลือกรับประทานอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งคละกันในแต่ละวัน

หมู่ที่ 2 เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่และนม หม้อนี้จะให้สารอาหารโปรตีน ได้แก่ เนื้อวัว หมู ปลา กุ้ง ไก่ ควรเลือกรับประทานเฉพาะที่เป็นเนื้อล้วนๆ ไม่มีไขมันติด หรือไม่มีหนัง ควรรับประทานมื้อละ

2 - 3 ซ็อนโตะ (ในสภาพที่สุกแล้ว) ส่วนนมสดควรตีมันนมพร้อมมันเนย ไข่ ควรรับประทานไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ในการปรุงอาหารควรปรุงในรูปของ ไข่ตุ๋น ไข่ต้ม ไข่กวนน้ำ

หมู่ที่ 3 ผักต่างๆ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประเภทที่หนึ่ง คือ ผักที่ให้พลังงานน้อยมาก รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักทุกชนิดที่ได้จากต้นและใบ เช่น คื่นช่าย ผักบุ้ง ผักกาดหอม เห็ด หน่อไม้ ถั่วงอก มะละกอดิบ แตงกวา เป็นต้น ประเภทที่ 2 คือ ผักที่มีคาร์โบไฮเดรตให้พลังงานแก่ร่างกาย ได้แก่ พื้กทอง มันแกว ถั่วฝักยาว และถั่วลันเตา

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ ควรรับประทานผลไม้สดมากกว่าผลไม้แห้ง หรือผลไม้เชื่อม ส่วนผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน มะม่วง เงาะ ลำไย ควรรับประทานในปริมาณจำกัด ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานน้อย เช่น ชมพู่ ส้ม พุทรา แอปเปิ้ล เป็นต้น

หมู่ที่ 5 ไขมัน ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักควรรับประทานไขมันน้อยกว่าปกติ อาหารจำพวกไขมันได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันพืชทุกชนิด ขนม เนยเทียม มายองเนส ไม่ควรรับประทานน้ำมันเกินวันละ 3 ช้อนชา และควรรับประทานน้ำมันพืช ยกเว้นน้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม

นอกจากนี้อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ขนม น้ำตาล ของหวานและอาหารจำพวกมีน้ำตาลสูงอาหารจำพวกนี้ยังรวมทั้งน้ำผึ้ง แยม ผลไม้กระป๋อง ลูกกวาด ช็อกโกแลต น้ำหวานและอาหารสำเร็จรูปส่วนใหญ่มีน้ำตาลอยู่มาก และควรงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง เช่น เบียร์ และเหล้าไวน์หวาน เป็นต้น

3.4 การปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือการปรับปรุงนิสัยการบริโภค โดยครอบคลุมการรับประทานอาหาร ว่ารับประทานอะไร ที่ไหน เมื่อใด และอย่างไร และระดับการเคลื่อนไหวของร่างกาย วิธีการนี้มักดำเนินการเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 8 - 12 คน โดยมีหลักปฏิบัติ ดังนี้ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544)

การสำรวจตัวเอง ให้บันทึกประจำวันเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน และภาวะเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

การแก้ปัญหา การฝึกให้มีทักษะในการแก้ปัญหาเป็นระบบเพื่อแก้ไขอุปสรรค ซึ่งพบจากการสำรวจตนเอง ผู้ป่วยได้รับการสอนในประเด็นต่อไปนี้ เพื่อนำไปใช้ในการควบคุมน้ำหนักตัว

1. ระบุ และชี้ถึงตัวอุปสรรคในการควบคุมน้ำหนักตัว
2. หาวิธี แก้ไขปัญหาดังกล่าว
3. ประเมินวิธีแก้ปัญหาที่น่าจะดำเนินการ และเลือกมาใช้ 1 วิธีการ
4. วางแผน และนำไปปรับปรุงพฤติกรรม
5. ประเมินผลที่ได้รับ
6. ถ้าดำเนินการไม่สำเร็จให้พิจารณาซ้ำ แล้วเลือกวิธีการอื่น เพื่อนำไปแก้ปัญหาใหม่

สรุปได้ว่า การปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเช้า ควรเป็นดังนี้ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2544; เสถียร เตชะไพฑูรย์, 2542)

1. ในแต่ละวันควรรับประทานอาหารเช้าให้ครบทั้ง 5 หมู่คือ เนื้อสัตว์/นม/ไข่ ข้าว/แป้ง ผัก ผลไม้และไขมัน
2. รับประทานอาหารเช้าตรงเวลาทุกวัน
3. ลดการรับประทานอาหารเช้า โดยเฉพาะอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัวสูง โดยปฏิบัติดังนี้
 - 3.1 เลือกรับประทานอาหารเช้าหรือน้ำมันพืชในการประกอบอาหารแทนน้ำมันจากสัตว์หรือน้ำมันมะพร้าว
 - 3.2 ลดปริมาณการใช้ไขมัน เนย ในการประกอบอาหาร
 - 3.3 เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย เช่น ปลา ไก่
 - 3.4 หลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ เช่นหนังไก่ หนังเป็ด แคนหมู โดยเลือกเอามัน หรือหนังออกก่อนรับประทาน
 - 3.5 ลดการรับประทานอาหารเช้าที่กะทิเป็นส่วนประกอบ เช่น แกงกะทิ ขนมหวานที่มีกะทิ
 - 3.6 ลดการรับประทานอาหารเช้าทอดโดยเลือกรับประทานอาหารเช้าที่ต้มหรือหนึ่งแทน
4. ลดการรับประทานอาหารเช้าจำพวก ข้าว แป้ง โดยรับประทานข้าว ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยวที่ปรุงสุกแล้วมีไขมันไม่เกิน 1 จานหรือมีไขมัน 1 – 2 ทัพพี
5. ลดการรับประทานน้ำตาล โดยปฏิบัติดังนี้
 - 5.1 ลดการเติมน้ำตาลในการปรุงรสก่อนรับประทาน
 - 5.2 ลดการรับประทานขนมหวาน โดย ลดปริมาณขนมหวานที่รับประทาน เลือกรับประทานผลไม้รสหวานน้อยแทนขนมหวาน
 - 5.3 ลดปริมาณน้ำตาลที่เติมในเครื่องดื่ม เช่น โอวัลติน ชา กาแฟ
 - 5.4 หลีกเลี่ยงการเติมน้ำอัดลม โดยดื่มน้ำเปล่าแทน
6. ลดการรับประทานเกลือโซเดียม โดย
 - 6.1 ลดการเติมเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วในการปรุงรสอาหารก่อนรับประทาน
 - 6.2 เลือกรับประทานอาหารเช้าที่เค็มน้อย
7. ลดการรับประทานอาหารเช้าที่โคเลสเตอรอลสูง โดยปฏิบัติดังนี้
 - 7.1 รับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์
 - 7.2 ลดการรับประทานเครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับ อาหารทะเล เช่นปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม
8. ลดการรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย

9. ลดการดื่มชา กาแฟ โดยดื่มกาแฟไม่เกิน 1 ถ้วยต่อวัน ชาไม่เกิน 2 ถ้วยต่อวัน
10. เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทเส้นใย โดยปฏิบัติดังนี้
 - 10.1 รับประทานผักสดหรือต้ม ทั้งผักสีเขียวและสีเหลืองทุกวัน
 - 10.2 รับประทานผลไม้รสหวานน้อยทุกวัน
11. รับประทานแคลเซียมให้เพียงพอ โดยดื่มนมพร่องมันเนยอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือ รับประทานปลาเล็กปลาน้อย หรือกุ้งแห้ง หรือยาเสริมแคลเซียมทุกวัน
12. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 - 8 แก้ว

3.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ

นางลักษณ สีนท์แก้ว (2544) ศึกษาภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านช่างเคียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน เพศชาย 20 คน เพศหญิง 33 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 34 และภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 13.2 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดังนี้คือ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทผักและผลไม้ เครื่องดื่มและไขมัน เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ ไขมันพืชและผลิตภัณฑ์ ควรปรับปรุงและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเครื่องปรุงรส นมและผลิตภัณฑ์ น้ำตาลและขนมหวานไม่เหมาะสม

กาญจณี ชิตบุตร (2548) ศึกษาเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ และศึกษาอำนาจในการทำนายของเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ อำนาจการทำนายของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมต่อความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส จำนวน 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม ความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้อยู่ในระดับสูง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมสามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการมีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุได้ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุได้

Walker (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้การเข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ โดยศึกษาผู้หญิงสูงอายุในชนบทที่มีอายุ 50 - 69 ปี จำนวน 179 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคและการออกกำลังกายมีด้วยกัน 4 ด้าน คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และอิทธิพล

ระหว่างบุคคล ด้านพฤติกรรมทางกายประกอบด้วย การใช้พลังงาน การออกกำลังกายแบบแอโรบิก การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในด้านพฤติกรรมการบริโภคประกอบด้วย เปรอร์เซ็นต์ของไขมันที่บริโภคในแต่ละวัน การรับประทานผักและผลไม้ การรับประทานเนื้อสัตว์ และการรับประทานธัญพืช ซึ่งปัจจัยที่สามารถพยากรณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้หญิงสูงอายุในชนบทคือ ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนของบุคคลในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ

4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน จะเน้นการดูแลป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงมากกว่าการรักษาเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นไปทาง Primary health care การที่จะให้ผู้สูงอายุสามารถป้องกันโรคได้ พยาบาลต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น (สุชาติดา ธนะพงศพร, 2542) ในการวิจัยครั้งนี้พยาบาลจะต้องมีบทบาทดังนี้

บทบาทด้านการดูแล (Caring role) พยาบาลต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยการให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การดูแลรักษา การส่งเสริมสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะอ้วนซ้ำ ฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรคแทรกซ้อนจากภาวะอ้วน ตามกระบวนการพยาบาล โดยอาศัยความรู้ เทคนิคการพยาบาล เช่นการประเมินภาวะโภชนาการ การซักประวัติ เพื่อค้นหาสาเหตุและให้การดูแลรวมถึงการประเมินผลจากการดูแลเพื่อนำมาปรับปรุงให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

บทบาทด้านการให้ความรู้ (Teaching role) ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในการศึกษาค้นคว้า โดยการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแบบแผนการสอนอย่างมีระบบ พยาบาลต้องเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อควบคุมน้ำหนักและป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับพฤติกรรมและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ เบญจมาศ พร้อมเพรียง (2546) พบว่าความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินได้ร้อยละ 32 ดังนั้นจึงต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในเรื่องดังกล่าว

บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Counseling) พยาบาลต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนโดยเฉพาะเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารกินและการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการป้องกันการเกิดภาวะอ้วนในผู้สูงอายุปกติ โดยพยาบาลจะเป็นที่ปรึกษาและเป็นแหล่งประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ในการกระตุ้นให้เห็นผลดีของการเข้าร่วมโปรแกรม และ

ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเพื่อหาแนวทางจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการทำกิจกรรมตามโปรแกรมตามสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุ

บทบาทในด้านการวางแผน (Planning) โดยพยาบาลต้องมีการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ รวมถึงต้องมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนแผนที่วางไว้ได้ตามความเหมาะสมเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

บทบาทในการติดต่อสื่อสาร (Communication role) พยาบาลต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง ในการขอความร่วมมือในด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เหมาะสม

บทบาทในด้านการประสานงาน (Coordinating role) พยาบาลต้องมีการประสานงานกับผู้สูงอายุ บุคลากรและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เหมาะสม

บทบาทในด้านการป้องกัน (Protecting role) พยาบาลต้องมีบทบาทการป้องกันโดยการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินค่าดัชนีมวลกาย ชักประวัติการรับประทานอาหาร และการส่งเสริมความรู้ ให้คำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอ้วนได้เหมาะสม

บทบาททางสังคม (Socializing role) พยาบาลต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ครอบคลุมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะอ้วน และให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ เพื่อลดผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

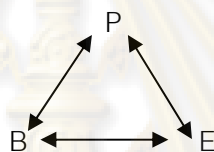
5. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

การรับรู้ความสมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) ของ Albert Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต, 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk & Cabonari, 1984) การรับรู้

ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ (Lawrance & McLeroy, 1990) มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” (I can do) (Ross, 1992)

แนวคิดพื้นฐานของการรับรู้สรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy)

เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura (1997) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อม (Environment factor) เพียงอย่างเดียว แต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factor) ร่วมด้วย และจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผลกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

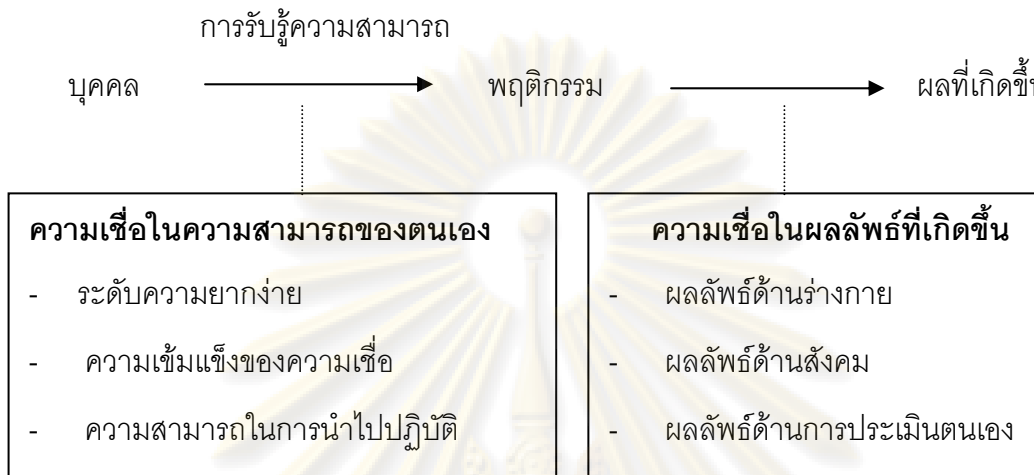


แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (แหล่งที่มา Bandura, 1977)

จากปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้น ไม่ได้เกิดพร้อมๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (Bandura, 1997) กล่าวคือพฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ความเชื่อ ในขณะเดียวกันปัจจัยภายในตัวบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกและปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่างๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพัน มีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ในความสามารถของตนและเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคล เกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997)

Bandura (1997) อธิบายว่า การที่มนุษย์จะรับเอาพฤติกรรมใดไว้ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการคือ การรับรู้ความสามารถของตน (Efficacy expectations) หมายถึง ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม และความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) หมายถึง การ

คาดคะเนของบุคคลว่า ถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน Bandura ได้นำเสนอรูปแบบปัจจัยด้านความคาดหวังในความสามารถสัมพันธ์กับพฤติกรรมและผลลัพธ์ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (แหล่งที่มา Bandura, 1997)

ดังนั้นสรุปได้ว่า บุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามี ความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผล ตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรม นั้นหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่คาดหวัง ว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น เพื่อ หลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว

วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง การพัฒนาการรับรู้ความสามารถ ของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการ ที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (Bandura, 1977; 1986; 1997) 4 แหล่งดังนี้

1) ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) การกระทำ กิจกรรมจนเกิดความสำเร็จ จะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง โดยเชื่อ ว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ตนจะสามารถ กระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายๆ ครั้งที่ได้รับจะช่วยสร้างความเชื่อที่แรง กกล้าในความสามารถของตนเอง แต่ความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อใน ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของ

ตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) การสังเกต “ตัวแบบ” (Model) หรือการสังเกตประสบการณ์ (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็ยังมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4 กระบวนการดังนี้

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแบบที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่นและสัมผัส ระดับของการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแบบ แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้ง่ายต่อการที่บุคคลมีการเก็บจำ จึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันทีหรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับ จากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุง แก้ไข พฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พอใจ

กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ อาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแบบได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจหรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง

เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแบบหรือเกิดความรู้สึกแฉ่งว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

ประเภทของตัวแบบเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1977) คือ ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live modeling) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง และประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพพลิก (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาวิต, 2541) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตามและมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997)

3) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่าเขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเองนี้ ย่อมทำให้บุคคลเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

4) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ (Emotional arousal) ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะตึงเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึง ความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ เมื่ออยู่ในภาวะเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด เพราะคนเรามักจะตีความหมายของปฏิกริยาความเครียดว่าเป็นผลมาจากการไม่มีความสามารถดีพอ

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในตนเอง

ชุติวรรณ นุริทราภิบาล (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มทดลองจำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน โดยมีการจัดกิจกรรมจำนวน 8 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 10 ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพ็ญพิชชา สร้อยอิน รัตนภวนนท์ (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทฤษฎีการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมัครเข้าร่วมในโครงการเตรียมใจสู่วัยทอง ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภออมกเหล็ก จังหวัดสระบุรี จำนวน 40 คนเพียงกลุ่มเดียว จัดกิจกรรมมีการให้ความรู้และสาธิตการประกอบอาหาร 1 วัน และมีการรวบรวมข้อมูลภายหลังการดำเนินการทดลอง 1 วัน และ 1 เดือน ในระยะติดตามผล ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการทดลองมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ ($p < .000$) สำหรับด้านเจตคติในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) และในส่วนของพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ทั้งภายหลังจากดำเนินการทดลอง 1 วันและ 1 เดือนในระยะติดตามผล

ขวัญจิต อินเหยี่ยว. (2542) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาอาชีวศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ปีการศึกษา 2541 ในสถาบันที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 792 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษา โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณาการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นรายด้านพบว่านักศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักจากการได้เห็นจากประสบการณ์ของผู้อื่น และการชักจูงด้วยคำพูดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง การรับรู้จากความสำเร็จในการกระทำอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ส่วนการรับรู้จากการกระตุ้นเร้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักได้ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และการควบคุมน้ำหนักด้วยการบริโภค การควบคุมน้ำหนักด้วยการออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักด้วยการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

เกศสุดา มณีกระจ่าง (2544) ศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีผู้สูงอายุในความดูแลเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเข้ารับการรักษา ณ คลินิกออร์โธพีดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 20 ราย แบ่งเป็น

กลุ่มควบคุม 10 ราย และกลุ่มทดลอง 10 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแล การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลจากการดูแลดีกว่าก่อนการเข้าร่วมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลจากการดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อรุณรัศมี บุนนาค และคณะ (2545) ซึ่งศึกษาผลของการเข้าค่ายฤดูร้อนต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วนวัยก่อนเรียนร่วมกับการให้ความรู้แก่บิดามารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 10-15 ปี จำนวน 20 คน พบว่า หลังจากเด็กอ้วนวัยเรียนและบิดามารดาได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองประกอบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย หลังการทดลองเด็กอ้วนวัยเรียนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนัก และมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ .01

วิรัช หงส์โรจนภาคย์. (2545). ศึกษาผลของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมน้ำหนักเกิน ระดับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุระหว่าง 40 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยกลางคนมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกิน และมีการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินโดยรวมและด้านการควบคุมอาหารอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับพอใช้ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน ($r = .674, p < .01$)

รมิดา คงเจริญ (2545) ศึกษาผลของการส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด พฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และอาการหายใจลำบากของผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชลบุรี และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดชลบุรี จำนวน 12 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะก่อนการ

ทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบาก ระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการหายใจลำบาก ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

จารุวรรณ ศิลา (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำเซ็งโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านแห่มาลา จังหวัดขอนแก่น จำนวน 15 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำเซ็ง สัปดาห์ละ 3 วัน ใช้เวลาครั้งละ 30 - 45 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย ความคาดหวังผลดีในการออกกำลังกาย และทดสอบสมรรถภาพทางกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ รวมทั้งเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำเซ็งโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย และความคาดหวังผลดีในการออกกำลังกายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการออกกำลังกายด้วยท่ารำเซ็งหลังได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยท่ารำเซ็งโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์อยู่ในระดับสูง ส่วนผลการวัดสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความจุปอดพบว่า ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์สูงกว่าก่อนการทดลอง รวมทั้งมีความดันโลหิตขณะพักในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

Seo (2004) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในชีวิตของผู้สูงอายุโดยศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 305 คนที่อาศัยอยู่ในชนบทและเมืองใหญ่ในประเทศเกาหลี ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยในการส่งเสริมสุขภาพคือ 2.46 คะแนนที่สูงคือ ด้านโภชนาการ (2.56) ส่วนคะแนนที่ต่ำคือ การมีกิจกรรมทางกาย (2.36) และการจัดการความเครียด (2.36) ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านรูปแบบชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ

คือ อายุ ที่อยู่อาศัย ชีวิตคู่ การศึกษา ศาสนาและเงินเก็บในบ้านปลายชีวิต ส่วนปัจจัยที่ทำนายรูปแบบการดำเนินชีวิตและส่งเสริมสุขภาพคือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต ($r = .55$) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ข้อผูกมัดในการกระทำ อิทธิพลระหว่างบุคคล มีรายงานถึง 64.3 % ของตัวแปรทั้งหมดในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของเกาหลี

6. โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใน โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อพฤติกรรม การบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน คือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน เกิดการรับรู้ผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและเพื่อกระตุ้นความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนัก โดย โดยการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างมีแบบแผน ตามแหล่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถที่สนับสนุน 4 แนวทางคือ

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)
2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)
3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states)
4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience)

โดยผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมทดลองการทดลอง จำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง กิจกรรมของการศึกษาครั้งนี้ มีรายละเอียดการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ อภิปรายในเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ” ผ่านภาพพลิกและภาพโปสเตอร์อาหาร พร้อมทั้งตัวอย่างอาหารจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ 2) ความหมายของภาวะอ้วน 3) สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน 4) ผลกระทบ และอันตรายจากภาวะอ้วน 5) การประเมินภาวะอ้วน 6) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FBDG, 2542) ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก เล่นเกมส์บัตรคำ “อาหารหลัก 5 หมู่” ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร สาธิตการประกอบอาหารและทดลองชิมอาหารที่ควบคุมน้ำหนักเป็นต้น ซึ่งการที่

ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงสาเหตุและอันตรายจากภาวะอ้วนรวมถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะอ้วนและได้รับรู้ว่าหากปฏิบัติตัวในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมจะสามารถทำให้เกิดการควบคุมน้ำหนักได้และลดอันตรายต่างๆที่จะตามมาเมื่อมีภาวะอ้วนได้ ดังนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกต้องการที่จะปฏิบัติตามร่วมกับการที่ผู้วิจัยพูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้และสนับสนุนให้กำลังใจผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักนั้น ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมา การใช้คำพูดชักจูงตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้กล่าวว่า การที่บุคคลอื่นได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจะทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ฉะนั้นการให้ความรู้และคำแนะนำในการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักโดยเน้นให้เห็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้นร่วมกับการพูดชักจูงให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ต้องการได้ มีค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวลดลง

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้ผู้สูงอายุสนทนากับตัวแบบของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยแจกคู่มือ พฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการเรียนรู้ การได้เห็นตัวแบบจริง คือเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง และตัวแบบสัญลักษณ์ คือ คู่มือพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ภาพพลิกตามแผนการสอนเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน” ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง การกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบจะรวมเอากระบวนการทางจิตวิทยา คือ การตั้งใจ การจดจำ การกระทำและการจูงใจไว้ด้วยกัน (Bandura, 1997) ซึ่งการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้เห็นตัวแบบจากเพื่อนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากภาพพลิก และคู่มือทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ มีค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวลดลง

3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการ

เรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้สูงอายุที่มีภาวะ
 อ้วน จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มีมิติมีความเป็น
 ส่วนตัว เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะอ้วนของ
 ตนเอง พูดยระบายความรู้สึกและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ
 พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อ
 ควบคุมน้ำหนักได้ เพื่อให้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนอยู่ใน
 ระดับเหมาะสม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนรับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองและแสดงออก
 ถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ตามแนวคิดของ Bandura
 (1997) ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะทำให้การรับรู้
 ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น ฉะนั้นการที่ผู้วิจัยสนับสนุนให้
 ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้พุดคุยระบายความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อ
 ควบคุมน้ำหนัก โดยผู้วิจัยรับฟัง ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่ง
 เจ็บทางอารมณ์ และกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุโดยการประกวดผู้สูงอายุที่มี
 พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนรับรู้ความสามารถของ
 ตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ ค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบ
 เอวลดลง

4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery
 experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา
 อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยประเมินจาก แบบบันทึก
 พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหาร
 ประจำสัปดาห์ การประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ ฝึกควบคุมตนเองโดยการ
 รับประทานอาหารในงานเลี้ยง เพื่อให้เกิดทักษะในการวางแผนการรับประทานอาหารได้อย่าง
 ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงจนประสบความสำเร็จได้ ให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติตัว
 เพื่อควบคุมน้ำหนักได้เป็นเข็มกลัดผู้สามารถติดเสื้อให้ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ของผู้ที่ประสบ
 ความสำเร็จในระดับหนึ่งของการมีพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อ
 กระตุ้นให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการ
 ปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนคนอื่นต่อไป การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกระทำกิจกรรม
 จนเกิดความสำเร็จทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นอีก
 หรือทำกิจกรรมที่คล้ายกัน ก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายๆครั้ง
 จะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตน เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้ร่วมกิจกรรมที่จัดไว้
 เป็นการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว มักจะมีความมานะพยายามในการ

กระทำกิจกรรมที่กำหนดต่อถึงแม้จะมีอุปสรรค (Bandura, 1997) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีความมานะพยายามและมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้เกิดการรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว โดยการใช้คำพูดชักจูงให้ความรู้ที่เน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก สาธิตการประกอบอาหารและ ทดลองชิม ผ่านรูปแบบโปสเตอร์อาหารและตัวอย่างอาหาร แผนการสอนและภาพพลิกประกอบการสอนเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน” ตัวแบบจากเพื่อนผู้สูงอายุ สูตรอาหาร และคู่มือพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก สร้างการประสบความสำเร็จด้วยตนเองด้วยการวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยประเมินจาก แบบบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการรับประทาน อาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ การประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ ฝึกควบคุมตนเองโดยการรับประทานอาหารในงานเลี้ยงและให้รางวัลแก่ผู้ที่ปฏิบัติตัวได้ โดยมีการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมด้วยการจัดกิจกรรมให้มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย เป็นกันเอง และจัดการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับที่ดี มีค่าดัชนีมวลกาย และขนาดรอบเอวลดลง ซึ่งสรุปการจัดกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 1 ได้ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประยุกต์ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997)

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p>วิธีที่ 1. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ด้วยตนเอง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในตนเองในการกระทำพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงสาเหตุและอันตรายจากภาวะอ้วนรวมถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะอ้วนและได้รับรู้ว่าการปฏิบัติตัวในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมจะสามารถทำให้เกิดการควบคุมน้ำหนักได้และลดอันตรายต่างๆที่จะตามมาเมื่อมีภาวะอ้วนได้</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 การให้คำแนะนำ การพูดชักจูง</p> <p>การให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ โดยการสอนและจัดให้มีการอภิปรายกลุ่ม และผู้วิจัย สมาชิกในกลุ่มร่วมกันให้กำลังใจ การชักจูงจากตัวแบบที่มีชีวิต (เพื่อน) ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยจัดกิจกรรมดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 1.1 การให้ความรู้ โดยอภิปรายในเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ” ผ่านแผนการสอน ภาพพลิกและภาพโปสเตอร์อาหาร ตัวอย่างอาหารจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ 2) ความหมายของภาวะอ้วน 3) สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน 4) ผลกระทบ และอันตรายจากภาวะอ้วน 5) การประเมินภาวะอ้วน 6) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการรับประทานเพื่อควบคุมน้ำหนัก ชักถามเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความสงสัยในการปฏิบัติพฤติกรรม</p> <p>กิจกรรมที่ 1.2 : ให้เล่นเกมสับตัดคำ “อาหารหลัก 5 หมู่” ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร สาธิตการประกอบอาหารและทดลองชิมอาหารที่ควบคุมน้ำหนัก</p> <p>กิจกรรมที่ 1.3 : ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนร่วมกันอภิปรายถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และวิธีการแก้ไขปัญหาโดยมีผู้วิจัยให้คำแนะนำ</p> <p>กิจกรรมที่ 1.4 : การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม โดยผู้วิจัยร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม พูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจสนับสนุน เน้นย้ำว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้</p>

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p>วิธีที่ 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอได้รับประสบการณ์ทางอ้อม จากการสังเกตตัวแบบที่มีชีวิตจริง คือเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง และตัวแบบ สัญลักษณ์ คือ คู่มือ ภาพพลิก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น</p> <p>การสร้างการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่นโดยผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอสังเกตผ่านตัวแบบ ภาพพลิก และตัวแบบที่มีชีวิตจากเพื่อนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอได้รับประสบการณ์ทางอ้อมจากการสังเกตตัวแบบของผู้สูงอายุที่เคยมีภาวะอ่อนแอและประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามแบบ เกิดความคล้อยตามและเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง และพยายามทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักนั้นๆ เช่นเดียวกัน โดยจัดกิจกรรมดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 2.1 : จัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอได้สังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านคู่มือพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และภาพพลิกตามแผนการสอนเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ่อนแอสำหรับผู้สูงอายุ”</p> <p>กิจกรรมที่ 2.2 : จัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอสนทนากับตัวแบบของผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก</p> <p>กิจกรรมที่ 2.3 : จัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับสถานการณ์ตัวแบบเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก</p>

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p>วิธีที่3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and effective states) วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอเกิดความรู้สึกตระหนัก รับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอซักถามและพูดคุยระบายความรู้สึก รวมทั้งกระตุ้นทางอารมณ์โดยมีกิจกรรมดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 3.1 : โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอ</p> <p>กิจกรรมที่ 3.2 : จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มีมิติมีความเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอได้มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะอ่อนแอของตนเอง พูดยระบายความรู้สึกและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภค</p> <p>กิจกรรมที่ 3.3 : จัดให้มีการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ เพื่อให้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแออยู่ในระดับเหมาะสม</p> <p>กิจกรรมที่ 3.4 : ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนแอได้พูดคุยระบายความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยผู้วิจัยรับฟัง ให้คำปรึกษา ชี้แนะแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสม</p>

วิธีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	แนวทางประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p>วิธีที่ 4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery experience)</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก</p> <p>การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือทำกิจกรรมที่คล้ายกัน ก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายครั้ง จะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตน เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้ร่วมกิจกรรมที่จัดไว้เป็นการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว มักจะมีความมานะพยายามในการกระทำกิจกรรมที่กำหนดต่อถึงแม้จะมีอุปสรรค ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีความมานะพยายาม และมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง</p> <p>การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยหากเคยปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จก็จะทำให้มีแนวโน้มที่จะสามารถปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จได้อีก ซึ่งผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้รับประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเองโดยมีการจัดกิจกรรมดังนี้</p> <p>กิจกรรมที่ 4.1 : จัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยประเมินจาก แบบบันทึกพฤติกรรม การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์</p> <p>กิจกรรมที่ 4.2 : จัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนฝึกควบคุมตนเองโดยการรับประทานอาหารในจานเลี้ยง เพื่อให้เกิดทักษะในการวางแผนการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงจนประสบความสำเร็จได้</p> <p>กิจกรรมที่ 4.3 : ผู้วิจัยให้เข็มกลัดผู้สามารถติดเสื้อให้เพื่อเป็นรางวัลแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ และเพื่อเป็นสัญลักษณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งของการมีพฤติกรรม การบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก</p> <p>กิจกรรมที่ 4.4 : จัดให้นำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนคนอื่นต่อไป</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีสาเหตุหลักมาจากมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมได้นั้นเกิดจาก ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งองค์ความรู้ดังกล่าวที่ได้จากการศึกษาเชิงบรรยายและเชิงทำนายมีเพียงพอ ที่จะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยใช้กรอบแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดการรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักและนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม หากผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนนั้นก็จะสามารถกำหนดนิสัยทางสุขภาพของตน จะริเริ่มเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องจนเป็นนิสัย (Bandura, 1997, 2004 cited in Bandura, 2006) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนนั้นสามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนจนเป็นผลกระทบต่อสุขภาพต่อไปได้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 3 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The Pretest-Posttest Design with Non-equivalent Groups) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) รวบรวมข้อมูลตัวแปรก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม มีรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง	(Burn and Grove, 1997: 269)
O ₃	.	O ₄	กลุ่มควบคุม	

- O₁ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภค ขนาดรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนการทดลอง
- X หมายถึง การใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน
- O₂ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภค ขนาดรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมหลังการทดลอง
- O₃ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภค ขนาดรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติก่อนการทดลอง
- O₄ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภค ขนาดรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายหรือหญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และได้รับการตรวจค่าดัชนีมวลกาย BMI ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² ตามเกณฑ์ของพรชิตา ชัยอำนาจ (2544)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./เมตร² ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 2 ชมรม ได้มาจากวิธีดังนี้

1. พิจารณาจากชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดตรัง ทั้งหมดจำนวน 27 ชมรม โดยทำการจับฉลากสุ่มเลือกอย่างง่ายมา 2 ชมรม คือ ชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์ และชมรมผู้สูงอายุคลองน้ำเจ็ด จากนั้นจับฉลากเพื่อจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ คือ

2.1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย

2.2 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ตามปกติผ่านเกณฑ์การประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) โดยผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

2.3 เป็นผู้ที่ไม่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร²

2.4 ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วม

วิจัย

2.5 มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น อ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษา กับผู้วิจัยได้ดี

2.6 ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองคืออย่างน้อยควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม จำนวนตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลงทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Glove, 2005) โดยการศึกษาครั้งนี้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อ สาธารณสุขเทศบาลเมือง จังหวัดตรัง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์และชมรมผู้สูงอายุคลองน้ำเจ็ด ซึ่งทั้งสองชมรมเป็นชมรมที่ดำเนินการภายใต้การสนับสนุนดูแลของสาธารณสุขเทศบาลเมืองและโรงพยาบาลศูนย์ตรัง

2. เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยจะดำเนินการประสานงานกับพยาบาลและประธานชมรมที่รับผิดชอบในชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์และชมรมผู้สูงอายุคลองน้ำเจ็ด แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในวันทีนัดประชุมประจำเดือนของชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมการวิจัย ลักษณะงานวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากผลการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และจัดทำเป็นบัญชีรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. เมื่อได้รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อของแต่ละกลุ่มเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 25 คน ซึ่งเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของบัญชีรายชื่อแต่ละกลุ่ม แต่ในขณะที่ทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองติดภารกิจ 2 คน และไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 คน ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างออกรวมทั้งตัดในกลุ่มควบคุมที่เป็นคู่กันออกด้วย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งมีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คนและกลุ่มควบคุม 21 คน และจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ในด้านต่อไปนี้

5.1 เพศ พบว่า Roberts (2000) กล่าวว่าเพศสามารถทำนายความหลากหลายของอาหารที่รับประทานได้

5.2 อายุ พบว่าเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยอายุเป็นตัวกำหนดวุฒิภาวะ พัฒนาการ ความสามารถ ความต้องการ ประสบการณ์ ความรู้ ความเชื่อ การคิด การรับรู้และการตัดสินใจ (Vamar & Younger, 1995)

5.3 ระดับค่าดัชนีมวลกาย พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร (วินัส ลิพท์กุล, 2541; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ถ้าร่างกายได้รับพลังงานน้อยกว่าที่ต้องการ จะทำให้ดึงพลังงานที่สะสมไว้มาใช้ ค่าดัชนีมวลกายก็จะต่ำลงด้วย (สิริพันธุ์ จุลกรังคะ, 2541)

5.4 ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทราพร พรหมปรการ (2541) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน คือ ระดับการศึกษาที่สูงมากขึ้นจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นด้วย

ผลจากการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) มีดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา และค่าดัชนีมวล
กายของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คู่ที่	กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง			
	เพศ	อายุ	ระดับ การศึกษา	ค่าดัชนี มวลกาย	เพศ	อายุ	ระดับ การศึกษา	ค่าดัชนี มวลกาย
1	หญิง	63	ประถมศึกษา	27.92	หญิง	63	ประถมศึกษา	26.40
2	หญิง	60	ประถมศึกษา	26.19	หญิง	60	มัธยมศึกษา	25.11
3	หญิง	73	มัธยมศึกษา	26.75	หญิง	73	มัธยมศึกษา	29.33
4	หญิง	78	ประถมศึกษา	25.00	หญิง	78	มัธยมศึกษา	26.67
5	หญิง	79	ประถมศึกษา	26.67	หญิง	80	ประถมศึกษา	25.00
6	หญิง	72	ประถมศึกษา	25.82	หญิง	79	ประถมศึกษา	26.49
7	หญิง	73	ประถมศึกษา	27.34	หญิง	71	ประถมศึกษา	26.56
8	หญิง	67	ประถมศึกษา	26.83	หญิง	62	ประถมศึกษา	28.83
9	หญิง	64	ประถมศึกษา	25.57	หญิง	63	ประถมศึกษา	25.34
10	หญิง	81	ประถมศึกษา	30.95	หญิง	78	ประถมศึกษา	29.44
11	หญิง	76	ประถมศึกษา	33.82	หญิง	74	ประถมศึกษา	25.72
12	หญิง	62	ประถมศึกษา	30.12	หญิง	62	ปวช.	29.44
13	หญิง	74	มัธยมศึกษา	37.14	หญิง	76	มัธยมศึกษา	29.06
14	หญิง	69	ประถมศึกษา	28.03	หญิง	67	ประถมศึกษา	27.92
15	ชาย	71	มัธยมศึกษา	25.00	ชาย	67	มัธยมศึกษา	28.44
16	หญิง	67	ปวช.	32.47	หญิง	67	ปวช.	27.00
17	หญิง	70	ประถมศึกษา	30.00	หญิง	74	ประถมศึกษา	34.00
18	หญิง	60	ปวช.	29.88	หญิง	60	ปวช.	27.63
19	ชาย	76	มัธยมศึกษา	27.34	ชาย	76	มัธยมศึกษา	25.00
20	หญิง	70	ประถมศึกษา	25.49	หญิง	71	ประถมศึกษา	25.56
21	หญิง	66	ประถมศึกษา	27.40	หญิง	69	ประถมศึกษา	25.00

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุม (n=21) และกลุ่มทดลอง (n=21)

	\bar{X}	ระดับพฤติกรรม	SD	df	t	p-value
พฤติกรรมการบริโภค						
กลุ่มควบคุม	52.81	กลาง	4.70	40	1.98	.054
กลุ่มทดลอง	55.67	กลาง	4.64			
ขนาดของรอบเอว						
กลุ่มควบคุม	92.83	อ้วนมาก	8.74	40	.235	.815
กลุ่มทดลอง	93.43	อ้วนมาก	7.63			
ค่าดัชนีมวลกาย						
กลุ่มควบคุม	28.37	อ้วน	3.16	40	1.23	.225
กลุ่มทดลอง	27.33	อ้วน	2.21			

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักคือ

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพชี้แจงรูปแบบการศึกษา ข้อกำหนดในการเข้าร่วมการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา ระหว่างทำการวิจัย

2. แจกวัสดุประสงค์การวิจัย รูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย การนำผลการวิจัยไปใช้ และไม่เปิดเผยความลับส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่เผยแพร่เป็นข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเท่านั้น ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย (Informed Consent Form)

3. จัดทำแบบสอบถามโดยการกำหนดลำดับของแบบสอบถาม ไม่มีการเขียนชื่อ – สกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง

4. สำหรับกลุ่มควบคุม หลังจากที่ได้ดำเนินการทดลอง ในกลุ่มทดลอง และให้ทั้ง 2 กลุ่มทำ Post-test แล้ว ผู้วิจัยจัดการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมตามโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักร่างกายหลังการทดลองเสร็จสิ้น พร้อมทั้งมอบหนังสือคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักแก่ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นการขอบคุณในความร่วมมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวหรือภาวะการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) โดยผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเรื่อง "ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) และการทบทวนวรรณกรรมแนวทางการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองดังกล่าวข้างต้น

2. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 4 แนวทาง คือ การให้คำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ ประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997)

3. กำหนดเนื้อหากิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดดังกล่าวข้างต้น รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

4. กำหนดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ทั้งหมด 8 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน รวมระยะเวลาจัดกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1.) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความเชื่อว่าจะตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้สำเร็จ อภิปรายในเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ” ผ่านพลิก แผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประกอบการอภิปรายและโปสเตอร์รูปแบบอาหารเล่นเกมสัปดาห์ “อาหารหลัก 5 หมู่” ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร สาธิตการประกอบอาหารและทดลองชิมอาหารที่ควบคุมน้ำหนักเป็นต้น ร่วมกับการที่ผู้วิจัยพูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

2.) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยให้ผู้สูงอายุสนทนากับตัวแบบของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยแจกคู่มือ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก สำหรับผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการเรียนรู้

3.) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ (Physiological and Effective states) โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มิดชิดมีความเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะอ้วนของตนเอง พุดระบายความรู้สึกและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

4.) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive Mastery experience) โดยผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยประเมินจาก แบบบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ และแบบประเมินภาวะอ้วนประจำสัปดาห์ ฝึกควบคุมตนเองโดยการรับประทานอาหารในงานเลี้ยง เพื่อให้เกิดทักษะในการวางแผนการรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไป

ปฏิบัติใช้จริงจนประสบความสำเร็จได้ ให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เป็น เข้มงวดผู้สามารถติดเสียให้ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งของการมี พฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ปฏิบัติ พฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนคน อื่นต่อไป

5. จัดทำแผนการสอน และภาพพลิกประกอบการสอน เรื่อง "กินอย่างไรไม่อ้วน สำหรับ ผู้สูงอายุ" โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังนี้
1) ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ 2) ความหมายของภาวะอ้วน 3) สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิด ภาวะอ้วน 4) ผลกระทบ และอันตรายจากภาวะอ้วน 5) การประเมินภาวะอ้วน 6) แนวทางการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดี ของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FBDG, 2542) ประกอบด้วย การเลือกรับประทาน อาหารในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุม น้ำหนัก

6. จัดทำเกมส์บัตรคำ "อาหารหลัก 5 หมู่" โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ คือ หลักในการแบ่งอาหารหลัก 5 หมู่ หมวดยหมูและ ประเภทอาหารตามอาหารหลัก 5 หมู่

7. จัดทำคู่มือ พฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษาตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหา ดังนี้ คือ ความหมาย สาเหตุและปัจจัย การประเมิน ผลกระทบและอันตรายต่อภาวะอ้วน วิธีการเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมน้ำหนัก และการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มี ภาวะอ้วน ตัวอย่างอาหารและพลังงานที่ได้รับในแต่ละมื้อเพื่อควบคุมน้ำหนักเป็นต้น

8. จัดทำสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้แก่ แบบบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัวใน การรับประทานอาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ และแบบประเมิน ภาวะอ้วนประจำสัปดาห์

8.1 แบบบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน

และแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารเพื่อควบคุม น้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยออกแบบให้ทำเครื่องหมายแทนการบันทึก ทั้งนี้เพื่อลดการ เขียนเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่ายและลำบากในการบันทึก

8.2 แบบประเมินภาวะอ้วนของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ ได้แก่

8.2.1 การประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยการชั่งน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักตัวมาตรฐานชนิดสปริงสเกล ซึ่งใช้เครื่องชั่งเดียวกันตลอดระยะเวลาที่ศึกษา การชั่งน้ำหนักควรทำในขณะที่ผู้ถูกชั่งสวมเสื้อผ้าน้อยชิ้นที่สุด และไม่สวมรองเท้า และทำการชั่งในเวลาเดียวกันทุกครั้ง โดยให้ผู้ที่ชั่งน้ำหนักยืนตรงกลางจานรองรับน้ำหนัก บันทึกค่าน้ำหนักเป็นทศนิยม 1 ตำแหน่ง วัดส่วนสูงด้วยแถบโลหะมาตรฐานที่มีสเกลบอกค่าละเอียดเป็น 0.1 ทาบแถบติดกับแผ่นกระดานหรือฝาผนังเรียบและตั้งฉากกับพื้นเรียบ และไม่ฉากหรือแผ่นไม้รูปฉากสำหรับวัดระดับของส่วนสูง ให้ผู้ถูกวัดถอดรองเท้าและหมวก ยืนหันหลังให้ฝาผนังด้านหน้าแถบวัด สันเท้าชิดกัน ให้สันเท้า ก้น ไหล่ และศีรษะของผู้ถูกวัดแตะผนังด้านหลัง หน้ามองตรง ผู้วัดเลื่อนไม้ฉาก หรือแผ่นไม้รูปฉากลงในแนวตั้งแตะส่วนที่สูงสุดของศีรษะ อ่านค่าเป็นทศนิยม 1 ตำแหน่งเช่นเดียวกันและใช้แถบวัดส่วนสูงเดียวกันตลอดระยะเวลาที่ศึกษา แล้วนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกายด้วยสูตร น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม/ความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

8.2.2 การประเมินขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุ วิธีการวัด คือ วัดเส้นรอบตัวตรงส่วนที่แคบที่สุด โดยให้ผู้ที่ถูกวัดยืนตรงปล่อยแขนในท่าสบาย เท้าชิดกัน ใช้สายวัดที่ไม่ยืดวัดรอบเอวในบริเวณเหนือสะดือขึ้นมา ทำการวัดบนเนื้อที่ไม่มีเสื้อผ้าหนาและทำการจดบันทึกในขณะที่ผู้ถูกวัดอยู่ในท่าที่หายใจออก โดยใช้สายวัดเดียวกันตลอดระยะเวลาที่ศึกษา (คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ, 2547) ค่านี้ใช้เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและเป็นการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุในระหว่างดำเนินการศึกษาโดยจะประเมินทุกครั้งที่เกี่ยวข้องกิจกรรม และสัปดาห์ที่ 6 ของการดำเนินกิจกรรม

9. จัดทำตัวอย่างเมนูอาหารใน 1 วันสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อาหารมื้อเช้า กลางวัน เย็นเพื่อควบคุมน้ำหนัก

10. จัดทำรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น โดยมีของรางวัลเป็นเข็มกลัดผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงถึงการประสบความสำเร็จในการควบคุมน้ำหนักได้ในระดับหนึ่ง

11. จัดหารูปแบบจำลองอาหาร ที่ผู้วิจัยซื้อมาตามมาตรฐานอาหารหลัก 5 หมู่ มีลักษณะเป็นภาพโปสเตอร์มีรายละเอียดเกี่ยวกับ หมวดหมู่มื้อและประเภทอาหารตามอาหารหลัก 5 หมู่

12. จัดหาตัวแบบผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง จำนวน 1 คน ที่มีคุณสมบัติคือ มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสุขภาพดี (กรณีมีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะต้องอยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมให้ปกติได้) มีประวัติเคยมีภาวะอ้วน แต่ปัจจุบันสามารถควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือมี ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

ขนาดของรอบเอวผู้ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร ผู้หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร มีการออกกำลังกายและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (ได้ข้อมูลจากสมาชิกชมรมและเจ้าหน้าที่) โดยตัวแบบที่ได้เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อายุ 74 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 24.56 มีขนาดของรอบเอวเท่ากับ 78 เซนติเมตร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

13. จัดทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ (แบบกำกับการทดลอง) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเองในการมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพของชุดิวรรณ ปุรินทรภิบาล (2541) ซึ่งใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ในการสร้างแนวคำถามโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .76 มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามให้เหมาะสมและเข้าใจง่ายมากยิ่งขึ้น โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีทั้งข้อความด้านบวกและด้านลบ 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความที่เป็นบวก	ข้อความที่เป็นลบ
	คะแนน	คะแนน
ใช่	3	1
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่ใช่	1	3

คะแนนสูง หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ตอบมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักน้อย

โดยมีเกณฑ์การแบ่งคะแนน ดังนี้

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน จำนวน 16 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 16-48 คะแนน การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์ของ เสรี ลาซ โรจน์ (2537: 65-68) แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
16-29	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต่ำ
30-38	ร้อยละ 60-80	ระดับกลาง
39-48	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับสูง

เกณฑ์ประเมินผลกำกับการทดลอง

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนต้องได้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 39 จากคะแนนเต็ม 48 คะแนน คิดเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับสูง เป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ได้คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักน้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง ผู้วิจัยทบทวนเนื้อหาสั้น ๆ และร่วมอภิปรายกับกลุ่มตัวอย่างถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ถึงผลดีที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักต่อตนเองและครอบครัว แล้ววัดผลใหม่อีกครั้ง จนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ทุกคนเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลอง นั่นคือ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 80

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน (CBI) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของชุดิวิวรรณ บุรินทรภิบาล (2541) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ .70 โดยสร้างจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FB DG, 2542) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อ เป็นข้อคำถามทั้งด้านบวกและลบ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาดัดแปลงรูปแบบและตัดข้อคำถามอีกจำนวน 2 ข้อ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนและปรับคำให้ชัดเจนมากขึ้นและสอดคล้องกับค่านิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ เหลือข้อคำถามจำนวน 17 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวกจำนวน 8 ข้อ ข้อคำถามด้านลบจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามโดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน) ถึง ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติ(1)	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นๆเลย
นานๆครั้ง(2)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 1-2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
พอประมาณ(3)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 3-4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
บ่อยครั้ง(4)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 5-6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
ทุกครั้ง(5)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น เป็นประจำทุกวัน

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

ผู้วิจัยแบ่งคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน จำนวน 17 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 17-85 คะแนน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
17-50	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ระดับต้องปรับปรุง
51-68	ร้อยละ 60-80	ระดับพอใช้
69-85	มากกว่าร้อยละ 80	ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ซึ่งประกอบด้วย แผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม แผนการสอน และภาพพลิก เรื่องกินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ เกมสับคำ คำมือพฤติกรรม การบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน แบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน แบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ และแบบประเมินภาวะอ้วนประจำสัปดาห์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อายุรแพทย์ หรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเขตเทศบาลเมือง จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญโภชนาการผู้สูงอายุ 1 ท่าน

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้ คือ

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน โดยมีข้อเสนอแนะให้แก้ไขในบางประเด็น ดังนี้

1. ปรับภาษาที่ใช้ให้เป็นภาษาที่อ่านแล้วเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาทางวิชาการเกินไป
2. เนื้อหาปรับให้สั้นกระชับเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุ
3. ปรับเนื้อหาในบางกิจกรรมให้เหมาะสมกับเวลา เช่นปรับกิจกรรมให้สั้นลง โดย

การรวบกิจกรรมให้เสร็จสิ้นภายใน 2 วันในสัปดาห์ที่ 1 และในสัปดาห์ต่อมาก็เป็นการติดตามผลเป็นระยะ ส่วนสัปดาห์สุดท้ายเป็นการประเมินผลของกิจกรรมทั้งหมด

4. ปรับสีและตัวอักษรให้ชัดเจนและตัวโตมากขึ้น

ผู้วิจัยทำการปรับปรุงและแก้ไข ดังนี้คือ แผนการสอนได้ปรับภาษาที่ใช้ในแผนการสอน เรื่องกินอย่างไรไม่อ้วนในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยปรับภาษาที่ใช้ให้ฟังเข้าใจง่าย ไม่ใช้ภาษาที่เป็นวิชาการมากเกินไป ปรับเนื้อหาในคู่มือให้สั้นกระชับเข้าใจง่ายสำหรับผู้สูงอายุ ปรับสีและตัวอักษรให้ชัดเจนและตัวโตมากขึ้น ปรับกิจกรรมในโปรแกรมให้สั้นลงกระชับมากขึ้น

จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักที่ได้ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา ณ ชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จำนวน 5 ราย แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ใช้ในการวิจัย โดยทดลองดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 4-5 คน เพื่อประเมินแผนการสอน อุปกรณ์ต่างๆ และทดสอบความเป็นปรนัย (objectivity) เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีความเข้าใจในเนื้อหา เห็นภาพพลิกและคู่มือชัดเจน เข้าใจในภาพพลิกและคู่มือ ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) (Polit and Hungler, 1995) และใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Davis, 1992) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการหรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยาม และ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม (Polit and Beck, 2004)

2. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

- 1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรบรีโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน CVI = 1

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุกะพังสุรินทร์ จังหวัดตรัง จำนวน 30 คนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลอง เป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นที่ 1 ระยะเวลาเตรียมการทดลอง ขั้นที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง และขั้นที่ 3 ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ระยะเวลาเตรียมการทดลอง

ระยะเวลาเตรียมการทดลองเริ่มตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2551 ถึงเดือน พฤษภาคม 2551 รวมทั้งสิ้น 4 เดือน ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 การเตรียมตัวของผู้วิจัย เพื่อเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุด้วยพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

1.1.1 ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งขอคำปรึกษาคำแนะนำและเรียนรู้โดยตรงเกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุด้วยการบริโภคอาหาร จากผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์

1.1.2 ผู้วิจัยเตรียมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักโดยการบริโภคอาหารที่เหมาะสม แผนการสอน ภาพเคลื่อนไหว เกมสับตัดคำ และคู่มือ

1.1.3 ผู้วิจัยรวบรวม สร้าง และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 การเตรียมเข้าพื้นที่ ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง สาธารณสุขอำเภอเมืองเพื่อขออนุญาตในการทำวิจัยในพื้นที่ และขอความร่วมมือด้าน บุคลากร สถานที่ อุปกรณ์

1.3 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอันอาจเกิดจากความลำเอียงของผู้วิจัยโดยใช้ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพเทศบาลเมืองที่รับผิดชอบชมรมผู้สูงอายุตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเขตเมือง ผู้ช่วยวิจัยจะทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ก่อนการทดลองและสัปดาห์ที่ 6 ของการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจะให้ผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจในข้อคำถามของแบบสอบถามชุดต่างๆ และจะต้องมีการทดลองฝึกการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่

มีภาวะอ้วนภายใต้คำแนะนำของผู้วิจัยทั้งนี้เพื่อฝึกความชำนาญในการใช้แบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง และมีการทดสอบความเที่ยงของการสัมภาษณ์ (interrater reliability) ของผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมาการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 5 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยใช้สูตรดังนี้ (Polit & Hungler, 1991 อ้างถึงใน ทศนีย์ นะแสง, 2542; เรณา พงษ์เรืองพันธ์ุ, 2545)

ความเที่ยงของการสัมภาษณ์ =
$$\frac{\text{จำนวนข้อแบบสอบถามที่สัมภาษณ์ได้เหมือนกัน}}{\text{จำนวนข้อแบบสอบถามที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนข้อแบบสอบถามที่ต่างกัน}}$$
 ซึ่งค่าความเที่ยงของการสัมภาษณ์ที่ยอมรับได้ คือ .08 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1991 อ้างถึงใน ทศนีย์ นะแสง, 2542; เรณา พงษ์เรืองพันธ์ุ, 2545) ซึ่งพบความเที่ยงของการสัมภาษณ์ของผู้ช่วยวิจัยได้เท่ากับ .09

1.4 คัดเลือกตัวแบบ 1 คน จากชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์ โดยมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพดี (กรณีมีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะต้องอยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมให้ปกติได้) ภาวะอ้วน ค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ขนาดของรอบเอวผู้ชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร ผู้หญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร มีการออกกำลังกายและพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (ได้ข้อมูลจากสมาชิกชมรมและเจ้าหน้าที่) หลังจากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์และบทบาทของตัวแบบให้รับทราบ ซึ่งตัวแบบในครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุ 74 ปี มีค่าดัชนีมวลกาย 24.56 ขนาดของรอบเอว 76 เซนติเมตร มีการออกกำลังกายทุกวันโดยการเดินเร็วที่สวนสาธารณะข้างบ้าน และมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งได้ข้อมูลจากเพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ของชมรม

1.5 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ตามขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มประชากรในวันที่นัดประชุมประจำเดือนของชมรมผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในเขตเทศบาลเมือง ที่ได้รับการเลือกไว้ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย แล้วจึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยมีผู้ช่วยวิจัยช่วยในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะสมองเสื่อมฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) และการตรวจวัดค่าดัชนีมวลกายและขนาดรอบเอว

1.6 ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสุ่มหมายเลยของผู้ที่ได้รับคัดเลือกทั้งหมดเพื่อเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 25 คนของชมรมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และระดับการศึกษา โดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 50 คน

1.7 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อทำความรู้จักที่แจ่งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ กิจกรรม และระยะเวลาในการวิจัยโดยละเอียดอีกครั้ง แจกบัตรนัดสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมการวิจัยแก่กลุ่มทดลองสัปดาห์ต่อไปในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์ เวลา 13.00 น. - 15.00 น. กลุ่มควบคุมนัดสัปดาห์ต่อไปในวันศุกร์เวลา 09.00 -12.00 น. และนัดอีกครั้งในอีก 6 สัปดาห์ ในวันวันศุกร์ เวลา 09.00-12.00 น.

2. ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 6 มิถุนายน 2551 ถึงวันที่ 18 กรกฎาคม 2551 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม โดยพูดคุยแนะนำตัว ที่แจ่งวัตถุประสงค์การวิจัยและพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2) หลังได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดขนาดของรอบเอวและให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (Pre-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและทำการนัดผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6

3) ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ก่อนวันนัดผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้รับการปฏิบัติตามปกติ ประกอบด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุตามปกติ

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง โดยพูดคุยแนะนำตัว ที่แจ่งวัตถุประสงค์การวิจัยและพิทักษ์สิทธิในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2) หลังได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลทั่วไป ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและวัดขนาดของรอบเอวและให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (Pre-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามและทำการนัดผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในการเข้าร่วมกิจกรรมอีกในสัปดาห์ถัดไป เพื่อเริ่มจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ซึ่งมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 7 ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: (กิจกรรมครั้งที่ 1) เรื่อง กินอย่างไรไม่อ้วนในผู้สูงอายุ เป็นการจัดกิจกรรม โดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ แล้วบันทึกในสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเพื่อทำความรู้จัก ติดป้ายชื่อ พูดคุยซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหาร เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความเป็นกันเอง
3. ผู้นำกลุ่ม (ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินความรู้ (Pre-Test) ด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ อภิปรายตามแผนการสอน เรื่องกินอย่างไรไม่อ้วน ในเรื่อง ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุปัจจัยผลกระทบของภาวะอ้วน และการประเมินภาวะอ้วน โดยผ่านภาพพลิก โปสเตอร์แบบอาหารตัวอย่างอาหารจริง และคู่มือพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน พร้อมทั้งใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง
5. แจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม ในส่วนของแบบประเมินภาวะอ้วนประจำสัปดาห์ กลุ่มช่วยกันพิจารณาค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของรอบเอวเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของตนเอง ให้กำลังใจและพูดชักจูงใจให้พยายามปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเพื่อให้เข้าสู่ภาวะปกติ
6. อภิปรายตามแผนการสอน เรื่องกินอย่างไรไม่อ้วน ในเรื่อง การเลือกรับประทานอาหาร และการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุ
7. ตัวแบบเล่าประสบการณ์ในการใช้ความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ
8. ผู้นำกลุ่มสรุปความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับประทานอาหารและการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุ
9. แจกคู่มือ พฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งอธิบายวิธีใช้ และแจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน และแบบบันทึกการรับประทานอาหาร

ของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ที่บันทึกโดยผู้สูงอายุ ตามลำดับ พร้อมขอความร่วมมือให้นำมาทุกครั้ง ที่เข้าร่วมกิจกรรม

10. กิจกรรมสนทนาและการนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในวันต่อไป พร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมในครั้งที่ 2

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 1 ซึ่งเป็นขั้นที่ใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบ สัตว์ลักษณะ การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนมีการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มอย่างดี มีความสนใจ มีการซักถามปัญหา ถาม-ตอบ ระหว่างกัน ช่วยกันวิเคราะห์และตอบคำถามในประเด็นต่าง ๆ ที่ผู้วิจัยซักถามไป และมีการ สอบถามในสิ่งที่ไม่แน่ใจหรือสงสัย ทำให้บรรยากาศขณะดำเนินกิจกรรม เป็นไปอย่างเป็นกันเอง สมาชิกในกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยระหว่างนั้นผู้วิจัยได้ให้แรง เสริมเป็นระยะๆ ตลอดจนให้กำลังใจว่าผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนักได้จริงตามตัวแบบ นอกจากนี้ผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าของสมาชิกในกลุ่มพบว่า มีสีหน้ายิ้ม แย้มแจ่มใสทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดในครั้งต่อไปตามใบนัดที่แจกไปให้กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะ เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามนัด

สัปดาห์ที่ 1: (กิจกรรมครั้งที่ 2) เรื่อง การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก ของผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมโดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การ กระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 – 105 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ แล้วบันทึกในสมุด ประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ 1 และปัญหาอุปสรรค ของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อน และสอบถาม ปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการลงบันทึกแบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหาร ประจำวันในสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนได้ระบายความรู้สึกหลัง ได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติจริงมาแล้ว รวมถึงวิธีการลงบันทึกในแบบบันทึกไปจากครั้งที่แล้ว และสอบถามความพร้อมในการที่จะทำกิจกรรมในครั้งที่ 2 นอกจากนี้ได้กระตุ้นทางร่างกายและ อารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนด้วยการจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการทำกิจกรรม สร้างความ เป็นกันเอง

3. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 2

4. เล่นเกมสัปดาห์คำ “อาหารหลัก 5 หมู่” โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน จำนวน 4 กลุ่มย่อย แล้วแจกบัตรคำรายชื่อประเภทอาหารต่างๆ โดยใช้สัปดาห์คำตามกลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 สีฟ้า กลุ่มที่ 2 สีชมพู กลุ่มที่ 3 สีเขียว และกลุ่มที่ 4 สีเหลือง ให้สมาชิกกลุ่มนำบัตรรายชื่อประเภทอาหารไปติดบนกระดานตามหมวดหมู่อาหารให้ถูกต้อง หลังจากนั้นสมาชิกช่วยกันพิจารณาว่าอาหารที่ติดอยู่ถูกต้องตามหมวดหมู่หรือไม่และช่วยกันแก้ไขที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้อง สุดท้ายให้ผู้สูงอายุสรุปหมวดหมู่อาหารตามอาหารหลัก 5 หมู่

5. ผู้นำกลุ่มแสดงตัวอย่างเมนูอาหารใน 1 วัน สำหรับผู้สูงอายุและอธิบายหลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ สมาชิกรวมกลุ่มกันตามกลุ่มย่อยเดิมเพื่อฝึกคิดเมนูอาหาร 1 วัน และนำเสนอเมนูอาหาร แล้วกลุ่มช่วยกันวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหารแต่ละชนิดและช่วยกันปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการจดจำได้มากขึ้นในสิ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก และเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นว่าสามารถจัดอาหารรับประทานในแต่ละวันที่เหมาะสมได้และทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

6. แจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม ฝึกการบันทึกและบันทึกการรับประทานอาหารประจำวัน ชื่นชมแก่ผู้สูงอายุที่ควบคุมน้ำหนักได้ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกำลังใจได้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น และให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมให้มีแรงกระตุ้นในการปฏิบัติตัวเพิ่มมากยิ่งขึ้นในครั้งต่อไป

7. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงหลักการวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร หลักการจัดเมนูอาหารใน 1 วัน และทบทวนการบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวัน และการบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์

8. กิจกรรมสนทนาการและนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไปพร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมในครั้งที่ 3

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2 พบว่า มีสมาชิกไม่มาเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 4 คน เนื่องจากติดภารกิจ 2 คน และ ไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม 2 คน ผู้วิจัยจึงตัดออกจากการเข้าร่วมวิจัยเหลือกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน ส่วนสมาชิกในกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมให้ความสนใจและร่วมมือในการเล่นเกมส์ และคิดเมนูอาหารเป็นอย่างดี มีการซักถามปัญหา ถาม-ตอบระหว่างกัน ช่วยกันวิเคราะห์และตอบคำถามในประเด็นต่างๆ ที่ผู้วิจัยซักถามไป สำหรับการบันทึกพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวันนั้นส่วนใหญ่สามารถบันทึกได้ถูกต้อง แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างบางรายที่จะต้องให้การอธิบายเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดย

ระหว่างนั้นผู้วิจัยได้ให้แรงเสริมเป็นระยะๆ ตลอดจนให้กำลังใจว่าผู้สูงอายุสามารถมีพฤติกรรมกรรการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้หากปฏิบัติตัวที่ถูกต้องตามที่ได้เรียนรู้มาแล้ว

นอกจากนี้ผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าของสมาชิกในกลุ่มพบว่า มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไปตามใบนัดที่แจกให้ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามใบนัด

สัปดาห์ที่ 1: (กิจกรรมครั้งที่ 3) เรื่อง กิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก และการฝึกควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารในงานเลี้ยง จัดกิจกรรมโดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลา 180 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ แล้วบันทึกในสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 3
3. ชมการสาธิตการประกอบอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย (ซึ่งได้เข้าอบรมและศึกษาดำรงเกี่ยวกับการประกอบอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก) และซักถามปัญหาพร้อมทั้งทดลองทำและชิมอาหารที่สาธิต
4. อภิปรายกลุ่มถึงวิธีการประกอบอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักให้นำรับประทาน พฤติกรรมกรรการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก
5. ร่วมกิจกรรมงานเลี้ยงประจำเดือนของชมรมผู้สูงอายุซึ่งจัดเลี้ยงอาหารแบบบุฟเฟต์
6. อภิปรายกลุ่มถึงพฤติกรรมกรรการรับประทานอาหารในงานเลี้ยง ปัญหา อุปสรรค สมาชิกกลุ่มร่วมกันสรุปถึงพฤติกรรมกรรการรับประทานอาหารที่ควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ
7. ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้วยการกล่าวสรุปถึงผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมกรรการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้
8. แจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม ให้บันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ แล้วช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติรวมทั้งช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา และประเมินภาวะอ้วนของตนเองโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนักตัว ขนาดของรอบเอว พฤติกรรมกรรการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักประจำวัน และการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมกรรการบริโภคเพื่อควบคุม

น้ำหนักที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

9. ผู้วิจัยและกลุ่มเพื่อนช่วยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก

10. กิจกรรมสันทนาการและนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 4 พร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และให้ความร่วมมือในการประกอบอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพและทดลองชิมอาหาร เข้าร่วมกิจกรรมงานเลี้ยงของชมรมโดยปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ดี มีการซักถามปัญหาและข้อสงสัยจากการประกอบอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพรวมถึงการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และส่วนใหญ่พบปัญหาที่คล้ายคลึงกันว่ากลุ่มตัวอย่างลืมหิวมากเกินไป มีลูกหลานซื้อมาให้กินเลยต้องกินเพราะกลัวลูกหลานจะเสียใจทำให้ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักได้ สมาชิกร่วมกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการบอกให้ลูกหลานทราบถึงการมาเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงให้ทราบถึงผลดีและผลเสียของการรับประทานอาหารที่เกินความจำเป็นให้ลูกหลานทราบ เพื่อให้ลูกหลานได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุได้ และจากการประเมินภาวะอ้วนของกลุ่มตัวอย่างหลังจากให้กิจกรรมผ่านไปแล้ว 2 ครั้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวต่อไป รวมถึงกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ให้ดูสมาชิกที่ปฏิบัติได้เป็นแบบอย่าง

นอกจากนี้ผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าของสมาชิกในกลุ่มพบว่า มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไปตามใบนัดที่แจกให้ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามใบนัด

สัปดาห์ที่ 2: (กิจกรรมครั้งที่ 4) เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการกระตุ้นเตือน จัดกิจกรรมโดยใช้คำพูดชักจูง การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ แล้วบันทึกในสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของแต่ละราย เลือกผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกรมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ดีขึ้น เพื่อเข้ากิจกรรม

ประกวดการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยทำสัญลักษณ์เป็นรูปหัวใจติดสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ดวง แล้วเก็บไว้ที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย

2. ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา และปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน และสอบถามปัญหาอุปสรรค เกี่ยวกับการลงบันทึกแบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำวันในสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้ระบายความรู้สึกหลังได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติจริงมาแล้ว รวมถึงวิธีการลงบันทึกในแบบบันทึกไปจากครั้งที่แล้ว หากผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนไม่สามารถปฏิบัติได้ ให้กลุ่มร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ได้กระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้วยการจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการทำกิจกรรม สร้างความเป็นกันเอง

3. ผู้วิจัยใช้คำพูดชักจูงผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้วยการกล่าวสรุปถึงผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

4. แจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม ให้กลุ่มตัวอย่างได้ประสบความสำเร็จด้วยตัวเองโดยการให้ประเมินภาวะอ้วนของตนเองจากการให้ผู้สูงอายุพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนักตัว และขนาดของรอบเอว รวมถึง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักประจำวัน เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุรายที่สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสม ให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป ส่วนในรายที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมให้กลุ่มช่วยกันวิเคราะห์หาปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไขและกระตุ้นให้มีความสนใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไป

5. ผู้วิจัยและกลุ่มเพื่อนช่วยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนัก รวมถึงการมอบรางวัลเป็นเข็มกลัดผู้สามารถให้แก่ผู้สูงอายุที่ได้รับคัดเลือกเข้าประกวดการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีกำลังใจได้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น

6. ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ (Post-Test) ด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักหลังการให้ความรู้ เหนือการพิจารณา กลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนรวมของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จึงจะถือว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับสูง ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการให้คำแนะนำและอธิบายในการบริโภคเพื่อ

ควบคุมน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอเพิ่มเติมในสัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 5 โดยจะประเมินอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 6 ต่อไป

7. กิจกรรมสันตนาการและนัดหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 5 พร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 พบว่าพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรม และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ (Post-Test) ด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักภายหลังการให้ความรู้จากสัปดาห์ก่อน ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 21 คน ผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้ทุกคน มีการซักถามปัญหาและข้อสงสัยจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และส่วนใหญ่พบปัญหาเดิม แต่สมาชิกสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ และจากการประเมินภาวะอ้วนของกลุ่มตัวอย่างหลังจากให้กิจกรรมผ่านไปแล้ว 1 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติต่อไป รวมถึงกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ให้ดูสมาชิกที่ปฏิบัติได้เป็นแบบอย่าง

นอกจากนี้ผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าของสมาชิกในกลุ่มพบว่า มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไปตามใบนัดที่แจกให้ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามใบนัด

สัปดาห์ที่ 3: (กิจกรรมครั้งที่ 5) เรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก จัดกิจกรรมโดยการใช้คำพูดชักจูง การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง ใช้เวลา 60 – 90 นาที โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ แล้วบันทึกในสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของแต่ละราย เลือกผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ดีขึ้น เพื่อเข้ากิจกรรมประกวดการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยทำสัญลักษณ์เป็นรูปหัวใจติดสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ดวงเช่นเดิม แล้วเก็บไว้ที่ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย

2. ผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 5

3. แจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรมให้บันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ และประเมินภาวะอ้วนของตนเองโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของ น้ำหนักตัว ขนาดของรอบเอว พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักประจำวัน และการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ แล้วช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ

รวมทั้งช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนักที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น และเพื่อเป็นกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุรายที่สามารถปฏิบัติตนได้เหมาะสมให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป

4. ผู้วิจัย สรุปถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขเพื่อให้มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนัก และกลุ่มเพื่อนช่วยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนัก รวมถึงมอบรางวัลเป็นเข็มกลัดผู้ สามารถให้แก่ผู้สูงอายุเช่นเดิม

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินเครื่องมือกำกับการทดลอง คือแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ เพื่อวัดสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุว่า โปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุในการควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมมากขึ้น เกณฑ์กำกับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างต้องมี คะแนนรวมของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จึงจะถือ ว่ากลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักในระดับสูง ถ้ากลุ่ม ตัวอย่างไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการ บริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก อย่างสั้นๆเพิ่มเติมในสัปดาห์ถัดไป โดยจะประเมินซ้ำอีกครั้งหลังจาก ให้ความรู้เพิ่มเติมไปแล้ว 1 สัปดาห์ จัดกิจกรรมสนทนาการและนัดหมายพร้อมแจ้งให้ทราบถึง กิจกรรมครั้งต่อไป

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 5 ได้มีการประเมินภาวะอ้วนของกลุ่มตัวอย่างหลังจากให้ กิจกรรมผ่านไปแล้ว 3 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ได้มากขึ้น มีน้ำหนักตัวลดลง มีขนาดของรอบเอวลดลงมากขึ้น ผู้วิจัยให้คำชมเชยและกระตุ้นให้ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตัวต่อไป รวมถึงกระตุ้นกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวได้ให้ดูสมาชิกที่ ปฏิบัติได้เป็นแบบอย่าง จากการซักถามปัญหาและข้อสงสัยจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภค เพื่อควบคุมน้ำหนักและการบันทึกการปฏิบัติตัวในแบบบันทึกพบว่าปัญหาส่วนใหญ่มาจากตัว ของผู้สูงอายุเองคือ ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และคิดว่ากินไปก่อนแล้วค่อยลดลงในมื้อต่อไป ซึ่งสมาชิกได้ร่วมกันแก้ไขปัญหานี้โดยการให้มีความเชื่อมั่นในตัวเองและเข้มแข็งให้มากขึ้นในการ ควบคุมอาหารและหากมื้อไหนรับประทานมากเกินไปในมื้อต่อไปจะต้องลดลงให้มากกว่าเดิมอีก เพื่อทดแทนกัน บางรายที่ได้ปฏิบัติต่อเนื่องและสามารถลดน้ำหนักได้ได้กล่าวความรู้สึกหลังจากที่ ได้ปฏิบัติว่า ทำให้รู้สึกสบายตัว เบาตัวมากขึ้น ไม่อึดอัดหรือแน่นท้อง เริ่มใส่เสื้อผ้าที่เคยใส่ได้มาก ขึ้น อาการปวดข้อเข่าลดลง เดินไปมาสะดวกมากขึ้น ซึ่งทำให้สมาชิกในกลุ่มสนใจและเป็นแรง กระตุ้นให้ปฏิบัติตามมากยิ่งขึ้น ขณะเข้าร่วมกิจกรรมสมาชิกในกลุ่มให้ความสนใจและร่วมมือใน การเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี มีสีหน้าท่าทางแจ่มใส ผู้สูงอายุมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การ

ปฏิบัติตนเพื่อควบคุมน้ำหนักของตนเองให้สมาชิกฟัง ทำให้สามารถมีทางเลือกในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น ซึ่งเมื่อประเมินการกำกับกับการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองทั้ง 21 คน ผ่านเกณฑ์การกำกับกับการทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไปตามไบนัดที่แจกให้ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะ เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามไบนัด

สัปดาห์ที่ 4: (กิจกรรมครั้งที่ 6) เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการกระตุ้นเตือน จัดกิจกรรมเหมือนกิจกรรมครั้งที่ 4 พร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 6 พบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้น มีน้ำหนักตัวและขนาดของรอบเอวลดลง หรือไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม สมาชิกผู้สูงอายุในกลุ่มได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักให้เพื่อนสมาชิกฟัง ผู้วิจัยสังเกตจากสีหน้าของสมาชิกในกลุ่มพบว่า มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย ซึ่งถือเป็นการกระตุ้นร่างกายและอารมณ์เป็นอย่างดี หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไปตามไบนัดที่แจกให้ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะ เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามไบนัด

สัปดาห์ที่ 5: (กิจกรรมครั้งที่ 7) เรื่อง การเฝ้าระวังพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการกระตุ้นเตือน จัดกิจกรรมเหมือนครั้งที่ 4 ประกาศผลการประกวดเพื่อคัดเลือกเป็นตัวแทนพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยนับจำนวนรูปสัญลักษณ์หัวใจที่ติดสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละคนเพื่อหาคนที่มียุโรปสัญลักษณ์หัวใจมากที่สุด และมอบรางวัลเป็นเข็มกลัดผู้สามารถเพื่อเป็นสัญลักษณ์แสดงถึงบุคคลที่มีความสามารถในการควบคุมน้ำหนักได้ดีที่สุด และเพื่อเป็นกำลังใจและกระตุ้นให้ปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้กำลังใจและกระตุ้นให้มีการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักแก่ผู้สูงอายุที่ยังปฏิบัติตัวไม่ได้เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมต่อไป พร้อมแจ้งให้ทราบถึงกิจกรรมครั้งต่อไป

จากการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม สังเกตจากสีหน้าท่าทางที่แจ่มใส ผู้วิจัยประกาศผลการประกวดผู้สูงอายุที่สามารถมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้มากที่สุด 1 คน ซึ่งน้ำหนักลดลงไปจากเดิม 11 กิโลกรัมและพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ น้ำหนักลดลงตั้งแต่ 1-4 กิโลกรัม จำนวน 17 คน และมีน้ำหนักเท่าเดิม จำนวน 3 คน ซึ่งสมาชิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่าเมื่อมีน้ำหนักลดลงรู้สึกเบาตัวมากขึ้น ไม่อึดอัด และสามารถเดินและทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างกระฉับกระเฉงได้มากขึ้น และจะปฏิบัติอย่างนี้ไปเรื่อยๆ ผู้วิจัยได้ให้กำลังใจแก่สมาชิกทุกคนเพื่อสนับสนุนให้มีการควบคุมน้ำหนักได้มากขึ้นอย่างต่อเนื่องต่อไป หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดครั้งต่อไปตามไบนัดที่แจกให้ กลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือและยินดีที่จะ เข้าร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไปตามไบนัด

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 6: (กิจกรรมครั้งที่ 8)ของการทดลอง

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายไว้ พูดคุยและประเมินค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ รวมทั้งขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน (Posttest) อีกครั้ง โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อผู้สูงอายุสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

2) ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดระยะการเป็นกลุ่มทดลองพร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

การดำเนินการในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 6 ของการทดลอง

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่นัดหมายไว้ พูดคุยและประเมินค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ รวมทั้งขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน (Posttest) อีกครั้ง โดยผู้วิจัยอยู่บริเวณใกล้เคียง เพื่ออธิบายเมื่อผู้สูงอายุสงสัยหรือไม่เข้าใจ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม

2) ผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดระยะการเป็นกลุ่มควบคุมพร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ และจัดการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุมตามโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักภายหลังการทดลองเสร็จสิ้น พร้อมทั้งมอบหนังสือคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักแก่ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม เพื่อเป็นการขอบคุณในความร่วมมือ

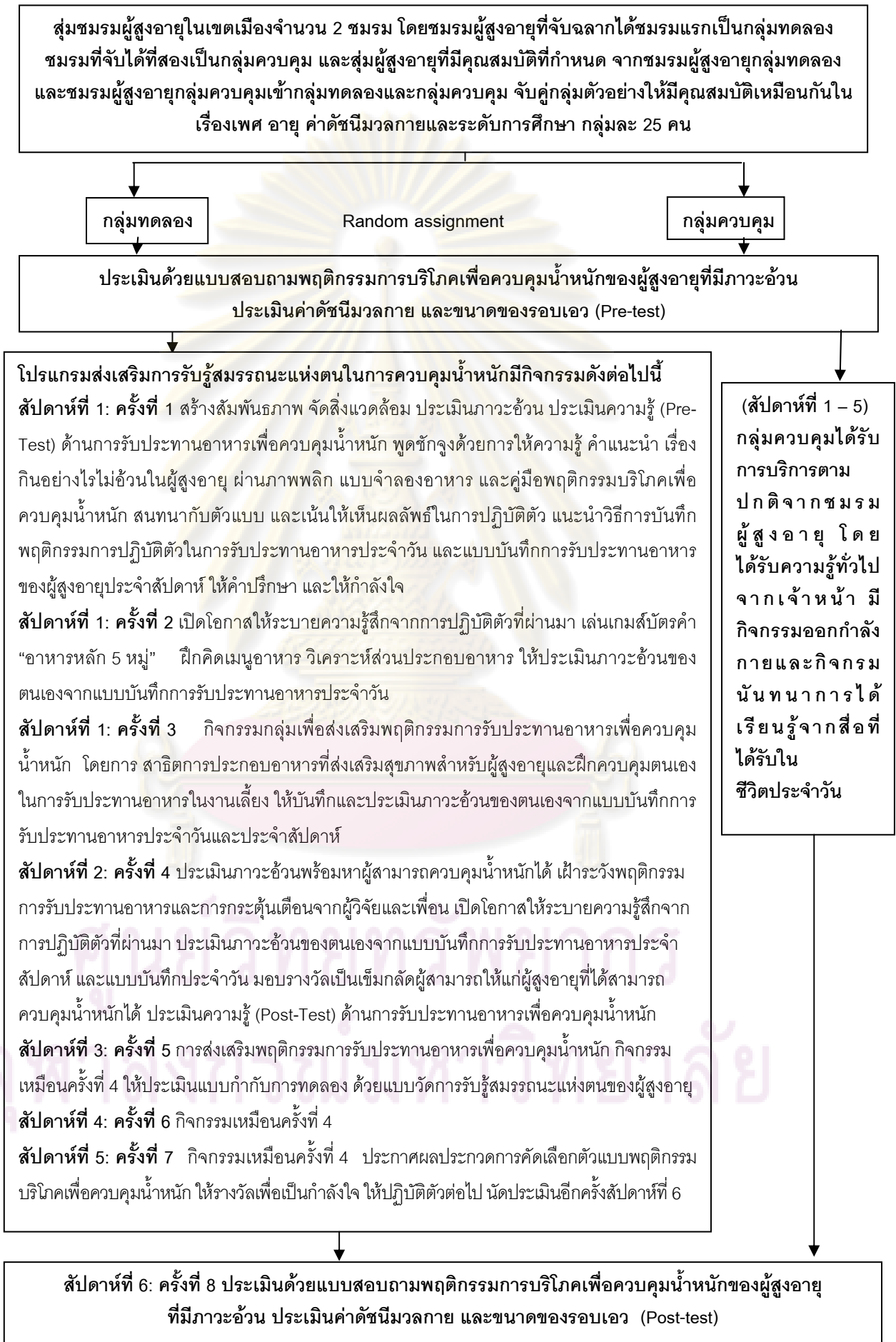
การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Science/personal Computer Plus) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้สถิติที (Dependent t-test)

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน (Posttest) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (Independent t-test)

แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และ ค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองตรัง จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน โดยจับคู่ให้มีคุณลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกันตามกำหนด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และ ค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ส่วนที่ 2: เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคขนาดของรอบเอว และ ค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติดังแสดงในตารางที่ 7-9

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (n=21)

พฤติกรรมการบริโภค	\bar{X}	SD	ระดับพฤติกรรม	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	55.67	4.64	พอใช้	20	14.05	.000
หลังการทดลอง	79.43	6.47	ดี			
ผลต่างของคะแนน	23.76	1.83				

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก เท่ากับ 55.67 และ 79.43 ตามลำดับ โดยแปลผลคะแนนได้ว่าก่อนการทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคระดับพอใช้ และภายหลังการทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดี

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับวิธีทางสถิติค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างขนาดของรอบเวาในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (n=21)

ขนาดของรอบเวา	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	93.43	7.63	อ้วนมาก	20	6.56	.000
หลังการทดลอง	88.19	7.43	อ้วน			
ผลต่างของคะแนน	5.24	.2				

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเวาของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก เท่ากับ 93.43 และ 88.19 ตามลำดับ โดยแปลผลคะแนนได้ว่าก่อนการทดลองมีขนาดของรอบเวาอยู่ในระดับอ้วนมาก และภายหลังการทดลองมีขนาดของรอบเวาอยู่ในระดับอ้วน

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเวาของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลต่างค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก (n=21)

ค่าดัชนีมวลกาย	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	27.33	2.21	อ้วน	20	3.82	.001
หลังการทดลอง	26.44	2.48	อ้วน			
ผลต่างของคะแนน	.89	-.27				

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนัก เท่ากับ 27.33 และ 26.44 ตามลำดับโดยแปลผลคะแนนได้ว่าค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองมีค่าดัชนีมวลกายระดับอ้วน

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วยวิธีทางสถิติค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 21) และกลุ่มควบคุม (n = 21)

พฤติกรรมการบริโภค	\bar{X}	ระดับพฤติกรรม	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม	53.19	พอใช้	4.11	40	15.69	.000
กลุ่มทดลอง	79.43	ดี	6.47			

จากตารางที่ 7 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเท่ากับ 53.19 และ 79.43 ตามลำดับ โดยแปลผลคะแนนได้ว่ากลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคหลังการทดลองอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคหลังการทดลองอยู่ในระดับดี

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของขนาดของรอบเอวในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n = 21$) และกลุ่มควบคุม ($n = 21$)

ขนาดของรอบเอว	\bar{X}	ระดับขนาด ของรอบเอว	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม	96.43	อ้วนมาก	10.92	40	2.86	.004
กลุ่มทดลอง	88.19	อ้วน	7.43			

จากตารางที่ 8 พบว่า ค่าเฉลี่ยของขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองเท่ากับ 96.43 และ 88.19 ตามลำดับ โดยแปลผลคะแนนได้ว่ากลุ่มควบคุมมีขนาดของรอบเอวหลังการทดลองอยู่ในระดับอ้วนมากและกลุ่มทดลองมีขนาดของรอบเอวหลังการทดลองอยู่ในระดับอ้วน

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมีขนาดของรอบเอวที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 21) และกลุ่มควบคุม (n = 21)

ค่าดัชนีมวลกาย	\bar{X}	ระดับค่า ดัชนีมวลกาย	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม	28.58	อ้วน	3.59	40	2.25	.015
กลุ่มทดลอง	26.44	อ้วน	2.48			

จากตารางที่ 9 พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เท่ากับ 28.58 และ 26.44 ตามลำดับ โดยแปลผลคะแนนได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าดัชนีมวลกายระดับอ้วน

เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วยวิธีทางสถิติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังการทดลองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมีค่าดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Design with Non-equivalent Groups) โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มทดลอง (Experimental Group) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

กลุ่มควบคุม (Control Group) คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับบริการตามปกติ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก กับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ
3. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

4. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

5. ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

6. ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายหรือหญิงที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และได้รับการตรวจค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ได้ค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² (พรทิศา ชัยอำนาจ, 2544)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ทั้งเพศหญิงและชายที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 2 ชมรม ได้มาจากวิธีดังนี้

1. พิจารณาจากชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมือง จังหวัดตรัง ทั้งหมดจำนวน 27 ชมรม โดยทำการจับฉลากสุ่มเลือกอย่างง่ายมา 2 ชมรม คือ ชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์ และชมรมผู้สูงอายุคลองน้ำเจ็ด จากนั้นจับฉลากเพื่อจัดเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ คือ

2.1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชาย

2.2 เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล

ตามปกติ ผ่านเกณฑ์การประเมินจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) โดยผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนนผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

2.3 เป็นผู้ที่มี ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร²

2.4 ไม่มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมวิจัย

2.5 มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยินหรือการมองเห็น อ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่เป็นโรคจิตหรือโรคประสาท สามารถพูดและเข้าใจภาษา กับผู้วิจัยได้ดี

2.6 ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย ตามแบบขอความร่วมมือเป็นผู้เข้าร่วมในการวิจัย และคำให้การคุ้มครองสิทธิ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของกรวิจัยแบบทดลองและกึ่งทดลองคืออย่างน้อยควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจำนวนตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและมีผลให้ค่าความแปรปรวนลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn & Glove, 2005) โดยการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คนและกลุ่มควบคุม 25 คน

โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อ สาธารณสุขเทศบาลเมือง จังหวัดตรัง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ตรัง เพื่อขออนุญาตดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์และชมรมผู้สูงอายุคลองน้ำเจ็ด ซึ่งทั้งสองชมรมเป็นชมรมที่ดำเนินการภายใต้การสนับสนุนการดูแลของสาธารณสุขเทศบาลเมือง และโรงพยาบาลศูนย์ตรัง

2. หลังได้รับอนุญาตผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับพยาบาลและประธานชมรมที่รับผิดชอบในชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์และชมรมผู้สูงอายุต้นสมอ แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในวันทีนัดประชุมประจำเดือนของชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยอธิบายลักษณะของการเข้าร่วมการวิจัย ลักษณะงานวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากผลการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และจัดทำเป็นบัญชีรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. เมื่อได้รายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อของแต่ละกลุ่มเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 25 คน ซึ่งเป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของบัญชีรายชื่อแต่ละกลุ่ม แต่ในขณะที่ทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองติดภารกิจ จำนวน 2 คน และไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 คน ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างออกรวมทั้งตัดในกลุ่มควบคุมที่เป็นคู่กันออกด้วย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คนและกลุ่มควบคุม 21 คน และ

จับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระดับค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือกำกับการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวหรือภาวะการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2. แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) โดยผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ทั้งสองส่วน แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเรื่อง “การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน” ประกอบด้วย

- 2.1 แผนการสอน เรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน สำหรับผู้สูงอายุ”
- 2.2 ภาพพลิกประกอบการสอน เรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน สำหรับผู้สูงอายุ”
- 2.3 แผ่นพับ เรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน สำหรับผู้สูงอายุ”
- 2.4 คู่มือ พฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ
- 2.5 สมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมโครงการ
- 2.6 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข และได้นำไปทดลองใช้ก่อนนำไปใช้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโรค เพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขและทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่ชมรมผู้สูงอายุกระพังสุรินทร์ หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .78

การดำเนินการทดลอง มีวิธีการดังนี้

1. การเลือกชมรมและกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยไปที่แผนกเวชกรรมของโรงพยาบาล ตรัง เพื่อสำรวจรายชื่อของชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองตรัง ซึ่งมีทั้งหมดจำนวน 27 ชมรม เลือกกลุ่มชมรมกลุ่มตัวอย่างออกมา 2 ชมรม จับฉลากเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง จากนั้นติดต่อชมรมผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แล้วจับคู่ให้ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุดในด้าน เพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย และระดับการศึกษา โดยคัดเลือกกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 50 คน ก่อนการทดลองผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโรคเพื่อควบคุมน้ำหนัก การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุ (Pre-test) ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติที่ชมรมผู้สูงอายุจัดให้แก่ผู้สูงอายุ ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ กิจกรรมออกกำลังกายและกิจกรรมนันทนาการอื่นๆ

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก จัดกิจกรรมจำนวน 3 ครั้งในสัปดาห์แรก หลังจากนั้นจัดกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง เป็นจำนวน 4 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งหมด 5 สัปดาห์จัดกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง -2 ชั่วโมง แต่ในขณะที่ทำการวิจัยกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองติดภารกิจ จำนวน 2 คน และ ไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 2 คน ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างออกรวมทั้งตัดในกลุ่มควบคุมที่เป็นคู่กันออกด้วย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คนและกลุ่มควบคุม 21 คน

3. การประเมินผล โดยเก็บข้อมูลหลังการดำเนินการทดลอง (Posttest) ในสัปดาห์ที่ 6 ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโรคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ประเมินค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Science/personal Computer Plus) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก โดยใช้สถิติที (Dependent t-test)

2. ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน (Posttest) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที (Independent t-test)

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

4. ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

5. ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

6. ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนักดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนัก ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนักที่ผู้วิจัยจัดขึ้น โดยการนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ในการควบคุม น้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนัก โดยอาศัยการจัดการตามแนวทางของ Bandura (1997) 4 แนวทาง เพื่อนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) การใช้คำพูดชักจูง 2) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ซึ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งมีรายละเอียดในการจัดกิจกรรมที่สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1. การใช้คำพูดชักจูง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำและการพูดชักจูงเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนักได้สำเร็จโดยการสอนประกอบแผนการสอนผ่านภาพเคลื่อนไหวและโปสเตอร์รูปแบบอาหารเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ” ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะอ้วน ผลกระทบ และอันตรายจากภาวะอ้วน การประเมินภาวะอ้วน และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนัก ตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดี

ของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FBDG, 2542) ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก และมีกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันเล่นเกมสับตรงคำ “อาหารหลัก 5 หมู่” ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร สาธิตการประกอบอาหารและทดลองชิมอาหารที่ควบคุมน้ำหนัก โดยนำความรู้ที่ได้จากสิ่งที่ผู้วิจัยสอน แนะนำ มาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเองประกอบกับการพูดชักจูงของผู้วิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงสาเหตุและอันตรายจากภาวะอ้วนรวมถึงแนวทางการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะอ้วนและได้รับรู้ว่าจะหากปฏิบัติตัวในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักที่เหมาะสมจะสามารถทำให้เกิดการควบคุมน้ำหนักได้และลดอันตรายต่างๆที่จะตามมาเมื่อมีภาวะอ้วนได้

ดังนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกต้องการที่จะปฏิบัติตามร่วมกับการที่ผู้วิจัยพูดกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เน้นย้ำว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้และสนับสนุนให้กำลังใจผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักนั้น ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมา ซึ่งการให้ความรู้โดยการสอนเป็นแนวทางหนึ่งในการให้คำแนะนำ และการใช้คำพูดชักจูง การให้ความรู้ คำแนะนำเป็นปัจจัยขั้นแรกและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในการปฏิบัติขั้นต่อไป ความรู้จึงเป็นวิธีการที่นำไปสู่การปฏิบัติได้ (พรศรีศรีรัชฎาพร และคณะ, 2542; Bandura, 1997) ซึ่งการพูดชักจูง การแนะนำ การอธิบาย ชักชวน ให้ความรู้เพื่อให้บุคคลเชื่อในความสามารถของตนเอง จะเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (self-doubts) ทำให้เกิดกำลังใจ มีความมั่นใจ และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรมให้สำเร็จ ทำให้บุคคลนั้นสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นได้ (Bandura, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของชุดิธรธรน ปุริตราภิบาล (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดีดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการจัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้รับความรู้ คำแนะนำ โดยการสอน การอธิบายทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมประกอบกับการพูดชักจูงจากเพื่อนและผู้วิจัยทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น โดยการให้คำพูดชักจูงตามแนวคิดของ Bandura (1997) ได้กล่าวว่าการที่บุคคลอื่นได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลนั้นว่าจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองจะทำให้บุคคลเกิดกำลังใจและความพยายามในการกระทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ฉะนั้นการให้

ความรู้และคำแนะนำในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักโดยเน้นให้เห็นผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้นร่วมกับการพูดชักจูงให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ในความสามารถของตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ต้องการได้

กิจกรรมที่ 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุสนทนากับตัวแบบของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ประสบความสำเร็จในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยแจกคู่มือ พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุเป็นแนวทางในการเรียนรู้ การได้เห็นตัวแบบจริง คือเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกันเอง และตัวแบบสัญลักษณ์ คือ คู่มือพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ภาพพลิกตามแผนการสอนเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน” ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดการเรียนรู้ จดจำ และเลียนแบบทำตามแบบ เกิดความคล้อยตาม และเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง การกระทำพฤติกรรมตามตัวแบบจะรวมเอากระบวนการทางจิตวิทยา คือ การตั้งใจ การจดจำ การกระทำและการจูงใจไว้ด้วยกัน (Bandura, 1997) ซึ่งการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้เห็นตัวแบบจากเพื่อนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากภาพพลิก และคู่มือทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

กิจกรรมที่ 3. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้วยการพูดคุย สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้ผ่อนคลายด้วยการแสดงความเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่นุ่มนวลให้เกียรติผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน จัดสถานที่ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติกิจกรรม โดยให้มีห้องทำกิจกรรมที่มีทัศนียภาพเป็นส่วนตัว เปิดโอกาสและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้มีส่วนร่วมในการประเมินภาวะอ้วนของตนเอง พูดระบายความรู้สึกและ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักและการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ เพื่อให้การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนอยู่ในระดับเหมาะสม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนรับรู้ถึงขีดความสามารถของตนเองและแสดงออกถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นทางอารมณ์อยู่ในระดับที่เหมาะสมจะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองและการแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น ฉะนั้นการที่ผู้วิจัยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้พูดระบายความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยผู้วิจัยรับฟัง ให้คำปรึกษา ชี้แนะ แก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ และกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ของผู้สูงอายุโดยการประกวดผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก

ได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนรับรู้ความสามารถของตนเองและปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้

กิจกรรมที่ 4. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนร่วมกันอภิปรายเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ และช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยประเมินจาก แบบบันทึกพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำ แบบบันทึกการรับประทานอาหารเช้าเป็นประจำสัปดาห์ การประเมินภาวะอ่อนของผู้สูงอายุประจำสัปดาห์ ฝึกควบคุมตนเองโดยการรับประทานอาหารเช้าในวงเลี้ยงเพื่อให้เกิดทักษะในการวางแผนการรับประทานอาหารเช้าอย่างถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงจนประสบความสำเร็จได้ ให้รางวัลแก่ผู้ที่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมน้ำหนักได้เป็นขิมกมัดผู้สามารถติดเสื่อให้ เพื่อเป็นสัญลักษณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งของการมีพฤติกรรมเพื่อควบคุมน้ำหนัก แล้วนำมาอภิปรายร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนที่ปฏิบัติพฤติกรรมถูกต้องคงปฏิบัติต่อไปและเป็นตัวอย่างในการปฏิบัติพฤติกรรมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนคนอื่นต่อไป การที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าเมื่อกระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือทำกิจกรรมที่คล้ายกัน ก็สามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเคย ความสำเร็จหลายๆครั้ง จะช่วยสร้างความมั่นใจในความสามารถของตน เมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนได้ร่วมกิจกรรมที่จัดไว้เป็นการสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว มักจะมีความมานะพยายามในการกระทำกิจกรรมที่กำหนดต่อถึงแม้จะมีอุปสรรค (Bandura, 1997) ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนมีความมานะพยายามและมีความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างต่อเนื่อง

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการบริการของชมรมผู้สูงอายุได้แก่ การให้ความรู้ด้านต่างๆ การออกกำลังกาย และกิจกรรมนันทนาการต่างๆ โดยในส่วนของ การให้ความรู้ นั้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เป็นเพียงหัวข้อย่อยในเรื่องการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุเท่านั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนจึงไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักด้วยการใช้คำพูดชักจูง การเห็นตัวแบบ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ความรู้ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนได้รับเป็นเพียงความรู้ทั่วไปซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติไม่มีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เมื่อประเมินคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติจึงอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักซึ่งอยู่ในระดับดี

จากเหตุผลสนับสนุนที่อภิปรายมา จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก โดยจัดกิจกรรมด้วยการนำเสนอวิธีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก เกิดทักษะและมีทัศนคติที่ดีต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก และดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ดังตารางที่ 4 และ 7 ตามลำดับ

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมาที่นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การศึกษาของชุตติวรรณ บุริทราภิบาล (2541) ซึ่งศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มทดลองจำนวน 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเกศสุดามณีกระจ่าง (2544) ซึ่งศึกษาผลการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลที่มีผู้สูงอายุในความดูแลเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งเข้ารับการรักษา ณ คลินิกออร์โธพีดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2543 จำนวน 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแล การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลจากการดูแลดีกว่าก่อนการเข้าร่วมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการศึกษาระหว่างกลุ่มพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลจากการดูแลดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ และจากการศึกษาของ เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์ (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และทฤษฎีการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมัครเข้าร่วมในโครงการเตรียมใจสู่วัยทอง ของศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภออมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี จำนวน 40 คนเพียงกลุ่มเดียว ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากดำเนินการทดลองมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ สำหรับด้านเจตคติในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในส่วนของพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับโภชนาการเพื่อสุขภาพ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งภายหลังดำเนินการทดลอง 1 วันและ 1 เดือนในระยะติดตามผล นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ประยุกต์ในการทดลองของวัยอื่นๆ เพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งผลการทดลองพบว่าสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้เช่นกัน ดังการวิจัยของ อรุณรัตน์ บุนนาค และคณะ (2545) ซึ่งศึกษาผลของการเข้าค่ายฤดูร้อนต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนักของเด็กอ้วนวัยก่อนเรียนร่วมกับการให้ความรู้แก่บิดามารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยเรียนอายุ 10-15 ปี จำนวน 20 คน พบว่า หลังจากเด็กอ้วนวัยเรียนและบิดามารดาได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองประกอบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย หลังการทดลองเด็กอ้วนวัยเรียนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนัก และมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าเด็กอ้วนมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักดีขึ้นกว่าก่อนเข้าค่าย

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 5 ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 ค่าเฉลี่ยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3, 4, 5 และ 6 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำปัจจัยบางประการที่พบว่ามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองมาเป็นตัวแปรในการจัดกระทำให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายได้นั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนว่าตัวเองสามารถทำได้ จึงจะสามารถลดขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุตติวรรณ ปุรินทรภิบาล (2541) และการศึกษาของอรุณรัศมี บุนนาค และคณะ (2545) ที่ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมเพื่อลดขนาดของรอบเอว น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งผลการศึกษาของทั้งสองงานวิจัย พบว่าการใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาจัดกิจกรรมนั้นพบว่าสามารถทำให้ขนาดของรอบเอว น้ำหนักและค่าดัชนีมวลกายลดลงได้ ดังรายละเอียดที่ได้กล่าวมาแล้วในการอภิปรายผลสมมติฐานวิจัยข้อ 1 และ 2 ทั้งนี้เนื่องมาจากผลของกิจกรรมที่จัดให้กับกลุ่มทดลองได้ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างเป็นลำดับขั้น โดยเริ่มจากการพัฒนาด้านความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานก่อนและตามมาด้วยการสร้างให้เกิดการรับรู้ที่ตัวแบบที่มีความใกล้เคียงกันก็คือผู้สูงอายุคนอื่นก็ยังสามารถปฏิบัติได้และปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมออีกด้วย และเมื่อได้เห็นประสบการณ์จากตัวแบบแล้วผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองปฏิบัติตามจึงเกิดการเรียนรู้จากการประสบความสำเร็จของผู้อื่น การได้ฝึกคิดเมนูอาหาร การวิเคราะห์ส่วนประกอบหลักของอาหาร การฝึกควบคุมการรับประทานอาหารในงานเลี้ยง เป็นการฝึกทักษะการปฏิบัติทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ว่าในการรับประทานอาหารจะต้องผ่านกระบวนการคิดพิจารณาก่อนเสมอซึ่งการพัฒนาทักษะจะเป็นการสร้างเชื่อมั่นใจในการปฏิบัติ

อีกทั้งการใช้กลุ่มเพื่อนเป็นตัวขับเคลื่อนในการช่วยกันแก้ไขปัญหาทำให้ผู้สูงอายุเกิดทางเลือกว่ามีแนวทางใดบ้างที่ตนสามารถปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน นอกจากนี้

การบันทึกพฤติกรรมการบริโภคและการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์และรายวันแล้วนำมาเปรียบเทียบในแต่ละสัปดาห์ รวมถึงการประเมินภาวะอ้วนทุกครั้งที่เกี่ยวข้องกิจกรรมเป็นการให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองในทางตรง (Method of Behavioral Assessment) ซึ่งถือเป็นการควบคุมกำกับตนเอง (Self-Regulation) ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกพฤติกรรมและการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีระคือข้อมูลที่น่าเชื่อถือที่สุดที่ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงพัฒนาการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองอย่างเป็นรูปธรรมก็ถือเป็นการเรียนรู้จากความสำเร็จของตนเองและเป็นการกระตุ้นเตือนตนเองอีกทางด้วยทำให้เกิดการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การฝึกควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารในงานเลี้ยงเมื่อผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ จะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น การชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์แล้วนำมาเปรียบเทียบก็เป็นการให้รับรู้ผลที่เป็นรูปธรรม และเมื่อผู้สูงอายุน้ำหนักมีขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายลดลงจากสัปดาห์ก่อน ผู้วิจัยจะบันทึกในสมุดประจำตัวและให้คะแนนเป็นรูปดาวติดสมุดเพื่อเป็นสัญลักษณ์ว่าผู้สูงอายุนี้มีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและเมื่อครบกำหนดการทดลองสัปดาห์สุดท้ายจะมีการนับจำนวนดาวที่ติดสมุดประจำตัวของแต่ละคน เพื่อมอบรางวัลเป็นเข็มกลัดผู้สามารถให้ เพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติซึ่งถือเป็นการกระตุ้นทางด้านร่างกายและอารมณ์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การได้รับคำชมเชยจากผู้วิจัยและเพื่อน การพูดคุยจูงใจทุกสัปดาห์ก็เป็นการกระตุ้นเตือนและเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้อีกด้วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นไปตามข้อเสนอแนะตามแนวคิดของ Bandura ที่บอกถึงวิธีการพัฒนาความสามารถของตนเอง 4 วิธี คือ 1. การให้คำแนะนำและการใช้คำพูดจูงใจ 2. การใช้ตัวแบบ 3. การกระตุ้นทางอารมณ์ 4. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งเมื่อประเมินภาวะอ้วนทั้งขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักพบว่า มีขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายลดลงทั้งนี้เป็นผลมาจากโปรแกรมที่จัดให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายจึงทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักเพราะพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนนั้นเป็นการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีต่ำ โปรตีนย่อยง่ายและอาหารกากใย ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีแคลอรีต่ำและมีส่วนผสมของโปรตีนที่มีคุณภาพดี มีไขมันและคาร์โบไฮเดรตรวมทั้งมีวิตามินและเกลือแร่ที่พอเหมาะเป็นแนวทางสำคัญที่จะทำให้ น้ำหนักลดได้ดีและปลอดภัย (สุรัตน์ โคมินทร์, 2534) รวมทั้งการติดตามชั่งน้ำหนักผู้สูงอายุทุกสัปดาห์และให้ผู้สูงอายุได้เปรียบเทียบผลต่างแต่ละสัปดาห์ ทำให้ผู้สูงอายุเห็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีระอย่างเป็นรูปธรรม จึงเป็นการกระตุ้นและจูงใจให้เกิดการปฏิบัติและขณะเดียวกันผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการ

ออกกำลังกายที่สม่ำเสมออยู่แล้วตามกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุเอง เมื่อสามารถควบคุมอาหารได้ก็จะทำให้น้ำหนักลดลงได้ เพราะการควบคุมน้ำหนักที่ได้ผลดีที่สุดต้องประกอบด้วยควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (สุรัตน์ โคมินทร์, 2534)

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติเป็นกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับการบริการของชมรมผู้สูงอายุได้แก่ การให้ความรู้ด้านต่างๆ การออกกำลังกาย และกิจกรรมนันทนาการต่างๆ โดยในส่วนของ การให้ความรู้ นั้น มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมกรบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนัก เป็นเพียงหัวข้อย่อยในเรื่องการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุเท่านั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนจึงไม่ได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมกรบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนักด้วยการใช้คำพูดชักจูง การเห็นตัวแบบ การประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ ความรู้ที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนได้รับเป็นเพียงความรู้ทั่วไปซึ่งไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายได้ เมื่อประเมินค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติจึงมีค่าสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

ฉะนั้นเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 5, 6, 8 และ 9 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยขนาดรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชุตติวรรณ ปุริตราภิบาล (2541) ในประเด็นเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเพื่อการรับประทานอาหารที่ลด น้ำหนักของผู้สูงอายุ และพบว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายลดลงในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอรุณรัตน์ บุนนาค และคณะ (2545) เช่นกัน ซึ่งพบว่า หลังจากเด็กอ้วนวัยเรียนและบิดามารดาได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองประกอบกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรับประทาน อาหาร และการออกกำลังกาย หลังการทดลองเด็กอ้วนวัยเรียนมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนัก และมีน้ำหนักลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนักส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีค่าเฉลี่ยขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายลดต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

ข้อจำกัด

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีลักษณะเฉพาะ คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนที่เป็นเพศ หญิง รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน การศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา และอาศัยอยู่ในเขต เมือง (สรวงสุดา เจริญวงศ์, 2544) ทั้งนี้เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่า เพศ รายได้ (กิงทิพย์ แต้มทอง, 2546; นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) ระดับการศึกษา (นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) และเขตที่อยู่อาศัย มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการนำโปรแกรมการวิจัยไปใช้จึงควรนำไปใช้กับประชากร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนักที่ให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน สามารถทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อ การควบคุม น้ำหนักดีขึ้น รวมทั้งทำให้มีค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวลดลงได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึง มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหาร โดยการนำเสนอผลการวิจัยต่อผู้บริหาร บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบ ด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยสูงอายุ เพื่อให้การสนับสนุนในการจัด กิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรม การบริโภคเพื่อควบคุม น้ำหนัก รวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณ สถานที่ วัสดุทัศนูปกรณ์ เอกสารต่างๆ

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

- 2.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ หรือ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงาน ด้านผู้สูงอายุในชุมชนสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนัก ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนด้านการมีพฤติกรรม การบริโภคเพื่อ ควบคุม น้ำหนัก ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นและมีประโยชน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจาก ความอ้วน จากการมีพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

- 2.2 การนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม น้ำหนักไปใช้ จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมควรมีความรู้และทักษะในเรื่องการลดสิ่งกระตุ้นเร้า ทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and emotional arousal) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดย

พยาบาลควรมีท่าทางที่เป็นมิตร มีน้ำเสียงนุ่มนวล เป็นกันเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนรู้สึกรู้ว่า พยาบาลเปรียบเสมือนลูก หลาน ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนจะไม่เกิดความรู้สึกกังวล หรือกดดัน ให้การยอมรับและร่วมมือในการทำกิจกรรมมากขึ้น มีการเตรียมสถานที่ที่เหมาะสม มีบรรยากาศ ผ่อนคลาย เพื่อส่งเสริมให้การดำเนินกิจกรรมเป็นไปได้ด้วยดี

2.3 การนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักไปใช้นั้น พยาบาลควรรู้เกี่ยวกับกรณีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างชัดเจน เน้นย้ำให้เห็นผลลัพธ์ของการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนมีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลที่จะได้รับ รวมถึงการฝึกทักษะการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักจนผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนทำได้ อีกทั้งต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านเพื่อให้เกิดประโยชน์ตามที่คาดหวัง และจะทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนมีความมั่นใจในการจะปฏิบัติกิจกรรมต่อไป

2.4 การนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักไปประยุกต์ใช้นั้น อาจผสมผสานกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นด้วย เช่น ด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคและลดขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายได้อย่างชัดเจนและถาวรมากขึ้น นอกจากนี้ควรเพิ่มระยะเวลาในการประเมินผลหลังการให้กิจกรรมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการศึกษา ควรสนับสนุนให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อน และควรจัดให้นักศึกษาได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อน เพื่อสนับสนุนให้นักศึกษามีความรู้ ความเข้าใจ เกิดทักษะในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อน ที่มีความเฉพาะแตกต่างจากผู้ที่มีภาวะอ่อนวัยอื่นๆ

4. ด้านการวิจัย

4.1 ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อนในบริบทอื่นๆ หรือผู้ที่ยังไม่มีภาวะอ่อน โดยอาจต้องปรับเปลี่ยนกิจกรรมหรือเนื้อหาบางส่วนให้เหมาะสมตามกลุ่มประชากรที่จะนำไปใช้ โดยอาจเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมด้วย

4.2 ควรมีการดำเนินการวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลของการควบคุมน้ำหนักเป็นระยะๆ ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กมลพรรณณ์ เมฆวรวุฒิ และอัมพร ชัยศิริรัตน์. (2544). **คลินิกคนอ้วน**. กรุงเทพฯ: อัลฟ่า พับลิชชิ่ง.

กรมอนามัย. (2549). **สถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทย**. วันที่ค้นข้อมูล 18 มีนาคม 2549, เข้าถึงได้จาก <http://nutrition,anamai,moph.go.th/newpage3.htm>.

กองโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2538). **การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2541). **รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538**. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กองโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2542). **การศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุของประเทศไทย**. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กองโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2543). **จำนวนและอัตราการตายต่อประชากร 100,000 คนจำแนกตามเพศและสาเหตุ (ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานของบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10) พ.ศ. 2539-2543**. [ระบบออนไลน์] แหล่งที่มา <http://203.157.19.191/23.2-43.xls> (26 มีนาคม 2545).

กองโภชนาการ, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **คู่มือธงโภชนาการ กินพอดี สุขีทั่วไทย**. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กิจติยา รัตมณี. (2547). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กิงทิพย์ แต่มทอง. (2546). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีหมู่บ้านท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- กาญจน์ ชิตบุตร. (2548). **เจตคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมความตั้งใจและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนราธิวาส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกศสุดา มณีกระจ่าง. (2544). **ผลการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์. (2540). **โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 20 (2): 48-58.**
- ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์, ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ, ประภาศรีภูวเสถียร และวิญ เจริญศิริ. (2540). **อาหารและโภชนาการ นำความรู้สู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขจิต ชูปัญญา. (2540). **สถานภาพของสุขภาพและโภชนาการในกรุงเทพมหานคร. ใน สถาบันวิจัยโภชนาการและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. อาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ: การประชุมวิชาการโภชนาการวันที่ 11-13 ธันวาคม 2543. นครปฐม: สถาบันวิจัยโภชนาการและคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- ขวัญจิต อินเหยี่ยว. (2542). **การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2548). **ระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยการบริการกองทุน การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน การจัดหาผลประโยชน์ และการจัดกองทุนผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, ใน รวบรวมกฎหมาย/ ประกาศ/ ระเบียบ ที่ออกตามความในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546, หน้า 41. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา.**
- คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. (2542). **ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย**. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย.
- จรัสศรี อุตสาหะ. (2538). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการประถมศึกษาแห่งชาติในภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2539). รายงานสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ด้วยการสอบถามและการตรวจร่างกายทั่วประเทศไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จิราพร ชันทะธง. (2544). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. การค้นคว้าแบบอิสระ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จำเรียง ฐรมะสุวรรณ. (2536). ประชากรผู้สูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 1-34. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- ชุดิวรรณ ปุรินทรภิบาล. (2541). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุขศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐิติพร ประระมะ. (2545). ผลของสื่อชุดสื่อผสมที่มีต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 4 โรงเรียนดอยสะเก็ดวิทยาคม. วิทยานิพนธ์ปริญญาามมหาบัณฑิต. สาขาวิชาโภชนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดรุณี ดลรัตนภัทร. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดุษฎี สุทธปรียาศรี. (2532). โภชนศาสตร์คลินิก. กรุงเทพฯ: โครงการตำราวิทยาศาสตร์ อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทาริกา คำสม. (2547). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุม น้ำหนักตัวของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทักษิณา ัญญาหาร. (2540). ประสิทธิภาพของโครงการโภชนศึกษา เพื่อลดระดับไขมัน เลือดของวัยรุ่นอ้วนชาย โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามมหาบัณฑิต. วิชาเอกโภชนวิทยา สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทับทิม ปัตตะพงศ์. (2545). **ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมน้ำหนักตัวของวัยรุ่นตอนกลางในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. (2544). **การรับรู้สมรรถนะของตนเองในงานวิจัยทางการแพทย์พยาบาล**. **วารสารสภาการพยาบาล** 16 (3): 1-12.
- ทัศนีย์ นะแสง. (2542). **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล**. สงขลา: เหมการพิมพ์.
- เทวี โพธิผละ และนิตยา ตั้งชูรัตน์. (2538). **อาหารควบคุมน้ำหนัก**. อ้างถึงใน ทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ (บรรณาธิการ) เอกสารการสอนวิชา อาหารบำบัดโรค. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นงลักษณ์ สิงห์แก้ว. (2544). **ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านช่างเคียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชา โภชนศาสตร์ศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ จงวัฒนา และคณะ. (2542). **ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย**. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา ไกรวงศ์. (2536). **บริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- นิพนธ์ เสริมพาณิชย์. (2549). **โรคอ้วนในชุมชนแออัด**. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 15 (6): 969-976.
- นิรมล อินทฤทธิ์. (2547). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ใน ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัด ปราจีนบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรันดร์ ตาน้อย. (2544). **ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านหัวฝาย ตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- น้ำฝน ทองตันไตรย์. (2541). **การรับรู้ความสามารถของตนเองและการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะอ้วนในวัยรุ่นหญิง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

- บรรลุ ศิริพานิช. (2548). การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. ใน **คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ**. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. นนทบุรี: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- บุญใจ สนิสทิพย์นรากร. (2544). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบญจมาศ พร้อมเพรียง. (2546). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินในจังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ประยูร โกวิทย์. (2550). ความชุกของโรคอ้วนในผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าดัชนีมวลกายและเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. **ขอนแก่นวารสาร** 31(3): 294 – 300.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย และสมทรง เลชะกุล. (2543). **การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคใต้ : โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล**. กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์.
- ปริญานุษ แยมวงค์, ประเสริฐ อัสสันตชัย และสิริยา โชควิวัฒน์พานิช. (2542). ดัชนีมวลกายในผู้ป่วยสูงอายุในชนบทของประเทศไทย. **สารศิริราช** 51(11): 866-871.
- พรทิศา ชัยอำนาจ. (2544). Current Stituation and Burden of Obesity in Thailand. ใน, **New Perspective in Obesity Management**. กรุงเทพฯ : ชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย.
- พุทธชาติ นาคเรือง. (2541). **การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต (พลศึกษา) สาขาวิชาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชนี ปฐมวาณิชย์. (2535). โรคอ้วนและการลดน้ำหนัก. **ใกล้หมอ** 16(11): 20-24.
- เพ็ญพิชชา สร้อยจิน รัตนภวนนท์. (2541). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาเอกโภชนาวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพโรจน์ โชติวิทยธารากร. (2545). โรคอ้วน: ภัยคุกคามเด็กที่กุมารแพทย์ไม่ควรมองข้าม. **จุฬากุมารเวชสาร** 3 (4): 6-9.

- ยุพาพร หงษ์ชูเวช. (2540). การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) วิชาเอกสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิชา หงษ์โรจนภาคย์. (2545). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติเพื่อควบคุมภาวะน้ำหนักเกินในสตรีวัยกลางคน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. (2544). การวินิจฉัยและการรักษาโรคอ้วน ใน วิชา ศรีมาดา (บรรณานุกรม), Clinical practice guideline ทางอายุรกรรม พ.ศ. 2544 (พิมพ์ครั้งที่ 2) หน้า 428-439. กรุงเทพฯ: โครงการตำราจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิษา กิจวรพัฒน์ และคณะ. (2000). ลักษณะการกระจายของไขมันที่สะสมตามร่างกายต่ออัตราเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุ. THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH. JANUARY - MARCH: 79-90.
- วราภรณ์ บุตรศรี. (2538). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาอำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาามหาบัณฑิต ภาควิชาป้องกันและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2540). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคี้ยวกับความถี่ในการบริโภคอาหารคุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ชุมรมผู้สูงอายุแหลมทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). สาขาวิชาเอกโภชนวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2548). คู่มือแนวทางการรักษาโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี โภคะกุล. (2548). การดูแลแบบสหสาขาวิชาผู้ป่วยสูงอายุ. ใน: การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- วันเพ็ญ พูลทวี. (2540). **ความสัมพันธ์ของอาหารบริโภค ดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือดของสตรีอ้วนวัยผู้ใหญ่: กรณีศึกษาแผนกโภชนาวิทยาและโภชนบำบัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- วิชัย ต้นไพจิตร. (2530). โรคอ้วน. **โภชนศาสตร์คลินิก** 5(2): 25.
- วิชัย ต้นไพจิตร, ปรีญา ลีพหกุล, รัตนา พากเพียรกิจวัฒน์. (2544). การตรวจคัดกรองโรคอ้วนและภาวะทุพโภชนาการในผู้ใหญ่. **วารสารคลินิก** 17: 292-316.
- วินัส ลีพหกุล. (2541). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. **สารสภากาพยาบาล** 13 (4): 34-47.
- วินัส ลีพหกุล และคณะ. (2541). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดง. **วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล** 3: 161-66.
- วินัส ลีพหกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม และณอมขวัญ ทวีบุญ. (2545). **โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล.** กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วีณะ วีระไวทยะ. (2535). การเลือกอาหารบริโภคในชีวิตประจำวันของคนไทย. **โภชนาการสาร** 26 (1,2): 82-90.
- ลักขณา ไทยเครือ, สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์ และวิวัฒน์ ศีตมโนชญ์. (2549). เกณฑ์ที่เหมาะสมของดัชนีมวลกายสำหรับประชากรผู้ใหญ่ไทย. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 15 (6): 931-937.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2545). โรคอ้วนในเด็ก เราทำอะไรได้บ้างในสมจิตร์ จารุรัตนศิริกุล, มาลัย ว่องชาญชัยเลิศและสมชาย สุนทรโลหะนะกุล (บรรณาธิการ), **กุมารเวชศาสตร์: การดูแลรักษาในปัจจุบัน Current Management in pediatrics**, หน้า 47-67. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮาส์.
- สง่า ดามาพงษ์. (2543). ก้าวสู่สังคมแห่งการมีภาวะโภชนาการดี. **วารสารโภชนาการ** 35: 94-107.
- สดไธ ศรีสะอาด. (2540). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2532). **การปรับพฤติกรรมการกินของคนไทย.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2544). **การสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ปี 2544.** กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). **การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545.** กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรีนติ้ง.

สมหมาย วงษ์กระสัน. (2543). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมโภชน์ เขี่ยมสุภาสิต. (2536). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เขี่ยมสุภาสิต. (2541). **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์.

สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2544). **ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกอายุรกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สิรินทร์ พิบูลนิมม. (2544). **อย่างไรเรียกว่าอ้วน**. วารสารโภชนาการ 36 (2): 49-57.

สิรินธร ศะสินิล. (2541). **ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาทางโภชนาการอย่างมีแบบแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการวิทยา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สิริพันธุ์ จุลกรังคะ. (2541). **โภชนศาสตร์เบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สิริพันธุ์ จุลกรังคะ. (2542). **โภชนศาสตร์เบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุชาดา ณะพะพงศธร. (2542). **การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก: บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็ก**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภลักษณ์ บุญความดี. (2541). **การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). การวิเคราะห์ผู้สูงอายุ. ใน, **การประชุมวิชาการว่าด้วยผู้สูงอายุผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ (หน้า 54-92)**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2544. **หลักสำคัญเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3: กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. 2545. **ผู้สูงอายุในประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1: กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว. (2549). **ผลของการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุรศักดิ์ อธิคมานนท์. (2541). **การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2544). การลดน้ำหนักโดยวิธีควบคุมอาหาร. ใน, **New Perspective in Obesity Management (หน้า 22-23)**. กรุงเทพฯ: ชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย.
- สุรัตน์ โคมินทร์. (2550). การมีพุงนั้นสำคัญไฉน. **วารสารชมรมโรคอ้วนแห่งประเทศไทย** 7(23): 1
- สุรีย์ จันทร์โมลี. (2527). **วิธีการทางสุขศึกษา**. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- สุรีย์พร ไสกันเกตุ. (2544). **พฤติกรรมการบริโภคอาหารไขมันของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าแบบอิสระ** วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชาโภชนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสถียร เตชะไพฑูริย์. (2542). **ลดความอ้วนวิธีง่าย**. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: เอมีเทรดดิ้ง.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2536). **โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย**. (พิมพ์ครั้งที่ 6) กรุงเทพฯ: ไทยวิวัฒนาการ.
- เสาวนีย์ จักรพิทักษ์. (2537). **หลักโภชนาการปัจจุบัน**. กรุงเทพฯ: ไทยวิวัฒนาการ.
- แสงไสม ลีนะวัฒน์. (2544). **สภาพปัญหาแนวทางควบคุมและการป้องกันโรคอ้วน**. **วารสารโภชนาการ** 36 (2): 68-75.
- เสรี ลาขโรจน์. (2537). **หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน**. เอกสารการสอนชุดวิชาการบริหารและการจัดการวัดและประเมินผลการศึกษา(หน่วยที่3), 65-68. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พานทอง. (2543). **รายงานการวิจัย**. ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพานทอง.
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2547). **คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข**. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตรัง. (2550). **โครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่จังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2550**. ตรัง: องค์การบริหารส่วนจังหวัด. (อัดสำเนา).
- อบเชย วงศ์ทอง. (2541). **โภชนศาสตร์ครอบครัว**. กรุงเทพมหานคร: ชวนพิมพ์.
- อภิชาติ วิชญาณรัตน์. (2547). **อ้วนอย่างไร ไม่เป็นเบาหวาน**. วารสารชมรมโรคอ้วน 4: 12.
- อภิสิทธิ์ บุญญาวรรกุล. (2005). **โรคอ้วน**. Medical Progress CME 4: 45-48.
- อนันต์ ลู่เกียง. (2543). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีอายุยืนยาว ตำบลเขาใหญ่ อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่**. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาขาสารสนเทศศาสตรบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรณี ตั้งเฒ่า. (2544). **จับเข้าคุยกับหมอ เรื่องลดความอ้วน ควบคุมน้ำหนัก**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ดับเบิ้ลนายน์.
- อรุณรัศมี บุญนาค, เรณู วงษ์อาณ, พิภพ จิรวิญญู, นฤมล เด่นทรัพย์สุนทร และนุชน้อย ธรรมมนศิริ. (2545). **ผลของการเข้าค่ายฤดูร้อนต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมน้ำหนัก ของเด็กอ้วน**. สารศิริราช 54 (3): 159-166.
- อรุณี นาคะพงศ์. (2539). **ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อองรี ย้ง. (2549). **อ้วนไม่อ้วน ก็ควรลดไขมัน**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- อินทราพร พรหมปรากฏ. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอ่างทอง**. วิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาอนามัยครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อารี วัลยะเสวี, ประภาศรี ภูวเสถียร, ประไพศรี ศิริจักรวาล. (2544). **การประชุมวิชาการอาหารและโภชนาการเพื่อสุขภาพ**. สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.

อารยา ตามภานนท์. (2542). **ความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อโณทัย ตันเจริญ. (2548). **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของมารดาต่อพฤติกรรมการให้อาหารของมารดาและน้ำหนักตัวของเด็กอ้วนวัยก่อนเรียน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Bandura, A. (1977). **Social Learning Theory.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). **Social foundation of thought and action: A Social Cognitive Theory.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). **Self-Efficacy The exercise of control.** New York: W.H. Freeman and Company.

Brown, J.S., Seeley, D.G., Fong, J., Black, D.M., Ensrud, K.E., & Grady, D. (1996). **Urinary incontinence in older woman: Who is at risk?** *Obstetric and Gynecology*, 87: 715-721.

Brown, T., Kelly, S., & Summerbell, C. (2007). **Prevention of obesity : a review of interventions.** *The International Association for the Study of Obesity* 8(Suppl.1):93-97.

Brownell, K.D. (2004). **The global obesity crisis.** *EPH Today* 12: 1.

Burn, N., and Grove, K.S. (2001). **practice of nursing research.** 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott.

Burn, N., and Grove, K.S. (2005). **The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization.** 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Chiu, H.C., Change, H.Y., Mau, L.W., Lee, T.K., & Liu, H.W. (2000). **Height, weight, and body mass index of elderly persons in Taiwan**. Retrieved February 4, 2003, from http://www.arclab.org/medlineupdates/abstract_11078099.html.
- Dieth, H. W. (1995). Childhood obesity. In Cheung, W. Y and Richmond, B. J. (Eds.), **Child health, nutrition, and physical activity**, pp. 155-169. United States: Human Kinetics.
- Dudex, S.G. (1997). **Nutrition handbook for nursing practice**. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Friedmann, J. M., Elasy, T., & Jensen, G. L. (2001). The relationship between body mass Index and self-Reported functional limitation among older adult :a gender difference. **Journal American Geriatric Society [Online]**. 49(4): 398-403
Abstract from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/> PMID : 11347782.
- Fontaine, K.R. and Barifsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. **The International Association for the Study of Obesity 2**: 173-182.
- Gallup. (2002). **Remember when people were not so conscience of their weight? About So years ago**. Retrieved February 11, 2003, from <http://www.Seniorjournal.Com/NEWS/Fitness/2-12-03Galluplose.Weight.htm>.
- Gutierrez, L.M., Laca, M.C., Cervantes, L., Velasquez-Alva, M.C., Irigoyen, M.E., & Zepeda, M. (2001). Overweight in elderly Mexican women of marginal community. **Journal Nutrition Aging 5**(4): 256-258.
- Helen, R. (2003). **Obesity man raise risk of Alzheimer's**. Retrieved February 1, 2003, from <http://www.nature.com/nsu/030721/030721-2.html>.
- Hofman, F. (1999). **Informantion about Obesity**. [Online]. Available <http://www.roche-obesity./index.html>.
- Inelmen, E.M., Sergi, G., Coin, A., Miotto, F., Peruzza, S., & Enzi, G. (2003). **Can obesity be a risk factor in elderly people**. The International Association for the study of Obesity. **Obesity reviews 4**: 147-155.
- Intelihealth. (2001). **Overweight And Obesity May Contribute to Risk of Stroke In men** [Online]. Available <http://www.Intelihealth.com/IH/ihtIH/EMIHC000/333/342/318472.html>.

- International Obesity Task Force. (1998). **About Obesity**. [Online]. Available
<http://www.obese.chaire.Ulval.cal/IOTF.html>.
- Jebb, S.A. (2007). Dietary determinants of Obesity. **The International Association for the Study of Obesity** 8:127-130.
- Jensen, J., Friedmann, & Amer. (2002). **Weight control tied to quality of life for seniors**. Retrieved February 11, 2003, from <http://www.healthandage.com.../%21gm%3D20%21gsq%3Doverweight%2B%21gid-187>.
- Katz, D.L. (2001). **Nutrition in clinical practice**. Philadelphia: A Wolters Kluwer.
- Kopelman, P. (2007). Health risks associated with overweight and obesity. **The International Association for the Study of Obesity** 8:13-17.
- Kottke, M. (2002). **Weight control goals and behaviors not always in sync**. Retrieved February 11, 2003, from <http://www.healthandage.com.../%21gm%3D20%21gsq%3Doverweight%2B%21gid-187>.
- Krauss, R.M., Winston, M., Fletcher, B.J., & Grundy, S.M. (1998). **Obesity: Impact on cardiovascular disease**. Retrieved July 9, 2002, From <http://www.americanheart.org/scientific/statement/1998/10982.html>.
- Lawrance, L., & Mcleroy, k.r. (1990). Self-efficacy and health education. **Journal of School Health** 56(8): 317.
- Lowry, R., Wechler, H., Galusa, A. D., Fulton. E. J., and Kann, L. (2002). Television viewing and its association with overweight, sedentary lifestyle, and insufficient consumption of fruits and vegetables among US high school student: differences by race, ethnicity, and gender. **Journal of School Health** 72: 413-421.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory Statistics**. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Pangthipampai, P. (2003). **Overweight and obese diet program using linear programming : case study in Bangkok, Thailand**. A thesis for the degree of master of science. Faculty of gradute studies Mahidol University.
- Pender, N.J. (2002). **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. Newyork: Appletome Century Crofta.
- Polit, D.F., and Beck, C.T. (2004). **Nursing Research Principles and Methods**. 6th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

- Pujol, P. Galtier-Dereure, F. & Bringer, J. (1997). "Obesity and Breast cancer risk". *Human Reproduction* 12(1): 116-125.
- Real, T.D., Heckbert, S.R., Kaplan, R.C., Psaty, B.M., Smith, N.L., Lemaitre, R.N., & Lin, D. (2001). Body mass index and the risk of recurrent coronary events following acute myocardial infarction. *American Journal Cardiology* 88(5): 467-472.
- Redwood, H. (2001). **Obesity and aging: Alert or alarm.** [Online]. Available <http://www.healthandage.com/home/path.htm>.
- Report of WHO Consultation on Obesity. (1988). **Obesity : preventing and managing the global epidemic.** Geneva: WHO.
- Rob, S. (2003). **Overweight elderly at higher risk for alzheimer's.** Retrieved February 1, 2003, from <http://www.iranandworld.com/h-11.asp>.
- Roberts, O.S. (2000). The role of physical Activity in the Prevention and Treatment of childhood obesity. *Pediatric Nursing* 26(1): 33-41.
- Ross, A.O. (1992). **The sense of self: Research and theory.** New York: Springer.
- Seo, H.M., Hah, Ys. (2004). **A study of factors influencing on health promoting lifestyle in the elderly application of Pender's health promotion model.** *Taehan Kanho Hakhoe Chi* Dec 34(7): 1288-97.
- Shike, M. (1996). Body weight and colon cancer. *American Journal Clinical Nutrition*, 63: 442s-444s.
- Ulijaszek, S.J. (2007). Obesity : a disorder of convenience. **The International Association for the Study of Obesity** 8: 183-187.
- Verheijden, et al. (2003). Nutrition guidance in Dutch family practice: behavioral determinants of reduction of fat consumption¹⁻⁴. *American Society for Clinical Nutrition* 77: 1058S-64S.
- Vicki J. Antipatis and Tim P. Gill. Obesity as a Global Problem. In: **International Textbook of Obesity**, Copyright @ 2001 by John Wiley & Sons, Ltd., UK; 2001.
- Walker, S. N., Pullen, C. H., Hertaog, M., Boedker, L., Hageman, P. A. (2006). Determinants of older rural woman's activity and eating. *Western Journal of Nursing Research* Jun 28(4): 449-68; discussion 469-74.
- Wardle, J. (2007). Eating behaviour and obesity. **The International Association for the Study of Obesity** 8: 73-75.

White, M. (2007). Food access and obesity. *The International Association for the Study of Obesity* 8: 99-107.

World Health Organization. (1998). *Obesity and managing the global epidemic report of WHO consultation on obesity Geneva, 3-5 June 1997*. Who Health Organization Geneva.

WHO. Western Pacific Region. (2000). *The Asia-Pacific Perspective, Redefining obesity and its Treatment*.



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
 รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. พล.ตรี หญิง รศ.พญ.พรทิศา ชัยอำนาจ
 รองศาสตราจารย์ แผนกโรคข้อ
 แผนกโรคข้อ รพ.พระมงกุฎเกล้า
2. ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช
 อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารการพยาบาล (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์สง่า ดามาพงษ์
 นักวิชาการสาธารณสุข 9 ด้านโภชนาการ กรมอนามัย และ โฆษกกระทรวงสาธารณสุข
 ผู้จัดการสำนักบริหารแผนอาหารและโภชนาการ (สอภ.)
 กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์กฤษดา ศิรามพุช
 นายแพทย์ และอาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์
 คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. อาจารย์สุพรรณณี เปี้ยวนาลาว
 พยาบาลวิชาชีพ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะของครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมทางกาย น้ำหนักตัว ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวหรือภาวะการเจ็บป่วย

1.2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-thai 2002) โดยผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษาได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2542)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองวิจัย ได้แก่

2.1 แผนดำเนินการตามโปรแกรมเรื่อง “การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมกรบรีโคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อน”

2.2 แผนการสอน เรื่อง” กินอย่างไรไม่อ่อน สำหรับผู้สูงอายุ”

2.3 ภาพเคลื่อนไหวประกอบการสอน

2.4 แผ่นพับ เรื่อง กินอย่างไรไม่อ่อนสำหรับผู้สูงอายุ

2.5 คู่มือ พฤติกรรมกรบรีโคเพื่อควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ

2.6 สมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมโครงการ

2.7 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมกรบรีโคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ่อน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง
เครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

หมายเลข.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

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

<input type="checkbox"/> 1. ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> 4. ปวช/ปวส
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> 6.ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ (โปรดระบุ).....	
4. สถานภาพสมรส

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

<input type="checkbox"/> 1. พุทธ	<input type="checkbox"/> 2. คริสต์	<input type="checkbox"/> 3. อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------
6. อาชีพเดิม

<input type="checkbox"/> 1. รับราชการ	<input type="checkbox"/> 2. รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 4. แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> 5. เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ที่ได้รับจาก.....จำนวนบาท/เดือน
8. ปัจจุบันท่านได้รับการดูแลจากผู้ใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> 2. คู่สมรส	<input type="checkbox"/> 3. บุตรหลาน
<input type="checkbox"/> 4. คู่สมรส/บุตรหลาน	<input type="checkbox"/> 5.ญาติพี่น้อง	<input type="checkbox"/> 6. ผู้อื่น ระบุ.....
9. ครอบครัวของท่านมีสมาชิกจำนวนเท่าไร

<input type="checkbox"/> 1. ท่านเพียงคนเดียว	<input type="checkbox"/> 2. จำนวน 2 คน
<input type="checkbox"/> 3. จำนวน 3-5 คน	<input type="checkbox"/> 4. มากกว่า 5 คน
10. โรคประจำตัว.....
11. การรับรู้ภาวะน้ำหนักของตนเอง

<input type="checkbox"/> 1. อยู่ในเกณฑ์ปกติ	<input type="checkbox"/> 2. ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
<input type="checkbox"/> 3. เกินกว่าเกณฑ์ปกติ	

12. การทำงานบ้าน (ทำความสะอาดบ้าน ทำความสะอาดเสื้อผ้า ทำอาหาร ดูแลหลานหรือบุคคลอื่น)

1. ทำคนเดียว 2. มีผู้อื่นช่วยทำ 3. มีผู้อื่นทำแทน

13. การมีภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว

1. ไม่มี 2. มี.....คน

14. การออกกำลังกาย/ทำงานบ้าน/ทำสวน/กิจวัตรประจำวัน

1. ไม่มี 2. มี.....ครั้งต่อสัปดาห์ ระบุ.....

15. น้ำหนัก.....กิโลกรัม

16. ส่วนสูง.....เซ็นติเมตร

17. ขนาดรอบเอว.....เซ็นติเมตร

18. ค่าดัชนีมวลกาย.....กิโลกรัม/เมตร²



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE- thai 2002)

คำชี้แจง แบบทดสอบชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน)

(ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล
- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่ออะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ในชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร
- 2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ
- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน ถนนอะไร
- 2.2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/ เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม(ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ(ตา,ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม(ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ(ตา,ยาย...) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดี๋ยวดิฉันจะถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

4.1 “ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง

ถ้าตอบได้ 1,2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม(ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ(ตา,ยาย,...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม่่า – สระอา – นอหนู – สระอา – วอแหวน ไหนคุณ (ตา,ยาย,...) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ” ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อครูให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้ ทะเล รถยนต์

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

“ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม(ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ(ตา,ยาย,...) พูดตาม ผม(ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว”

“ใครใครขายไก่ไข่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม(ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ(ตา,ยาย,...)

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่....” (พื้น,โต๊ะ,เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา พับครึ่ง วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ,เตียง)

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ(ตา,ยาย,...) อ่าน

แล้วทำตาม คุณ(ตา,ยาย,...) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” หลับตาได้

หลับตา

10. Writing (1คะแนน)

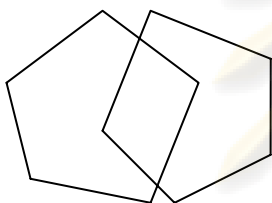
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ(ตา,ยาย,...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง

หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

..... ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม

ชื่อผู้ถูกประเมิน (นาย,นาง,นางสาว) นามสกุล อายุปี

ลงชื่อผู้ทำการทดสอบ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

จุดตัด (cut – off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก – เขียนไม่ได้)	จุดตัด ≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

แผนดำเนินการ ตามโปรแกรม

เรื่อง "ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุม
น้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน" จัดกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง

.....

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 วันจันทร์

เรื่อง กินอย่างไรไม่อ้วน สำหรับผู้สูงอายุ

แนวคิด

ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานและสารอาหารน้อยลงการทำกิจกรรมก็น้อยลงใช้พลังงาน
ลดน้อยลง แต่อย่างไรก็ตามร่างกายยังต้องการพลังงานและสารอาหารที่มีคุณภาพเพื่อการดำรงชีวิต
และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ แต่หากได้รับพลังงานและสารอาหารที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย
และเกิดการสะสมเป็นไขมันทำให้เกิดภาวะอ้วนขึ้นได้ และเมื่อเกิดภาวะอ้วนขึ้น ทำให้เกิดผลกระทบ
ต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย และจิตใจมากมาย ดังนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ
ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุที่เหมาะสม ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุ ปัจจัย
ผลกระทบของภาวะอ้วน และการประเมินภาวะอ้วน รวมถึงการเลือกรับประทานอาหาร และการ
ปฏิบัติตัวในการรับประทานเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัวในการรับประทานเพื่อควบคุมน้ำหนักได้
อย่างเหมาะสมนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมองเห็นตัวแบบที่มีลักษณะเดียวกันกับผู้สูงอายุ นั้น
คือ ตัวแบบที่เป็นผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติอ้วนมาก่อนและปัจจุบันสามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ
รับประทานได้อย่างเหมาะสมในการควบคุมน้ำหนัก และให้ตัวแบบได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับ
แนวทางการปฏิบัติรวมถึงการพูดคุยจูงใจเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนสามารถปฏิบัติตามได้อย่าง
มั่นใจและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุสามารถ

1. บอกความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุได้
2. บอกความหมาย สาเหตุ ปัจจัยผลกระทบของภาวะอ้วนได้
3. บอกค่าดัชนีวัดทางกายภาพของภาวะอ้วนคือ ค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของรอบเอวที่

อ้วนได้

4. บอกถึงพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการรับประทาน และการเลือกรับประทานอาหาร
เพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุได้

5. บอกถึงประโยชน์หรือผลดีของการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก

สถานที่ ห้องจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุ แล้วบันทึกในสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม (10 นาที)
2. สร้างสัมพันธภาพ โดยให้สมาชิกแต่ละคนแนะนำตัว ทักทายชื่อ และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทักทายและพูดคุย เพื่อสร้างความคุ้นเคยและสร้างความเป็นกันเอง (5 นาที)
3. ผู้นำกลุ่ม (ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย) ชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประเมินความรู้ (Pre-Test) ด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก (15 นาที)
4. อภิปรายตามแผนการสอนเรื่อง “กินอย่างไรไม่อ้วน” เรื่อง ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุ ปัจจัยผลกระทบของภาวะอ้วน และการประเมินภาวะอ้วน (15 นาที)
5. แจกสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมกิจกรรม (เอกสารหมายเลข 6) ในส่วนของแบบประเมินภาวะอ้วนประจำสัปดาห์ (เอกสารหมายเลข 6.1) กลุ่มช่วยกันพิจารณาคุณค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของรอบเอวเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของตนเอง ให้กำลังใจและพูดคุยจูงใจให้พยายามปรับปรุงพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าให้เข้าสู่ภาวะปกติ (10 นาที)
6. อภิปรายตามแผนการสอน เรื่องกินอย่างไรไม่อ้วน ในเรื่อง การเลือกรับประทานอาหาร โดยเลือกรับประทานอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ และอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (10 นาที)
7. อภิปรายตามแผนการสอน เรื่องกินอย่างไรไม่อ้วน ในเรื่อง การปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุควรมีการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักดังนี้ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน รับประทานอาหารให้ตรงเวลาดลดการรับประทานอาหารไขมัน ลดการรับประทานอาหารประเภทข้าว แป้ง ลดการรับประทานน้ำตาล ลดการรับประทานเกลือโซเดียม ลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ลดการดื่มน้ำชา กาแฟ เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทเส้นใย รับประทานแคลเซียมให้เพียงพอ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว (15 นาที)
8. ตัวแบบเล่าประสบการณ์ในการใช้ความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างสม่ำเสมอ แสดงความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อสามารถปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ และสมาชิกกลุ่มร่วมกันซักถาม (20 นาที)
9. ผู้นำกลุ่มสรุปความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกรับประทานอาหารและการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเช้าเพื่อควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุ (5 นาที)
10. แจกคู่มือ กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ และสมุดประจำตัวผู้เข้าร่วมโครงการพร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึก (10 นาที)

ตัวอย่างแผนการสอน
เรื่อง กินอย่างไรไม่อ้วนสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สอน นางสาววรรรัตน์ สุขคุ้ม

ผู้เรียน ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนในชมรมผู้สูงอายุเขตเทศบาลเมืองตรัง จำนวน 20 คน

เวลาที่สอน ประมาณ 60-90 นาที

วัตถุประสงค์ ผู้สูงอายุสามารถ

1. อธิบายความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุ/ปัจจัยของภาวะอ้วน ผลกระทบและอันตรายของภาวะอ้วน และการประเมินภาวะอ้วน ด้วยการหาค่าดัชนีมวลกาย ไขมันรอบเอวและการประเมินพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างถูกต้อง

2. อธิบายแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพดีของคนไทย (Food Based Dietary Guideline: FBDG, 2542) ประกอบด้วย การเลือกรับประทานอาหารในชีวิตประจำวันเพื่อควบคุมน้ำหนัก และการปฏิบัติตัวในการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักได้อย่างถูกต้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพและนำเข้าสู่เนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุต่อไป</p> <p>ผู้สูงอายุบอกความต้องการสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุได้</p>	<p>ขั้นสูเนื้อหา</p> <p>การที่จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้นั้น ก่อนอื่นจำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุว่ามีความแตกต่างจากวัยอื่นอย่างไร จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะอ้วนของตนเองเพื่อให้สามารถประเมินได้ว่าควรมีการควบคุมหรือไม่เท่าไร นอกจากนี้จะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับ ความหมายของภาวะอ้วน สาเหตุ/ปัจจัยของภาวะอ้วนผลกระทบและอันตรายของภาวะอ้วน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถจัดการวางแผนในการป้องกันได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป</p> <p>ความต้องการสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารต่างๆยังคงเท่าเดิม</p> <p>1. พลังงาน ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลงเมื่ออายุ 25 ปี ขึ้นไป ดังนั้นผู้สูงอายุควรเลือกกินอาหารที่มีปริมาณพลังงานน้อยลงแต่ควรระวังเรื่องการได้รับสารอาหาร โปรตีน แคลเซียม เหล็ก และวิตามินจะต้องไม่ลดน้อยลงไปด้วย เพราะฉะนั้นเพื่อให้ได้สารอาหารที่จำเป็นทุกชนิดควรลดอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และอาหาร หวานซึ่งได้แก่ อาหารประเภท แป้ง ข้าว น้ำตาลทราย น้ำอัดลม แต่ผู้สูงอายุมักจะกินอาหารหวานมากเพราะฟันไม่แข็งแรงพอที่จะเคี้ยวผักและผลไม้ นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุบางคนยังกินอาหารมากเพื่อชดเชยกับการที่ไม่ได้รับการสนองตอบทางอารมณ์ในทางอื่นควรระวังอย่าให้อ้วนเพราะมักจะตามมาด้วยโรคหลายอย่างเช่น โรคหัวใจ ไขมันอุดตันในเส้นเลือดเป็นต้น ดังนั้นควรกินอาหารให้เพียงพอกับความ</p>	<p>ขั้นสร้างสัมพันธภาพ (5 นาที)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง และเชิญชวนผู้สูงอายุแนะนำตัวเอง - ชักถามความรู้เดิมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความต้องการสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ประมาณ 2 – 3 คน - กล่าวคำชมเชยผู้สูงอายุที่ตอบได้ถูกต้อง - บรรยายเกี่ยวกับความต้องการสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งชักถามย้อนกลับเป็นระยะในระหว่างการบรรยายเพื่อทดสอบความเข้าใจของผู้สูงอายุและเพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่ายในการฟังการบรรยาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ป้ายชื่อของสมาชิกกลุ่ม 21 ชื่อ - ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องความต้องการสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ 	<p>จากการสังเกตพฤติกรรมท่าทางความสนใจของผู้สูงอายุ และความร่วมมือแสดงความคิดเห็น โดยการมองหน้า สบตา พยักหน้ารับและการตอบคำถาม เป็นต้น</p>

กินอย่างไรไม่อ้วน สำหรับผู้สูงอายุ

ตัวอย่างภาพพลิ๊ก



จัดทำโดย น.ส.วรรณ สุขคุ้ม

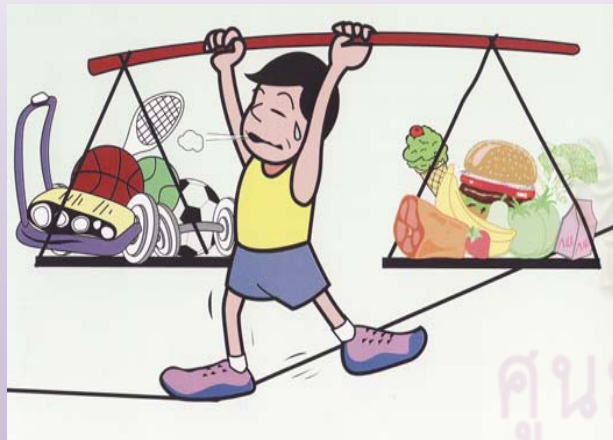
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ความหมายของภาวะอ้วน

หมายถึง ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับ และพลังงานที่ใช้ไป

ประเมินจากค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ เมตร²

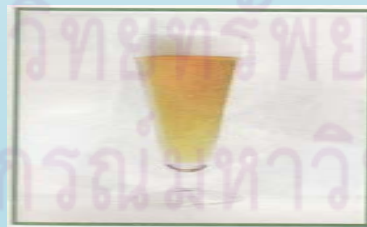


วิธีการปฏิบัติการควบคุมน้ำหนักที่ควรกระทำ ในการรับประทานอาหารเช้า ดังนี้

♥ ลดการกิน ข้าว แป้ง โดยกินข้าว ขนมหจีน ก๋วยเตี๋ยวที่ปรุงสุกแล้วมื้อละไม่เกิน 1 จาน

♥ ลดการกินน้ำตาล โดยปฏิบัติดังนี้

- ❌ ลดการเติมน้ำตาลในการปรุงรสก่อนรับประทาน
- ❌ ลดการรับประทานขนมหวาน เลือกรับประทานผลไม้รสหวานน้อยแทน
- ❌ ลดปริมาณน้ำตาลที่เติมในเครื่องดื่ม เช่น โอวัลติน ชา กาแฟ
- ❌ เลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม โดยดื่มน้ำเปล่าแทน





ตัวอย่างแผ่นพับ

ผู้สูงอายุกินอย่างไรไม่อ้วน



ความหมายของภาวะอ้วน

หมายถึง ความไม่สมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับ และ พลังงานที่ใช้ไป ประเมินจากค่าดัชนีมวลกายเท่ากับหรือมากกว่า 25 กิโลกรัม/ เมตร²

จัดทำโดย น.ส.วรรณัฐ สุขคุ้ม

อาจารย์ที่ปรึกษา รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาเหตุหลัก เกิดจากการกินอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย และมีการทำงานหรือออกกำลังกายลดลง
ผลกระทบของความอ้วน



อ้วนหรืออ้วนลงพุง

วัดจาก ค่าดัชนีมวลกาย หรือ (Body mass index, BMI) คำนวณ ด้วยสูตร ดัชนีมวลกาย (กก.ต่อ ตรม.) = น้ำหนัก (กิโลกรัม)

ส่วนสูง (เมตร) x ส่วนสูง (เมตร)

ถ้า มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คือ อ้วน

วัดรอบเอว หรือเส้นรอบพุง ในผู้ใหญ่

ชาย ≥ 90 ซม. (36 นิ้ว) อ้วน
หญิง ≥ 80 ซม. (32 นิ้ว) อ้วน

อ้วนแล้วทำอย่างไร

ควบคุมการกิน และปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

♥ การจดบันทึกอาหารประจำวัน

♥ การตั้งเป้าหมาย ที่สามารถกระทำได้

<ul style="list-style-type: none"> ♥ เตรียมเมนูอาหารล่วงหน้า ตัดอาหารว่าง ♥ รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ตรงตามเวลา โดยเฉพาะอาหารมื้อเช้า ♥ รับประทานอาหารเวลารู้สึกหิวเท่านั้น ♥ ควรนั่งรับประทานอาหารให้เป็นที่ ♥ รับประทานอาหารอย่างช้าๆ ใช้เวลาประมาณ 20 นาทีในมื้อหลักและ 10 นาทีสำหรับ อาหารว่าง ♥ ไม่ควรกินอาหารร่วมกับการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น อ่านหนังสือหรือดูทีวี ♥ ใช้จานหรือชามใบเล็กใส่อาหาร ♥ ไม่กินจนอิ่มเกินไป ตักอาหารมาให้พอดี อย่าเสียดาย ♥ หยุดกินทันที เมื่ออาหารหมด ให้ดื่มน้ำแทนและดื่มช้าๆ ครั้งละน้อยๆ ♥ ชื้ออาหารไขมันน้อย ห้ามซื้ออาหารจานด่วน หรืออาหารสำเร็จรูป ♥ ลดการกินอาหารที่มีกะทิ เช่น แกงกะทิ ขนมหวานที่มีกะทิ 	<ul style="list-style-type: none"> เลือกใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ กิน 2 - 3 ช้อนโต๊ะ/วัน แทนน้ำมันจากสัตว์หรือน้ำมันมะพร้าว ♥ เลือกกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันน้อย เช่น ปลา ไก่ ♥ เลี่ยงการกินเนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ เช่นหนังไก่ หนังเป็ด แคลปหมู ♥ ลดการกินอาหารทอด กินอาหารที่ต้มหรือนึ่งแทน ♥ ลดการกิน ข้าว แป้ง โดยกินข้าว ขนมหจัน ก๋วยเตี๋ยวที่ปรุงสุกแล้วมื่อละไม่เกิน 1 จาน/1-2 ทักพี ♥ ลดการรับประทานขนมหวาน เลือกรับประทานผลไม้รสหวานน้อยแทน ♥ ลดปริมาณน้ำตาลที่เติมในเครื่องดื่ม เช่น โอวัลติน ชา กาแฟ ♥ เลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม โดยดื่มน้ำเปล่าแทน 6-8 แก้วต่อวัน ♥ ลดการดื่มเกลือ น้ำปลา หรือซีอิ๊วในการปรุงรสอาหารก่อนรับประทาน 	<ul style="list-style-type: none"> เลือกรับประทานอาหารที่เค็มน้อย ♥ รับประทานไข่แดงไม่เกิน 3 ฟองต่อสัปดาห์ ♥ ลดกินเครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับ อาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอยนางรม ♥ ลดการรับประทานผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย ♥ ลดการดื่มชา กาแฟ โดยดื่มกาแฟไม่เกิน 1 ถ้วยต่อวัน ชาไม่เกิน 2 ถ้วยต่อวัน ♥ เพิ่มการรับประทานอาหารประเภทเส้นใย <ul style="list-style-type: none"> ⊘ รับประทานผักสดหรือต้ม ทั้งผักสีเขียวและสีเหลืองทุกวัน ⊘ รับประทานผลไม้รสหวานน้อยทุกวัน ♥ รับประทานแคลเซียมให้เพียงพอ โดยดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลืองอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือรับประทานปลาเล็กปลาน้อย หรือกุ้งแห้ง หรือยาเสริมแคลเซียมทุกวัน <p style="text-align: center;">เพื่อสุขภาพที่ดีของทุกท่าน อย่าลืมนำไปปฏิบัตินะคะ</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



ตัวอย่างคู่มือ

เอกสารหมายเลข 5

คู่มือ กินอย่างไรไม่อ้วน สำหรับผู้สูงอายุ

ลดอ้วน ลดโรค
คุณทำได้

กินอย่างถูกหลักกับสโภชนาการ

8-12 ทัพพี

4-6 ทัพพี

3-5 ส่วน

1-2 แก้ว

6-12 ช้อนกินข้าว

กินแต่น้อย

เพียงความรู้ได้คงไม่พอ ต้องทำต่อลงใช้จึงได้ผล

เพียงเต็มใจไม่พอต้องขยัน ต้องฝึกฝนลงมือ คือผลงาน

ติดต่อผู้วิจัยได้ที่หมายเลขโทรศัพท์ 085-9496444

วรรัตน์ สุขคุ้ม คู่มือพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างสมุดประจำตัว



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

แบบกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อความที่ผู้ถูกสัมภาษณ์เห็นด้วยมากที่สุดเพียง

ข้อเดียว โดยแต่ละช่องมีความหมายดังนี้

เห็นด้วย (3) หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความคิดเห็นตรงกับข้อนั้นมากที่สุด

ไม่แน่ใจ (2) หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความคิดเห็นที่ไม่แน่ใจกับข้อนั้น

ไม่เห็นด้วย (1) หมายถึง ผู้ถูกสัมภาษณ์มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกับข้อนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1.	ท่านสามารถกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ได้ทุกวัน			
2.	ท่านสามารถกินอาหารให้ตรงเวลาได้ทุกวัน			
3.	.			
4.	.			
5.	.			
6.	.			
7.	.			
8.	.			
9.	.			
10.	.			
11.	.			
12.	.			
13.	.			
14.	.			
15.	.			
16.	ท่านสามารถดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้วได้			

ตัวอย่าง
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าข้อความและเติมค่าในช่องว่างให้ตรงกับการปฏิบัติของผู้

ถูกสัมภาษณ์ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายดังนี้

ทุกครั้ง (5)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง (4)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 5-6 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
พอประมาณ (3)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 3-4 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
นานๆครั้ง (2)	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 1-2 วัน ในหนึ่งสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติ (1)	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นๆ เลย

ข้อความถาม	ความบ่อยของการปฏิบัติ				
	1	2	3	4	5
1. ท่านกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ได้ทุกวัน					
2. ในการกินอาหารแต่ละครั้งท่านปรุงรสอาหารให้หวานขึ้นกว่าเดิม					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16. ท่านดื่มนมพว่องมันเนย หรือนมถั่วเหลือง					
17. ท่านกินปลาเล็กปลาน้อย / กุ้งแห้ง					

ข้อเสนอแนะ อื่นๆ

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาววรรณี สุขคุ้ม ที่อยู่ 39/2 หมู่ 3 ต. บางรัก อ.เมือง จ. ตรัง ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและขั้นตอนการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้นี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้านี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นางสาววรรณี สุขคุ้ม)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

เลขที่ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาววรรตน์ สุขคุ้ม ที่อยู่ 39/2 หมู่ 3 ต. บางรัก อ.เมือง จ. ตรัง ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ของการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในกระบวนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้งบเงื่อนไขที่ได้ระบุไว้ในข้างต้น

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

.....

ลงนาม

สถานที่/วันที่

(นางสาววรรตน์ สุขคุ้ม)

ลงนาม ผู้วิจัยหลัก

.....

ลงนาม

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant / Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน
ชื่อผู้วิจัย	นางสาววรรรัตน์ สุขคุ้ม นิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ที่อยู่ 92 ถ.โคกชัน ต.ทับเที่ยง อ. เมือง จ. ตรัง 92000 โทรศัพท์ที่ทำงาน 075 – 211298 โทรศัพท์มือถือ 085-9496444 E-mail: wararat_sukkom@yahoo.com

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการวิจัยนี้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อ พฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน
2. วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก
3. เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องระบุ ชื่อ – นามสกุล ลงในแบบสอบถาม จะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบ และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ
4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้
ความเป็นมาของโครงการ

ภาวะอ้วนถือว่เป็นปัญหาที่สำคัญของทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก พบว่า มีแนวโน้มและอัตราการเกิดภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นทุกวัยอย่างรวดเร็ว และจากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจุบันนี้มีปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุอ้วนเพิ่มมากยิ่งขึ้นมีอัตราความชุกของผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายที่ผิดปกติเพิ่มขึ้น รวมถึงมีค่าขนาดของรอบเอวผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นตามวัย และสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนใน ผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่มาจากการมีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่เหมาะสม ซึ่งทั้งหมดเป็นดัชนีชี้วัดภาวะอ้วนที่สำคัญ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขเนื่องจากภาวะอ้วนนั้นทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากมายได้แก่ ทำให้เคลื่อนไหวร่างกายยาก ทำงานไม่กระฉับกระเฉงว่องไว หงุดหงิด ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคนิ่วถุงน้ำดี โรคระบบทางเดินหายใจ โรคข้ออักเสบ โรคมะเร็งบางชนิด อย่างเช่น มะเร็งเต้านม เป็นต้น จากการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้นั้น ได้แก่ ตัวบุคคลนั่นเอง จะต้องส่งเสริมให้บุคคลมีความมั่นใจ ตั้งใจในการควบคุมน้ำหนัก โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยจึงได้มีการจัดกิจกรรม เพื่อ

ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักขึ้น ท่านได้รับเชิญเป็น
ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ข้อมูล หรือข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ โดยในการศึกษานี้
ท่านจะได้รับการบริการตามปกติเมื่อท่านมารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งในการศึกษานี้จะไม่ก่อให้เกิด
ผลกระทบที่เป็นอันตรายกับท่าน ในทางตรงข้ามกลับเป็นประโยชน์ต่อตัวท่านเองที่จะช่วยให้ท่านมีความรู้
ความสามารถในการมีพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักได้ถูกต้อง เพื่อควบคุมน้ำหนักและเพื่อลด
ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะอ้วนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้สูงอายุจะได้รับการปฏิบัติ

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจำนวนทั้งหมด 27 ชมรม ให้
ออกมาจำนวน 2 ชมรม สุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกชมรมกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 จากนั้นทำการคัดกรองกลุ่ม
ตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มที่ 1 และ 2 ในวันที่ผู้สูงอายุมาทำกิจกรรมของชมรม
ซึ่งจะต้องได้รับความยินยอมในการเข้าร่วมการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโดยการเซ็นใบบินยอม
การคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 25 คน ส่วนคนที่
ไม่ได้ถูกสุ่มอยู่ในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้อีกครั้งหลังเสร็จสิ้นโครงการพร้อม
กับกลุ่มที่ 1 ต่อไป รายละเอียดกิจกรรมของแต่ละกลุ่มดังนี้

1. กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุจะได้รับการบริการตามปกติเมื่อมารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่
การซักถามอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมต่างๆ ของ
ชมรม การตรวจประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิต หลังจาก
การดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้แก่กลุ่มที่ 1 เช่นเดียวกัน กลุ่มนี้ได้เข้า
ร่วมกิจกรรมของโครงการเป็นจำนวน 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 เพื่อตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการที่
ผู้วิจัยจัดขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก และ
แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัปดาห์ที่ 6 ของโครงการ เพื่อตอบแบบสอบถามหลังเข้าร่วม
โครงการที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเช่นเดียวกับก่อนเข้าร่วมโครงการ ใช้เวลาครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง

2. กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุจะได้รับการบริการตามปกติเมื่อมารับบริการในชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่
การซักถามอาการทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา การทำกิจกรรมต่างๆ ของ
ชมรม การตรวจประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การวัดความดันโลหิต และ
ผู้สูงอายุจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก ณ ชมรมผู้สูงอายุ โดย มี
การจัดกิจกรรมตลอดโครงการ จำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดยมีกิจกรรมต่างๆ
ที่ผู้วิจัยจัดขึ้น เช่น การตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุม
น้ำหนัก และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ มีกิจกรรมฟังคำ
บรรยายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้สูงอายุด้วยกันเกี่ยวกับประสบการณ์การมีพฤติกรรมการบริโภค
เพื่อควบคุมน้ำหนัก การเล่นเกมสับตรงคำห่ออาหาร การคิดวิเคราะห์ส่วนประกอบของอาหารในแต่ละมื้อ การ

ร่วมรับประทานอาหารในงานเลี้ยงเพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของแต่ละบุคคล มีกิจกรรมนันทนาการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งชมรมผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานี้เป็นชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองที่มีผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะอ้วนจำนวนมากอันดับต้นๆของจังหวัด ในชมรมมีการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิกทุกวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์อย่างสม่ำเสมอ โดยในชมรมนี้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น มีการเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆมาให้ความรู้แก่สมาชิกในชมรม มีการจัดกลุ่มออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรม เป็นต้น

5. การตอบแบบสอบถามใช้เวลาครั้งละไม่เกินครึ่งชั่วโมง แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ

6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ โดยติดต่อกับผู้วิจัย (ตลอด 24 ชั่วโมง) นางสาววรรธน์ สุขคุ้ม ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 085-9496444

7. ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ตาม ท่านจะยังคงได้รับการบริการตามปกติ และมีสิทธิบอกเลิกการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการ ซึ่งจะไม่มีผลใดๆ ต่อการมารับบริการที่ท่านได้รับอยู่

8. การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ และไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

9. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้เท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย คำนวณหาค่าความเที่ยง ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, สุวิมล ตรภานันท์ และ ศิริเดช สุชีวะ, 2543 : 26)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sum \sigma^2} \right]$$

α = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ K = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

σ_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ σ^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งหมด

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนก่อนและหลังภายในกลุ่ม ใช้สูตร Dependent t-test (Polit and Beck, 2004 : 488)

$$t = \frac{D_{x-y}}{\frac{\sum d^2}{\sqrt{N(N-1)}}}$$

เมื่อ	D_{x-y}	คือ	ค่าเฉลี่ยผลต่างในแต่ละคู่
	D	คือ	ค่า SD ของผลต่าง
	n	คือ	จำนวนคู่ของข้อมูล

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สูตร Independent t-test (Polit and Beck, 2004 : 486)

$$t = \frac{X_x - Y_y}{\sqrt{\left(\frac{\sum X_x^2 - X_y^2}{N_x - N_y - 2} \right) \times \frac{N_x - N_y}{N_x N_y}}}$$

เมื่อ X_x คือ ค่าเฉลี่ยประชากรกลุ่มที่ X X_y คือ ค่าเฉลี่ยประชากรกลุ่มที่ Y
 N_x คือ จำนวนประชากรกลุ่มที่ X N_y คือ จำนวนประชากรกลุ่มที่ Y

ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล มีการนำเสนอตารางการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของ กลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 3 การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 4 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 5 การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 6 การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 7 ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนรายบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโศคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 10 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโศคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	ผลรวมคะแนนพฤติกรรม การบริโศคเพื่อควบคุม น้ำหนักกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง	ผลรวมคะแนนพฤติกรรม การบริโศคเพื่อควบคุม น้ำหนักกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
N	21	21
Normal Parameters(a,b)		
Mean	55.6667	79.4286
Std. Deviation	4.64040	6.46971
Most Extreme Differences		
Absolute	.140	.215
Positive	.081	.195
Negative	-.140	-.215
Kolmogorov-Smirnov Z	.641	.985
Asymp. Sig. (2-tailed)	.806	.286

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ส่วนที่ 2 การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 11 การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

	ผลรวม ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง	ผลรวม ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
N	21	21
Normal Parameters(a,b)		
Mean	27.3305	26.4443
Std. Deviation	2.21263	2.48043
Most Extreme Differences		
Absolute	.146	.163
Positive	.141	.163
Negative	-.146	-.102
Kolmogorov-Smirnov Z	.670	.747
Asymp. Sig. (2-tailed)	.761	.631

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ส่วนที่ 3 การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเวทของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 12 การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเวทของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวม ขนาดรอบเวท กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง	ผลรวม ขนาดรอบเวท กลุ่มทดลอง หลังการทดลอง
N		21	21
Normal Parameters(a,b)	Mean	93.4286	88.1905
	Std. Deviation	7.63264	7.42711
Most Extreme Differences	Absolute	.197	.142
	Positive	.197	.142
	Negative	-.139	-.087
Kolmogorov-Smirnov Z		.904	.652
Asymp. Sig. (2-tailed)		.388	.789

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ส่วนที่ 4 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 13 การทดสอบการแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวมคะแนน พฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำหนัก กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง	ผลรวมคะแนน พฤติกรรมกรรมการบริโภคน้ำหนัก กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
N		21	21
Normal Parameters(a,b)	Mean	52.1429	53.1905
	Std. Deviation	5.20851	4.10632
Most Extreme Differences	Absolute	.115	.139
	Positive	.101	.139
	Negative	-.115	-.102
Kolmogorov-Smirnov Z		.529	.638
Asymp. Sig. (2-tailed)		.942	.810

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ส่วนที่ 5 การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของ กลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 14 การทดสอบการแจกแจงของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของ กลุ่มควบคุมทั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวม ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง	ผลรวม ค่าดัชนีมวลกาย กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
N		21	21
Normal Parameters(a,b)	Mean	28.3681	28.5824
	Std. Deviation	3.15794	3.59166
Most Extreme Differences	Absolute	.209	.130
	Positive	.209	.130
	Negative	-.143	-.060
Kolmogorov-Smirnov Z		.959	.597
Asymp. Sig. (2-tailed)		.316	.868

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ส่วนที่ 6 การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของ กลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับ นัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 15 การทดสอบการแจกแจงของค่าขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของ กลุ่มควบคุมทั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญทาง สถิติ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ผลรวม ขนาดรอบเอว กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง	ผลรวม ขนาดรอบเอว กลุ่มควบคุม หลังการทดลอง
N		21	21
Normal Parameters(a,b)	Mean	92.8333	96.4286
	Std. Deviation	8.74405	10.91591
Most Extreme Differences	Absolute	.154	.129
	Positive	.154	.129
	Negative	-.088	-.117
Kolmogorov-Smirnov Z		.708	.590
Asymp. Sig. (2-tailed)		.698	.877

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ส่วนที่ 7 ข้อมูลคะแนนพฤติกรรมกรรมาการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและขนาดของรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนรายบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 16 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมกรรมาการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

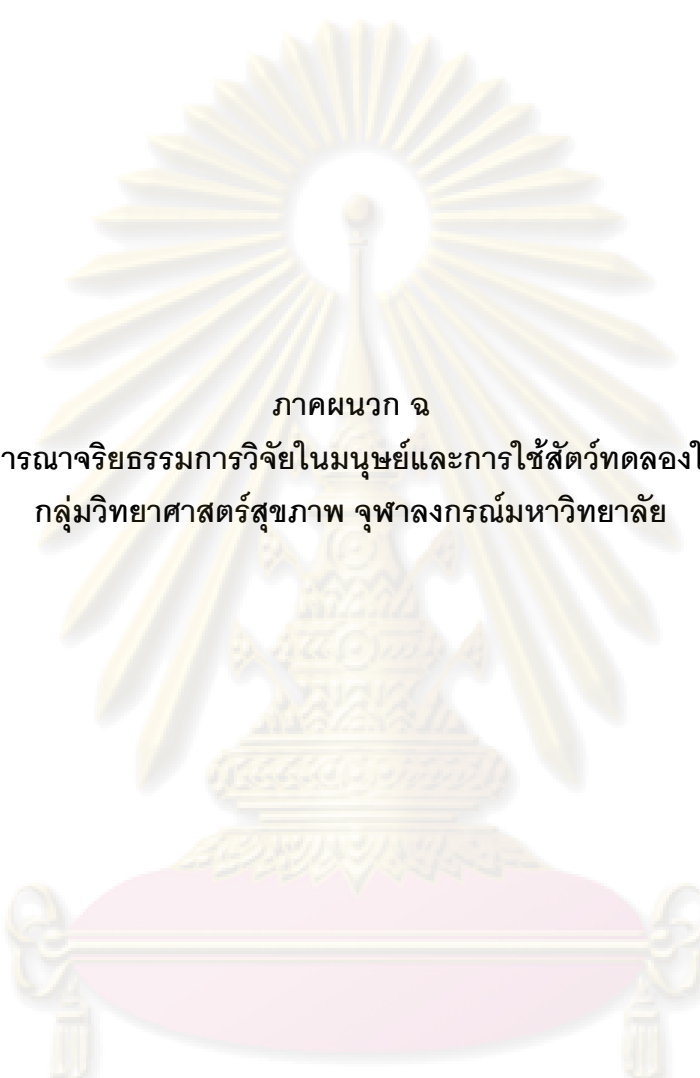
คู่ที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	61.00	54.00	59.00	82.00
2	55.00	58.00	56.00	62.00
3	50.00	62.00	49.00	83.00
4	62.00	55.00	62.00	84.00
5	54.00	57.00	55.00	79.00
6	50.00	53.00	50.00	84.00
7	48.00	62.00	50.00	82.00
8	60.00	61.00	55.00	82.00
9	52.00	47.00	53.00	76.00
10	52.00	58.00	55.00	85.00
11	48.00	55.00	48.00	81.00
12	48.00	61.00	50.00	77.00
13	45.00	53.00	46.00	85.00
14	58.00	57.00	60.00	85.00
15	55.00	46.00	54.00	85.00
16	54.00	53.00	54.00	77.00
17	50.00	63.00	51.00	81.00
18	47.00	56.00	49.00	84.00
19	51.00	53.00	51.00	67.00
20	54.00	51.00	55.00	79.00
21	55.00	54.00	55.00	68.00
รวม	1,109	1,169	1,117	1,668
MEAN	52.81	55.67	53.19	79.43
S.D.	4.70	4.64	4.11	6.47
ระดับ	พอใช้	พอใช้	พอใช้	ดี

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คู่มือ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	27.92	26.40	27.08	26.00
2	26.19	25.11	25.48	24.66
3	26.75	29.33	28.40	28.89
4	25.00	26.67	22.50	25.95
5	26.67	25.00	28.89	24.56
6	25.82	26.49	25.82	24.32
7	27.34	26.56	28.52	26.17
8	26.83	28.83	28.05	28.83
9	25.57	25.34	25.57	23.29
10	30.95	29.44	30.95	24.68
11	33.82	25.72	34.31	24.69
12	30.12	29.44	30.89	29.00
13	37.14	29.06	38.10	28.21
14	28.03	27.92	28.45	27.50
15	25.00	28.44	24.05	28.00
16	32.47	27.00	32.47	27.00
17	30.00	34.00	29.60	34.00
18	29.88	27.63	30.28	26.32
19	27.34	25.00	28.91	23.83
20	25.49	25.56	24.51	24.89
21	27.40	25.00	27.40	24.54
รวม	595.73	573.94	600.23	555.33
MEAN	28.37	27.33	28.58	26.44
S.D.	3.16	2.21	3.59	2.48
ระดับ	อ้วน	อ้วน	อ้วน	อ้วน

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของขนาดรอบเอวของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง
1	98.00	87.00	95.00	83.00
2	81.00	90.00	76.00	84.00
3	81.00	103.00	99.00	98.00
4	85.00	101.00	82.00	95.00
5	90.00	85.00	107.00	82.00
6	99.00	89.00	99.00	77.00
7	90.00	96.00	103.00	86.00
8	98.00	86.00	108.00	88.00
9	83.00	88.00	83.00	81.00
10	97.00	103.00	97.00	95.00
11	110.00	88.00	113.00	82.00
12	95.50	104.00	111.00	92.00
13	106.00	106.00	106.00	101.00
14	90.50	95.00	95.00	90.00
15	89.00	87.00	83.00	88.00
16	91.00	92.00	91.00	88.00
17	108.00	104.00	105.00	104.00
18	100.50	88.00	108.00	83.00
19	86.00	100.00	93.00	94.00
20	82.00	88.00	82.00	81.00
21	89.00	82.00	89.00	80.00
รวม	1,949.5	1,962	2,025	1,852
MEAN	92.83	93.43	96.43	88.19
S.D.	8.74	7.63	10.92	7.43
ระดับ	จำนวนมาก	จำนวนมาก	จำนวนมาก	ขึ้น



ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาฯ อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2253-2395 E-mail: irbcu@yahoo.com

COA No. 042/2551

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 03001/51 : ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุม
น้ำหนัก คอพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววรรณี สุขภูมิ นิสิตระดับมหาบัณฑิต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อนุมัติในแจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริศา ทักตนประดิษฐ์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 เมษายน 2551

วันหมดอายุ : 10 เมษายน 2552

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน เงื่อนไข
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ให้ออกสารข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร/ประชากรตัวอย่าง, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตรา
ของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ CD ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปี เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ส่งบทคัดย่อผลการวิจัยในรูปแบบ
ภายใน 60 วัน



ภาคผนวก ช
การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนัก
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ในการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

สถานที่ ชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์

ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ จำนวน 7 ครั้ง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้
สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 1 ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

1. ประเมินภาวะอ้วน ประเมินความรู้ (Pre-Test) ด้านการรับประทานอาหาร
เพื่อควบคุมน้ำหนัก



2. พูดชักจูงด้วยการให้ความรู้ คำแนะนำ เรื่อง กินอย่างไรไม่อ้วนในผู้สูงอายุ
ผ่านภาพพลิก ตัวอย่างอาหาร โปสเตอร์อาหาร และคู่มือพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก



3. สนทนากับตัวแบบ และเน้นให้เห็นผลลัพธ์ในการปฏิบัติตัว



สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 2 ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

1. เล่นเกมสับัตรคำ “อาหารหลัก 5 หมู่”



2. ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบอาหาร



สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 3 ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

1. ฝึกควบคุมตนเองในการรับประทานอาหารในงานเลี้ยง



2. ให้บันทึกและประเมินภาวะอ้วนของตนเองจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำวันและประจำสัปดาห์



สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครั้งที่ 4 ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

1. ประเมินภาวะอ้วนพร้อมหาผู้สามารถควบคุมน้ำหนักได้ เฝ้าระวังพฤติกรรมมารับประทานอาหารและการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัยและเพื่อน



2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกจากการปฏิบัติตัวที่ผ่านมา ประเมินภาวะอ้วนของตนเองจากแบบบันทึกการรับประทานอาหารประจำสัปดาห์ และแบบบันทึกประจำวัน และ ประเมินความรู้ (Post-Test) ด้านการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนัก



สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมครั้งที่ 5 ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

1. ให้ประเมินแบบกำกับการทดลอง ด้วยแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ



สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมครั้งที่ 6-7 ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

1. ประกาศผลประกวดการคัดเลือกตัวแบบพฤติกรรมบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก ให้รางวัลเพื่อเป็นกำลังใจ ให้ปฏิบัติตัวต่อไป



สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมครั้งที่ 8 ระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง

1. ประเมินค่าดัชนีมวลกาย และขนาดของรอบเอว (Post-test)



สาธิตการทำอาหารและทดลองชิม



อาหารตัวอย่าง



เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย



กลุ่มทดลอง



กลุ่มควบคุม



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรรรัตน์ สุขคุ้ม เกิดเมื่อวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดตรัง สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เมื่อปีการศึกษา 2545 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย