



ผลของโปรแกรมความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

วิทยานิพนธ์

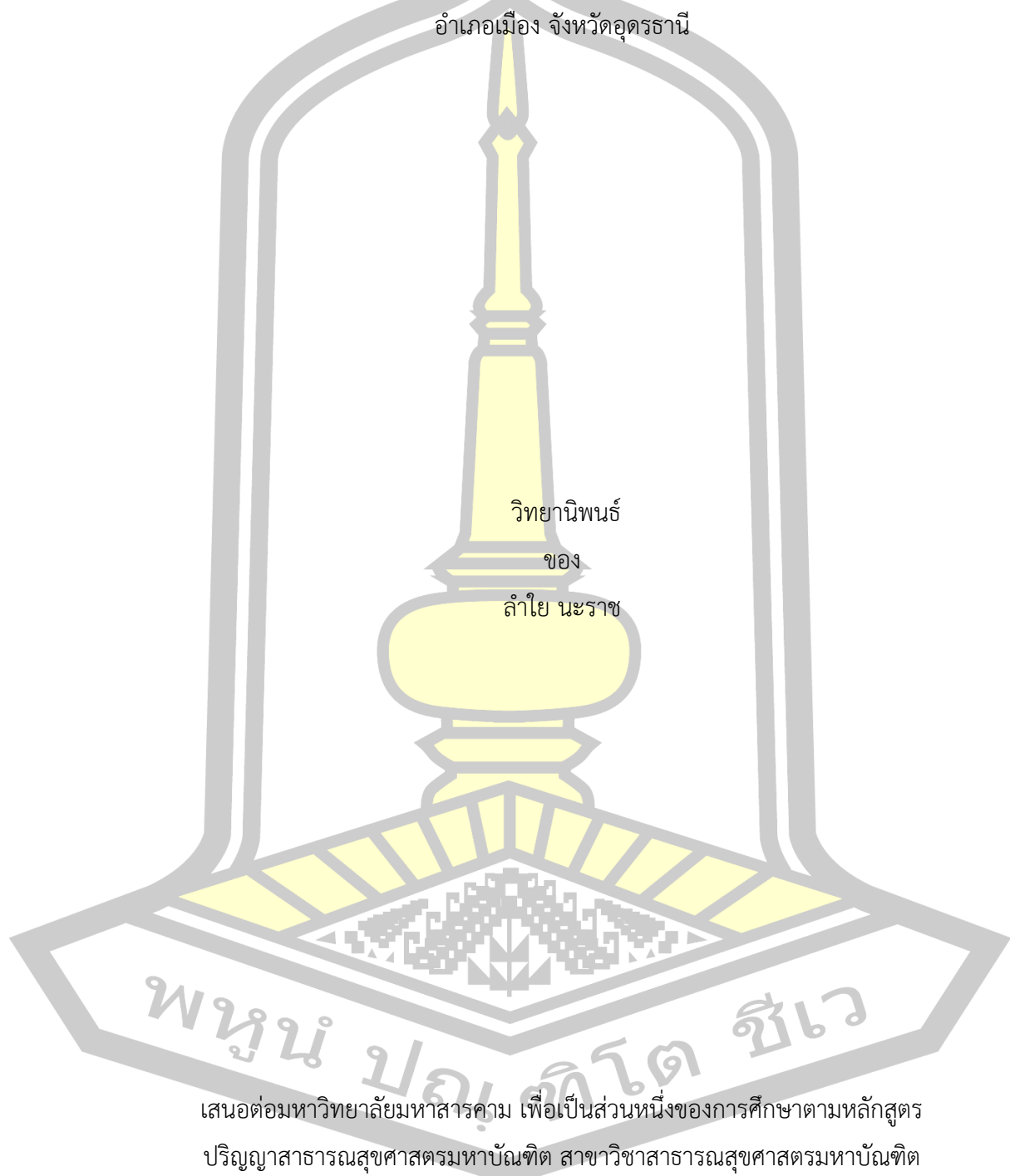
ของ

ลำไย นระราช

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี



เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พฤษภาคม 2567

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Effects of the Nutritional Knowledge Program on Food Consumption Behavior of
Overweight Elderly in the Area Under Responsibility of the Muang Community Health
Center, Udon Thani Hospital 2, Mueang District, Udon Thani Province

Lamyai Narach

พหุบัณฑิต

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Public Health (Public Health)

May 2024

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวลำไย นระราช แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. วรพจน์ พรหมสัตยพรต)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รศ. ดร. ชิดารัตน์ สมดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. เขมิกา สมบัติโยธา)

.....กรรมการ

(ผศ. ดร. ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว)

.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(อ. ดร. บุปผา รักษานาม)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

.....
(รศ. ดร. สุภัทนา กลางคาร)

คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

.....
(รศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี		
ผู้วิจัย	ลำไย นະราช		
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อิตารัตน์ สมดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เขมิกา สมบัติโยธา		
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างละ 36 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired Samples T-test และ independent t – test หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง โดยมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการหลังสิ้นสุดทดลองที่ 3 เดือน ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านโภชนาการ รวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้ด้านโภชนาการ, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ผู้สูงอายุ

TITLE	Effects of the Nutritional Knowledge Program on Food Consumption Behavior of Overweight Elderly in the Area Under Responsibility of the Muang Community Health Center, Udon Thani Hospital 2, Mueang District, Udon Thani Province		
AUTHOR	Lamyai Narach		
ADVISORS	Associate Professor Thidarat Somdee , Dr.P.H. Assistant Professor Kemika Sombateyotha , Dr.P.H.		
DEGREE	Master of Public Health	MAJOR	Public Health
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2024

ABSTRACT

The quasi-experimental study design was employed using a pre-test-post-test control group. This study was conducted to assess effectiveness of the nutritional literacy development program on food consumption behavior in overweight elderly at the area of responsibility of Mueang Community Health Center, Udon Thani Hospital 2, Mueang District, Udon Thani Province. The overweight elderly were assigned into the intervention group (n=36) and control groups (n=36). Descriptive statistics such as frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The Paired Sample t-test and independent t – test were used for inferential statistics. The nutritional literacy development program on food consumption behavior in overweight elderly was provided for 3 times in 6 weeks. An evaluation of the nutritional literacy development program after the end of the trial at 3 months. The results showed that nutrition literacy and eating behavior among the experimental group were significantly higher than for comparison group 0.05. The nutritional literacy development program on food consumption behavior in overweight elderly causing changes in nutritional literacy related to food consumption behavior resulting in a better health condition.

Keyword : Nutrition Literacy, Food consumption behavior, Elderly

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนอุดหนุนวิจัย ประเภทนิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้วิจัยจนสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาที่เปี่ยมด้วยกัลยาณมิตร และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ ดังนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ธิดารัตน์ สมดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมิกา สมบัติโยธา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ช่วยขัดเกลา ชี้แนะ แนะนำและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ประธานกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ บัวเนี่ยว กรรมการสอบ อาจารย์ ดร.บุบผา รักษานาม (ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) ในการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้ คำชี้แนะด้านต่างๆ และช่วยตรวจสอบรายละเอียดตลอดจนข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ให้เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี นายกองค์การบริหารส่วนตำบลโคกสะอาด หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดป่าโนนนิเวศน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือและได้สละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในทุกขั้นตอนของการวิจัยในครั้งนี้ เป็นอย่างดี

และสุดท้ายขอขอบพระคุณครอบครัวที่เป็นแรงผลักดันอยู่เบื้องหลัง ท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งเพื่อนพี่น้องรุ่น สม.23 ที่คอยเป็นกำลังใจให้การช่วยเหลือ เป็นแรงสนับสนุน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนามทุกท่าน ที่สนับสนุนให้วิทยานิพนธ์ของข้าพเจ้าฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

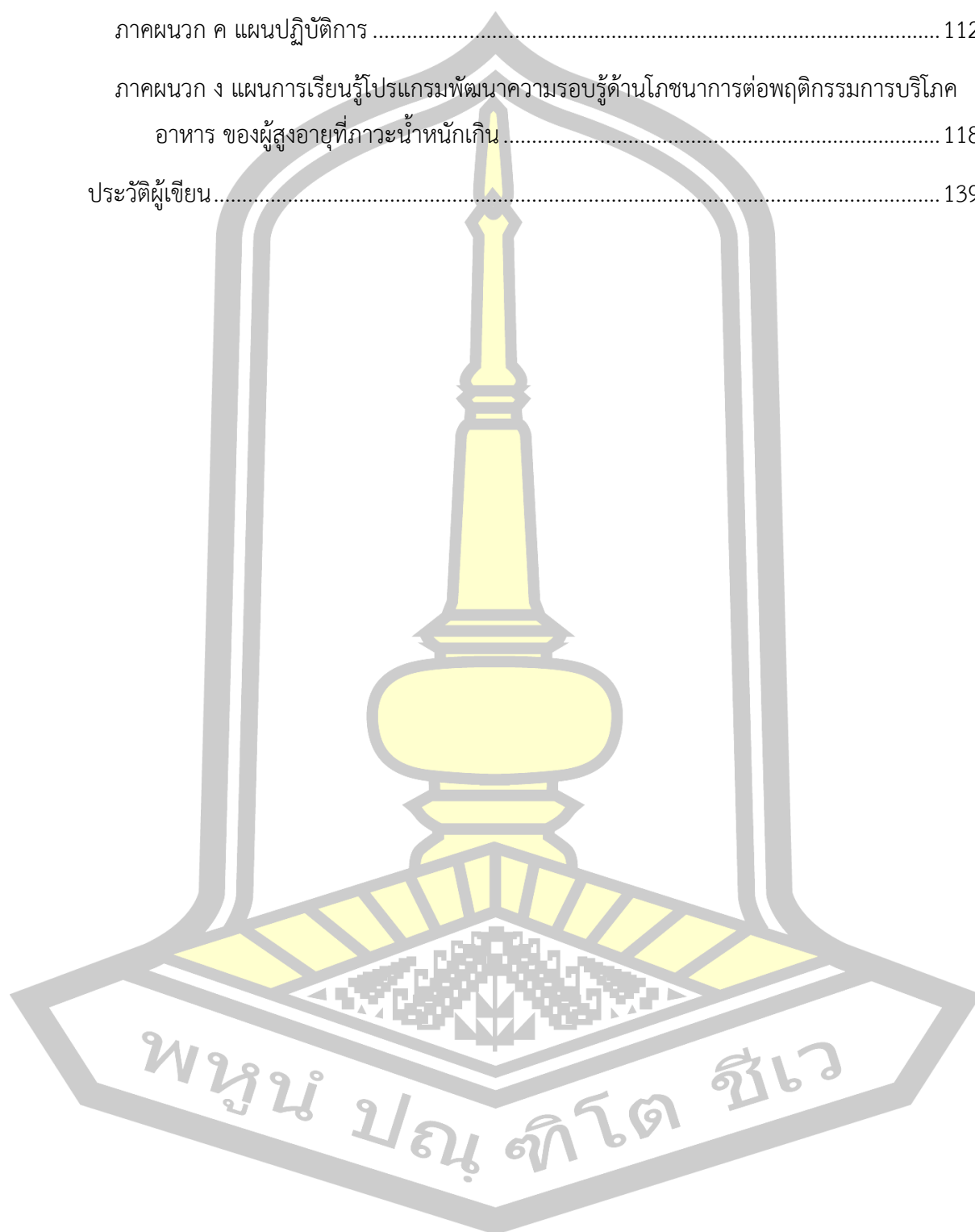
ลำไย นะราช

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 คำถามวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.5 ขอบเขตของการศึกษา.....	5
1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	5
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2 ปรีทัศน์เอกสารข้อมูล.....	8
2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ.....	8
2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy).....	12
2.3 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ.....	22
2.4 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ.....	24
2.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร.....	29
2.6 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research).....	34

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	53
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
3.1 รูปแบบการวิจัย	54
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา.....	55
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	59
3.4 วิธีดำเนินการวิจัย.....	59
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	61
3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล	63
3.7 การประมวลผลข้อมูล.....	65
3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	66
3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
3.10 จริยธรรมในการวิจัย	69
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	70
4.1 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี	70
บทที่ 5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	83
5.1 สรุปการวิจัย.....	83
5.2 อภิปรายผล.....	86
5.3 ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม.....	89
ภาคผนวก.....	96
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์	97

ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	102
ภาคผนวก ค แผนปฏิบัติการ	112
ภาคผนวก ง แผนการเรียนรู้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภค อาหารของผู้สูงอายุที่ภาวะน้ำหนักเกิน	118
ประวัติผู้เขียน	139



สารบัญตาราง

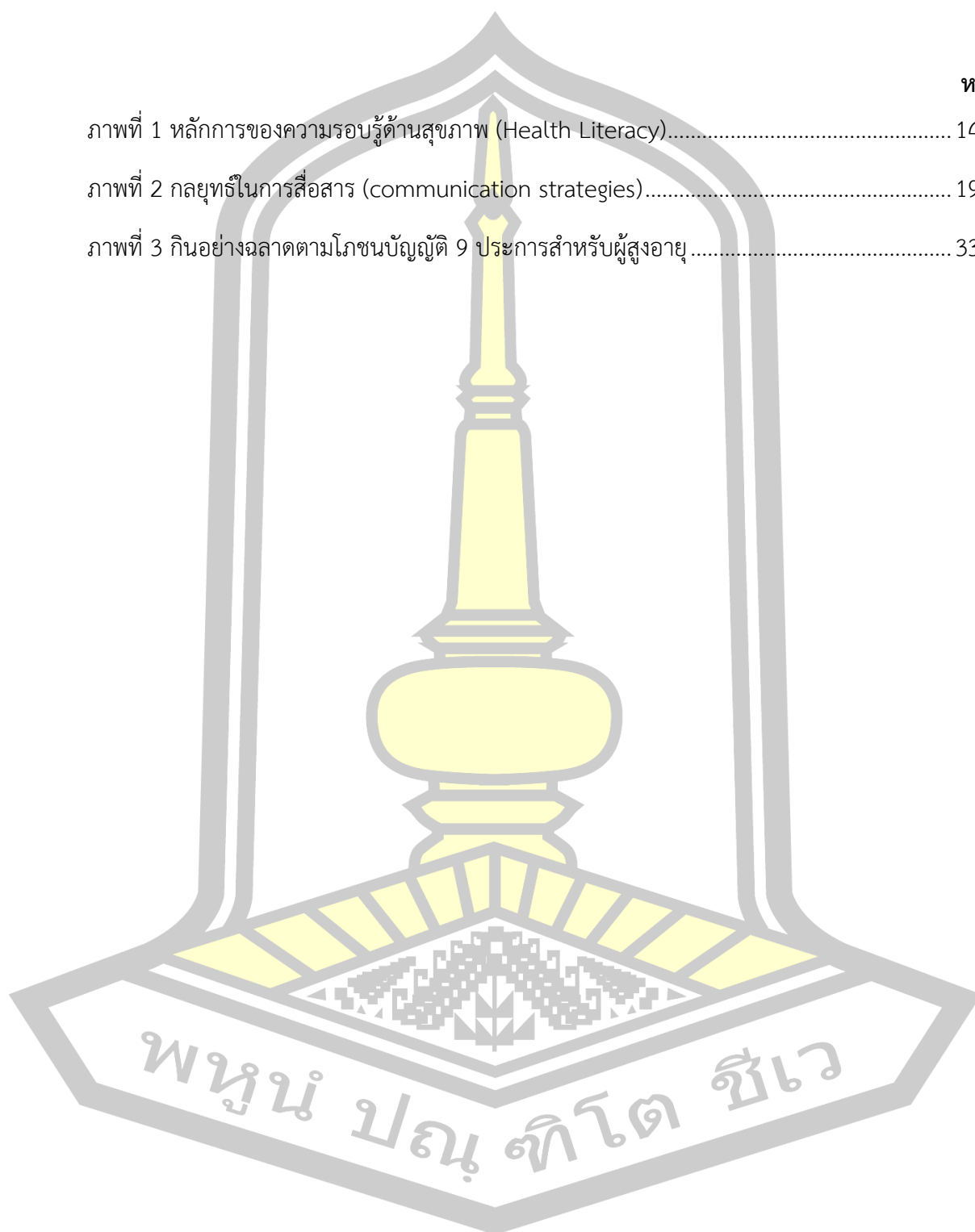
	หน้า
ตารางที่ 1 รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ	25
ตารางที่ 2 รูปแบบ Posttest – Only, Nonequivalent Control Group Design	39
ตารางที่ 3 รูปแบบ Posttest – Only, Nonequivalent Multiple – Group Design	39
ตารางที่ 4 รูปแบบ Non-Randomized Control-Group Pretest Posttest Design	40
ตารางที่ 5 รูปแบบ Single – Group Time Series Design	41
ตารางที่ 6 รูปแบบ Multiple –Group Time Series Design	41
ตารางที่ 7 รูปแบบการทดลองโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาล อุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี	55
ตารางที่ 8 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นแต่ละหมู่บ้านของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ..	57
ตารางที่ 9 ข้อมูลลักษณะประชากรผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=72)	71
ตารางที่ 10 ความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	73
ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านโภชนาการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง (n = 36)	74
ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านโภชนาการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม (n = 36)	75
ตารางที่ 13 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ	76
ตารางที่ 14 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้าน โภชนาการ ในกลุ่มทดลอง (n = 36)	78

ตารางที่ 15 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ในกลุ่มควบคุม (n = 36).....	80
ตารางที่ 16 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ (n = 36)	82



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy).....	14
ภาพที่ 2 กลยุทธ์ในการสื่อสาร (communication strategies).....	19
ภาพที่ 3 กินอย่างฉลาดตามโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ.....	33



บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดจากข้อมูลมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2562 พ.ศ. 2563 พ.ศ. 2564 พบประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก 1,016 ล้านคน 1,050 ล้านคน 1,082 ล้านคน ตามลำดับ และคาดการณ์ว่าสถานการณ์การผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นใน ปี พ.ศ 2593 นับว่าเป็นประวัติศาสตร์ของโลกที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าประชากรเด็ก และมีประชากรผู้สูงอายุวัยปลาย เพิ่มมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา และในปี พ.ศ. 2583 คาดการณ์ไว้แล้วว่าประชากรผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด นั่นคือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ประมาณปี 2548 มีประชากรอายุ 60 ปี คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ตามการคาดประมาณการประชากรประเทศไทยของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2566 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20.66 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete- Aging Society) เมื่อมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ 28.55 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super- Aging Society) เมื่อมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และมีการเสื่อมถอยของอวัยวะในร่างกายทั้งระบบเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะต่าง ๆ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะพบว่าผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง ใช้พลังงานน้อย ระบบเผาผลาญทำงานได้ช้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักเกิน และเป็นโรคอ้วนในที่สุด ประกอบกับยุคปัจจุบันเป็นยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ ทำให้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป อาทิ รูปแบบการใช้ชีวิตมีการเข้าถึงสื่อบันเทิง กินเลี้ยง แล้วบริโภคอาหารในปริมาณที่มากขึ้น ขาดการออกกำลังกาย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะน้ำหนักเกิน (นันทนภัส ธนฐากร และธนัช กนกเทศ, 2562) และการที่

ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนและ โรคสมองเสื่อมได้ อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุขาดความรู้ด้านโภชนาการ ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุ (ชวิศา แก้วอนันต์, 2562) อีกทั้งผู้สูงอายุมีการทำงานของประสาทสัมผัสทั้ง 5 ลดลง (รับรส ตมกลิ่น มองเห็น ได้ยิน และการสัมผัส) มีความเสื่อมถอยทางกายภาพ ยิ่งหากไม่มีการดูแลส่งเสริมความรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่องก็ยิ่งทำให้เกิดการบั่นทอนสุขภาพพลานามัย และมีค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง 5 อันดับแรกของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อที่ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 โรคอ้วน ร้อยละ 38.4 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 46.5 และ ภาวะที่เกิดจากการเผาผลาญอาหารของร่างกายที่ผิดปกติ (Metabolic Syndrome) ร้อยละ 39.8 (วิชัย เอกพลากร, 2562) สอดคล้องกับข้อมูลภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 8 พบผู้สูงอายุมีภาวะอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 34.2 และมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 50.5 จากการเก็บข้อมูลการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานจัด เค็มจัด กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดความรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย ทำให้ไม่ได้รับคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม (วิรุท นนสรัตน์, 2562)

นโยบายรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี มีเป้าหมายคือ ให้ประชาชนมีความสุขแข็งแรงทั้งกายใจ และมีความมั่นคงทางสุขภาพ ภายใต้การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน ได้กำหนดการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health Literacy) โดยเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง ทำให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ โดยมีเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564) โดยเฉพาะในการพัฒนาชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านอย่างปลอดภัย สนับสนุนคนในครอบครัวดูแลผู้สูงอายุ จัดบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามปัจจัยที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรวมไปถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเอง (อังธนา จุลสุคนธ์, นพวรรณ เปี้ยชื่อ, วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล และจิราพร ไสนิ่งเกอร์, 2562)

ความรู้ด้านโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ เมื่อไม่มีความรู้ด้านโภชนาการอาจทำให้เกิดพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้องทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา จากการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และชาตินัย หวานวาจา, 2563) และการศึกษาความรู้ทางสุขภาพของ

ผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและพบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้มีความรู้ด้านสุขภาพน้อยลงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังหลายโรค (นิยม จันทน์นวล และสุมาลี สมชาติ, 2563) สอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา ระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยพบว่า เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการแต่ละมิติกับพฤติกรรมการบริโภค พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อ ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รัตนารณสาสิทธิ์, คติยา อีวาโนวิช และฉวีวรรณ บุญสุยา, 2565)

จังหวัดอุดรธานีในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 15.72 ของประชากรทั้งหมด หมายถึงจังหวัดอุดรธานี ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ และคาดการณ์ว่าภายในปี 2570 จังหวัดอุดรธานีเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี เกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2564) ซึ่งในส่วนของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2562 ปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20.29 20.33 และ 21.01 ตามลำดับ (ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2, 2565) ของประชากรทั้งหมดข้อมูลข้างต้นสังเกตได้ว่ายอดจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี จากการเก็บข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 พบผู้สูงอายุมีปัญหาโภชนาการ มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ในปี พ.ศ. 2562 ปี พ.ศ. 2563 และปี พ.ศ. 2564 คือมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 37.52 ร้อยละ 40.23 ร้อยละ 43.15 จากการศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ผลการวิจัยพบว่าความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้านพบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ กล่าวคือ ถ้าหากผู้สูงอายุมีความรู้ด้านโภชนาการในระดับดี ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการอยู่ในระดับที่สูงขึ้น ความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ โดยมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ (ลำไย นะราช, ธิดารัตน์ สมดี

และเขมิกา สมบัติโยธา, 2567) สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้าน โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำเช่นเดียวกัน (ชัชฎาภรณ์ จิตตา, วิเชียร ดันสุวรรณนันท และ ชัชวาล เพ็ชรทอง, 2563)

ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาตนเองจากภายในให้เข้มแข็ง มีสุขภาพที่ดี ได้รับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่สำคัญและจำเป็น เข้าใจข้อมูลและบริการมีการตรวจสอบข้อมูล สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ด้วยเหตุนี้การติดอาวุธทางปัญญาให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านโภชนาการจึงเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1.2 คำถามวิจัย

โปรแกรมความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานีเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1.4.1 คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

1.4.2 คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุม

1.5 ขอบเขตของการศึกษา

1.5.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ คือ ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1.5.2 ขอบเขตด้านประชากร คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย

1) กลุ่มทดลอง คือ บุคคลทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีการประเมิน ADL (Activities of Daily Living) มีคะแนนมากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป มีภาวะโภชนาการที่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน อาศัยในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

2) กลุ่มควบคุม คือ บุคคลทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีการประเมิน ADL (Activities of Daily Living) มีคะแนนมากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป มีภาวะโภชนาการที่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน อาศัยในเขตรับผิดชอบ ตำบลโคกสะอาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1.5.3 ขอบเขตด้านเวลา คือ ระหว่างเดือน กรกฎาคม 2566 – มกราคม 2567

1.5.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา คือ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และกองสุขศึกษา (2561) มาพัฒนาและประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ 4) การตัดสินใจด้านโภชนาการ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ 6) การบอกต่อด้านโภชนาการ

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1.6.1 ตัวแปรต้น

1) โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ประกอบไปด้วย

(1.1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ

(1.2) ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ

(1.3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ

(1.4) การตัดสินใจด้านโภชนาการ

(1.5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ

(1.6) การบอกต่อด้านโภชนาการ

1.6.2 ตัวแปรตาม

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2) ความรอบรู้ด้านโภชนาการ

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ หมายถึง ความฉลาดที่บุคคลจะมีภาวะโภชนาการที่ดี หรือเหมาะสม สามารถประเมินภาวะโภชนาการและการเลือกรับประทานอาหารประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ 4) การตัดสินใจด้านโภชนาการ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ 6) การบอกต่อด้านโภชนาการต่อบุคคลในครอบครัว นำไปปฏิบัติตามเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศหญิงและชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีการประเมิน ADL (Activities of Daily Living) มีคะแนนมากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเลือกชนิดของอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ และตามหลักธงโภชนาการผู้สูงอายุ ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละชนิด ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ภาวะน้ำหนักเกิน หมายถึง ภาวะหรือสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยคิดจากค่าดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) คำนวณจาก ค่าของน้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลัง 2 และแสดงในหน่วย กิโลกรัม/ตารางเมตร ซึ่งเป็นค่า BMI ระหว่าง 23.00 ถึง 24.90 กิโลกรัม/ตารางเมตร

ส่วนสูง หมายถึง โดยการวัดความสูงเป็นเซนติเมตรและนำมาเทียบน้ำหนักมาตรฐานเป็นกิโลกรัม ในผู้สูงอายุที่ยืนไม่ได้ให้วัดความสูงเข่า (Knee height) โดยการวัดความยาวจากส้นเท้าถึง

เข้าเป็นเซนติเมตร แล้วนำไปคำนวณความสูงของผู้สูงอายุโดยใช้สูตร (Nutritional assessment of the elderly through Anthropometry. 1988) ดังนี้

$$\text{ความสูงในผู้สูงอายุชาย} = (2.02 \times \text{ความสูงเข้า}) \times (0.04 \times \text{อายุ}) + 64.19$$

$$\text{ความสูงในผู้สูงอายุหญิง} = (1.83 \times \text{ความสูงเข้า}) \times (0.24 \times \text{อายุ}) + 84.88$$

น้ำหนัก หมายถึง การหาน้ำหนักตัวโดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนักที่ผ่านการทดสอบมาตรฐาน โดยมีหน่วยเป็นกิโลกรัม

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ หมายถึง โปรแกรมทดลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และกองสุศึกษา (2561) มาพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ 4) การตัดสินใจด้านโภชนาการ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ 6) การบอกต่อด้านโภชนาการ

ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ หมายถึง การพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องมีแนวทางปฏิบัติที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และกองสุศึกษา (2561) มาพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบไปด้วย 1. การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2. ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ 3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ 4. การตัดสินใจด้านโภชนาการ 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ 6. การบอกต่อด้านโภชนาการ ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมที่ 1 “สื่อบอกกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ” เพื่อพัฒนา การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ กิจกรรมที่ 2 “ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ” เพื่อพัฒนา ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมที่ 3 “การฝึกเลือกเมนูอาหารและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” เพื่อพัฒนาการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมที่ 4 “การสื่อสารด้านโภชนาการ” เพื่อพัฒนาการตัดสินใจด้านโภชนาการและการบอกต่อด้านโภชนาการ โดยมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการหลังสิ้นสุดทดลองที่ 3 เดือน

บทที่ 2

ปริทัศน์เอกสารข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาวิจัย และเป็นกรอบแนวความคิดในการดำเนินการวิจัย ตามลำดับดังต่อไปนี้

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

2.1.1 คำนิยามของผู้สูงอายุ

2.1.2 การประเมินจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

2.2.1 ความหมาย

2.2.2 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2.2.3 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ (nutrition literacy)

2.3 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

2.4 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ

2.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.5.1 ความหมาย

2.5.2 โภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ

2.6 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research)

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศที่กำลังพัฒนาประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากอัตราเกิดลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในปี พ.ศ. 2564 โลกมีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุระดับสุดยอดสูงสุด 3 อันดับแรก

ได้แก่ ญี่ปุ่น ร้อยละ 35 อิตาลี ร้อยละ 30 และโปรตุเกสร้อยละ 30 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ในปี พ.ศ. 2564 อาเซียนมีประชากรรวมทั้งหมด 671 ล้านคน อาเซียนจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุ คือ มีผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศที่มีผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ ร้อยละ 22 ไทย ร้อยละ 19 เวียดนาม ร้อยละ 13 มาเลเซีย ร้อยละ 11 อินโดนีเซีย ร้อยละ 10 เมียนมา ร้อยละ 10 และบรูไน ร้อยละ 10 เหลือเพียง 3 ประเทศที่ยังไม่เป็นสังคมสูงอายุ ได้แก่ ลาว กัมพูชา และฟิลิปปินส์ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำจนถึง ขันติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และ ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564)

สรุปได้ว่า ปัจจุบันโลกก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) โดยมีสัดส่วนประชากรมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และอัตราการเพิ่มหรือการเกิดประชากรจะลดลง ในขณะเดียวกันประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากขึ้นเนื่องจากผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น

2.1.1 คำนิยามของผู้สูงอายุ

ปัจจุบัน สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามที่แน่นอน ว่าอายุเท่าไร จึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (older/elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ”

สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 31 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปี บริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย”

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” (older person) หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุวัยต้น หมายถึง ผู้มีอายุ 60-69 ปี

ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึง ผู้มีอายุ 70-79 ปี

ผู้สูงอายุวัยปลาย หมายถึง ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

“ประชากรสูงอายุ” หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

“สังคมสูงอายุ” (aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7

“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มี ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14

“สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20

“สังคมสูงวัย” (ageing society) มีความหมายอีกอย่างหนึ่งคือ หมายถึง สังคมที่ ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น สังเกตได้จาก อัตราส่วนวัยของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

“อัตราผู้สูงอายุ” (older person rate) หมายถึง สัดส่วนคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุ ต่อประชากรทั้งหมด

“การสูงวัยของประชากร” (population ageing) เป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่ เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อประชากรในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ชุมชน เขตปกครองระดับต่าง ๆ ประเทศ ภูมิภาค ฯลฯ มีอายุ สูงขึ้น โดยสังเกตได้จากสัดส่วนของประชากร สูงอายุ หรืออายุมัธยฐานของประชากรที่เพิ่ม สูงขึ้นในประชากรปีใด หรือประชากรที่เปลี่ยนไปโดยไม่ นับรวมการย้ายถิ่น การสูงวัยของประชากร มีสาเหตุมาจากการเกิดที่ลดลง และอายุของผู้คนยืนยาว ขึ้น

“การสูงวัยอย่างมีพลัง” (active ageing) เป็นแนวคิดที่แสดงกระบวนการที่เราจะสร้าง โอกาสให้กับตนเอง หรือประชากรทุกเพศทุกวัยที่จะเติบโตเจริญวัยขึ้นอย่างมีสุขภาพดี มีส่วนร่วม ในทางเศรษฐกิจและสังคม และมีความมั่นคงในชีวิต เพื่อเป็นการยกระดับ คุณภาพชีวิตของแต่ละ บุคคล หรือของกลุ่มประชากรให้สูงขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย

“การสูงวัยที่ยังประโยชน์” (productive ageing) เป็นกระบวนการดึงเอาศักยภาพ ของประชากรทุกเพศทุกวัยให้มีความสามารถในการผลิตหรือบริการที่เป็นประโยชน์และ มีคุณค่า ไม่ ว่าผลผลิตหรือบริการนั้นจะให้ผลตอบแทนเป็นตัวเงินหรือไม่ก็ตาม

“การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ” (healthy ageing) เป็นกระบวนการในการพัฒนาและ รักษาไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการกิจประจำวันที่จะช่วยให้เกิดการอยู่ดีมีสุขในผู้สูงอายุซึ่งจะ เป็นไปได้ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสที่จะช่วยให้ผู้คนได้เป็นและได้ทำในสิ่งที่ตนเห็นว่า มี คุณค่าตลอดช่วงชีวิต

“การสูงวัยในถิ่นที่อยู่” (ageing in place) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการอยู่อาศัยในบ้าน และชุมชนเดิม ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางด้านร่างกายและทาง จิตใจ รวมถึง เน้นความสำคัญของการจัดสรรสวัสดิการสังคมด้านต่าง ๆ ไปสู่บ้านและชุมชน เพื่อเพิ่มความสะดวก ในการดำรงชีพและการมีสุขภาพชีวิตที่ดีของประชากรตลอดช่วงชีวิต

2.1.2 การประเมินจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ

การประเมินคัดกรองความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL Index คือ การวัดความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน มีทั้งหมด 10 หมวด ซึ่งมีค่าคะแนนคะแนนเต็มคือ 20 คะแนน เมื่อคะแนนยิ่งมาก แสดงถึงสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้มาก

แบบประเมิน ADL ทั้ง 10 หมวด ได้แก่

- 1) รับประทานอาหาร เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า
- 2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะ 1-2 วันที่ผ่านมา
- 3) ลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้
- 4) ใช้ห้องน้ำ
- 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน
- 6) การสวมใส่เสื้อผ้า
- 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น
- 8) การอาบน้ำ
- 9) การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 10) การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สรุปคะแนน ADL

กลุ่ม 1 : ติดสังคม ADL 12 คะแนนขึ้นไป

กลุ่ม 2 : ติดบ้าน ADL 5 – 11 คะแนน

กลุ่ม 3 : ติดเตียง ADL 0 – 4 คะแนน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง เพศหญิงและเพศชายที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติ ไทย และผ่านการประเมินคัดกรองความสามารถ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) Barthel Activity of Daily Living Index หรือ ADL Index คือ การวัดความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน อยู่ในกลุ่มที่ 1 หมายถึงกลุ่มติดสังคม ที่มีค่าคะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้โดยไม่มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตประจำวัน

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

2.2.1 ความหมาย

การใช้คำ “Health literacy” ในภาษาไทย มีความหมายตามสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ไว้ว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความหมายไว้ว่า การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษาภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ ให้ความหมายไว้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพ และ กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้ความหมายไว้ว่า ความฉลาดทางสุขภาพ ที่เคยเผยแพร่ใช้กันในวงวิชาการ ทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจก บุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (WHO, 1998)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความตั้งใจหรือความสามารถของแต่ละคนในการ เกาะติดกับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Baker, Williams, Parker, Gazmararian & Nurss, 1999)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง มีวิธีการ และทำความเข้าใจในข้อมูลพื้นฐานทาง สุขภาพและบริการที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมของตนเอง (Ratzan & Parker, 2000)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับสภาวะทางสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพ โดยมี 4 ปัจจัยชั้นกลางที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเอง 2) พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ 3) การดูแลป้องกันตนเองและการตรวจสุขภาพเป็นประจำ 4) การปฏิบัติตามการรักษา เมื่อ บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างก็จะส่งผลให้ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ดี ไม่รู้จัก ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค ไม่ไปตรวจร่างกาย ไม่ปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ โดยปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ล่าช้าในแสวงหาหนทางในการดูแลตนเองที่เหมาะสม สุขภาพทรุดโทรม และทำให้เพิ่มอัตราการ ใช้บริการฉุกเฉินและรักษาในโรงพยาบาล (Shoou-Yih D. Lee, Ahsan M. Arozullah, Young Ik Cho, 2004)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ระดับความสามารถของแต่ละบุคคลในการเข้าถึง มีวิธีการและทำความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารและ บริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสม แต่นอกเหนือไปจาก ความสามารถของแต่ละบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับทักษะ ความพึงพอใจ และความคาดหวังของข้อมูลข่าวสารทาง

สุขภาพและผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้บริหาร ผู้ดูแล เยี่ยมบ้าน สื่อสารมวลชน และปัจจัยอื่น เป็นต้น (Institute of Medicine: IOM, 2004)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ระดับที่ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพได้ตรงกับความต้องการ ในบริบทที่แตกต่างกันด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (Kwan, Frankish & Rootman, 2006)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพคือ การกระทำที่เป็นพลวัตและมีพลังใจตนเอง และเป็นทักษะชีวิตที่สำคัญ ในการเข้าสู่สังคมสมัยใหม่ได้ และเป็นทางเลือกในชีวิตประจำวันที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความสุขใจ (Kickbusch, 2006)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง เป็นทักษะทางปัญญาและทางสังคมที่ชี้นำก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้ เข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารในวิถีทางเพื่อการส่งเสริมและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Nutbeam, 2008)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง เป็นทักษะที่ครอบคลุมถึงความจำเป็นเพื่อการค้นหา เพื่อการประเมินและการบูรณาการข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพที่มีความหลากหลายของบริบท และยังเป็นต้องการในด้านการรู้คำศัพท์ทาง สุขภาพและวัฒนธรรมของระบบสุขภาพนั้นด้วย (Rootman, 2009)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) หมายถึง เป็นประเด็นหนึ่งที่ต่างออกมาในการตีความถึงผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพซึ่งทั้ง 2 คำ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยความรู้ด้านสุขภาพเป็น สิ่งจำเป็นที่สนับสนุนให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ เช่น หากมีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ (Chin et al, 2011)

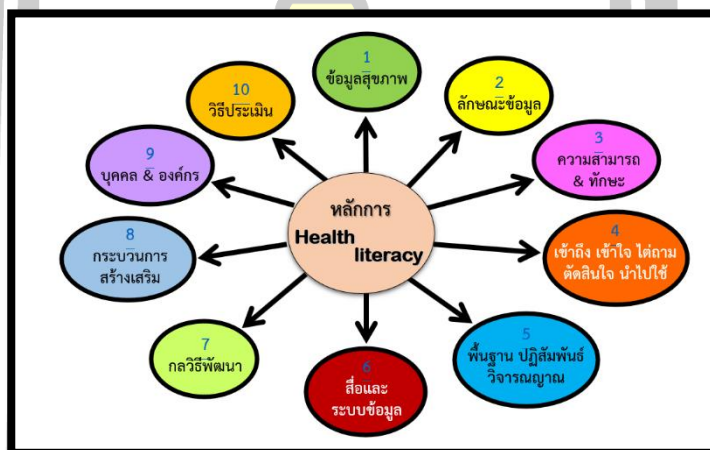
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพได้รับการถ่ายทอด และผู้มีส่วนร่วมสร้างให้เกิดความสามารถเหล่านี้ ก็จะ กลายเป็นผู้มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการจัดการภาวะเงื่อนไขทางสุขภาพของเขา ให้สามารถเข้าถึง และเกาะติดกับข้อมูลข่าวสารและบริการ มีการปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและเจรจา ต่อรองและเข้าถึงการรักษาได้อย่างเหมาะสม และมีการเปลี่ยนแปลงในความสามารถเหล่านี้ระหว่าง สมาชิกในกลุ่มสุขภาพ บางคนมีความรู้และทักษะในการจัดการตนเองดี แต่บางคนมีการแสวงหาข้อมูล น้อย และมีการสื่อสารเพื่อปรึกษาหารือกันน้อย (Edwards, Wood, Davies & Edwards, 2012)

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะต่าง ๆ ทางกรรับรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลเพื่อการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ รู้จักใช้คำถามที่ดีและประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพ และบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ และนำข้อมูล

แนวทางปฏิบัติไปใช้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

2.2.2 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ประเทศไทยได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และเล็งเห็นถึงความสำคัญของประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จึงมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแผนงาน/โครงการในประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และมอบหมายกรมอนามัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเสริมสร้างให้ประชาชนเกิดความรู้ด้านสุขภาพ พิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างยั่งยืนต่อไป หลักการของความรอบรู้สุขภาพ มีหลักการ 10 ข้อสำคัญดังนี้



ภาพที่ 1 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2563)

หลักการที่ 1 ข้อมูลเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสุขภาพที่สำคัญของประชาชนทุกกลุ่มวัย ในยุคสังคมข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ข้อมูลข่าวสารความรู้ และบริการสุขภาพ สถานการณ์ในปัจจุบันที่เกิดกรณีเรื่อง โควิด - 19 ทำให้มองเห็นปัญหาได้อย่างชัดเจนเมื่อสถานการณ์เรื่องนี้เกิดขึ้นมีการพูดถึงประเด็นต่าง ๆ มากมายมีการผลิตและส่งต่อข้อมูลข่าวสารและความรู้ใหม่ๆ จำนวนมาก ผ่านสื่อกระแสหลักได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ internet และ Smart Phone ทำให้ประชาชนทั่วไปได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เพิ่มมากขึ้นทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง โดยประชาชนขาดทักษะในการค้นหาข้อมูลที่ต้องการสำหรับนำมาเปรียบเทียบ มีทักษะการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลไม่เพียงพอเกิดปัญหาในการปฏิบัติตัว

ข้อมูลข่าวสารในยุคสังคมข้อมูลข่าวสารทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่งซึ่งเป็นข้อมูลใหม่ต้องใช้ความคิดพิจารณาแยกแยะให้ได้ว่าข้อมูลใดเป็นข้อมูลจริงและถูกต้อง รวมทั้งถูกกระตุ้นรู้ด้วยข้อมูลข่าวสารใหม่ตลอดเวลาก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลและระหว่างกลุ่มคนในวงกว้างนำไปสู่การปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

หน่วยงานหลักในการพัฒนาสุขภาพเชิงประเด็นนอกจากจะต้องเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ แล้วยังต้องมีการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบเพื่อให้เป็นแหล่งข้อมูลและสารสนเทศด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ให้กับประชาชนด้วยโดยให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของแหล่งข้อมูลให้เข้าถึงง่ายอ่านเข้าใจง่ายมีลักษณะการสื่อสาร สองทางเพื่อตอบคำถามหรือให้ความกระจ่างช่วยคลายข้อสงสัยในประเด็นต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นสามารถตอบสนองความอยากรู้ของประชาชนและบุคลากรได้

หลักการที่ 2 ลักษณะของข้อมูลสุขภาพ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีความแตกต่างกัน เลือกใช้ข้อมูลให้เหมาะสมในการสื่อสารโดยผู้ส่งสารจะต้องใช้ประเด็นสื่อสารหลัก (Key message) ที่เจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายโดยวิเคราะห์ให้ชัดเจนและอาศัยหลักการสื่อสารตามโมเดล SMCR ประกอบด้วย ผู้ส่ง (Sender) ข้อความ/สาร (Message) ช่องทาง (Channel) และผู้รับ (Receiver) ดังนั้น ลักษณะของข้อมูลสุขภาพที่จะถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายจึงนับเป็นหัวใจของการสื่อสารที่สำคัญซึ่งจะต้องวิเคราะห์ให้ชัดเจนว่ากลุ่มเป้าหมายเป็นใครและต้องแปลงข้อมูลข่าวสารหรือ Information นั้นให้ง่ายต่อการรับรู้และการสร้างความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายโดยพยายามใช้ประเด็นสื่อสารหลักตามแนวทางของหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักมิเช่นนั้นประชาชนจะเกิดความสับสนไขว้เขวอันเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการปฏิเสธแนวทางและไม่นำแนวทางดังกล่าวไปใช้ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

หลักการที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะ องค์การอนามัยโลกได้ระบุถึงความสามารถและทักษะจำเป็นที่ต้องพัฒนาได้แก่ทักษะการเข้าถึง (Access) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (Understand) และทักษะการนำไปใช้ (Apply) สำหรับการปฏิบัติตัวให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องดังที่ปรากฏในคำนิยามซึ่งการสังเคราะห์นิยามที่มีหน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ นั้น พบว่า มีคำสำคัญจำแนกได้ 5 กลุ่มโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระบุตรงกันว่าทักษะที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในยุคปัจจุบันได้แก่ เข้าถึง (Access) ประเมิน (Evaluate) ความเข้าใจ (Understand) ตัดสินใจ (Make decision) และนำไปใช้ (apply) เช่น ความเข้าใจจากการอ่าน ความคำนวณตัวเลข การจดจำและเข้าใจคำศัพท์ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การค้นหาข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ

หลักการที่ 4 องค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต้องพัฒนาประกอบด้วย เข้าถึงเข้าใจได้ถามตัดสินใจและนำไปใช้ ความสามารถและทักษะที่จำเป็นสำหรับคนไทยในยุค

ปัจจุบันมีความจำเป็นจะต้องพัฒนาทักษะในด้านใดบ้างเพื่อให้เป็นคนรอบรู้ส่งผลต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและทักษะเหล่านี้จะเป็นทักษะพื้นฐานสำหรับการใช้ชีวิตและการดูแลสุขภาพตนเองต่อไปซึ่งหากในอนาคตจำเป็นจะต้องเพิ่มเติมทักษะด้านต่าง ๆ อื่น ๆ ก็จะต้องกำหนดเพิ่มขึ้นหรือปรับให้เหมาะสมตามสถานการณ์และบริบทที่เปลี่ยนไป ปัจจุบันทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพไปประกอบไปด้วยทักษะเข้าถึง (Access) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (Understand) ทักษะการไต่ถาม (Questioning) ทักษะการตัดสินใจ (Make decision) และทักษะการนำไปใช้ (apply) มีรายละเอียดดังนี้

- 1) เข้าถึง (Access) ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการค้นหาเพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูล การกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่เข้าถึงได้ว่ามีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือหรือไม่
- 2) เข้าใจ (Understand) ได้แก่ ความสามารถและทักษะการเรียนรู้การหาวิธีจดจำและสร้างความเข้าใจข้อมูลหรือเนื้อหาความรู้
- 3) ไต่ถาม (Questioning) ได้แก่ ความสามารถ และทักษะการใช้คำถามประกอบไปด้วยการวางแผนการใช้คำถามการจัดเตรียมคำถามหาวิธีการใช้คำถาม และการประเมินการใช้คำถาม
- 4) ตัดสินใจ (Make decision) ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจกำหนดทางเลือกประเมินทางเลือกและแสดงจุดยืนในการตัดสินใจต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ
- 5) นำไปใช้ (apply) ได้แก่ ความสามารถและทักษะการเตือนตนเองและการจัดการตนเองเพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่องและปรับการปฏิบัติได้เหมาะสมกับสถานการณ์

หลักการที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องพัฒนาทั้ง 3 ระดับ คือ

- ขั้นพื้นฐาน (functional) เช่น การฟัง พูด อ่าน เขียน
- ขั้นปฏิสัมพันธ์ (interactive) เช่น การไต่ถาม เจรจา สื่อสาร
- ขั้นวิจารณ์ญาณ (critical) เช่น การคิด วิเคราะห์ แยกแยะ

แนวคิดนี้มีหลักการสำคัญซึ่งเสนอไว้โดย Don Nutbeam (2000) ว่าความรู้ด้านสุขภาพ ต้องพัฒนาทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน (Basic/Functional health Literacy) ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Communicative/Interactive health Literacy) และ ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health Literacy) นักพัฒนาจึงต้องตระหนักไว้เสมอว่าการออกแบบกระบวนการพัฒนาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายของการพัฒนา มิใช่มองการพัฒนาเพียงทักษะขั้นพื้นฐาน หรือ Basic/Functional health Literacy เท่านั้น แต่ต้องตระหนักว่าความสามารถขั้นพื้นฐานเหล่านี้เป็นความสามารถที่สำคัญต่อการใช้ชีวิตและการทำงานเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี การพัฒนาขั้นปฏิสัมพันธ์ จะช่วยเพิ่ม

ความสามารถในการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบตัวและคนในสังคม ทำให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อสร้างความร่วมมือในการพัฒนาสภาพแวดล้อมที่ดีสำหรับตนเองและเอื้อสำหรับการมีสุขภาพที่ดีร่วมกันและพัฒนา ขั้ววิจารณ์ญาณ จะช่วยให้บุคคลมีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และแยกแยะได้ลึกซึ้งเพื่อการตัดสินใจและการจัดการที่ดี นอกจากนี้ แนวคิดของ Don Nutbeam (2008) “Conceptual model of health literacy as a risk”. ประกอบด้วย 6 ด้านได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูล (Access) 2) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) 3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) 4) การจัดการตนเอง (Self-management) 5) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ 6) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) แนวคิดนี้พัฒนามาจากสองประเด็นที่ต่างกันในการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical care) และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน (Public health) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึง “ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค” ในกรณีบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่างจะส่งผลต่อ การปฏิบัติตัวและการจัดการทางสุขภาพ โดยแนวความคิดนี้มีรากฐานมาจากการวิจัย การรู้หนังสือ (Literacy) ที่เกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ จะให้ ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพ และ ปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งมีประโยชน์อย่างมากต่อบุคคลและสังคมดังนี้

ประโยชน์ต่อบุคคล ได้แก่

- 1) ได้พัฒนาความรู้เพื่อป้องกันความเสี่ยง
- 2) มีมาตรฐานต่อการดูแลตนเอง
- 3) ได้เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติ ตนภายใต้ความรู้
- 4) สร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความมั่นใจในตนเอง
- 5) เพิ่มความทนทานต่อการเผชิญปัญหา

ประโยชน์ต่อชุมชน/สังคม ได้แก่

- 1) เพิ่มการมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของประชากร
- 2) พัฒนา ปัจจัยเพื่อปรับปรุงบรรทัดฐานทางสังคม และการสื่อสารทางสังคม
- 3) เข้าถึงปัจจัยทางสุขภาพที่นำไปสู่ การพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ
- 4) เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน
- 5) มีการควบคุมสุขภาพ และ ปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ

หลักการที่ 6 สื่อและระบบข้อมูล เพื่อสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องมีการ

ออกแบบที่ดี การออกแบบสื่อและระบบข้อมูลที่ดียังจะช่วยให้การเรียนรู้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลที่มีข้อจำกัดได้มากขึ้น ทุกหน่วยงานจึงต้องมีการออกแบบ และพัฒนาสื่อความรู้สำหรับเผยแพร่ ให้ภาคีเครือข่ายร่วมปฏิบัติงานได้นำไปใช้ ในการทำงาน ดังนั้นจึงต้องทำการวิเคราะห์ว่าสื่อในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีเพียงพอหรือไม่ มีสื่อใดที่จะต้องออกแบบขึ้นใหม่เพื่อใช้ใน

การพัฒนาทักษะ และสนับสนุนการทำงานของบุคลากร และกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ โดยพัฒนาให้มีความหลากหลายสำหรับการเลือกใช้ให้เหมาะสมกับงานโดยการผลิตสื่อที่จำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นสื่อฝึกทักษะที่มีคุณภาพ ต่อความต้องการและนำมาจัดวางให้ง่ายต่อการเรียกใช้งาน เข้าถึงได้ การจัดทำสื่อในปัจจุบันไม่ได้ใช้งบประมาณมาก เพราะสามารถจัดวางในระบบออนไลน์ให้กลุ่มบุคลากรและกลุ่มเป้าหมาย สามารถที่จะเข้าถึงโดยดาวน์โหลดไปใช้งานได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะต้องทำงานอยู่ที่ไหนก็ตาม สิ่งสำคัญก็คือการคิดออกแบบสร้างสรรค์โดยเน้นให้ใช้งานในการพัฒนาความสามารถ และทักษะได้จริง หากไม่มีการพัฒนาสื่อด้านการฝึกทักษะมาช่วยสนับสนุนการทำงานของบุคลากรและเครือข่าย การทำงานก็จะยากและไม่อาจสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการออกแบบระบบข้อมูลจะต้องเอาใจใส่ในเรื่องความถูกต้องเป็นจริงน่าเชื่อถือทันสมัยและเข้าถึงได้ง่ายสามารถดึงดูดใจและสร้างให้เกิดความไว้วางใจจากผู้ใช้บริการหาข้อมูลความรู้ที่มีการจัดระบบไว้อย่างดีบุคลากรและประชาชนก็จะสามารถเข้าถึงได้ง่ายและได้รับสื่อที่ดีสำหรับนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติงาน

หลักการที่ 7 การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องเน้นกลวิธีฝึกฝนความสามารถ และทักษะที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายปัจจุบันมีการพัฒนากลวิธีและเทคนิคต่าง ๆ ขึ้นมา แต่ส่วนใหญ่ยังเป็นเทคนิคที่เน้นการพัฒนาความสามารถเฉพาะด้านเท่านั้น และยังเป็นเทคนิคพื้นฐานขาดการพัฒนาเทคนิควิธีในด้านอื่น ๆ เช่น ฝึกความสามารถในการใช้คำถาม ฝึกการตัดสินใจ ฝึกการเตือนตนเอง ฝึกการตั้งเป้าหมาย เป็นต้น การออกแบบกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแต่ละครั้งอาจมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาครั้งละ 1 ทักษะ ซึ่งอาจใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมโดยเมื่อฝึกความสามารถ และทักษะให้เข้าใจ กระบวนการในการพัฒนาความสามารถแต่ละด้านแล้ว ผู้จัดกิจกรรมอาจบูรณาการวิธีการ หรือกระบวนการในแต่ละทักษะตามช่วงเวลา หรือโอกาสที่จะอำนวยในบริบทของการทำงานแต่ละแห่ง เช่น มีเวลาสำหรับการจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มาขอรับบริการ 1 ชั่วโมง ก็อาจจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง นั้น สำหรับพัฒนาทักษะด้านการเข้าถึง และ การสร้างความเข้าใจ โดยใช้ฐานการเรียนรู้ที่เพิ่มทักษะทั้งสองนี้ภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง โดยออกแบบเชิงกว้างไม่ลงลึกมากนักในทุกขั้นตอน กระบวนการพัฒนาทักษะแต่ละด้านอย่างไรก็ตามหากมีเวลามากพอที่จะจัดกิจกรรมได้มากกว่า 1 ครั้งก็สามารถจัดกิจกรรมเพิ่มเติมทักษะที่ยังขาด หรือส่วนที่ยังต้องพัฒนาเพิ่มเติม ต้องมีการกำหนดกลวิธีฝึกฝนความสามารถและทักษะ ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมาย ได้แก่

1) กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล เช่น

- เทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela Technique)
- เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back Technique)
- การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me)

- วิธีการตรวจสอบตามรายการ (Chunk & Check Methods)
- เครื่องมือตรวจสอบและบันทึก (Checklists & Scorecards)
- การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (Ask Me 3)
- การสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (Shame-free)
- การใช้คำถามเพื่อสร้างการเรียนรู้

2) กลยุทธ์ในการสื่อสาร (communication strategies)

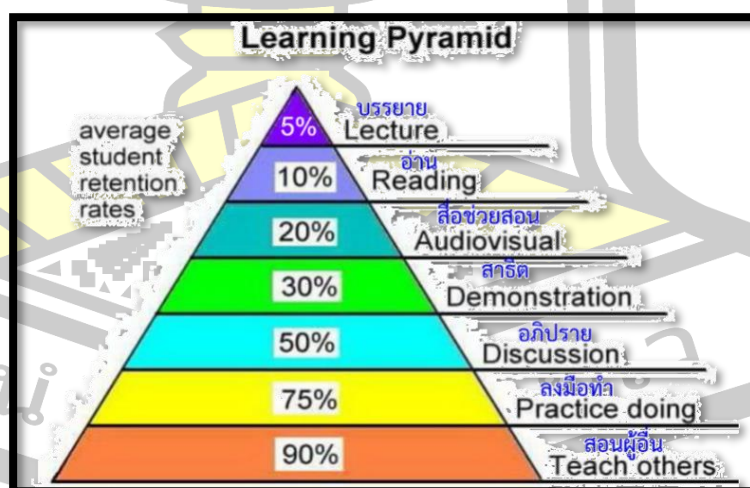
ระหว่างบุคคล

- ประเมินความเข้าใจพื้นฐาน ก่อนการให้บริการเพื่อให้เข้าใจความแตกต่าง
- อธิบายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และหลีกเลี่ยงศัพท์วิชาการ
- พูดให้ช้า
- ชัดเจน
- จำกัดข้อความในการสนทนาแต่ละครั้ง (การสนทนาที่ดีควรอยู่ระหว่าง 1-3

ประเด็น หรือ มากที่สุดไม่ควรเกิน 5 ประเด็น)

technique)

- เลือกใช้สื่อสุศึกษาที่ออกแบบตามหลักการ เน้นสื่อที่มีภาพ (fotonovela technique)
- รับฟังความต้องการ และกระตุ้นให้มีการถาม
- ตรวจสอบความเข้าใจ (teach - back, Ask Me 3, chunk & check, show - me)
- สร้างสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น มีบรรยากาศความเป็นกันเอง ดังรูปภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กลยุทธ์ในการสื่อสาร (communication strategies)

(Source : National Training laboratories, Bethel, Maine)

หมายเหตุ. จาก <https://www.washingtonpost.com/blogs/answer-sheet/files/2013/03/pyramid.png>.

หลักการที่ 8 การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องมีการออกแบบเชิงกระบวนการ กระบวนการออกแบบมี 5 ขั้นตอนเริ่มต้นจาก ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึกเพื่อให้ทราบข้อมูลสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่จะพัฒนาโดยการแสวงหาข้อมูลจากช่องทางและแหล่งข้อมูลสำคัญด้วยวิธีการต่าง ๆ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างกรอบแนวคิดโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐานมีการเลือกทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาช่วยในการออกแบบเพื่อช่วยให้การออกแบบกิจกรรมมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลและกำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมได้ชัดเจน ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบกระบวนการมีการกำหนดกิจกรรมที่ครอบคลุมการพัฒนาทักษะที่จำเป็นและกำหนดวิธีในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงานวางแผนงานในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่และ ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผลเลือกใช้หรือพัฒนาเครื่องมือประเมินที่ได้มาตรฐานสอดคล้องตามกรอบแนวคิดการพัฒนาและใช้สารสนเทศสำหรับการพัฒนาเพื่อการจัดทำโครงการและกิจกรรมในระยะต่อไปการออกแบบกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ขั้นตอนนี้จะช่วยให้ทำงานเป็นระบบและสามารถคาดหวังผลลัพธ์ถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

หลักการที่ 9 กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นจะต้องพัฒนาทั้ง ด้านความสามารถ-ทักษะของบุคคล และนโยบาย-สภาพแวดล้อม จึงจะสามารถพัฒนาให้บุคคลเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาหน่วยงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องทำทั้งสองด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพของประชาชนแต่ละ

กลุ่มให้มีความสามารถเพิ่มขึ้น และการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ ซึ่งมีหน่วยงานเจ้าภาพหลักในแต่ละเรื่องและ ภาคีเครือข่ายร่วมกันสร้างระบบข้อมูลข่าวสารความรู้และสื่อสนับสนุนการทำงานหรือบริการประชาชน ให้เข้าใจง่ายและเข้าถึงได้ง่าย ระบบข้อมูลสุขภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ใช้บริการที่ต้องการข้อมูล ข่าวสารความรู้และสื่อสนับสนุนการทำงานสามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา และช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์ กับผู้ใช้บริการที่ต้องการพูดคุยด้วย เนื่องจากเวลาที่มีโอกาสพบแพทย์หรือพยาบาลมีจำกัด การสร้างช่องทาง สื่อสารเพื่อคลายข้อสงสัยในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนหรือการรวบรวมประเด็นคำถามที่พบได้บ่อย นำมาเรียบเรียงคำตอบไว้ในเว็บไซต์หรือจัดทำระบบฝากข้อความสำหรับคำถามใหม่ ๆ ก็จะช่วยลดปัญหาได้มาก นอกจากนี้ ปัจจัยเชิงระบบยังรวมถึงการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์หรือ AI ที่จะช่วยให้ใช้บริการมีปฏิสัมพันธ์ มากขึ้นกับตัวแทนบุคลากร ซึ่งมีเวลาจำกัดในการสื่อสารรวมทั้งทำให้ผู้ใช้บริการและบุคลากรมีการพัฒนา ความสามารถด้านการปฏิสัมพันธ์เพิ่มขึ้นด้วย

หลักการข้อที่ 10 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต้องออกแบบการวัดทักษะสำคัญที่ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย แนวคิดในการออกแบบกระบวนการเรียนรู้และการประเมินที่ใช้กันมาโดยตลอด คือโมเดล OLE ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ (Objective)

การเรียนรู้ (learning) และการประเมินผล (evaluation) เวลานี้มีผู้เสนอความคิดเรื่อง backward design ซึ่งกลับทิศทางการขั้นตอนการออกแบบ โดยนำขั้นตอนการ ประเมินผล มาคิดต่อจาก ขั้นตอนการกำหนดวัตถุประสงค์ แล้วจึงคิดออกแบบกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งดูเหมือนว่าปัญหาของการ สร้างเครื่องประเมินความรู้ด้านสุขภาพอาจจะเกี่ยวข้องกับโมเดลดังกล่าวและ ผู้นำไปใช้ ทำให้ เกิดปัญหาขึ้นจากการวัด ด้วยผลจากการวัดขาดประเด็นสารสนเทศและวิธีการพัฒนาความรู้ ด้านสุขภาพ ดังนั้น การออกแบบเครื่องมือประเมินจะต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการของ health literacy โดยเฉพาะวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องมีความชัดเจน ระบุประเด็นการพัฒนาตาม กรอบแนวคิด และนิยามที่นำมาใช้เพื่อให้การออกแบบการเรียนรู้และการพัฒนาเครื่องมือมีความ สอดคล้องกัน

2.2.3 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ (nutrition literacy)

ความรู้ทางโภชนาการ (Nutrition literacy) เป็นประเด็นเฉพาะภายใต้แนวคิด ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งกำลังได้รับความสนใจในปัจจุบัน โดยเน้น ในขอบเขตและบริบทด้าน โภชนาการที่หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงหรือได้มา การประมวล และเข้าใจความรู้ เกี่ยวกับหลักโภชนาการ และทักษะที่จำเป็น สำหรับการตัดสินใจด้านโภชนาการ ที่เหมาะสมกับ สุขภาพของตน ความรอบรู้ทางโภชนาการสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ขั้นความสามารถ ได้แก่ ขั้นพื้นฐาน (Functional nutrition literacy)

- การใช้ทักษะการรู้หนังสือขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อความเข้าใจ และปฏิบัติตามข้อมูล ด้านโภชนาการอย่างง่าย ขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive nutrition literacy)

- ทักษะพื้นฐานและทักษะทางปัญญา และการสื่อสารระหว่างบุคคลที่จำเป็นต่อการ จัดการปัญหาด้านโภชนาการร่วมกับนักโภชนาการวิชาชีพ

ขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical nutrition literacy)

- ความสามารถในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ข้อมูลอย่างไตร่ตรอง ความตระหนักรู้ และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคด้านโภชนาการ ความรอบรู้ทางโภชนาการเป็น ปัจจัยที่สำคัญ สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วน จากหลักฐานงานวิจัยพบว่า ความรอบรู้ทางโภชนาการ มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารและภาวะโภชนาการในทุกกลุ่มวัย (พรวิภา ศิริพิชญตระกูล และคณะ, 2563) ดังเช่น การศึกษาในกลุ่ม วัยผู้ใหญ่ที่พบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่ำ จะสัมพันธ์กับการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี ความรอบรู้ด้านโภชนาการ (nutrition literacy) เป็น ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล เกี่ยวกับโภชนาการและทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจ เลือกโภชนาการที่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองแบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดความรู้ด้าน สุขภาพ ของ ดอน นัทปัม และแบ่งองค์ประกอบตามแนวคิดของกองสุศึกษา กรมสนับสนุน บริการ

สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านโภชนาการขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านโภชนาการขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านโภชนาการขั้นวิจารณ์ญาณด้านโภชนาการ

สรุปได้ว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการ (nutrition literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล เกี่ยวกับโภชนาการและทักษะที่จำเป็นในการตัดสินใจ ในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของ ดอน นัทปัม ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านโภชนาการขั้นพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านโภชนาการขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านโภชนาการขั้นวิจารณ์ญาณ

2.3 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Nutritional assessment)

1) ภาวะโภชนาการ (Nutrition status) หมายถึง ภาวะสุขภาพที่เป็นผลจากการบริโภคอาหาร และการใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย ซึ่งภาวะโภชนาการถือเป็นหนึ่งในดัชนีที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน โดยภาวะโภชนาการจำแนกออกเป็น 2 ประเภทหลัก

(1) ภาวะโภชนาการปกติ (Adequate dietary) หมายถึง ภาวะสุขภาพปกติ อันเป็นผลมาจากการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Adequate dietary intake) และร่างกายใช้ประโยชน์สารอาหาร (Food utilization in the body) ได้เป็นปกติ

(2) ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หมายถึง ภาวะเสื่อมของสุขภาพ อันเป็นผลมารากร่างกายได้รับสารอาหารไม่เหมาะสม (Inadequate dietary intake) และ/หรือร่างกายใช้ประโยชน์สารอาหารมีความบกพร่อง (ธนะพร มุสิกบุตร, 2562)

2) การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional assessment) หมายถึง กระบวนการที่ใช้เพื่อระบุภาวะโภชนาการของบุคคลหรือประชากร

(1) โดยอาศัยข้อมูลทางการวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย, ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลจากการตรวจร่างกาย, และ/หรือข้อมูลจากการประเมินอาหารบริโภค

(2) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะนำมาเทียบกับค่ามาตรฐาน หรือเกณฑ์อ้างอิงทางโภชนาการ และทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

(3) เพื่อระบุหรือวินิจฉัยปัญหาโภชนาการและสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในระดับบุคคล กลุ่มบุคคล หรือชุมชน

3) ความสำคัญของการประเมินภาวะโภชนาการ

(1) บ่งชี้ระดับของภาวะโภชนาการของบุคคลหรือประชากรในปัจจุบัน

(2) ค้นหาปัจจัยทางด้านอาหารหรือพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกับภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพ

(3) คาดการณ์แนวโน้มของปัญหาทางด้านอาหารโภชนาการ และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

4) ประโยชน์ของการประเมินภาวะโภชนาการ

(1) วินิจฉัยปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้ทราบถึงปัญหา ขนาดและความรุนแรงของปัญหา ขอบเขตและการกระจายของภาวะสุขภาพหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ ประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือที่ประสบปัญหา เป็นต้น

(2) ค้นหาสาเหตุของปัญหาโภชนาการที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ในการวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหา

(3) ติดตามเผ้าระวังประเมินความก้าวหน้า และความสำเร็จของโครงการต่าง ๆ

(4) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการโครงการ การรณรงค์ หรือกำหนดนโยบายด้านอาหารและโภชนาการ

5) วิธีการประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการ แบ่งได้ 2 วิธีการหลักคือ

1) การประเมินภาวะโภชนาการทางตรง (Direct methods of nutritional assessment)

(1) การประเมินส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Anthropometric assessment) คือ การวัดสัดส่วนร่างกายของผู้ป่วย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง เส้นรอบวงเอว เส้นรอบวงสะดพก ค่าดัชนีมวลกาย รวมถึงการวัดองค์ประกอบของร่างกาย

(2) การประเมินทางด้านชีวเคมี (Biochemical assessment) คือ ข้อมูลต่าง ๆ จากห้องปฏิบัติการไม่ว่าจะเป็นผลเลือด เช่น ระดับน้ำตาล ระดับไขมัน ระดับของแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด หรือจะเป็นผลปัสสาวะ เช่น น้ำตาลหรือโปรตีนที่รั่วมาในปัสสาวะ ค่าความเป็นกรด-ด่าง

(3) การประเมินทางคลินิก (Clinical assessment) คือ อาการแสดงออกที่เกิดขึ้นจากการขาดสารอาหารบางชนิด หรือความผิดปกติของร่างกาย เช่น ภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก จะพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะซีดบริเวณเล็บมือ เหงือก หรือ ผิวหนังได้ตา หรือ ภาวะบวมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะพบว่า เมื่อใช้นิ้วกดที่บริเวณหน้าแข้งผิวหนังจะยุบ บวมลงไป และค้างอยู่นาน เป็นต้น

(4) การประเมินอาหารบริโภค (Dietary assessment) คือ การประเมินรายละเอียดการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโดยละเอียด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ส่วนใหญ่ คือ การจดบันทึกการบริโภคอาหาร 3 วัน (3-day Dietary record) การซักประวัติการรับประทานอาหารย้อนหลัง 3 วัน (3-day Dietary recall) การสอบถามความถี่ในการบริโภคอาหาร (Food frequency questionnaire,

FFQ) ประวัติการรับประทานอาหาร (Food history) เช่น การแพ้อาหาร ศาสนา ความชอบ และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2) การประเมินภาวะโภชนาการทางอ้อม (Indirect methods of nutritional assessment)

(2.1) การประเมินปัจจัยทางนิเวศวิทยา (Assessment of ecological factors) ได้แก่

- 1) ข้อมูลทางเศรษฐกิจสังคมและประชากร การคมนาคม
- 2) องค์ประกอบของครอบครัว ระบบบริการสุขภาพ
- 3) สภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศ
- 4) แหล่งอาหาร ราคาอาหาร อุปกรณ์ในการเตรียมอาหาร และการกักเก็บ

อาหาร

- 5) สัดส่วนของรายจ่ายสำหรับอาหารบางชนิด
- 6) แหล่งน้ำ และสุขาภิบาลของครัวเรือน

(2.2) การประเมินสถิติชีพ (Assessment of health statistics)

- 1) อัตราตายตามอายุ (Age specific mortality rate)
- 2) สาเหตุการเจ็บป่วยและตาย (Cause specific morbidity and mortality)
- 3) อัตราเด็กแรกเกิดน้ำหนักน้อย
- 4) อุบัติการณ์ของโรคที่เกี่ยวข้องกับทางด้านอาหาร (Nutritional relevant disease)

สรุปได้ว่า การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Nutritional assessment) มีการประเมินภาวะโภชนาการ แบ่งได้ 2 วิธีการหลัก คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการทางตรง และ 2) การประเมินภาวะโภชนาการทางอ้อม เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อระบุภาวะโภชนาการของบุคคลหรือประชากร เป็นแนวทางในการดำเนินงานและพัฒนา ส่งเสริมให้บุคคลหรือประชาชนมีภาวะโภชนาที่เหมาะสมตามวัย

2.4 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีรูปแบบการศึกษาและระยะเวลาดำเนินงานแตกต่างกันดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ

ชื่อผู้วิจัย	ชื่อเรื่องวิจัย	รูปแบบทฤษฎี	กิจกรรม	การติดตาม	ผลการวิจัย
เกศินี จงมนตรี (2562)	โปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านอาหารในครูและบุคลากรทางการศึกษากว่า 100 คน	แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของคอลลีเจียตีฟคิงส์ แนวคิดการประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ และการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	3 โปรแกรมย่อย ได้แก่ 1) โปรแกรมย่อยที่ 1 การสร้างความรอบรู้ด้านอาหารด้านการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ 2) โปรแกรมย่อยที่ 2 การสร้างความรอบรู้ด้านอาหารด้านการวางแผนและการจัดการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ 3) โปรแกรมย่อยที่ 3 การสร้างเสริมความรู้ด้านอาหารด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ใช้แบบแผนทดลองแบบกลุ่มเดี่ยววัดซ้ำ โดยมีระยะเวลาทดลอง 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมและจำนวน 5 ครั้ง	ติดตามผลจำนวน 4 ครั้ง หลังการทดลอง	ครูและบุคลากรทางการศึกษากว่า 100 คน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลอง
กัณตพร ยอดไชย และผาณิตกา ทองสง (2562)	ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมการสุขภาพด้านโภชนาการและ	แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมการสุขภาพด้านโภชนาการและพฤติกรรมการสุขภาพด้านโภชนาการ	ใช้เวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 ละกิจกรรมครั้งที่ 3,5 ในสัปดาห์ที่ 5,7	ติดต่อทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 8	ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	ชื่อเรื่องวิจัย	รูปแบบทฤษฎี	กิจกรรม	การติดตาม	ผลการวิจัย
กนิษฐ์ ไ้วศิริ, กันยา นภาพงษ์ และวิภากร สอน สนาม (2563)	สถานะโภชนาการใน ผู้สูงอายุโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังที่มี ภาวะขาด สารอาหาร	ยึดการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สุขภาพให้ดีขึ้น สุขภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขต กรุงเทพมหานคร	ใช้ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ มีด้วยกัน 2 กิจกรรมย่อย โดยกิจกรรมย่อยที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1,2 กิจกรรมย่อยที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5,9,12 และ สัปดาห์ที่ 2-12 เข้ากลุ่มฝึกปฏิบัติตน ฝึกการ หายใจและฝึกสมาธิ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน และให้ฝึกด้วยตนเองที่ บ้านตาม โปรแกรม อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน ของไทย	-	โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบ องค์รวม ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น จากการมีพฤติกรรมสุขภาพ และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สุขภาพดี ขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และด้าน สิ่งแวดล้อมดีขึ้น ดังนั้นจึงควร ส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมนี้ไป ประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นต่อไป

ตารางที่ 1 รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	ชื่อเรื่องวิจัย	รูปแบบทฤษฎี	กิจกรรม	การติดตาม	ผลการวิจัย
ทัศนียา วังสะจัน ทานนท์, อธิพิย์ ราช ภู นี ยม และศิวลาภ สุข ไพบุลย์วัฒน์ (2563)	ผลของโปรแกรม การส่งเสริม โภชนาการต่อ ภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุจังหวัด นครนายก	เชิงโภชนาการ ผู้สูงอายุ	ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ 10 กิจกรรมการเรียนรู้ คือ 1) ความสำคัญของ สารอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ 2) โรค เรื้อรังของผู้สูงอายุกับการจัดการอาหารและ โภชนาการ 3) เชิงโภชนาการผู้สูงอายุ 4) แคลอรี ในอาหารและความสำคัญของอาหารหวาน มัน เค็ม 5) โภชนาการสำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรัง 6) พลังงาน และอาหารของผู้สูงอายุ 7) ความสำคัญของ โปรตีน ผักและผลไม้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 8) การปรับพฤติกรรมสุขภาพการกิน และเมนูชู สุขภาพ 9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุกับการกิน 10) การวิเคราะห์อาหาร ประจำวัน แสดงนิทรรศการอาหารเพื่อสุขภาพ	-	จากผลการทดลองโปรแกรมการส่งเสริม โภชนาการของผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดนครนายก โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและ หลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการตาม กิจกรรมที่กำหนด มีค่าเฉลี่ยของระดับ ความดันโลหิตลดลง

ตารางที่ 1 รูปแบบทฤษฎีโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ (ต่อ)

ชื่อผู้วิจัย	ชื่อเรื่องวิจัย	รูปแบบทฤษฎี	กิจกรรม	การติดตาม	ผลการวิจัย
นิธิรัตน์ บุญตา นนท์สินพ แชน อก และนารินทร์ สุรพัฒน์ ขาติ (2562)	ประสิทธิผลของ การส่งเสริมความ รอบรู้ด้าน โภชนาการใน ผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการ ในแผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา	โดยประยุกต์ แนวคิดการ พัฒนาความรอบ รู้ด้านสุขภาพ ของนักปราชญ์ (Nutbeam, 2008)	ศึกษาใน 2 กลุ่ม คือกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่ม ทดลอง จัดกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความ รอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์	ติดตามผลหลังกิจกรรม ทันที	การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนน ความรอบรู้ด้านโภชนาการในภาพรวม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และ รายประเด็นได้แก่ การเข้าใจข้อมูลด้าน โภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การตอบคำถาม การตัดสินใจ การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สูงชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ อัน นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้าน โภชนาการในท้ายที่สุด

สรุปได้ว่า การพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องมีแนวทางปฏิบัติที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยประยุกต์แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และกองสุศึกษา (2561) มาพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ประกอบไปด้วย 1. การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2. ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ 3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ 4. การตัดสินใจด้านโภชนาการ 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ 6. การบอกต่อด้านโภชนาการ ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมที่ 1 “สื่อบอกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ” เพื่อพัฒนา การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ กิจกรรมที่ 2 “ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ” เพื่อพัฒนา ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมที่ 3 “การฝึกเลือกเมนูอาหารและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” เพื่อพัฒนาการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมที่ 4 “การสื่อสารด้านโภชนาการ” เพื่อพัฒนาการตัดสินใจด้านโภชนาการและการบอกต่อด้านโภชนาการ โดยมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการหลังสิ้นสุดทดลองที่ 3 เดือน

2.5 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการพัฒนาการด้านสาธารณสุขและทางการแพทย์ จึงทำให้มี อัตราการตายของประชากรลดลง ผู้สูงอายุซึ่งมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่พบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาคุณภาพชีวิตเนื่องจากการเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งนำไปสู่ ความถดถอยของร่างกาย เกิดภาวะพึ่งพา ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สิ่งที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างไม่มีความสุข และในขณะเดียวกันผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาทางด้านโภชนาการด้วย ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุให้มีภาวะโภชนาการที่ดี จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่าง ยิ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (พัชรนันท์ ศรีม่วง, 2555)

2.5.1 ความหมาย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังต่อไปนี้

ชลิดา เลื่อมใสสุข และวัชร พิษผล (2561) ได้สรุปไว้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภค อาหารคือการแสดงออกของบุคคลที่สังเกตได้และไม่ได้ พฤติกรรมการบริโภค

อาหารจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ครอบครัว ขนบธรรมเนียม ประเพณี ที่ถูกปลูกฝังมา ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับการ บริโภคอาหารในด้านการเลือกซื้ออาหาร การรับประทาน อาหารที่บุคคลกระทำเป็นประจำ และการแสดงออกนั้น อาจเป็นการแสดงออกด้านการกระทำหรือการแสดงออก ด้านความคิด ความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการบริโภค การแสดงออก ทั้งทางด้านการกระทำและความคิดนี้ย่อมแตกต่างกันไป ในแต่ละคนตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ถ้าบุคคลปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ แล้วย่อมส่งผลให้บุคคลนั้นมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทาง ตรงกันข้ามถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดปัญหา ด้านโภชนาการ ดังนั้น การที่มีภาวะโภชนาการที่ดีได้นั้น จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและถูกต้อง ตามหลักโภชนาการ

ทองใหม่ ทองสุข (2563) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเลือก ชนิดของอาหารตามอาหารหลัก 5 หมู่ ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละชนิด แหล่งที่มาของอาหาร วิธีการประกอบ และวิธีการเก็บรักษาอาหารในแต่ละวันได้แก่ ชนิดของอาหารตามอาหารหลัก 5 หมู่ หมายถึงวัตถุดิบตามหลักอาหาร 5 ที่ใช้ในการปรุงอาหารและการประกอบอาหาร ได้แก่ อาหารหลักหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อ ไข่ นม และเมล็ดถั่วต่าง ๆ อาหารหลักหมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน อาหารหลักหมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักต่าง ๆ เช่น ผักใบเขียว ผักใบเหลือง และผักอื่น ๆ เป็นต้น อาหารหลักหมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ อาหารหลักหมู่ที่ 5 ได้แก่ ไขมัน และน้ำมันต่าง ๆ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2560) ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ได้แก่การบริโภคอาหารมื้อหลัก การบริโภคอาหารว่าง ประเภทของอาหาร รสชาติความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละประเภท และวิธีการปรุงอาหาร ที่รับประทานเป็นประจำ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้บริโภค

2.5.2 โภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ

โภชนบัญญัติ 9 ประการ เป็นแนวทางที่ถูกกำหนดขึ้นจากการร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2542) เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี เนื่องจากปัจจุบันมีอาหารมากมายหลากหลายชนิดให้เลือกทาน และผลิตจากวัตถุดิบที่มีการสังเคราะห์ เลียนแบบสารอาหารจากธรรมชาติ จึงต้องเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ให้แก่ประชาชน เพื่อให้รู้จักเลือกสรรอาหารในการกินแต่ละวันมากขึ้น โดยข้อกำหนดดังกล่าว ออกแบบมาโดยคำนึงถึงกรอบวัฒนธรรมการกินของคนไทยเป็นหลัก ควบคู่กับการดูแลสุขภาพ เพื่อให้คนไทยทุกคนกินอาหารได้อย่างเหมาะสม แต่ก็ยังคงมีความสุขกับการทานอาหารได้ โดยไม่เคร่งครัดเกินไป ซึ่งแนวทางนี้ครอบคลุมบุคคลทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ หรือ ผู้สูงอายุ ต่างก็สามารถปฏิบัติตามแนวทางนี้ได้ทั้งหมด ทั้งนี้บทบัญญัติ

ดังกล่าวเป็นแค่แนวทางเท่านั้น ไม่ได้เป็นกฎหมายหรือข้อบังคับที่ใครคนใดคนหนึ่งต้องปฏิบัติตาม จึงไม่จำเป็นต้องปฏิบัติตามทั้งหมด เพียงแค่ปรับให้เข้ากับไลฟ์สไตล์ชีวิตของแต่ละคนก็พอแล้ว

1) กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

ถือเป็นเรื่องเบสิกที่เราทุกคนเคยได้ยินแต่เด็ก ๆ สำหรับการกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ ซึ่งก็ยังคงไม่ล้าสมัยและเป็นความจริงเสมอมา เพราะร่างกายต้องการสารอาหารทั้ง โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน เกลือแร่ และไขมัน ทำให้ควรบริโภคอาหารที่ให้สารอาหารเหล่านั้น ในทุก ๆ วันเสมอ อย่างไรก็ตาม ควรทานอาหารให้มีความหลากหลายด้วย เพื่อให้ได้รับสารอาหารแต่ละอย่าง อย่างเพียงพอ

อีกเรื่องหนึ่งที่ควรระมัดระวังคือ เรื่องของน้ำหนักตัว ควรดูแลน้ำหนักตัวให้สมดุลและสมวัยอยู่เสมอ เพราะหากค่า BMI หรือ คำนวณน้ำหนักที่มีสัดส่วนเหมาะสมกับส่วนสูงของแต่ละคน ไม่สอดคล้องกัน อาจเป็นสัญญาณบ่งบอกถึงสุขภาพที่เริ่มไม่ดีของบุคคลนั้น ๆ ได้ เช่นหากน้ำหนักน้อยเกินไป อาจหมายถึงร่างกายอ่อนแอ จะเจ็บป่วยได้ง่าย แต่ถ้ามากเกินไป อาจหมายถึงโรคอ้วน และความเสี่ยงที่จะเป็นโรคความดัน โรคเบาหวาน ฯลฯ จึงควรคอยหมั่นชั่งน้ำหนักตัวเองเป็นระยะ เพื่อให้ตนเองรู้ว่าควรควบคุมอาหารและออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงได้บ้างแล้ว

2) กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

เพราะคนไทย มีวัฒนธรรมในการกินข้าวทุก ๆ มื้ออาหาร นั่นจึงทำให้โภชนบัญญัติ ไม่ได้กำหนดให้มีการเปลี่ยนแปลงอะไร หากแต่แนะนำให้ทานข้าวกล้อง หรือ ข้าวที่ไม่ได้รับการขัดสี เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรซ์เบอร์รี่ เป็นการทดแทนบ้าง เพราะจะมีวิตามินและสารอาหารสูงกว่าข้าวสวยปกติ จึงจะส่งผลดีต่อสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้ ก็ควรทานแป้งที่ให้คาร์โบไฮเดรตอื่น ๆ บ้างเช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ ขนมปัง เผือก มัน ฯลฯ เพื่อสร้างความหลากหลายให้ร่างกายได้รับสารอาหารและใยอาหารจากแหล่งอื่น ๆ บ้าง

3) กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ

ถือเป็นแนวทางสำคัญที่ทุกคนควรปฏิบัติตามเลยทีเดียว สำหรับการกินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ เพราะผักและผลไม้ มีสารอาหาร วิตามินและเกลือแร่ที่มีความจำเป็นต่อร่างกายจำนวนมาก การทานผักและผลไม้ในทุก ๆ วัน จึงมีความสำคัญ โดยปริมาณที่ควรได้รับนั้น ไม่ควรน้อยกว่า 9 ส่วนต่อวัน ผักและผลไม้ที่ทาน ก็ควรเลือกให้หลากหลายสี เพราะในแต่ละสีก็จะให้สารอาหารที่สำคัญแตกต่างกันไป เช่น ผักสีเขียว จะให้สารคลอโรฟิลล์ สารต้านอนุมูลอิสระ สีเหลือง – สีส้ม เช่น ฟักทอง แครอท จะให้สารเบต้าแคโรทีน วิตามินซี ช่วยดูแลกล้ามเนื้อหัวใจ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ฯลฯ จึงถือเป็นเรื่องที่ไม่ควรมองข้าม อย่างไรก็ตาม ก่อนบริโภคควรล้างน้ำให้สะอาด เพราะอาจมีสารเคมีและสารปนเปื้อนอยู่มาก จึงควรระมัดระวัง ก่อนนำมาทานกันด้วย

4) กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

ใคร ๆ ก็ชอบกินเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะซาบู บุฟเฟ้ปิ้งย่าง ที่เปิดให้เห็นกันอยู่ดาษดื่น ซึ่งโปรตีนจากเนื้อสัตว์เองก็เป็นสิ่งที่ร่างกายต้องการ อย่างไรก็ตาม ไม่ควรรับประทานส่วนที่ติดมัน เพราะอาจทำให้ไขมันเข้าไปสะสมในเส้นเลือด ทั้งนี้ เนื่องจากเนื้อหมู เนื้อวัว ย่อยยากและมีไขมันสูง ดังนั้น หากต้องการให้สุขภาพดีจากการบริโภคเนื้อสัตว์มากที่สุด ควรทานเนื้อปลาร่วมด้วย เพราะมีไขมันต่ำ ย่อยง่าย และยังมีโอเมก้า 3 ที่ดีต่อสุขภาพ และอาจเลือกการทานถั่วเหลือง ทดแทนเนื้อสัตว์ เพราะให้โปรตีนได้เหมือนกัน

นอกจากนี้ ไม่ควรปรุงอาหารด้วยการผัด ทอด เพราะการใช้น้ำมันซ้ำบ่อย ๆ อาจทำให้ได้รับไขมัน รวมถึงไม่ควรปรุงรสด้วย เกลือ น้ำปลา เครื่องปรุงรสมากเกินไป โดยอาจเลือกใช้การต้ม นึ่ง ย่าง ในการปรุงสุกเนื้อสัตว์แทน เพื่อให้ได้รับไขมันน้อยที่สุด สำหรับ ปริมาณไข่ ที่ควรได้รับ หากยังเด็กอยู่ สามารถกินได้ทุกวัน แต่ถ้าเป็นผู้ใหญ่ ไม่ควรบริโภคเกิน 2-3 ฟอง ต่อสัปดาห์

5) ตีมนมให้เหมาะสมตามวัย

ไม่ใช่แค่เด็กเท่านั้น ที่ควรตีมนม เพื่อการเจริญเติบโตของร่างกาย เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่แล้วก็ยังคงควรตีมนมอยู่เสมอ เนื่องจากนมมีโปรตีน วิตามินบีและแคลเซียม ซึ่งช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับกระดูกและฟัน โดยในวัยผู้ใหญ่ ให้ตีมนมไขมันต่ำ วันละ 1 แก้ว เพื่อเสริมสร้างแคลเซียมให้ร่างกายสำหรับเพชฌัญญ์ เพื่อป้องกันโอกาสเกิดโรคกระดูกพรุน แต่ถ้าเกิดเป็นคนที่มีน้ำหนักเกินสมดุล หรือ มีโรคอ้วน ควรตีมนมแบบพร่องมันเนยจะดีที่สุด

6) กินอาหารที่มีแต่ไขมันพอควร

ไขมัน ไม่ใช่ไม่ดีต่อร่างกาย เพราะสามารถให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย รวมถึงหากเป็นไขมันดี ก็จะช่วยให้ระบบต่าง ๆ ในร่างกายให้ทำงานได้เป็นปกติ ดังนั้น สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงคืออาหารที่จะให้ไขมันอิ่มตัวหรือคอเลสเตอรอล เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน แป้งที่ผ่านการทอดน้ำมัน อาหารที่ผ่านการใช้น้ำมันทอดซ้ำ ฯลฯ โดยควรกินอาหารที่ผ่านการต้ม นึ่ง ย่าง อาหารที่มีไขมันดีต่อร่างกายเช่น เนื้อปลา อาหารที่ปรุงจากน้ำมันมะกอก น้ำมันงา น้ำมันดอกทานตะวัน เพราะอาหารหรือวัตถุดิบเหล่านี้จะมีไขมันเอชดีแอล ที่จะช่วยลดปริมาณคอเลสเตอรอลในหลอดเลือดได้

7) หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

รสหวานและรสเค็ม ถือเป็นรสอาหารที่ชื่นชอบของใครหลายคน และยังอยู่ในเมนูอาหารที่ขายทั่วไปตามท้องตลาด การบริโภคแต่อาหารรสหวานจัด อาจเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ในขณะที่ถ้ากินเค็มไป ก็จะทำให้เสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงไตวาย ทางที่ดีจึงควรหลีกเลี่ยงไม่รับประทาน เป็นดีที่สุด แต่หากอยากรับประทานก็ควรรับประทานแต่น้อย ให้ความพอดี ๆ โดยปริมาณที่ผู้ใหญ่ควรได้รับน้ำตาลใน 1 วันนั้นอยู่ที่ น้ำตาลไม่เกิน 6 ช้อนชา ถ้าเกลือ อยู่ที่ไม่เกิน 1 ช้อนชา

8) กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน

เพื่อให้อาหารเก็บได้นาน มีสีสวยงามและมีสภาพสมบูรณ์น่ารับประทาน จึงทำให้อาหารไม่ว่าจะเป็นเนื้อสัตว์ ผัก มักจะมีการฉีดสารเคมีเช่น พอร์มาลีน ยาฆ่าแมลง ฯลฯ เพื่อให้สภาพอาหาร ยังคงสดใหม่ จะได้ขายให้กับผู้บริโภคได้ ซึ่งหากไม่ล้างทำความสะอาดให้ดี อาจเป็นสารตกค้างในร่างกาย ทำให้เป็นโรคต่าง ๆ ได้ จึงควรซื้อและบริโภคแต่อาหารที่สด สะอาด ปราศจากการปนเปื้อนให้มากที่สุด โดยหากหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อนซื้อมาประกอบอาหาร ก็ควรล้างทำความสะอาดให้ดีกว่า หรือ ก่อนเข้าไปทานในร้านอาหาร ให้เช็กมาตรฐานร้านค้า ว่ามีความสะอาดหรือไม่ ก็อาจจะช่วยให้มั่นใจได้ว่า ร้านอาหารสะอาดได้ในระดับหนึ่ง

9) จดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากมีฤทธิ์ทำให้มึนเมา ขาดสติ ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตแล้ว หากดื่มเป็นประจำทุกวัน หรือบ่อยครั้ง นาน ๆ เข้า อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยนอกจากเป็นโรคตับแข็งอย่างที่รู้ ๆ กัน ยังทำให้เสี่ยงเป็นโรคตับอักเสบ โรคตับอ่อนอักเสบ ส่งผลเสียต่อระบบประสาทและสมอง และยังทำให้เสื่อมสมรรถทางเพศได้อีกด้วย จึงควรงดปริมาณการดื่มลง หรือหากเลิกดื่มได้ ก็จะเป็นดีที่สุด



ภาพที่ 3 กินอย่างฉลาดตามโภชนาบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มา : กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย สืบค้นวันที่ 22 มีนาคม 2566

หมายเหตุ. จาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/>

?did=194497&id=47224&reload=.

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการเลือกชนิดของอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ และธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละชนิด การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมย่อมก่อให้เกิดปัญหาโภชนาการได้ทั้ง ปัญหาภาวะการขาดสารอาหาร และโดยเฉพาะปัญหาภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจนำมาซึ่งการเกิดโรคเรื้อรังได้ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะชะลอหรือป้องกันได้จากการดูแลเอาใจใส่ ให้คำแนะนำหรือเสริมสร้างทักษะ ความรอบรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร โดย ผู้สูงอายุมี ความต้องการอาหารเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ การรับประทานอาหารต้องครบ 5 หมู่ทุกวัน แต่แตกต่างกันในด้านปริมาณ อาหารที่ลดลง และลักษณะของอาหาร การเลือกบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับวัย ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณ ร่วมกับการพักผ่อนที่เพียงพอ และการออกกำลังกาย

2.6 การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)

การวิจัยกึ่งทดลองเป็นแบบการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ในการศึกษาในห้องทดลองหรือในภาคสนามหรือในสถานการณ์ในชีวิตจริงที่มีการจัดการกระทำกับตัวแปรอิสระแต่ไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มได้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้อาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่แล้วตามสภาพธรรมชาติ (intact groups) เช่น นักเรียนในห้องเรียน คนไข้ในโรงพยาบาล และผู้ร่วมโครงการรณรงค์ต่าง ๆ การวิจัยกึ่งทดลองพัฒนามาเพื่อเป็นแนวทางในการเลือกตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยที่จะทำการควบคุมการทดลองโดยใช้การสุ่มได้ แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีหลายแบบ เช่น Nonequivalent Control Groups (การใช้กลุ่มควบคุมที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองแต่ไม่มีการสุ่ม) Time – Series Design (การศึกษากระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาต่าง ๆ ภายในกลุ่มทดลอง) และ Case Studies (กลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการสุ่มและไม่มีการสุ่มควบคุม ใช้ศึกษาในสถานการณ์ที่ต้องการข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเฉพาะกลุ่มหรือรายบุคคล) แบบการวิจัยกึ่งทดลองมักใช้มากในการศึกษาภาคสนาม เช่น โครงการวิจัยเชิงประเมิน การศึกษานำร่อง และการสำรวจ ตลอดจนในสถานการณ์ที่มีการควบคุมตัวแปรอิสระและตัวแปรตามได้แต่ไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างได้ เนื่องจากการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มซึ่งเป็นการรับประกันว่ากลุ่มต่าง ๆ มีความเท่าเทียมกันตั้งแต่เริ่มต้น ดังนั้นการแปลความหมายผลที่ได้จากการใช้แบบการวิจัยกึ่งทดลองต้องทำด้วยความระมัดระวังในการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (อรพินทร์ ชูชม, 2552)

ลักษณะการวิจัยกึ่งทดลอง

1) การวิจัยกึ่งทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกับการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) เพียงแต่แบบการวิจัยกึ่งทดลองขาดคุณสมบัติของแบบการวิจัยเชิงทดลองที่แท้จริง อย่างน้อยหนึ่งลักษณะในเรื่องการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (Random Assignment) การวิจัยกึ่งทดลองมักใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่จริงตามสภาพธรรมชาติหรือบางครั้งแบบการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีกลุ่มควบคุม

2) การวิจัยกึ่งทดลองมีการจัดกระทำกับตัวแปรทดลอง (Experimental or Treatment Variable) หรือตัวแปรอิสระซึ่งเป็นตัวแปรที่กำหนดขึ้นเพื่อที่จะทำการทดลองว่าเป็นสาเหตุหรือไม่ ในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระนั้นอาจจะจัดกระทำโดยนักวิจัยหรือคนอื่น โดยที่แบบการวิจัยกึ่งทดลองบางแบบมีกลุ่มควบคุมที่เรียกว่า Nonequivalent ซึ่งมีความหมายว่าไม่เท่าเทียมกันในรูปแบบของการสุ่ม ถึงแม้จะเป็นกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มาจากการสุ่มแต่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มทดลองในคุณลักษณะที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มนี้จะได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ยกเว้นการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระเท่านั้น การใช้กลุ่มควบคุมเพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรเกินหรือตัวแปรภายนอก (Extraneous Variables) ที่ไม่ต้องการศึกษา ซึ่งเป็นตัวแปรที่เกิดขึ้นที่อยู่นอกสถานการณ์การทดลองซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามหรือผลการทดลองนั้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา เป็นต้นเหตุในการเกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตามในการทดลองนั้น นอกจากนี้แบบการวิจัยกึ่งทดลองบางแบบอาจไม่มีกลุ่มควบคุมแต่ใช้การวัดตัวแปรตามก่อนการทดลองเป็นการควบคุมที่เราเรียกว่าการควบคุมแบบสะท้อนตนเอง (Reflexive control) (Rossi & Agreean, 1989) เช่น งานวิจัยบางประเภทในการประเมินนโยบายหรือโครงการบางอย่างของรัฐที่นำไปดำเนินการกับกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถมีกลุ่มควบคุมได้ จึงต้องใช้แบบการวิจัยกึ่งทดลองประเภทนี้ เช่น แบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Before and After Reflexive Designs) Single – Group Time Series Design และ Single – Subject Designs.

3) การวิจัยกึ่งทดลองมีการควบคุมสถานการณ์ที่จะมากระทบต่อผลที่เกิดจากการทดลองและตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดผลสูงสุดอันเนื่องมาจากตัวแปรทดลอง แบบการวิจัยกึ่งทดลองจึงมีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเกิน สถานการณ์หรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ไม่ต้องการศึกษา และอาจจะมีผลต่อการทดลอง ทำให้ผลการทดลองผิดพลาดหรือเปลี่ยนไปจากความเป็นจริงได้ เพื่อให้ผลการทดลองที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ต้องมีการควบคุมสถานการณ์ที่จะมากระทบกระเทือนต่อผลที่เกิดจากการทดลอง โดยมีวิธีการควบคุมดังต่อไปนี้ในแบบการวิจัยกึ่งทดลองคือ

(3.1) วิธีการทางกายภาพ (Physical Manipulation) หมายถึง การควบคุมสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ทดลองทุกคนมีโอกาสแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ออกมาได้เท่า ๆ กันและให้อยู่ในสภาพแวดล้อมอย่างเดียวกันตลอดการทดลองนั้น เช่น จัดสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมให้คงที่ทุกครั้งที่ทดลอง ไม่ว่าจะเป็นแสง เสียง อุณหภูมิ ฯลฯ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ไม่ใช่การจัดกระทำ (treatment) ที่ให้กับผู้ถูกทดลอง และผู้ถูกทดลองในทุกกลุ่มได้รับสภาพแวดล้อมทุกอย่างเหมือนกันหมด

(3.2) วิธีการเลือกผู้ถูกทดลอง (Selection Manipulation) ในการวิจัยเชิงทดลอง ผู้วิจัยจะต้องพยายามให้ผลการทดลองนั้นเกิดจากสาเหตุที่ศึกษาโดยตรง ไม่ได้เกิดจากความแตกต่างของผู้ถูกทดลอง เพราะฉะนั้นผู้วิจัยจึงต้องพยายามควบคุมความแตกต่างระหว่างผู้ถูกทดลอง โดยพยายามเลือกผู้ถูกทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติต่าง ๆ คล้ายคลึงกันมากที่สุด ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้

3.2.1) วิธีการจับคู่ (Matching) เป็นวิธีการที่กระทำขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติต่าง ๆ ของตัวแปรมีความเท่าเทียมกัน โดยวิธีการจับคู่มี 2 ลักษณะ

(1) วิธีการจับคู่เป็นรายบุคคล (Individual Matching) เป็นวิธีการจับคู่ที่จะทำให้สมาชิกภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มมีความเท่าเทียมกันเป็นรายบุคคล โดยใช้ลักษณะของตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษาและผู้วิจัยคิดว่าจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตาม มาเป็นเงื่อนไขหรือเกณฑ์ที่ใช้ในการจับคู่ เช่น ใช้ระดับสติปัญญา พื้นความรู้เดิม ความถนัด ฯลฯ แล้วนำเอาบุคคลที่มีคุณลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันตามเงื่อนไขที่กำหนดมาจับคู่เป็นรายคู่ตามจำนวนที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นทำการแยกแต่ละคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิธีการนี้จะทำให้มั่นใจได้ว่าผลการทดลองที่ได้นั้นเป็นผลที่เกิดจากตัวแปรต้นเท่านั้น วิธีการจับคู่เป็นรายบุคคลอาจใช้คุณลักษณะของตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษามากกว่า 1 ตัวแปร มาใช้เป็นเงื่อนไขในการจับคู่ก็ได้ แต่ถ้ามีเงื่อนไขในการจับคู่มากก็อาจจะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นนั้นน้อย

(2) วิธีการจับคู่เป็นกลุ่ม (Group Matching) เป็นวิธีการจับคู่ที่จะทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเกิดความสมดุลกัน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีค่าเฉลี่ย และค่าความแปรปรวนเท่ากันทางสถิติ

3.2.2) การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน (Homogeneous Selection) เป็นวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันเพื่อขจัดอิทธิพลของตัวแปรเกินที่คิดว่าจะมีผลต่อตัวแปรตาม โดยนำลักษณะของตัวแปรเกินนั้นมาใช้ในการศึกษาเพียงลักษณะเด่น ทำให้ลักษณะของตัวแปรเกินเป็นค่าคงที่สำหรับการศึกษารั้งนี้ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะของตัวแปรเกินที่เหมือนกัน เช่น การวิจัยเชิงทดลองผู้วิจัยเห็นว่าสติปัญญาอาจมีผลต่อตัวแปรตาม ผู้วิจัยก็

เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีสติปัญญาเท่าเทียมกันมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง หรือคิดว่าเพศจะมีผลต่อตัวแปรตาม ผู้วิจัยก็เลือกกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มให้มีเพศเดียวกันหมด แต่วิธีการนี้จะต้องระมัดระวังในการสรุปผลซึ่งจะอ้างอิงได้เฉพาะลักษณะของตัวแปรเกินที่เราเลือกมาศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงไปถึงลักษณะอื่น ๆ ของตัวแปรเกินได้ เช่น จะเอาผลการทดลองของเพศที่ศึกษาไปอ้างอิงสรุปถึงอีกเพศหนึ่งไม่ได้

(3.3) การเลือกศึกษาตัวแปรเกินในฐานะที่เป็นตัวแปรอิสระ เป็นวิธีการควบคุมตัวแปรเกิน โดยนำเอาตัวแปรเกินเข้ามาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ด้วย เพราะถ้าขจัดออกไปก็มีความยากลำบากมาก และตัวแปรนี้มีอิทธิพลและมีความสำคัญมากต่อตัวแปรตาม สมควรที่ผู้วิจัยจะศึกษาควบคุมคู่ไปกับตัวแปรอิสระ เช่น ผู้วิจัยเห็นว่าเพศของครูอาจมีส่วนทำให้ผลการเรียนรู้ของนักเรียนแปรเปลี่ยนได้ นอกเหนือจากวิธีสอนที่ต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มตัวแปรเรื่องเพศเข้าไปเป็นตัวแปรอิสระอีกตัวหนึ่งในการทดลอง

(3.4) การควบคุมโดยใช้วิธีการทางสถิติ (Statistical Control) เป็นวิธีการที่อาศัยเทคนิคทางสถิติเข้ามาช่วยควบคุมตัวแปรที่ไม่ต้องการศึกษา ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมโดยวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยอาจควบคุมตัวแปรเกินได้โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) ซึ่งเป็นเทคนิคทางสถิติที่สามารถปรับคุณสมบัติที่แตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่เกิดจากอิทธิพลของตัวแปรเกิน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผลการทดลองที่ได้นั้นเป็นผลที่เกิดจากการทดลองเท่านั้น

4) การวิจัยกึ่งทดลอง พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้มีความสมดุลทั้งความเที่ยงตรงภายในและภายนอก กล่าวคือ แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีความเที่ยงตรงภายในสามารถสรุปได้ว่า ผลของการแปรเปลี่ยนในตัวแปรตามเนื่องมาจากตัวแปรอิสระที่ให้หรือที่ต้องการศึกษา โดยพยายามขจัดอิทธิพลของตัวแปรเกินที่จะส่งผลต่อตัวแปรตามให้หมดไป และแบบการวิจัยกึ่งทดลองนั้นมีความเที่ยงตรงภายนอก คือ สามารถนำผลการทดลองหรือข้อค้นพบที่ได้ไปใช้ในสภาพจริงหรือประยุกต์ใช้เป็นหลักทั่วไปได้

ข้อดีและข้อจำกัดของแบบการวิจัยกึ่งทดลอง

ข้อดีของแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้คือ

(1) การวิจัยกึ่งทดลองพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้เป็นทางเลือกในการตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเหตุผลในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวยที่จะทำการควบคุมการทดลองได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ที่ศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ในสถานการณ์จริงและตัวแปรบางตัวไม่สามารถจัดกระทำหรือควบคุมได้โดยเหตุผลบางประการ เช่น จริยธรรมและสิทธิมนุษยชน

(2) การวิจัยกึ่งทดลองเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติและสามารถสรุปอ้างอิงผลไปใช้ในสถานการณ์จริงทั่วไปได้

(3) การวิจัยกึ่งทดลองเหมาะสมที่จะใช้ในกรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองได้ โดยเฉพาะการวิจัยภาคสนามต่าง ๆ และการประเมินโครงการต่าง ๆ ที่กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดเข้าไปร่วมอยู่ในโครงการ ทำให้ไม่สามารถสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อจำกัดของแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้

1) การวิจัยกึ่งทดลอง ไม่มีการสุ่ม ตัวอย่าง ทำให้อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการจัดการกระทำทดลองมีผลต่อผลการทดลองได้ โดยเฉพาะปัญหาความเที่ยงตรงภายในของการทดลอง

2) การวิจัยกึ่งทดลองบางครั้งมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะ ทำให้การวิจัยกึ่งทดลองนั้นอาจมีปัญหาเรื่องความเที่ยงตรงภายนอกในการสรุปอ้างอิงผล

3) แบบการวิจัยกึ่งทดลองไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีการใช้วิธีการหลายอย่างที่จะทำให้มั่นใจได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเท่าเทียมกัน เช่น เก็บข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติควบคุมความแตกต่างระหว่างกลุ่ม เป็นต้น

ประเภทของแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Designs)

แบบการวิจัยกึ่งทดลองมีหลายประเภท บางประเภทมีลักษณะคล้ายคลึงกับแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพียงแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม การเลือกแบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบไหนขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการทดลอง การเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการที่ตัวแปรจะถูกจัดกระทำ การควบคุมตัวแปรภายนอก และการใช้สถิติเพื่อตีความหมายของความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปร สัญลักษณ์ที่ใช้ในการอธิบายแบบการวิจัยกึ่งทดลองมีดังนี้

X แทน การทดลองหรือการจัดกระทำ

T แทน การวัดที่สังเกตได้ อาจเป็นการวัดก่อนหรือหลังการจัดกระทำ

A แทน การวัดระหว่างระยะฐาน (baseline condition)

B แทน การวัดระหว่างการจัดกระทำ (treatment condition)

E แทน กลุ่มทดลอง

C แทน กลุ่มควบคุม

ในที่นี้จะเสนอแบบการวิจัยกึ่งทดลอง 4 แบบดังนี้

1) Static – Group Comparison Design หรือ Posttest – Only, Nonequivalent Control Group Design

ตารางที่ 2 รูปแบบ Posttest – Only, Nonequivalent Control Group Design

กลุ่ม	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	X	T
C	-	T

ตารางที่ 3 รูปแบบ Posttest – Only, Nonequivalent Multiple – Group Design

กลุ่ม	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E ₁	X ₁	T
E ₂	X ₂	T
.	.	.
.	.	.
-	.	.
E _k	X _k	T
C	-	T

ลักษณะ แบบการวิจัยกึ่งทดลองแบบนี้คล้ายคลึงกับแบบการทดลอง The Posttest – Only Control – Group Design เพียงแต่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม มีการทดสอบหลังการทดลองเท่านั้นทั้ง 2 กลุ่มในเวลาเดียวกัน แต่ไม่มีการทดสอบก่อนการทดลอง โดยที่แบบการวิจัยนี้กลุ่มหนึ่งได้รับการทดลองและอีกกลุ่มหนึ่งไม่ได้รับการทดลองทำหน้าที่เป็นกลุ่มควบคุม แบบการวิจัยนี้สามารถขยายเป็นกลุ่มทดลองได้หลายกลุ่มดังในรูปแบบ

ข้อจำกัด แบบการวิจัยกึ่งทดลองชนิดนี้ เป็นแบบการทดลองที่ค่อนข้างอ่อน สิ่งที่เป็นปัญหามากคือ ความเที่ยงตรงภายใน กล่าวคือถ้ามีความแตกต่างของคะแนนทดสอบภายหลังระหว่าง 2 กลุ่มอาจเนื่องมาจากผลการจัดกระทำและคุณลักษณะที่แตกต่างกันของกลุ่มตัวอย่าง ในการใช้แบบการทดลองอันนี้ควรมีข้อมูลที่มีมาก่อนแสดงความคล้ายคลึงระหว่างกลุ่ม ข้อมูลนี้อาจจะช่วยในการแปลความหมายผลการวิจัยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น

2) รูปแบบ Non-Randomized Control – Group Pretest Posttest Design

ตารางที่ 4 รูปแบบ Non-Randomized Control-Group Pretest Posttest Design

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	T ₁	X	T ₂
C	T ₁	-	T ₂

ลักษณะ แบบการทดลองนี้คล้ายคลึงกับ Pretest – Posttest Experimental Control – Group Design เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 2 กลุ่ม ให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยคาดว่าทั้ง 2 กลุ่มนี้จะมีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน แล้วทำการทดสอบก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดอันเดียวกัน จากนั้นทั้ง 2 กลุ่มได้รับการจัดสภาพการณ์เกี่ยวกับการทดลองให้เหมือนกัน ยกเว้นการทดลองที่จัดกระทำกับกลุ่มทดลองเท่านั้น ส่วนกลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำ ทำการทดลองในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ เมื่อทดลองเสร็จแล้วทำการทดสอบหลังการทดลองด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดอย่างเดียวกันกับการทดสอบก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่ม ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างระหว่างคะแนน แบบการวิจัยนี้ยังสามารถขยายเป็นกลุ่มทดลองได้หลายกลุ่ม

ข้อดี ใช้ได้ดีในกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างอยู่แล้ว สามารถทำการทดลองได้เลย ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงระบบเดิม เช่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่ทางโรงเรียนจัดเข้าชั้นไว้แล้ว แบบแผนการทดลองนี้จะมีความเที่ยงตรงภายในก็เมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นมีคุณลักษณะต่าง ๆ เท่าเทียมกัน คือ มีค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้งสองกลุ่มนั้นเท่ากันหรือใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง การที่มีการทดสอบก่อนช่วยในการตรวจสอบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนที่ได้จากการสอบครั้งแรกยังอาจใช้ในการควบคุมทางสถิติหรือคะแนนการเปลี่ยนแปลง (gain scores)

ข้อจำกัด ความเที่ยงตรงภายนอกถูกกระทบกระเทือน จากอิทธิพลของผลร่วมระหว่างการทดสอบก่อนการทดลองกับการจัดกระทำ นอกจากนี้ความเที่ยงตรงภายในยังได้รับอิทธิพลของผลร่วมกันของการเลือกกลุ่มตัวอย่างกับบุคลิกภาวะ และถ้ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ไม่เท่าเทียมกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ก็จะได้รับอิทธิพลจากตัวแปรเกินอื่น ๆ ได้

3) Time Series Design

ตารางที่ 5 รูปแบบ Single – Group Time Series Design

ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
$T_1 T_2 T_3 T_4$ etc	X	$T_5 T_6 T_7 T_8$ etc

ลักษณะ แบบการทดลองตามรูปแบบ (1) นี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างมาเพียงกลุ่มเดียว ทำการวัดซ้ำหรือทดสอบติดต่อกันหลาย ๆ ครั้ง (เช่น $T_1 T_2 T_3$ และ T_4) โดยเว้นระยะห่างในการวัดซ้ำหรือทดสอบพอสมควรเพื่อให้เห็นแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ แล้วทำการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาที่กำหนดไว้ เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองแล้วทำการวัดซ้ำหลังการทดลองติดต่อกันโดยเว้นระยะห่างของการวัดเช่นเดียวกับก่อนการทดลอง ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวัดแบบเดียวกัน (เช่น $T_5 T_6 T_7$ และ T_8) แบบแผนการทดลองนี้เป็นการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงการทดสอบของการทดสอบครั้งสุดท้ายก่อนการทดลองและการทดสอบครั้งแรกหลังการทดลอง ($T_4 - T_5$) ว่าแตกต่างกันมากน้อยจากค่าเปลี่ยนแปลงของการทดสอบหลาย ๆ ครั้ง ก่อนการทดลอง ($T_1 - T_2 - T_3 - T_4$) และค่าเปลี่ยนแปลงของการทดสอบหลายครั้งหลังการทดลอง ($T_5 - T_6 - T_7 - T_8$) ถ้าการเปลี่ยนแปลงของการทดสอบครั้งที่ 4 ไปครั้งที่ 5 ($T_4 - T_5$) มีค่ามากกว่าการเปลี่ยนแปลงของ ($T_1 - T_2 - T_3 - T_4$) และ ($T_5 - T_6 - T_7 - T_8$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเกิดจากการกระทำของ X ที่ผู้วิจัยให้ไว้

ข้อดี แบบการทดลองนี้ทำให้เห็นแนวโน้มลำดับขั้นของพัฒนาการของการเปลี่ยนแปลงข้อมูล ใช้มากในงานวิจัยที่เป็นการศึกษาระยะยาว โดยสังเกตอัตราการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาปกติ และอัตราการเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากการทดลอง

ข้อจำกัด แบบการทดลองนี้ไม่มีการควบคุมตัวแปร ปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ และใช้เวลาในการศึกษานาน เพราะเป็นการศึกษาระยะยาวอาจมีตัวแปรอื่นที่ไม่ต้องการศึกษาเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อการทดลอง ทำให้ไม่มั่นใจว่าผลที่ได้นั้นเกิดจากการทดลองเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 6 รูปแบบ Multiple –Group Time Series Design

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	$T_1 T_2 T_3 T_4$ etc	X	$T_5 T_6 T_7 T_8$ etc
C	$T_1 T_2 T_3 T_4$ etc	-	$T_5 T_6 T_7 T_8$ etc

ลักษณะ แบบแผนการทดลองนี้เป็นแบบการทดลอง Single – Group Time Series Design ที่ได้รับการขยายกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเลือกมาหรือมีอยู่แล้วเป็น 2 กลุ่มหรือมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยมีกลุ่มหนึ่งทำหน้าที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มอื่น ๆ ได้รับการทดลอง กลุ่มต่าง ๆ ได้รับการวัดซ้ำติดต่อกันหลาย ๆ ครั้ง ในระยะเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันคือ T1 T2 T3 T4 โดยเว้นระยะห่างของการวัดซ้ำแต่ละครั้งพอสมควร จากนั้นมีการจัดกระทำกับกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ต้องมีการจัดกระทำในระยะเวลาที่กำหนดไว้ แล้วทำการวัดซ้ำ/ทดสอบหลังการทดสอบติดต่อกัน โดยเว้นระยะห่างของการวัดซ้ำ/ทดสอบแต่ละครั้งเช่นเดียวกับการวัดซ้ำก่อนการทดลอง คือ T5 T6 T7 T8 โดยการทดสอบก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้เครื่องมือวัดแบบเดียวกัน แบบแผนการทดลองนี้เป็นการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงระหว่างผลการทดสอบครั้งสุดท้ายก่อนการทดลองกับผลการทดสอบครั้งแรกหลังการทดลอง (T4 – T5) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ถ้ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงมากกว่ากลุ่มควบคุมก็อาจสรุปได้ว่าผลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการจัดกระทำ

ข้อดี เป็นแบบแผนที่แก้จุดอ่อนของรูปแบบการทดลอง (1) โดยเพิ่มกลุ่มควบคุมเข้ามาอีก 1 กลุ่ม เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบ ทำให้สามารถควบคุมตัวแปรที่มีต้องการศึกษา เช่น ควบคุมเหตุการณ์ วุฒิภาวะ การทดสอบ ผลร่วมระหว่างการทดสอบกับการจัดกระทำ เป็นต้น

ข้อจำกัด เป็นการศึกษาระยะยาว ทำให้เสียเวลามาก

4) Single – Subject Designs หรือ Single – Case Designs

แบบการวิจัยนี้เป็นการศึกษาบุคคลคนเดียวหรือมากกว่าหนึ่งคนที่เทียบเท่ากับกลุ่มเดียว (Multiple – Baseline Design Across Subjects) อย่างเข้มข้น การทดลองส่วนใหญ่ เช่น แบบการวิจัยกึ่งทดลอง 1 – 3 ที่กล่าวมาแล้วเกี่ยวข้องกับกลุ่มต่าง ๆ ของหน่วยตัวอย่าง ซึ่งผลการวิจัยประยุกต์กับกลุ่มคนมากกว่าเป็นรายบุคคล แต่มีสถานการณ์การทดลองบางอย่างที่จำเป็นต้องศึกษาตัวอย่างเป็นรายบุคคล เช่น งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรม ซึ่งต้องการเปลี่ยนพฤติกรรมของรายบุคคลโดยอาศัยเทคนิคต่าง ๆ ที่จะทดลองใช้ เช่น การเสริมแรง การให้รางวัล การลดความรู้สึกและการฝึกการจำแนก หน่วยตัวอย่างเดียวที่นำมาศึกษามักจะมีปัญหาหรือมีสภาวะบางอย่างที่ไม่สามารถสรุปได้ จึงจำเป็นต้องใช้แบบการวิจัยแบบ Single – Case Design การทดลองกับหน่วยตัวอย่างเดียวไม่สามารถเทียบเท่ากับการศึกษาเป็นรายกรณี (Case – Study Method) ถึงแม้จะเน้นเรื่องการศึกษากรณีตัวอย่างเดียว แต่มีความแตกต่างกันในแบบการวิจัยและจุดมุ่งหมาย Single – Case Designs ใช้หลายวิธีการที่จะให้เกิดการควบคุมทางการทดลองขึ้นและยึดแนวทางการวิจัยเชิงปริมาณ เช่น การตรวจสอบความเชื่อถือได้ที่ได้จากการวัดหรือสังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย การสังเกตพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง และมีรายละเอียดของการจัดกระทำที่ให้ข้อมูลเพียงพอที่จะทำซ้ำได้ ในขณะที่ Case Studies เป็นการสำรวจการจัดกระทำที่กว้างกว่า เช่น โครงการที่มีขนาดใหญ่ ดำเนินการในภาคสนาม และอิงข้อมูลเชิงคุณภาพเป็น

หลัก Single – Case Designs โดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับการวัดซ้ำและเป็นการวัดซ้ำหลายครั้งในตัวแปรตาม แบบการวิจัยนี้บางครั้งเรียกว่า Single – Variable Rule กล่าวคือมีตัวแปรเพียงตัวเดียวที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในช่วงของการจัดกระทำ แบบการวิจัยนี้จะมีการวัดซ้ำในช่วงปกติหรือช่วงการจัดกระทำแบบเดิม ช่วงนี้เรียกว่า เส้นฐาน (baseline) ซึ่งเส้นฐานนี้เป็นช่วงที่ยาวหรือนานพอที่ตัวแปรตามจะมีความคงที่ ถ้าตัวแปรยังไม่มี ความคงที่และมีการจัดกระทำ จะทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่าการแปรเปลี่ยนของตัวแปรตามเกิดจากการจัดกระทำ

สรุปได้ว่า การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เป็นแบบการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ในการศึกษาในห้องทดลองหรือในภาคสนามหรือในสถานการณ์ในชีวิตจริงที่มีการจัดกระทำกับตัวแปรอิสระ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ อาจเป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอยู่แล้วตามสภาพธรรมชาติ (intact groups) ที่คาดหวังว่าจะเกิดผลต่อการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมที่เหมาะสมตามกิจกรรมที่กำหนด และรูปแบบที่เลือกใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ รูปแบบ Non-Randomized Control-Group Pretest Posttest Design เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 2 กลุ่ม ให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ข้อดี ใช้ได้ดีในกรณีที่มีกลุ่มตัวอย่างอยู่แล้ว สามารถทำการทดลองได้เลย ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงระบบเดิม เช่น กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่ทางโรงเรียนจัดเข้าชั้นไว้แล้ว แบบแผนการทดลองนี้จะมีความเที่ยงตรงภายในก็เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มนั้นมีคุณลักษณะต่าง ๆ เท่าเทียมกัน คือ มีค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทั้งสองกลุ่มนั้นเท่ากันหรือใกล้เคียงกันก่อนเริ่มการทดลอง การที่มีการทดสอบก่อนช่วยในการตรวจสอบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนที่ได้จากการสอบครั้งแรกยังอาจใช้ในการควบคุมทางสถิติหรือคะแนนการเปลี่ยนแปลง (gain scores)

2.7 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมนึก โตมะสูงเนิน(2554) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมการบริโภคอาหารวัยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปีมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 53 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 50 ผู้สูงอายุต้องการความดูแลและเอาใจใส่โดยให้ความรู้และการปฏิบัติตัวต่อการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุหลังจากให้ความรู้โดยใช้ตัวอย่างอาหารเป็นสื่อในการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้และเข้าใจง่ายขึ้นผลการส่งเสริมการบริโภคอาหารวัยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุหลังการได้รับการส่งเสริมการบริโภคอาหารมีค่าสูงกว่าก่อนให้ความรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมการบริโภคอาหารในคลินิกผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้นสามารถเลือก

รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับวัยทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพจึงควรสนับสนุนให้มีการส่งเสริมการบริโภคในคลินิกผู้สูงอายุต่อไป

จิราภรณ์ ขวรงค์ และปริญญญา ก้องสกุล (2555) ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง จำนวน 15 คน และผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรังจำนวน 15 คนผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้ อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ 2) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมืองจังหวัดตรัง ภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนได้รับการเรียนรู้ อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน(2560) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2สของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (quasi-experiment, one group pre-test post-test design) โดยการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเอง (self-care theory) และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ และโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี จำนวน 50 คน และเครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมและแบบสอบถาม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส ของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ใช้ทดสอบ คือ paired – samples t-test ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$

มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$

สุนทรี ภาณุทัต และคณะ (2560) ได้ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการจากการศึกษาพบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบบ่อยและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้ใช้ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแบบคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการขึ้น สามารถใช้ได้ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และไม่ใช่มะบุคลากรทางการแพทย์ ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ป้องกันได้ บุคลากรทางการแพทย์ ญาติ และผู้ดูแลต้องตระหนักถึงปัญหานี้โดยการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สามารถตรวจคัดกรองพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางโภชนาการได้เร็วขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีภาวะทุพโภชนาการ และช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้กลับคืนสู่สภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว ญาติ/ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำอย่างเหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เกศินี จงมนตรี (2562) ได้ศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านอาหารในครูและบุคลากรทางการศึกษาวันเกษียณ โดยได้พัฒนาขึ้นใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้อย่างมีความหมายของดีฟิงค์ แนวคิดการประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ และการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย การสร้างเสริมความรู้ด้านอาหารจำนวน 4 โปรแกรมย่อย ได้แก่ 1) โปรแกรมย่อยที่ 1 การสร้างเสริมความรู้ด้านอาหารด้านการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ 2) โปรแกรมย่อยที่ 2 การสร้างเสริมความรู้ด้านอาหารด้านการวางแผนและจัดการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ 3) โปรแกรมย่อยที่ 3 การสร้างเสริมความรู้ด้านอาหารด้านการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ใช้แบบแผนทดลองแบบกลุ่มเดียววัดซ้ำ โดยมีระยะเวลาทดลอง 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมละ 1-2 ชั่วโมง จำนวน 5 ครั้ง และติดตามผลจำนวน 4 ครั้ง หลังการทดลอง ครูและบุคลากรทางการศึกษาวัยเกษียณมีพฤติกรรมด้านอาหาร สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองสะท้อนว่ากิจกรรมในโปรแกรมสามารถสร้างให้มีพฤติกรรมด้านอาหารได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างนั้นมีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการที่ดีขึ้น

กันตพร ยอดไชย และผาณิตา ทองสง (2562) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร ได้ประยุกต์แนวความคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ มาเป็นกรอบ

แนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากกรอบแนวคิดดังกล่าว ได้คำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้ และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ครอบคลุมทุกมิติโดยเฉพาะปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นการศึกษาชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง โดยใช้เวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 6 ละกิจกรรมครั้งที่ 3,5 ในสัปดาห์ครั้งที่ 5,7 เป็นการติดต่อทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 8 เป็นการประเมินผลของโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรริศ เมฆนนท์ไพศิฐ (2562) ได้ศึกษาการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก 2) เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลกเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Discriminant Analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัย ระยะที่ 1 มาสร้างรูปแบบการจัดการ โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการใช้การประชุมกลุ่มย่อย การระดมสมองประเมินความเหมาะสมของรูปแบบอีกครั้งให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุข ผลการวิจัย พบว่า 1) ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ (1) ความตระหนัก (0.941) (2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย (2) ผลการสร้างแนวทางการจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ (1) คนอ้วน (2) เสริมพลัง (3) ฟันดี ซึ่ว มี สุข (4) กินดี มีสุข (5) ตั้งใจกิน (6) อียากหุ่นดี ต้องมีเป้าหมาย (7) คู่หู และ (8) ขยับกาย สลายพุง และ 3) หลังการทดลองใช้การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง มีการจัดการภาวะโภชนาการเกิน ดีกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

นิริรัตน์ บุญตานนท์ และคณะ (2562) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผล ของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุและเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จำนวน 34 คน ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการตามปกติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี จำนวน 34 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน T-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโภชนาการภาพรวม และรายประเด็นได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโภชนาการหลังได้รับโปรแกรม ทั้งภาพรวม และรายประเด็นทุกด้าน แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ <0.001 เมื่อใช้ค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม

กนิษฐ ใจศิริ, กัญญา นภาพงษ์ และวิภากร สอนสนาม (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยยึดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้น การออกกำลังกายด้วยฤๅษีดัดตนซึ่งเป็นศาสตร์ของไทย การส่งเสริมโภชนาการเพื่อการบริโภคที่เหมาะสม และ การผ่อนคลายความเครียด เป็นการศึกษาชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาทดลอง 12 สัปดาห์ มีด้วยกัน 2 กิจกรรมย่อย โดยกิจกรรมย่อยที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1,2 กิจกรรมย่อยที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 5,9,12 และสัปดาห์ที่ 2-12 เข้ากลุ่มฝึกฤๅษีดัดตน ฝึกการ หายใจและฝึกสมาธิ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน และให้ฝึกด้วยตนเองที่บ้านตาม โปสเตอร์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 วัน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการมีพฤติกรรมสุขภาพและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น สุขภาพดีขึ้น และมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้าน สิ่งแวดล้อมดีขึ้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นต่อไป

ทัศนียา วังสะจันทนนท์ และคณะ (2563) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการ 10 กิจกรรมการเรียนรู้ คือ 1) ความสำคัญของ

สารอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ 2) โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุกับการจัดสารอาหารและ โภชนาการ 3) ธงโภชนาการผู้สูงอายุ 4) แคลอรีในอาหารและความสำคัญของอาหารหวาน มัน เค็ม 5) โภชนาการสำหรับผู้ป่วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรัง 6) พลังงานและอาหารของผู้สูงวัย 7) ความสำคัญของโปรตีน ผักและผลไม้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 8) การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การกิน และเมนูสุขภาพ 9) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุกับการกิน 10) การวิเคราะห์อาหารประจำวัน แสดงนิทรรศการอาหารเพื่อสุขภาพ จากผลการทดลองโปรแกรมการส่งเสริม โภชนาการของผู้สูงวัยของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จังหวัดนครนายก โดยเปรียบเทียบภาวะสุขภาพก่อนและหลังการทดลองพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริม โภชนาการตามกิจกรรมที่กำหนด มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลง

สุภาพร ทิพย์กระโทก และธนิศา ผาติเสนะ(2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุงผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะอ้วนลงพุงและการลดน้ำหนัก การปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนักสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวได้

สุดติ ภูทองไสย, กัญญา จันทร์พล, อนันต์ ฝ้ายขาว และปาริชาติ ชนะหาญ (2564) ได้ศึกษา การพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียนผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของจังหวัดขอนแก่น ภาพสินธุ์ มหาสารคามและร้อยเอ็ด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ ใช้การประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแล ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก และแกนนำผู้สูงอายุ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง หลังการใช้แผนการดูแล ส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรู้ด้านสุขภาพที่มากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนนำไปใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

มนต์ชัย โอโณวรรณพันธ์ (2564) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี (2) ศึกษาสถานการณ์ของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี (3) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี และ (4) ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี ดำเนินการ 4 ขั้นตอนได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาสถานการณ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี จากผู้ให้ข้อมูล 7 คน ด้วยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในจังหวัดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 21 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นรูปแบบ SMART Model และแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า (1) ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลางหลังใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p < .01$)

วรรณลักษณ์ สุประดิษฐอาภรณ์(2565) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต โรงพยาบาลท่าตะโกการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two- groups pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 คลินิกโรคไต โรงพยาบาลท่าตะโก จำนวน 60 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 11 ตุลาคม 2565 ถึง 2 ธันวาคม 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตามคุณสมบัติที่กำหนด และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 ราย โดยให้มีลักษณะใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ อายุ รายได้ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง ระดับค่าอัตราการกรองของไต และระดับค่าความดันโลหิต กลุ่ม ทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ คู่มือการดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 แบบบันทึกการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกพฤติกรรมกรบริโภคอาหารวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอ้างอิง

ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิกเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการกรองของไต พบว่าการทำงานของไตของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มดีขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.10$) สำหรับค่าความดันโลหิตหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อัจฉรพรรณ ค่ายาติ, ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสุรีย์ จันทโมลี (2565) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานอ้วนลงพุง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนลงพุง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน 3) ประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 สำรวจความรอบรู้สุขภาพ และการรับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ โดยกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ ใช้กระบวนการ A-I-C ทดลองใช้รูปแบบฯ กับผู้ป่วยเบาหวานที่อ้วนลงพุง 30 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา เปรียบเทียบตัวแปรต่าง ๆ ก่อนหลังการทดลองใช้ ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบฯ ผลจากการวิจัย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานอ้วนลงพุงมีทักษะความรอบรู้สุขภาพ 6 ทักษะ และระดับทักษะอยู่ในระดับ ไม่ดี รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. อยู่ในระดับ ต่ำ ทดลองใช้ 12 สัปดาห์ พบว่าค่าเฉลี่ยทักษะความรอบรู้สุขภาพ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้แผนกิจกรรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $< .05$ ($\bar{X} = 28.47$, $\bar{X} = 31.80$) และติดตามผลต่อเนื่องอีก 6 สัปดาห์ พบว่า ความแปรปรวนของรูปแบบฯกับสถานะสุขภาพ ทั้ง 3 กลุ่ม และทักษะความรอบรู้สุขภาพ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และไม่พบโรคแทรกซ้อน

ประพัฒน ไสวเวียง(2566) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พัฒนาการทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 โดยสรุปการประยุกต์ใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยกลวิธีทางสุขศึกษา กระบวนการกลุ่ม และแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรพิจารณารูปแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาใช้กับกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

ภัทรพงษ์ ยิ่งตานุ่น(2567) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาลพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรีผลการวิจัยพบว่า หลังจากใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมี ค่าเฉลี่ยขององค์ประกอบแต่ละด้านเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ด้าน การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการ สุขภาพพฤติกรรมบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัด ตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม และพฤติกรรมสุขภาพการ ป้องกันโรคติดเชื้อโควิด -19 ของผู้สูงอายุ สำหรับด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) การวิจัยนี้บ่งชี้ว่า ประสิทธิภาพของ โปรแกรมกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม ด้านสุขภาพนั้นสามารถพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้

มนตรี อ่อนทะเล, ธนินาฏ ณ สุนทร และพิมพ์ประภา อมรกิจภิญญา(2567) ได้ศึกษา รูปแบบการบริหารความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุบทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบการบริหารความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้วิธีการวิจัยเชิง ทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกที่ร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ณ โบสถ์พระมหาไถ่ จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินความรอบรู้ด้าน สุขภาพ แบบวัดเจตคติที่มีต่อกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินกิจกรรมความรอบรู้ด้าน สุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ฯลฯ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าความถี่ ค่า ร้อยละ เป็นต้น ผลการวิจัยพบว่า มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ สุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง การดูแลสุขภาพตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การทดลองใช้รูปแบบมีดังนี้ 1. คะแนนเฉลี่ยของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. ค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติหลังการปฏิบัติกิจกรรม สูงกว่าก่อนการ ปฏิบัติกิจกรรมในทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .012 3. ผลการประเมินความ เหมาะสมของการปฏิบัติกิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ที่สุด

จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์(2567) ได้ศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุใน กลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลองวัดกลุ่มเดียวก่อน และหลังโดยมีผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนจำนวน 54 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำนวน 54 คนคัดเลือกเป็นการสลับแบบเจาะจงใช้เครื่องมือวิจัย 20 เครื่องมือใช้ในการดำเนินกิจกรรม

ในการศึกษาเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาข้อมูล ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุคนการศึกษาค่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันค่าคะแนน การรับรู้ภาวะสุขภาพค่าคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับวัยเดียวกันและค่าคะแนน สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุหลังเข้ารับโปรแกรมเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีระยะ สำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า จากการศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินต้องมีแนวทางปฏิบัติที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มี ภาวะน้ำหนักเกินมีการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ประกอบไปด้วย 1. การ เข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2. ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ 3. การได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจด้านโภชนาการ 4. การตัดสินใจด้านโภชนาการ 5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตนเองด้านโภชนาการ 6. การบอกต่อด้านโภชนาการ ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้ ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมที่ 1 “สื่อบอกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ” เพื่อพัฒนา การ เข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ กิจกรรมที่ 2 “ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ” เพื่อ พัฒนา ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมที่ 3 “การฝึกเลือก เมนูอาหารและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” เพื่อพัฒนาการได้ตอบคำถามเพื่อเพิ่ม ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมที่ 4 “การสื่อสารด้านโภชนาการ” เพื่อพัฒนาการตัดสินใจด้าน โภชนาการและการบอกต่อด้านโภชนาการ โดยมีการติดตามประเมินผลของโปรแกรมพัฒนาความ รอบรู้ด้านโภชนาการหลังสิ้นสุดทดลองที่ 3 เดือน



2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และกองสุศึกษา (2561) มาสร้างโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีกรอบแนวคิด ในการวิจัยดังนี้



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยผู้ศึกษาได้กำหนดขั้นตอนวิธีการศึกษา ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.4 วิธีการดำเนินวิจัย
- 3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การประมวลผลข้อมูล
- 3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.9 สถิติที่ใช้ในการวิจัย
- 3.10 จริยธรรมในการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 7 รูปแบบการทดลองโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

กลุ่ม	ทดสอบก่อน	ทดลอง	ทดสอบหลัง
E	T ₁	X ₁ X ₂ X ₃	T ₂
C	T ₃	X ₄	T ₄

E หมายถึง กลุ่มทดลอง

C หมายถึง กลุ่มควบคุม

X₁ หมายถึง ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมที่ 1 “สื่อบอกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ” เพื่อพัฒนา การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ กิจกรรมที่ 2 “ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ” เพื่อพัฒนา ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ

X₂ หมายถึง ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมที่ 3 “การฝึกเลือกเมนูอาหารและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” เพื่อพัฒนาการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ

X₃ หมายถึง ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมที่ 4 “การสื่อสารด้านโภชนาการ” เพื่อพัฒนาการตัดสินใจด้านโภชนาการและการบอกต่อด้านโภชนาการ

X₄ หมายถึง ใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติโดยมีการดูแลให้สุศึกษาแบบปกติ จาก รพ.สต

T₁ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มทดลอง

T₂ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

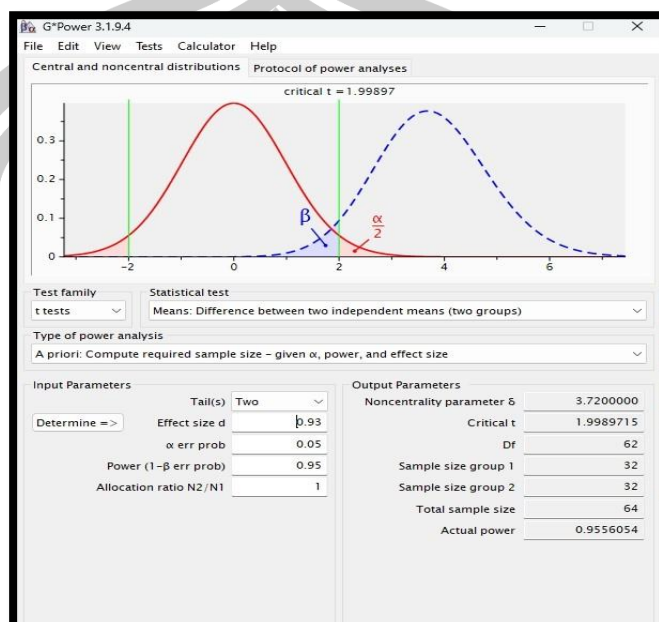
T₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองของกลุ่มควบคุม

T₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1.9.4 โดยคำนวณ ค่า Effect size ใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยครั้งนี้ คือ ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในแผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 (นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และ

คณะ, 2562) โดยแทนค่า Effect size $f = 0.93$, α err prob = 0.05, Power ($1-\beta$ err prob) = 0.95 และ Number of group = 2



ภาพที่ 5 การคำนวณโปรแกรม G* Power 3.1.9.4 (Faol, F., et al., 2007)

จากโปรแกรม G* Power 3.1.9.4 ได้กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 32 คน โดยทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 32 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของแบบสอบถามในการศึกษา (Drop out) จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม (Thorarin kongasuk MD, M.Sc, M.Econ, 2545) ดังนั้น โดยที่ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 32 คน คาดว่ามีการสูญหายร้อยละ 10

$$\text{จะได้ว่า } n = 32 \text{ และ } R = 0.1 \text{ โดย } n_{\text{adj}} = \frac{n}{(1 - R)}$$

โดยให้ n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับเพิ่ม

n = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง

R = สัดส่วนการสูญหายของขนาดตัวอย่างที่สูญหาย

$$\text{แทนค่า } \frac{n_{\text{adj}}}{(1 - 0.1)} = 32$$

$$= 35.56$$

$$= 36$$

ดังนั้น ในการศึกษานี้จึงทำการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 36 คน
ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างในหลักความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลาย
ขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มทดลอง

1. การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) โดยการแบ่ง
ประชากรออกเป็นกลุ่ม ๆ เรียกว่าระดับชั้น (Strata) แล้วสุ่มหน่วยตัวอย่างจากทุกระดับชั้น ผู้วิจัยจะ
ใช้การสุ่มวิธีนี้เนื่องจากทราบความแตกต่างของประชากรว่าแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ซึ่งในแต่ละเขตพื้นที่จะมี
ประชากรที่มีคุณลักษณะที่ต้องการกระจายกันอยู่ แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกมาด้วยวิธีการสุ่มที่
เหมาะสม

2. การสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก โดยกำหนด
ตัวเลขในประชากรจากหมายเลข 1 ถึงหมายเลขสุดท้าย ทำการสุ่มตัวเลขโดยใช้โปรแกรมสุ่มตัวเลข
(Random Number Generator)

การสุ่มเป็นระดับชั้นอย่างเป็นสัดส่วน

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละหมู่บ้าน}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

เมื่อแทนค่าในสูตร จะได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นแต่ละหมู่บ้านของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ
ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัด
อุดรธานี

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
ดอนอุดม 1	275	2
ดอนอุดม 2	149	2
ดอนอุดม 3	264	2
ดอนอุดม 4	308	3
ดอนอุดม 5	255	2

ตารางที่ 8 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นแต่ละหมู่บ้านของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ
ของศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัด
อุดรธานี (ต่อ)

หมู่บ้าน	จำนวนประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
สร้างแก้ว 1	317	3
สร้างแก้ว 2	253	2
สร้างแก้ว 3	214	2
โนนยาง 1	261	2
โนนยาง 2	263	2
ศรีสุข	228	2
ศรีพินิจ	145	2
วัดโพธิ์วาราราม	315	3
ทองคำอุทิศ 1	266	2
ทองคำอุทิศ 2	105	1
หนองตุ 1	125	2
หนองตุ 3	199	2
รวม	3,942	36

กลุ่มควบคุม

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ในการ
คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1.1 ประชากรทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยใน
เขตพื้นที่ ตำบลโคกสะอาด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1.2 มีภาวะโภชนาการ ที่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน

1.3 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel
Activities of Daily Living: ADL) การจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพต้องมีคะแนนทดสอบ
มากกว่า 11 คะแนนขึ้นไป

1.4 สมัครใจเข้าร่วมศึกษา

2. เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

- 2.1 ไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของการวิจัย
- 2.2 มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน
- 2.3 เสียชีวิตในช่วงทำการศึกษา

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจัดทำเครื่องมือโดยอาศัยเกณฑ์ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วพิจารณาสร้างแบบสอบถาม เพื่อใช้เก็บข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน มวลกล้ามเนื้อ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว รายได้ในครอบครัว โรคประจำตัว ภาวะโภชนาการ เป็นแบบตัวเลือกและเติมจำนวน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

- 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 2) การเข้าใจด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 4) การตัดสินใจด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 6) การบอกต่อข้อมูลด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 9 ข้อ

3.4 วิธีดำเนินการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ทดลองใช้โปรแกรม



3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถามตามขั้นตอน ดังนี้

3.5.1 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ แล้วนำมากำหนดแนวทางในการดำเนินการพัฒนา

3.5.2 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อคำถามให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.5.3 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบกิจกรรม เพื่อประเมินความเหมาะสมและสอดคล้อง โดยสร้างแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องรูปแบบกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดังนี้

1) นางประภารัตน์ ณ พัทลุง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลอุดรธานี

2) นายณัฐฐสรณ์ วงศ์เดช ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานโภชนศาสตร์โรงพยาบาลแม่สอด

3) นายปิยะ ปุริโส ตำแหน่ง นักโภชนาการชำนาญการ สถานที่ทำงานศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

เมื่อพิจารณาตรวจสอบตรงตามเนื้อหา (Content validity) และสอดคล้องรูปแบบ กิจกรรมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 มีการปรับปรุงแก้ไขโดยใช้เกณฑ์การตัดสินใจ 2 ใน 3 ท่าน ของผู้เชี่ยวชาญที่มีความคิดเห็นตรงกันและนำไปพิจารณาจากค่าสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ

IOC คือ ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

กำหนดให้ตัวแปรการวิจัยหมายถึงข้อมูลที่ต้องการศึกษา

ให้ +1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ 0 เมื่อไม่แน่ใจหรือไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าข้อคำถามคำตอบสอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

ให้ -1 เมื่อข้อคำถามและคำตอบไม่สอดคล้องและครอบคลุมตัวแปรการวิจัย

จากการทดสอบความตรงของเนื้อหา พบว่าค่า Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0.93

3.5.4 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำเอาเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อย แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) กับประชาชน ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดป่าโนนนิเวศน์ ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำผลมาหาคุณภาพของเครื่องมือด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปจากนั้นจึงนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยจัดประเภทความน่าเชื่อถือเครื่องมือ ดังนี้

<0.50 หมายถึง ความน่าเชื่อถือระดับต่ำ

≥0.50 – <0.75 หมายถึง ความน่าเชื่อถือระดับปานกลาง

≥0.75 – <0.90 หมายถึง ความน่าเชื่อถือระดับดี

≥0.90 ขึ้นไป หมายถึง ความน่าเชื่อถือระดับดีมาก

-ความเชื่อมั่นด้านความรู้ด้านโภชนาการ ค่าความเชื่อมั่น 0.87

-ความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ

ค่าความเชื่อมั่น 0.96

3.5.5 การปรับปรุงแก้ไขโปรแกรม วัตถุประสงค์ความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของกิจกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพของโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมก่อนนำไปทดลองประสิทธิผลโปรแกรม

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวารสารทางวิชาการต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

3.6.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 1) ผู้วิจัยดำเนินการหลังสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ นำเครื่องมือให้ผู้ทรงตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ทดลองใช้เครื่องมือ แก่ผู้นำชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดป่าโนนนิเวศน์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มจำนวน 30 ราย เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยมหาสารคาม
- 2) หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ขอข้อมูลผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- 3) จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูล แก่ผู้นำชุมชน 17 ชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี
- 4) ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งระยะเวลาในการศึกษา แจ้งกิจกรรม ในกลุ่มทดลอง
- 5) การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบกิจกรรม เพื่อประเมินความเหมาะสมและสอดคล้อง โดยสร้างแบบประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องรูปแบบกิจกรรมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

3.6.2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

- 1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

2) สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มตัวอย่างครั้งแรก เก็บข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมทั้งนัดวันเวลาสถานที่ติดตาม

3) กลุ่มควบคุมใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติ

4) ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 18 ผู้วิจัยนำตรวมกลุ่มติดตามเพื่อประเมินผล เก็บข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ พร้อมทั้งให้ความรู้ ประโยชน์ และเห็นคุณค่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองเพื่อแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตลอดจนให้การพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มทดลอง และนัดเข้าโปรแกรมการวิจัยรายละเอียดดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ในสัปดาห์ที่ 1-2 กิจกรรมที่ 1 “สื่อบอกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ” เพื่อพัฒนา การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ กิจกรรมที่ 2 “ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ” เพื่อพัฒนา ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ

ระยะเวลา ไม่เกิน 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว
2. อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ
3. Pre-test เก็บข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ แบบสอบถามความถี่ในการรับประทานอาหาร

กิจกรรมประกอบด้วย

- (1) การแนะนำตัวและวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
- (2) การบรรยายให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ โดยใช้โมเดลอาหาร และแผนภาพประกอบ

ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 3-4 กิจกรรมที่ 3 “การฝึกเลือกเมนูอาหารและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” เพื่อพัฒนาการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ

ระยะเวลา ไม่เกิน 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

- (1) ฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม
- (2) การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กิจกรรมประกอบด้วย

1. การแนะนำ และฝึกเลือกเมนูอาหารจากโมเดลอาหาร ตามหลักธงโภชนาการของผู้สูงอายุ

2. การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 3 ครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมที่ 4 “การสื่อสารด้านโภชนาการ” เพื่อพัฒนาการตัดสินใจด้านโภชนาการและการบอกต่อด้านโภชนาการ

ระยะเวลา ไม่เกิน 2 ชั่วโมง มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ส่งเสริมการสื่อสารด้านโภชนาการ

กิจกรรมประกอบด้วย

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการบริโภคอาหารที่ผ่านมา

2. เปิดประเด็นในการซักถาม อภิปรายเรื่องการรับประทานอาหาร และความสนใจด้านโภชนาการอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

3. การค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการ

ครั้งที่ 4 สัปดาห์ที่ 18

ผู้วิจัยนำตรวมกลุ่มติดตามเพื่อประเมินผล เก็บข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ พร้อมทั้งให้ความรู้ ประโยชน์ และเห็นคุณค่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

3.7 การประมวลผลข้อมูล

เมื่อได้แบบสอบถามครบทั้งหมดแล้วนำมาตรวจสอบความถูกต้อง และความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อคำถามทุกข้อในแบบบันทึกและแบบสอบถาม เพื่อดูความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบกำหนดตัวแปรข้อคำถามและรหัสข้อคำตอบของทุกข้อเพื่อประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ แล้วบันทึกข้อมูลที่ได้ลงไปเครื่องคอมพิวเตอร์ตามคู่มือลงรหัสที่กำหนดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากเครื่องมือที่ใช้ศึกษา ได้ดำเนินการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน มวลกล้ามเนื้อ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว รายได้ในครอบครัว โรคประจำตัว ภาวะโภชนาการ เป็นแบบตัวเลือกและเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้การแจกแจงความถี่ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

- 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 2) การเข้าใจด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 4) การตัดสินใจด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ
- 6) การบอกต่อข้อมูลด้านโภชนาการ จำนวน 3 ข้อ

แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ

ได้แก่

น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

นำคะแนนในแต่ละด้านของความรู้ด้านโภชนาการมาจัดเป็นช่วงคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977: 174 ; Daniel, 1995: 19 อ้างใน วีรศักดิ์ สืบเสาะ, 2551) มากำหนดความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{การจัดช่วงระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{15 - 3}{3} \\
 &= 4
 \end{aligned}$$

ซึ่งได้แบ่งเกณฑ์ของระดับความรู้ด้านโภชนาการ ดังนี้

คะแนน 12.00 – 15.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับสูง

คะแนน 8.00 – 11.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับปานกลาง

คะแนน 3.00 – 7.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ
เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) จำนวน 9 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ
ได้แก่

น้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน
น้อย	ให้ 2 คะแนน
ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
มาก	ให้ 4 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

นำคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ มาจัดเป็น
ช่วงคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977: 174 ; Daniel, 1995: 19 อ้างใน
วีรศักดิ์ สืบเสาะ, 2551) มากำหนดความรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{การจัดช่วงระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\
 &= \frac{5 - 1}{3} \\
 &= 1.33
 \end{aligned}$$

ซึ่งได้แบ่งเกณฑ์ของระดับพฤติกรรมการบริโภค ดังนี้

คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ
ในระดับสูง

คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ
ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ
ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม เป็นการนำคะแนนของ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ จำนวน 18 ข้อ โดยมีคะแนนเต็ม 90 คะแนน มาจัดเป็นช่วงคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19 อ้างใน วีรศักดิ์ สืบเสาะ, 2551) มากำหนดความรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{การจัดช่วงระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{90 - 15}{3} \\ &= 25\end{aligned}$$

ซึ่งได้แบ่งเกณฑ์ของระดับพฤติกรรมการบริโภค ดังนี้

คะแนน 67.00 – 90.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม ในระดับสูง

คะแนน 41.00 – 66.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม ในระดับปานกลาง

คะแนน 15.00 – 40.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบโดยรวม เป็นการนำคะแนนของ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ โดยมีคะแนนเต็ม 45 คะแนน มาจัดเป็นช่วงคะแนน โดยใช้คะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977: 174; Daniel, 1995: 19 อ้างใน วีรศักดิ์ สืบเสาะ, 2551) มากำหนดพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{การจัดช่วงระดับคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{45 - 9}{3} \\ &= 12\end{aligned}$$

ซึ่งได้แบ่งเกณฑ์ของระดับพฤติกรรมการบริโภค ดังนี้

คะแนน 35.00 – 45.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม ในระดับสูง

คะแนน 22.00 – 34.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม ในระดับปานกลาง

คะแนน 9.00 – 21.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม ในระดับต่ำ

3.8.2 การนำเข้าข้อมูล จะมีการนำข้อมูลที่ลงทะเบียนเรียบร้อยแล้วโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปซึ่งเป็นโปรแกรมช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

3.9.1 สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการอธิบายข้อมูลลักษณะประชากร

3.9.2 สถิติอนุมาน ได้แก่ Paired Samples T-test และ independent t - test

3.10 จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 284-201/2566 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 โดยผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการระบุชื่อในผลการวิจัย พร้อมทั้งได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมของการวิจัย ดังนี้

3.10.1 ผู้วิจัยจะทำหนังสือเชิญกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง พร้อมกับชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจและเต็มใจอย่างแท้จริงที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

3.10.2 กระบวนการวิจัยจะไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางร่างกายและจิตใจต่อกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยจะไม่บังคับให้เข้าร่วมการวิจัยหากไม่พร้อมหรือไม่สมัครใจ

3.10.3 ในระหว่างการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม ให้ทุกคนแสดงออกเท่าเทียมกันโดยเสรี มีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อที่ประชุมได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้จัดประชุม/ผู้ดำเนินการประชุมจะไม่เพิ่มความเครียดให้กับผู้เข้าร่วมประชุม จะให้เกียรติและคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคน

3.10.4 ถ้าหากจะต้องมีการบันทึกเทป การบันทึกภาพ หรือการจดบันทึกการสังเกต จะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและขออนุญาตก่อนทุกครั้ง

3.10.5 ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น และจะรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย จะไม่มีการระบุชื่อบุคคลลงในผลงานวิจัย

3.10.6 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ในการศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ซึ่งเป็นการศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) โดยใช้แบบแผนการวิจัยแบบชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง Two group pretest-posttest Design ดังนี้

4.1 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

1) ข้อมูลลักษณะประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75 และร้อยละ 72.2) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.4 ปี (SD = 7.2) มีอายุ 70 – 79 (วัยกลาง) มากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.3 ปี (SD = 6.5) มีอายุ 60 -69 (วัยต้น) มากที่สุด (ร้อยละ 61.1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพ สมรส/คู่ (ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 50.0) ทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.8 และ 38.9) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 66.7) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร(ร้อยละ 38.9) รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ย 10,822.22 บาท และ 11,922.22 บาท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75 และร้อยละ 61.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของลักษณะประชากรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05 ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ข้อมูลลักษณะประชากรผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=72)

ปัจจัย/คุณลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
1.เพศ					0.812
ชาย	9	25	10	27.8	
หญิง	27	75	26	72.2	
2.อายุ (ปี)					0.059
60 -69 (วัยต้น)	10	27.8	22	61.1	
70 – 79 (วัยกลาง)	18	50.0	9	25	
80 ปีขึ้นไป (วัยปลาย)	8	22.2	5	13.9	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	72.4 (7.2)		69.3 (6.5)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	72 (60:84)		68 (60:84)		
3.รอบเอว					0.946
60 – 80	6	16.7	1	2.8	
81 – 100	30	83.3	29	80.6	
101 – 120	-	-	6	16.7	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	87.9 (6.0)		93.9 (7.4)		
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	86 (80:100)		95 (80:105)		
4.สถานภาพ					0.173
โสด	2	5.6	6	16.7	
สมรส/คู่	20	55.6	18	50.0	
หม้าย	12	33.3	12	33.3	
หย่า	2	5.6	-	-	

ตารางที่ 9 ข้อมูลลักษณะประชากรผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=72) (ต่อ)

ปัจจัย/คุณลักษณะ	กลุ่มควบคุม (n=36)		กลุ่มทดลอง (n=36)		p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
5.ระดับการศึกษา					0.108
ประถมศึกษา	19	52.8	14	38.9	
มัธยมศึกษาตอนต้น/เทียบเท่า	6	16.7	3	8.3	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า	5	13.9	5	13.9	
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1	2.8	9	25.0	
ปริญญาตรี	4	11.1	5	13.9	
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.8	-	-	
6.อาชีพ					0.017
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	24	66.7	5	13.9	
เกษียณอายุราชการ	4	11.1	9	25.0	
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	8	22.2	8	22.2	
เกษตรกร	-	-	14	38.9	
7.รายได้ปัจจุบัน					0.492
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน)	10822.22 (1554.1)	11922.22 (8266.3)			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด: ค่าสูงสุด)	8000 (1000:50000)	8000 (3000:30000)			
8.โรคประจำตัว					0.230
มี	27	75	22	61.1	
ไม่มี	9	25	14	38.9	

2) ความรอบรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านโภชนาการ ได้แก่ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ด้านที่ 2 การเข้าใจด้านโภชนาการ ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม ด้านโภชนาการ ด้านที่ 4 การตัดสินใจด้านโภชนาการ ด้านที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้านโภชนาการ และความรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม ไม่มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05 ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ความรอบรู้ด้านโภชนาการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	5.94 (1.9)	ระดับต่ำ	5.67 (1.8)	ระดับต่ำ	0.51
ด้านที่ 2 การเข้าใจด้านโภชนาการ	7.39 (2.7)	ระดับต่ำ	7.86 (2.7)	ระดับต่ำ	0.20
ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม ด้านโภชนาการ	7.75 (2.8)	ระดับต่ำ	7.89 (2.8)	ระดับต่ำ	0.81
ด้านที่ 4 การตัดสินใจด้านโภชนาการ	7.92 (3.1)	ระดับต่ำ	7.92 (3.0)	ระดับต่ำ	1.00
ด้านที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้านโภชนาการ	3.86 (1.2)	ระดับต่ำ	3.97 (1.1)	ระดับต่ำ	0.40
ด้านที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านโภชนาการ	6.33 (2.2)	ระดับต่ำ	6.89 (2.0)	ระดับต่ำ	0.03
ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม	39.19 (9.52)	ระดับต่ำ	40.19 (6.4)	ระดับต่ำ	0.42

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลความรอบรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ พบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมหลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เมื่อดูความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ นั้นหมายความว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายถึง กลุ่มทดลองมีการพัฒนาระดับความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น และเข้าใจเป็นอย่างดี เมื่อพิจารณารายด้านจะเห็นได้ชัดว่า ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 2 การเข้าใจด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม ด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 4 การตัดสินใจด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง และ ด้านที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านโภชนาการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง (n = 36)

ความรอบรู้ด้าน โภชนาการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	
ด้านที่ 1 การเข้าถึง ข้อมูลด้านโภชนาการ	5.94	1.9	ระดับต่ำ	13.17	2.1	ระดับสูง	< 0.001
ด้านที่ 2 การเข้าใจ ด้านโภชนาการ	7.39	2.7	ระดับต่ำ	12.47	1.8	ระดับสูง	< 0.001
ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม ด้าน โภชนาการ	7.75	2.8	ระดับต่ำ	13.03	1.7	ระดับสูง	< 0.001
ด้านที่ 4 การตัดสินใจ ด้านโภชนาการ	7.92	3.1	ระดับต่ำ	12.08	1.8	ระดับสูง	< 0.001
ด้านที่ 5 การเปลี่ยน พฤติกรรมตนเองด้าน โภชนาการ	3.86	1.2	ระดับต่ำ	12.64	1.8	ระดับสูง	< 0.001
ด้านที่ 6 การบอกต่อ ข้อมูลด้านโภชนาการ	6.33	2.2	ระดับต่ำ	12.39	1.6	ระดับสูง	< 0.001
ความรอบรู้ด้านการ บริโภคอาหารใน ภาพรวม	39.19	9.52	ระดับต่ำ	75.78	4.54	ระดับสูง	< 0.001

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินของผู้สูงอายุ ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการพบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการหลังจากใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05 ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ด้านโภชนาการ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มควบคุม ($n = 36$)

ความรู้ด้าน โภชนาการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p -value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	
ด้านที่ 1 การเข้าถึง ข้อมูลด้านโภชนาการ	5.67	1.9	ระดับต่ำ	5.56	2.2	ระดับต่ำ	0.524
ด้านที่ 2 การเข้าใจ ด้านโภชนาการ	7.86	2.7	ระดับต่ำ	7.89	2.4	ระดับต่ำ	0.886
ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ซักถาม ด้าน โภชนาการ	7.89	2.8	ระดับต่ำ	6.83	2.6	ระดับต่ำ	0.210
ด้านที่ 4 การ ตัดสินใจด้าน โภชนาการ	7.92	3.0	ระดับต่ำ	7.39	2.9	ระดับต่ำ	0.673
ด้านที่ 5 การเปลี่ยน พฤติกรรมตนเองด้าน โภชนาการ	3.97	1.1	ระดับต่ำ	4.19	2.0	ระดับต่ำ	0.465
ด้านที่ 6 การบอกต่อ ข้อมูลด้านโภชนาการ	6.89	2.0	ระดับต่ำ	7.86	2.0	ระดับต่ำ	0.906
ความรู้ด้านโภชนาการ บริโภคอาหารใน ภาพรวม	40.19	6.40	ระดับต่ำ	38.72	5.8	ระดับต่ำ	0.08

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05 ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

โภชนาบัญญัติ 9 ประการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p -value
	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	
1.กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัวเองเป็นประจำหรือไม่	3.06 (1.7)	ระดับปานกลาง	2.61 (1.2)	ระดับปานกลาง	0.14
2.กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อเป็นประจำหรือไม่	2.45 (1.2)	ระดับปานกลาง	2.28 (0.9)	ระดับต่ำ	0.49
3.กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำเป็นประจำหรือไม่	3.47 (1.0)	ระดับปานกลาง	3.44 (1.2)	ระดับปานกลาง	0.89
4.กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำหรือไม่	3.33 (1.7)	ระดับปานกลาง	3.03 (1.1)	ระดับปานกลาง	0.26
5.ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัยเป็นประจำหรือไม่	2.56 (0.5)	ระดับปานกลาง	2.69 (0.5)	ระดับปานกลาง	0.23
6.กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควรเป็นประจำหรือไม่	2.17 (0.6)	ระดับต่ำ	2.44 (0.7)	ระดับปานกลาง	0.06
7.หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัดเป็นประจำหรือไม่	2.39 (0.6)	ระดับปานกลาง	2.56 (0.6)	ระดับปานกลาง	0.18

ตารางที่ 13 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (ต่อ)

โภชนาบัญญัติ 9 ประการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	
8.กินอาหารที่สะอาดปราศจาก การปนเปื้อนเป็นประจำหรือไม่	3.47 (1.0)	ระดับ ปานกลาง	3.42 (1.1)	ระดับปาน กลาง	0.78
9.งดหรือลดเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่	3.42 (1.3)	ระดับ ปานกลาง	2.97 (1.0)	ระดับปาน กลาง	0.88
พฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม หลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ	26.31 (3.01)	ระดับ ปานกลาง	25.44 (3.55)	ระดับปาน กลาง	0.19
ภาพรวม					

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6) ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณา พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการภาพรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับ ปานกลาง นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ถูกต้องแต่ยังไม่เพียงพอ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึง กลุ่มทดลองมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น และเข้าใจเป็นอย่างดี ในขณะเดียวกัน ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9

ประชากร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ในกลุ่มทดลอง (n = 36)

โภชนบัญญัติ 9 ประการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	
1.กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนัก ตัวเองเป็นประจำ หรือไม่	3.06	1.7	ระดับ ปาน กลาง	4.22	0.9	ระดับสูง	< 0.001
2.กินข้าวเป็นอาหาร หลักสลับกับอาหาร ประเภทแป้งเป็นบาง มื้อเป็นประจำหรือไม่	2.45	1.2	ระดับ ปาน กลาง	4.00	1.0	ระดับสูง	< 0.001
3.กินพืชผักให้มาก และ กินผลไม้เป็นประจำ เป็นประจำหรือไม่	3.47	1.0	ระดับ ปาน กลาง	3.92	0.8	ระดับสูง	< 0.001
4.กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ด แห้งเป็นประจำหรือไม่	3.33	1.7	ระดับ ปาน กลาง	4.06	0.9	ระดับสูง	< 0.001
5.ดื่มนมให้เหมาะสม ตามวัยเป็นประจำ หรือไม่	2.56	0.5	ระดับ ปาน กลาง	3.78	0.9	ระดับสูง	< 0.001
6.กินอาหารที่มีไขมัน แต่พอควรเป็นประจำ หรือไม่	2.17	0.6	ระดับต่ำ	3.89	1.0	ระดับสูง	< 0.001
7.หลีกเลี่ยงการกิน อาหารรสหวานจัด และ เค็มจัดเป็นประจำ หรือไม่	2.39	0.6	ระดับ ปาน กลาง	4.06	0.8	ระดับสูง	< 0.001

ตารางที่ 14 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ในกลุ่มทดลอง (n = 36) (ต่อ)

โภชนบัญญัติ 9 ประการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	
8.กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อนเป็นประจำหรือไม่	3.47	1.0	ระดับปานกลาง	3.69	0.7	ระดับสูง	< 0.001
9.งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่	3.42	1.3	ระดับปานกลาง	3.78	0.7	ระดับสูง	< 0.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ	26.31	3.01	ระดับปานกลาง	35.39	2.72	ระดับสูง	< 0.001
ภาพรวม							

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7) ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ใน ระดับปานกลาง หลังจากใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05 และพบว่า พฤติกรรมกินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำของกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากให้ใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติพบว่า อยู่ในระดับต่ำ ดังตารางที่ 15

พูน ปณ จิต ชีเว

ตารางที่ 15 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9

ประชากร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ในกลุ่มควบคุม (n = 36)

โภชนบัญญัติ 9 ประการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	
1.กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนัก ตัวเองเป็นประจำหรือไม่	2.61	1.2	ระดับ ปาน กลาง	2.58	1.1	ระดับ ปาน กลาง	0.66
2.กินข้าวเป็นอาหาร หลักสลับกับอาหาร ประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เป็นประจำหรือไม่	2.28	0.9	ระดับต่ำ	2.19	0.6	ระดับต่ำ	0.37
3.กินพืชผักให้มาก และ กินผลไม้เป็นประจำเป็น ประจำหรือไม่	3.44	1.2	ระดับ ปาน กลาง	3.22	1.1	ระดับต่ำ	0.12
4.กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติด มัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้ง เป็นประจำหรือไม่	3.03	1.1	ระดับ ปาน กลาง	2.94	0.9	ระดับ ปาน กลาง	0.50
5.ดื่มนมให้เหมาะสม ตามวัยเป็นประจำ หรือไม่	2.69	0.5	ระดับ ปาน กลาง	2.78	0.5	ระดับ ปาน กลาง	0.37
6.กินอาหารที่มีไขมันแต่ พอควรเป็นประจำ หรือไม่	2.44	0.7	ระดับ ปาน กลาง	2.39	0.8	ระดับ ปาน กลาง	0.32
7.ท่านหลีกเลี่ยงการกิน อาหารรสหวานจัด และ เค็มจัดเป็นประจำ หรือไม่	2.56	0.6	ระดับ ปาน กลาง	2.47	0.7	ระดับ ปาน กลาง	0.27

ตารางที่ 15 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ในกลุ่มควบคุม (n = 36) (ต่อ)

โภชนบัญญัติ 9 ประการ	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D	แปลผล	
8.กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนเป็นประจำหรือไม่	3.42	1.1	ระดับปานกลาง	3.22	1.0	ระดับปานกลาง	0.13
9.งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่	2.97	1.0	ระดับปานกลาง	2.86	1.1	ระดับปานกลาง	0.29
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ	25.44	3.55	ระดับปานกลาง	24.67	3.2	ระดับปานกลาง	0.55
บัญญัติ 9 ประการ							
ภาพรวม							

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8) ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง อยู่ในระดับสูง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ และ กลุ่มควบคุมหลัง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9
 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการเข้า
 ร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ (n = 36)

โภชนบัญญัติ 9 ประการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	ค่าเฉลี่ย (S.D)	แปลผล	
1.กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้ หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัวเองเป็น ประจำหรือไม่	4.22 (0.9)	ระดับสูง	2.58 (1.1)	ระดับปาน กลาง	< 0.001
2.กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหาร ประเภทแป้งเป็นบางมื้อเป็นประจำหรือไม่	4.00 (1.0)	ระดับสูง	2.19 (0.6)	ระดับต่ำ	< 0.001
3.กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ เป็นประจำหรือไม่	3.92 (0.8)	ระดับสูง	3.22 (1.1)	ระดับต่ำ	< 0.001
4.กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่ว เมล็ดแห้งเป็นประจำหรือไม่	4.06 (0.9)	ระดับสูง	2.94 (0.9)	ระดับปาน กลาง	< 0.001
5.ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัยเป็นประจำ หรือไม่	3.78 (0.9)	ระดับสูง	2.78 (0.5)	ระดับปาน กลาง	< 0.001
6.กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควรเป็นประจำ หรือไม่	3.89 (1.0)	ระดับสูง	2.39 (0.8)	ระดับปาน กลาง	< 0.001
7.หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และ เค็มจัดเป็นประจำหรือไม่	4.06 (0.8)	ระดับสูง	2.47 (0.7)	ระดับปาน กลาง	< 0.001
8.กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน เป็นประจำหรือไม่	3.69 (0.7)	ระดับสูง	3.22 (1.0)	ระดับปาน กลาง	< 0.001
9.งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็น ประจำหรือไม่	3.78 (0.7)	ระดับสูง	2.86 (1.1)	ระดับปาน กลาง	< 0.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภ ชนบัญญัติ 9 ประการภาพรวม	35.39 (2.72)	ระดับสูง	24.67 (3.2)	ระดับปาน กลาง	< 0.001

**มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัย ดังนี้

5.1 สรุปการวิจัย

5.2 อภิปรายผลผลการวิจัย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปการวิจัย

5.1.1 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลลักษณะประชากรผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75 และร้อยละ 72.2) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 72.4 ปี (SD = 7.2) มีอายุ 70 – 79 (วัยกลาง) มากที่สุด (ร้อยละ 50.0) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.3 ปี (SD = 6.5) มีอายุ 60 -69 (วัยต้น) มากที่สุด (ร้อยละ 61.1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพ สมรส/คู่ (ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 50.0) ทั้งสองกลุ่มจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.8 และ 38.9) กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 66.7) แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร(ร้อยละ 38.9) รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวเฉลี่ย 10,822.22 บาท และ 11,922.22 บาท กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 75 และร้อยละ 61.1) เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติของลักษณะประชากร

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05

ความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรอบรู้ด้านโภชนาการ ได้แก่ ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ด้านที่ 2 การเข้าใจด้านโภชนาการ ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม ด้านโภชนาการ ด้านที่ 4 การตัดสินใจด้านโภชนาการ ด้านที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้านโภชนาการ และความรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม ไม่มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05 ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมหลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ทั้งนี้เมื่อดูความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ นั้นหมายความว่าความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ซึ่งหมายถึง กลุ่มทดลองมีการพัฒนาระดับความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น และเข้าใจเป็นอย่างดี เมื่อพิจารณารายด้านจะเห็นได้ชัดว่า ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 2 การเข้าใจด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม ด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 4 การตัดสินใจด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง ด้านที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูง และ ด้านที่ 6 การบอกต่อข้อมูลด้านโภชนาการ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการพัฒนาขึ้นมาสู่ระดับสูงของกลุ่มควบคุมนั้น ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า ความรอบรู้ด้านโภชนาการหลังจากใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ p -value ที่ 0.05 แต่ผลของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ในระดับปานกลาง หลังการเข้าร่วม

โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการภาพรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับ ปานกลาง นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ถูกต้องแต่ยังไม่เพียงพอ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ อยู่ในระดับ ดี เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายถึง กลุ่มทดลองมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น และเข้าใจเป็นอย่างดี ในขณะเดียวกัน ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินอยู่ใน ระดับปานกลาง หลังจากใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}$ ที่ 0.05 และพบว่าพฤติกรรมกินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำเป็นของของกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังจากให้ใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติพบว่า อยู่ในระดับต่ำ

ผลวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 94.4 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ร้อยละ 5.6 และเมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับสูง ร้อยละ 83.3 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 และ ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 88.9 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ร้อยละ 11.1 และเมื่อใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติโดยมีการดูแลให้สุขศึกษาแบบปกติ จาก รพ.สต กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 86.1 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ร้อยละ 13.9 เห็นได้ชัดว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการมีส่วนสำคัญอย่างมากให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุให้มีความถูกต้องและยั่งยืน

5.2 อภิปรายผล

5.2.1 ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

จากการวิจัยพบว่าความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมหลังการเข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากความรู้ด้านโภชนาการโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับต่ำ นั้นหมายความว่าความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ และเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น อยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาระดับความรู้ด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น และเข้าใจเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการวิจัยของนิธิรัตน์ บุญตานนท์, ศินาพ แชนอก และนาริรัตน์ สุรพัฒนาติ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ศึกษาใน 2 กลุ่ม คือกลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ จำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านโภชนาการในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ และ รายประเด็นได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการ และการศึกษามนตรี อ่อนทะเล, ธนินาฏ ณ สุนทร และพิมพ์ประภา อมรกิจภิญญา (2567) ได้ศึกษารูปแบบการบริหารความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเองการดูแลสุขภาพตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ การทดลองใช้รูปแบบมีดังนี้ 1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมในทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 2. ค่าคะแนนเฉลี่ยเจตคติหลังการปฏิบัติกิจกรรม สูงกว่าก่อนการปฏิบัติกิจกรรมในทุกด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 3. ผลการประเมินความเหมาะสมของการปฏิบัติกิจกรรมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารความรู้เรื่องสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพให้กับ

กลุ่มตัวอย่างได้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายทั้งด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และวิถีการดำเนินชีวิตการกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้วิจัยกำหนดประเด็นขึ้นอย่างทั่วถึง มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ในประเด็นที่อภิปรายกว้างขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สูงมากขึ้น

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารภาพรวมในผู้สูงอายุ อยู่ใน ระดับปานกลาง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณา พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในภาพรวม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับ ปานกลาง นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ถูกต้องแต่ยังไม่เพียงพอ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับ ดี เพิ่มขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีการพัฒนาเพิ่มขึ้น และเข้าใจเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการวิจัยของทัศนียา วังสะจันทานนท์, อ้อทิพย์ ราษฎร์นิยม และศิวาลภ สุขไพบุลย์วัฒน์ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการตามกิจกรรมที่กำหนด มีค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตลดลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการมีพฤติกรรมสุขภาพและการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และการศึกษาของ สดุดี ภูทองไสย, กัญญา จันทร์พล, อนันต์ชัย ฝ่ายขาว และปาริชาติ ชนะหาญ (2564) ได้ศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7 ที่พบว่าภายหลังการทดลอง ผู้สูงอายุสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ วางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิก และผู้สูงอายุมีความรู้ พฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมี ความรู้ พฤติกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีมากขึ้น สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตลอดจนนำไปใช้เพื่อให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสมมติฐานการวิจัยที่ว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

จากการวิจัยพบว่า ก่อนการได้รับโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 45.91, S.D =

3.98) หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 64.42, S.D = 4.50) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากสมมติฐานการวิจัยที่ว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุม

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ อยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 64.42, S.D = 4.50) และในขณะที่กลุ่มควบคุมที่ใช้ชีวิตตามแบบแผนปกติโดยมีการดูแลให้สุศึกษาจาก รพ.สต. มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 44.33, S.D = 5.29) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

สรุปได้ว่าสมมติฐานการวิจัยที่ว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุมและสมมติฐานการวิจัยที่ว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการสูงกว่าคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินในกลุ่มควบคุม เป็นจริงตามสมมติฐาน

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

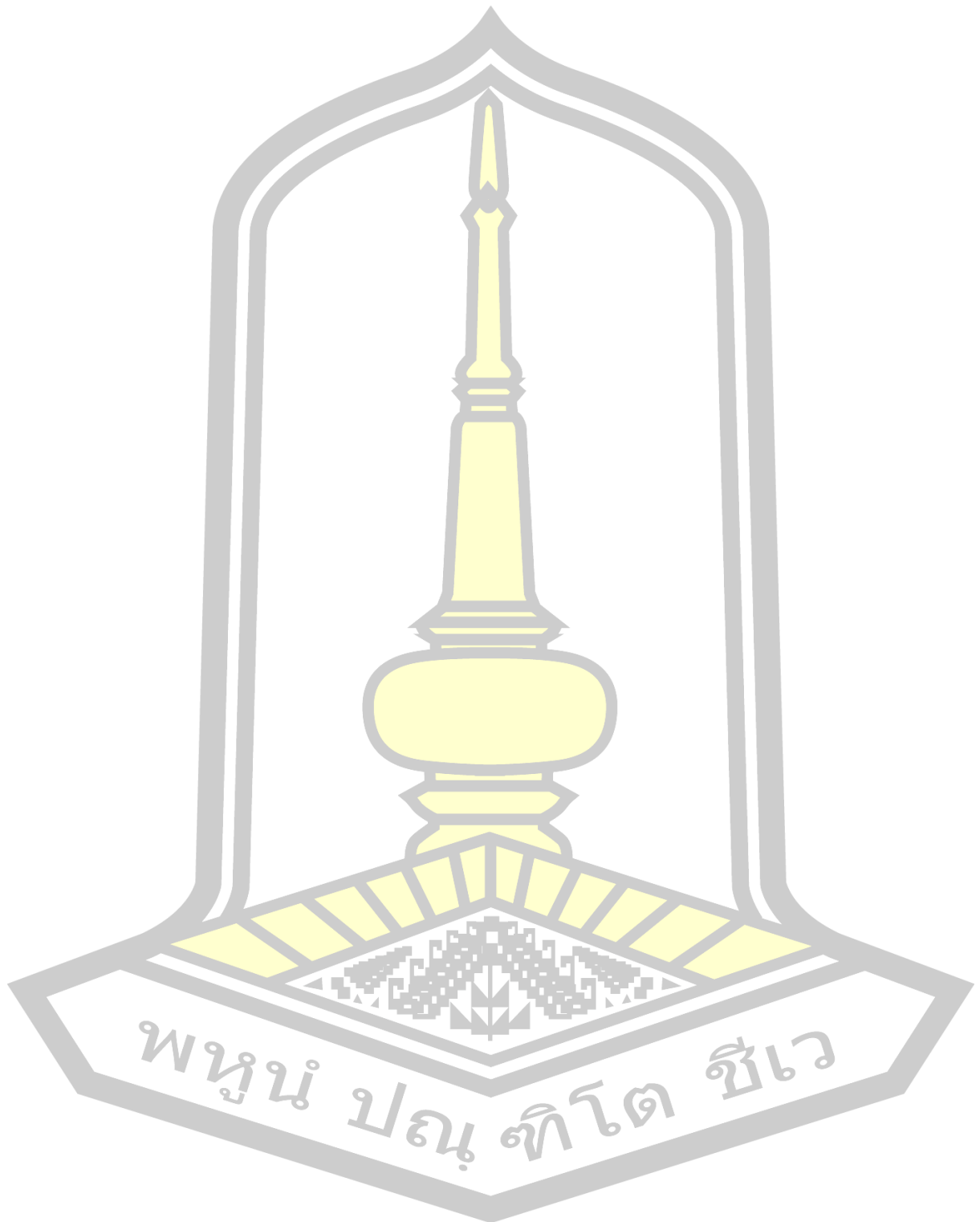
1. โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านโภชนาการ รวมไปถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีขึ้น ควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมต่อเนื่องและมีการขยายกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น นักเรียน กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อการประเมินปัญหาและอุปสรรค รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมรายบุคคล

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ เช่น หน่วยงานเทศบาลนคร องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัย เพื่อได้ข้อมูลไปกำหนดนโยบายด้านสังคมตอบสนอง ส่งเสริมและเื้อต่อความต้องการด้านพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.). รายงานการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-พ.ศ.2583 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562). {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565. จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/47>.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). ข่าวจากหนังสือพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต. (2563), หน้า 145 อ้างถึง 93 วันสู่สังคม"คนชรา" 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด-น้อยสุด. เดลินิวส์, 1 ตุลาคม 2563, หน้า 3. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565. จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>.
- กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2564). รายงานประจำปี 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 จาก <https://udo.moph.go.th/thepost/upload/fDAGpewyXpJ4pQYaLbUftR7p6i/oEYZuHniCHbgh3TxvEaVbti1Dm.pdf>.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2563). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. “เรื่อง หลักการ แนวทางการสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ”, ใน ประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อออกแบบแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนามาตรการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ครั้งที่ 1. วันจันทร์ที่ 9 พฤศจิกายน 2563. ณ โรงแรมไมด้า จามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี. หน้า 1-30.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารประชากรศาสตร์, 36(2), 37-52.
- จิราภรณ์ ชวงศ และปริญญา ก้องสกุล. (2555). ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 6(2), 30-37.
- จุฑารัตน์ ศิริพัฒน์. (2567). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตพื้นที่ชายแดนไทยกัมพูชา อำเภอกาบเชิง จังหวัดสุรินทร์ .วารสารแพทยโรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 39(1), 77-87.

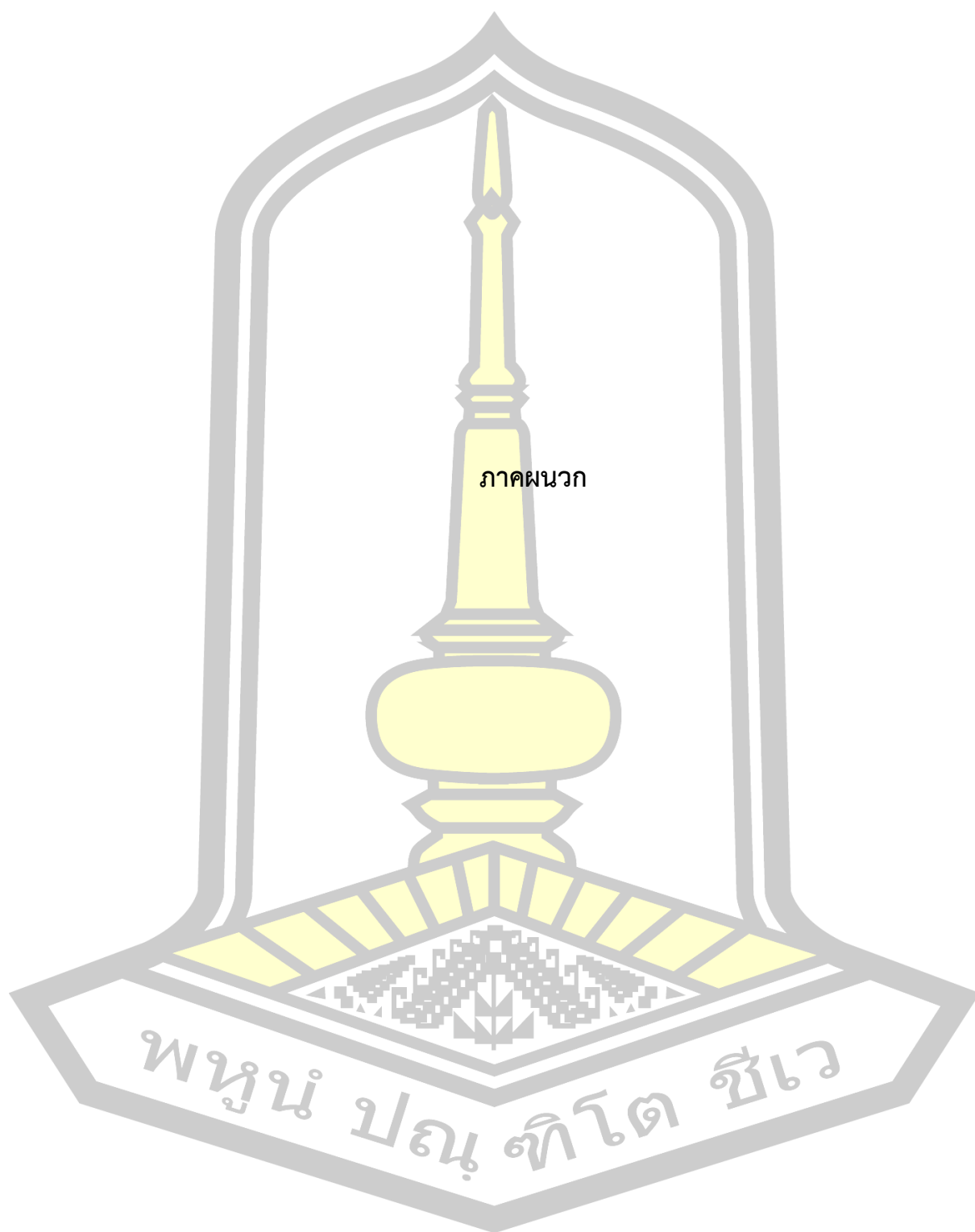
- ชลิดา เลื่อมใส และวัชรีย์ พิษผล. (2563). ความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี. *วารสารปัญญาวิวัฒน์*, 10(3), 73-83.
- ชวิศา แก้วอนันต์. (2561). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ Nutrition of the Elderly. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 12(2), 112-119.
- ชัยฎาภรณ์ จิตตา และคณะ. (2563). ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5. *วารสารโภชนาการ*, 55(1), 62-77.
- ทองใหม่ ทองสุก. (2563). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุยุค 4.0. *วารสารมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 5(3), 232-244.
- ธนัชพร มุสิกะบุตร. (2562). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม สาขาวิชา โภชนศาสตร์สาธารณสุข (Nutrition in health) หน่วยที่ 6 การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutritional assessment). นครปฐม: มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- นัชชา เรืองเกียรติกุล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 47(1), 80-86.
- นันทน์ภัส ธนฐากร และธนัช กนกเทศ. (2566). โรคอ้วนในผู้สูงอายุ การประเมินและแนวทางป้องกัน. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 13(1), 126.
- สดุติ ภูห่องไสย นุพัทธ์ และคณะ. (2564). การพัฒนาความรู้ด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุ: เขตสุขภาพที่ 7. ศูนย์อนามัยที่ 7. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565. จาก <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResDetail.aspx?resCode=25640007>.
- วชิระ เพ็งจันทร์ และ.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2560). องค์การแห่งความรอบรู้เรื่องสุขภาพ. *กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. 25 มกราคม 2560 “เรื่อง แนวคิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพพีเซฟ หรือแบบจำลอง V-shape” {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 10 มกราคม 2566. จาก https://hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/tinymce/OPDC/OPDC2565-F/IDC1_18/opdc_2565_idc1-18_10.pdf.
- วิรุท นนสูรตัน. (2562). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 16(3), 130-137.

- นิธิรัตน์ บุญตานนท์ และคณะ. (2562). ประสิทธิภาพของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 13(30), 1-14.
- นิยม จันทน์นวล และคณะ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุตำบลโพธิ์ใหญ่ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 3(2), 121-122.
- ประพัฒสร ไสวเวียง. (2566). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี*, 11(2), 41-55.
- พรวิภา ศิริพิชญ์ตระกูล และคณะ. (2563). ความรอบรู้ทางโภชนาการในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารสาธารณสุขไทย*, 50(1), 51-64.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546, 31 ธันวาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 120 ตอนที่ 130 หน้า 1-8.
- พัทธนันท์ ศรีม่วง. (2555). *อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนาการบำบัด*. กรุงเทพฯ: เอ็น แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- มนตรี อ่อนทะเล, ธนินาฏ ฌ สุนทรและพิมพ์ประภา อมรกิจภิญญา. (2567). รูปแบบการบริหารความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารมจร. สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 13(2), 122-135.
- มนต์ชัย โอโณวรรณพันธ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 17(1), 15-22.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2563). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 8 ตุลาคม 2565. จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/2/975>
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 8 ตุลาคม 2565. จาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1635826373-975_0.pdf
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2565). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 8 ตุลาคม 2565. จาก https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1663828576-1747_0.pdf

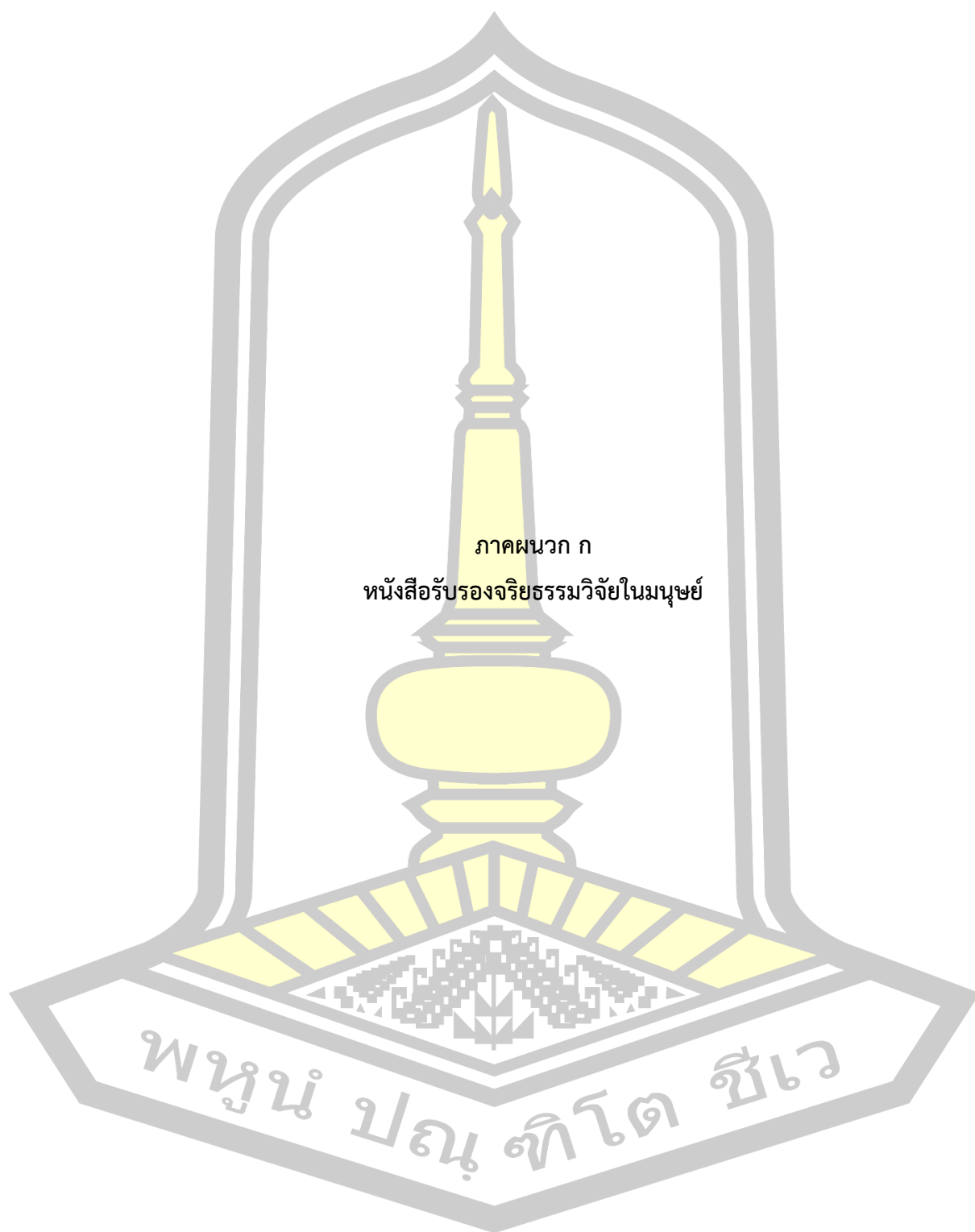
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก และคณะ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. *วารสารผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI และอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1. 6(ฉบับพิเศษ)*, 129-141.
- ราชบัณฑิตยสภา. (2557). *พจนานุกรม ศัพท์ประชากรศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสภา.
- รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2. (2562). *สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด*.
- ลำไย นระราช, ธีรรัตน์ สมดี และเขมิกา สมบัติโยธา. (2567). ความรอบรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 10(2), 125-137.
- วรวิศ เมฆนันท์ไพศิฐ. (2562). *การจัดการภาวะโภชนาการเกินของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- วัลนิกา ฉลากบาง. (2560). การวิจัยแบบผสมผสาน Mixed Methods Research. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 7(2), 124-132.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย, สุทธินันท์ คอดริ่งตัน, จูตินันท์ ดวงจินา และรังสิมา โตสงวน. (2566). ความรอบรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคลากรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 50(1), 55-56.
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. (2564). *รายงานผลการดำเนินงานคลินิก DPAC*. อุดรธานี: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. (2564). *รายงานภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2*. . อุดรธานี: ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2
- สมสุข ภาณุรัตน์, สุขฤดี ธัชศฤงคารสกุล, พัทรี กระจำงโพธิ์, ภาสกร เนตรทิพย์วัลย์ และวิสิทธิ์ธรรม. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของข้าราชการตำรวจ ผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรการบริหารงานตำรวจชั้นสูง รุ่นที่ 52. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 3(1), 13-24.

- สุภาพร ทิพย์กระโทก และชนิดา ผาติเสนะ. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะอ้วนลงพุง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 9(14), 210-233.
- สุนทรี ภาณุทัต และคณะ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ. *วารสารราชธานี นวัตกรรมสาธารณสุข*, 1(1), 1-14.
- อัจฉรพรรณ คำยาดิและคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานอ้วนลงพุง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(7), 499-517.
- อัชมา สุวรรณกาญจน์. (2565). แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 30 กรกฎาคม 2565 จาก <http://permboonlearningcenter.com/pdf/r2r/3.pdf>.
- Baker, DW., Williams, MV., Parker, RM., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38, 33-42.
- Chin, et al. (2011). The Process-Knowledge Model of Health Literacy: Evidence from a Componential Analysis of Two Commonly Used Measures. *Journal Health Community*, 16(Suppl 3), 222-241.
- Creswell, J. W. & Clark, V.P. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications.
- Creswell, J. W. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks, C.A.: Sage Publications.
- Davis, T., Crouch, M., Wills, G., & Miller, S. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*, 23(6), 433-435.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.
- Institute of Medicine: IOM. (2004). *Health Literacy: A prescription to end confusion*. Retrieved October 12, 2011 from <http://www.iom.edu>.
- Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. In A. Bryman (Ed.), *Mixed methods* (vol. 2). London: Sage.

- Kickbusch, I. (2006). *Health literacy: Empowering children to make healthy choices. Virtually Healthy, No. 41*. South Australia: Centre for Health Promotion: Children, Youth and Women's Health Service.
- Kwan, B. Frankish, J. & Rootman, I. (2006). *The development and validation of measures of "health literacy" in different populations*. Vancouver: University of British Columbia Institute of Health Promotion
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, Dec; 67(12), 2072-8.
- Paasche-Orlow & Wolf. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, from www.ajhb.org.
- Ratzan SC. & Parker RM. (2000). *Introduction*. In: *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. NLM Pub.No.CBM 2000-1.
- Rootman, I. (2009). *Health Literacy, What should we do about it? Presentation the Faculty of Education at the University of Victoria*. British Columbia Canada. Personal Communication.
- Shoou-Yih D. Lee , Ahsan M. Arozullahb, Young Ik Cho. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58, 1309–1321.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. (2008). Quality inferences in mixed methods research. In M. Bergman (Ed.). *Advances in mixed methods research: Theories and applications*. London: Sage.
- Teddlie, C. & Tashakkori, A. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in the social and behavioral research*. Thousand Oaks, C.A. : Sage.
- World Health Organization. (1998). *Health Promoting Glossary*. From www.who.org.
- Zaidi, A. (2015). *Ageing and Development*. GSDRC Professional Development Reading Pack no. 25. Birmingham, UK: University of Birmingham. {ออนไลน์}. เข้าถึงข้อมูลวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565. จาก <https://pk.linkedin.com/in/2909>



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์

พูน ปณ ทิโต ชีเว



MAHASARAKHAM UNIVERSITY ETHICS COMMITTEE FOR
RESEARCH INVOLVING HUMAN SUBJECTS

Certificate of Approval

Approval number: 284-201/2023

Title : Effects of the Nutrition Literacy Development Program on food consumption behavior of the elderly who are overweight in the area responsible for the Urban Community Health Center, Udon Thani Hospital 2, Mueang District, Udon Thani Province.

Principal Investigator : Miss. Lamyai Narach

Responsible Department : Faculty of Public Health

Research site : Mueang Udon Thani District, Udon Thani Province

Review Method : Expedited Review

Date of Manufacture : 27 July 2023

expire : 26 July 2024

This research application has been reviewed and approved by the Ethics Committee for Research Involving Human Subjects, Mahasarakham University, Thailand. Approval is dependent on local ethical approval having been received. Any subsequent changes to the consent form must be re-submitted to the Committee.

Ratree S.

(Asst. Prof. Ratree Sawangjit)

Chairman

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outlines and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval ; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record (if applicable);
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least two month before the date of expiration.
6. All the above approved documents are expired on the same date of the previously approved protocol (Protocol Number.....)

* A list of the Institutional Review Board members (names and positions) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached (per requested). All approved documents will be forwarded to the principal investigator.



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 284-201/2566

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Effects of the Nutrition Literacy Development Program on food consumption behavior of the elderly who are overweight in the area responsible for the Urban Community Health Center, Udon Thani Hospital 2, Mueang District, Udon Thani Province.

ผู้วิจัย : นางสาวลำไย นะราช

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะสาธารณสุขศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอเมืองอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 27 กรกฎาคม 2566

วันหมดอายุ : 26 กรกฎาคม 2567

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิดโครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือหากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

ศาสตราจารย์ ดร. สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกษียรหญิงราตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

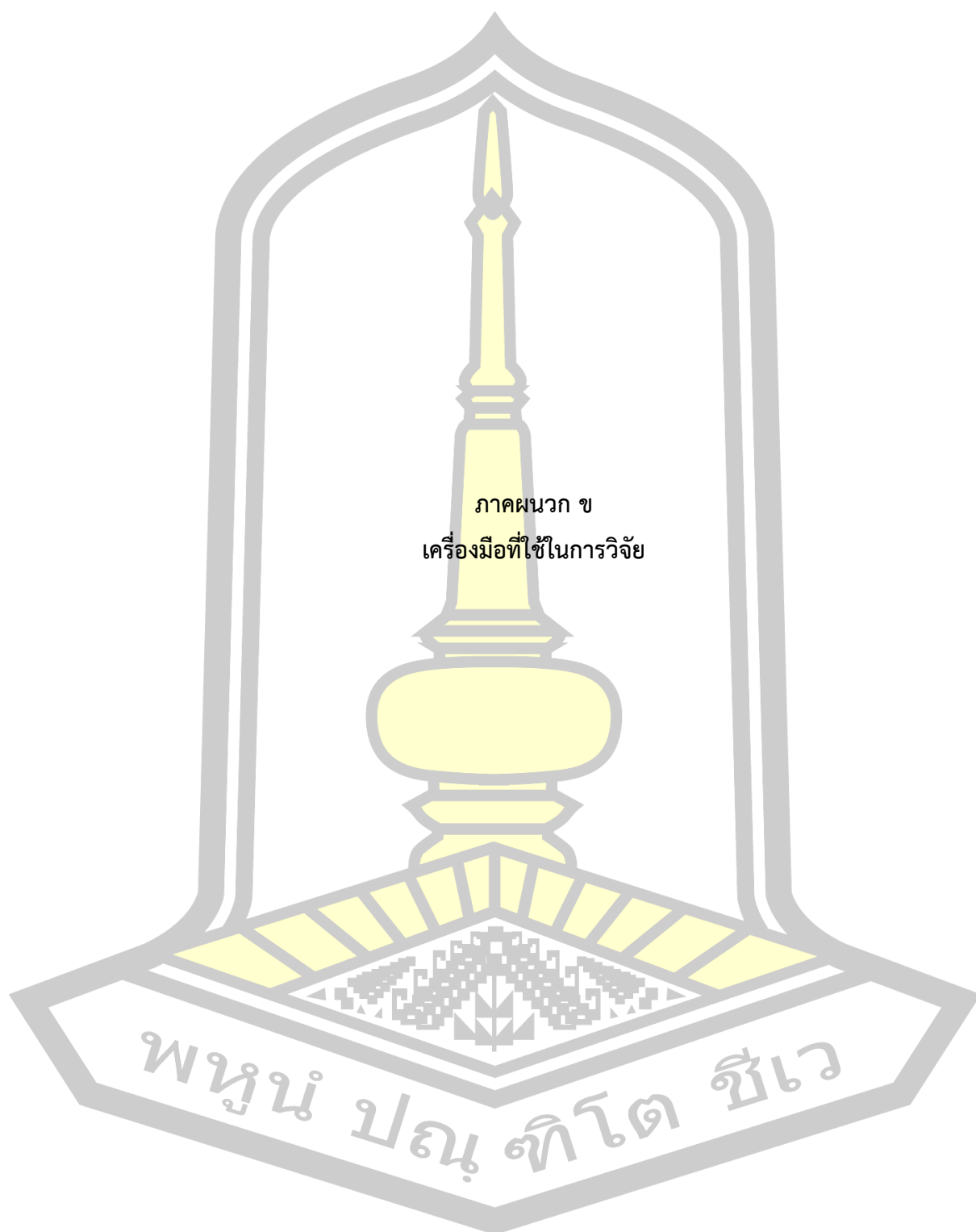
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ภายในระยะเวลา 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 60 วัน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร้องขอล่วงหน้า)



201/66

ECMSU01-05.03 Update 2021

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม
(สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน (สำหรับกลุ่มวางแผนพัฒนา)

เนื่องด้วยข้าพเจ้า นางสาวลำไย นระราช เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (Effects of the Nutrition Literacy Development Program on food consumption behavior of the elderly who are overweight in the area responsible for the Urban Community Health Center, Udon Thani Hospital 2, Mueang District, Udon Thani Province.)” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เป็นอย่างไร วัตถุประสงค์เฉพาะ 1. เพื่อศึกษาข้อมูลลักษณะทั่วไป และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 2. เพื่อสร้างและพัฒนาโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประโยชน์ที่ท่านจะได้รับจากการวิจัยนี้ คือ ได้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้มีวิธีและขั้นตอนการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อช่วยป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเป็นการลดภาระทางด้านสาธารณสุข ลดการใช้ยา ลดภาวะโรคแทรกซ้อนเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และลดภาระค่าใช้จ่ายในครัวเรือน “ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ แต่ข้อมูลที่ได้อาจมีประโยชน์ต่อ ชุมชนของท่าน และมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านเข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อหาแนวทางรูปแบบโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม ตามโครงการ โดยใช้เวลาในการตอบเข้าร่วมสนทนากลุ่ม ประมาณ 3 ชั่วโมง

หากท่านรู้สึกอึดอัด หรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการปฏิบัติงานของท่านแต่ประการใด



ECMSU01-05.03 Update 2021

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อได้ที่ นางสาวลำไย นະราช นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 08 6226 5894

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง

ลำไย นະราช

(นางสาวลำไย นະราช)

ผู้วิจัย



ECMSU01-06.03

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 60 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้า (นาง/นางสาว/นาย) นามสกุล อายุ ปี
บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด

ได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวลำไย นะราช เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง “ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (Effects of the Nutrition Literacy Development Program on food consumption behavior of the elderly who are overweight in the area responsible for the Urban Community Health Center, Udon Thani Hospital 2, Mueang District, Udon Thani Province.)” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัย, รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ, ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม/ให้สัมภาษณ์/เข้าร่วมกิจกรรม โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ตลอดจนการรับรองจากผู้วิจัยที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้เป็นความลับ และไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิ์ใดๆ ในการปฏิบัติงานของงานที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร และแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีที่อ่านคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....



เลขที่แบบสอบถาม

□□□□□

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ใน
เขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการ ต่อพฤติกรรมการบริโภค
อาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 อำเภอเมือง
จังหวัดอุดรธานี

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือกรอกข้อความลงในช่องว่าง

1. เพศ

☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง

2. ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี _____ เดือน

3. น้ำหนัก _____ กิโลกรัม

4. ส่วนสูง _____ เซนติเมตร

5. ส่วนสูงจากส้นเท้าถึงเข่า _____ เซนติเมตร **กรณีผู้สูงอายุที่ยืนตัวตรงไม่ได้

6. รอบเอว _____ เซนติเมตร

7. มวลกล้ามเนื้อ _____ กิโลกรัม

8. สถานภาพสมรส

☐ 1. โสด ☐ 2. สมรส/คู่ ☐ 3. หม้าย
☐ 4. หย่า ☐ 5. แยกกันอยู่



9. ระดับการศึกษา

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ไม่ได้ศึกษา | ☐ 2. ประถมศึกษา |
| ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น/ เทียบเท่า | ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ เทียบเท่า |
| ☐ 5. อนุปริญญา หรือเทียบเท่า | ☐ 6. ปริญญาตรี |
| ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี | ☐ 8. อื่นๆ โปรดระบุ _____ |

10. อาชีพ

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. ไม่ได้ทำงาน | ☐ 2. พ่อบ้าน/แม่บ้าน |
| ☐ 3. รับราชการ | ☐ 4. รัฐวิสาหกิจ |
| ☐ 5. ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว | ☐ 6. นักเรียน/นักศึกษา/นิสิต |
| ☐ 7. เกษตรกร | ☐ 8. อื่นๆ โปรดระบุ _____ |

11. รายได้ปัจจุบันของท่าน _____ บาท/เดือน

12. โรคประจำตัว

- | | |
|-----------------------------------|---|
| ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี โปรดระบุ _____ |
|-----------------------------------|---|



ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน

ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ เป็นคำถามแบบ rating scale จำนวน 3 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ความรู้ด้านโภชนาการ	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ					
1.ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้ทันทีเมื่อต้องการจากสื่อสิ่งพิมพ์ หรือสืบค้นจากอินเทอร์เน็ต เป็นต้น					
2.เมื่อท่านต้องการความรู้เรื่องการบริโภคอาหารหรือการควบคุมน้ำหนักตัว ท่านสามารถสอบถามได้โดยตรงจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือนุศลากรทาง การแพทย์ โดยไม่รู้สึกรังเกียจ					
3.ท่านสามารถตรวจสอบข้อมูลความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร เพื่อยืนยันความเข้าใจของตนเอง ได้จากผู้รู้ หรือแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้					

ด้านที่ 2 การเข้าใจด้านโภชนาการ เป็นคำถามแบบ rating scale จำนวน 3 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ความรู้ด้านโภชนาการ	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ					
1.ท่านอ่านข้อมูลคำแนะนำในคู่มือ เอกสารหรือแผ่นพับเกี่ยวกับการบริโภคอาหารด้วยความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง					
2.ข้อมูลความรู้เรื่องภาวะโภชนาการ หรืออาหารควบคุมน้ำหนัก ที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต เป็นข้อมูลที่เข้าใจยาก อ่านแล้วปฏิบัติตามไม่ได้					
3.ท่านเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง เมื่อฟังคำแนะนำเรื่องการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการ จากบุคลากรสาธารณสุข					



ด้านที่ 3 การโต้ตอบ ชักถาม เป็นคำถาม แบบ rating scale

จำนวน 3 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ความรู้รอบด้านโภชนาการ	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การโต้ตอบชักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ					
1. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ หรือแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการกับผู้รู้หรือบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้กระจ่างชัดและหายข้อสงสัย					
2. ท่านสามารถพูดคุยเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของตัวเองกับผู้รู้หรือบุคลากรสาธารณสุขเพื่อให้ตนเองสามารถควบคุมอาหารได้ดียิ่งขึ้น					
3. ท่านสามารถพูดคุยโน้มน้าวให้บุคคลใกล้ชิดเข้าใจเกี่ยวกับบริโภคอาหาร และปฏิบัติตามหลักที่ถูกต้องได้					

ด้านที่ 4 การตัดสินใจ เป็นคำถามแบบเลือกคำตอบว่าถูกหรือผิด

จำนวน 4 ข้อ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความดังต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ในข้อคำตอบว่าถูกหรือผิด

ความรู้รอบด้านโภชนาการ	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การตัดสินใจด้านโภชนาการ					
1. เมื่อมีบุคคลอื่นชักชวนให้ท่านบริโภคอาหารไขมันสูง ท่านปฏิเสธได้ทันที และให้คำแนะนำให้บริโภคอาหารที่มีผลดีสุขภาพ					
2. ท่านเลือกปฏิบัติในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพราะช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงได้					
3. ท่านสามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพราะเป็นสิ่งที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ					



ด้านที่ 5 การเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นคำถาม แบบ rating scale

จำนวน 3 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ความรู้ด้านโภชนาการ	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ					
1.ท่านสามารถตั้งเป้าหมายและปฏิบัติตามเป้าหมายการบริโภคอาหารเพื่อให้น้ำหนักตัวลดลงได้					
2.ท่านสามารถนำข้อมูลบริโภคอาหารไปวางแผนการควบคุมอาหารของตนเองและของคนในครอบครัวได้					
3.เมื่อท่านไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการบริโภคอาหารเพื่อให้น้ำหนักตัวของท่านลดลง ท่านสามารถประเมินและตรวจสอบข้อผิดพลาดของตนเองได้					

ด้านที่ 6 การบอกต่อ เป็นคำถามแบบ rating scale

จำนวน 3 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ความรู้ด้านโภชนาการ	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
การบอกต่อข้อมูลด้านโภชนาการ					
1.ท่านมักศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลภาวะโภชนาการ หรือการบริโภคอาหารจากหลายแหล่ง เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้อง ก่อนที่จะส่งต่อหรือบอกคนอื่นต่อ					
2.หากมีบุคคลมาแนะนำหรือมีโฆษณาเชิญชวนให้บริโภคอาหารที่มีคนปฏิบัติแล้วได้ผล ท่านจะไตร่ตรองถึงเหตุผล คุณค่าตามความเป็นจริง ก่อนตัดสินใจเชื่อหรือทำตาม					
3.ท่านใช้เหตุผลในการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียเพื่อเลือกรับข้อมูลการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการจากสื่อ หรือจากคนอื่นๆ ก่อนที่จะปฏิบัติตามเสมอ					

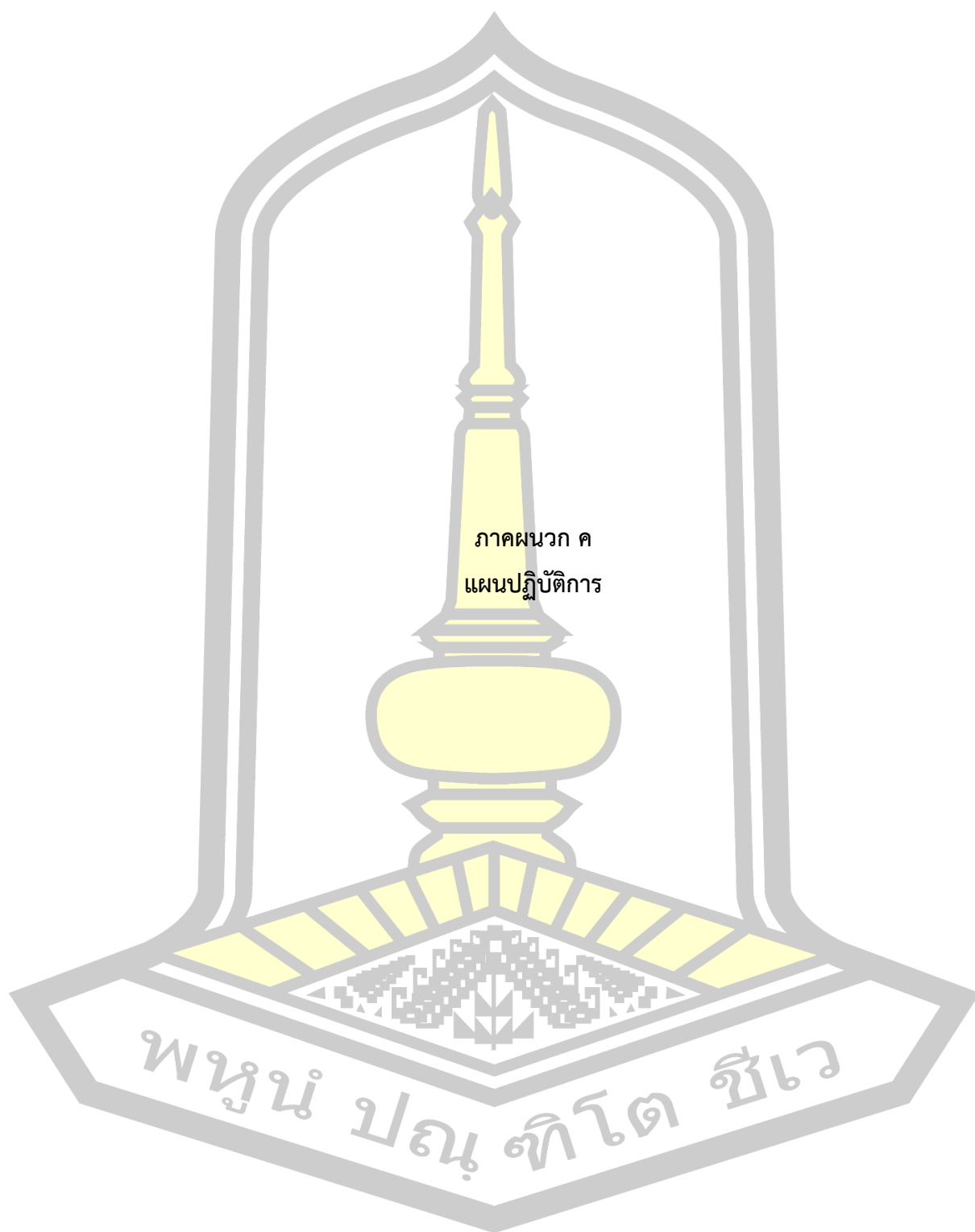


ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมมารบริโภคอาหารตามหลักโภชนาบัญญัติ 9 ประการ จำนวน 9 ข้อ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

โภชนาบัญญัติ 9 ประการ	ระดับความเป็นจริงตรงกับท่าน				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.ท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดูแลน้ำหนักตัวเองเป็นประจำหรือไม่					
2.ท่านกินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อเป็นประจำหรือไม่					
3.ท่านกินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำเป็นประจำหรือไม่					
4.ท่านกินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำหรือไม่					
5.ท่านดื่มนมให้เหมาะสมตามวัยเป็นประจำหรือไม่					
6.ท่านกินอาหารที่มีไขมันแต่พอควรเป็นประจำหรือไม่					
7.ท่านหลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัดเป็นประจำหรือไม่					
8.ท่านกินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อนเป็นประจำหรือไม่					
9.ท่านงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่					





แผนปฏิบัติการวิจัย (Action Plan)

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาล
อุดรธานี 2 อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ระยะเวลาในการดำเนินงาน กรกฎาคม พ.ศ. 2566 - มีนาคม พ.ศ. 2567

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
<u>กิจกรรมที่ 1</u> ศึกษาบริบท สถานการณ์และปัญหาที่พบในพื้นที่ - ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา อุปสรรค และแนวทางการเพื่อพบพบ วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และความ ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุง 2. ประเมินระดับความรู้ด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมวิจัย	1. ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานจัดประชุมทีมอาสาสมัคร เพื่อพบพบน วิเคราะห์ปัญหา สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน 2. ประเมินระดับความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ	<u>ระยะเวลา</u> เดือน กรกฎาคม 2566 <u>สถานที่</u> ห้องประชุม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี <u>เครื่องมือ</u> แผนปฏิบัติการวิจัย <u>อุปกรณ์</u> - สมุดจดบันทึก - คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ งบประมาณ - 300 บาท	1. ได้ทราบบริบท สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาที่เกิดขึ้น ผลกระทบเป็นส่วนต่าง ๆ อุปสรรค และรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน 2. เตรียมข้อมูลก่อนการดำเนินการ 3. ทราบถึงภาวะ สถานการณ์ความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ	1. ได้ข้อมูลภาวะ โภชนาการ ผู้สูงอายุ สถานการณ์ ปัจจุบัน สภาพ ปัญหา อุปสรรค และรูปแบบการพัฒนาการ	- ผู้วิจัย - พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน ร่วมผู้สูงอายุ - อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

ขั้นที่ 1 ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ต่อ

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 2 ประชุมทีมเครือข่ายสุขภาพ เพื่อสรุปสภาพปัญหา อุปสรรค กิจกรรมและแนวทางการพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อชี้แจงข้อมูลสถานการณ์ และปัญหาในพื้นที่ 2. เพื่อคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย 3. เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการ 4. เพื่อมีเครื่องมือในดำเนินงาน รูปแบบการพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย	1. ผู้วิจัยประสานงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อเข้าร่วมประชุมชี้แจง 2. ผู้วิจัยอธิบายเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อดำเนินการวิจัย 3. แต่งตั้งคณะทำงานในการพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย 4. ออกแบบกิจกรรม เครื่องมือ และตรวจสอบ เครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รูปแบบพัฒนาการพัฒนาความร่วมมือภาคีเครือข่าย	ระยะเวลา เดือน เดือน กันยายน 2566 สถานที่ ห้องประชุม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือ - อุปกรณ์ 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. โปรเจ็กเตอร์นำเสนอ 4. กระดาษ งบประมาณ -1500 บาท	1.ทราบข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาในพื้นที่ 2.ได้กลุ่มเป้าหมาย 3.แต่งตั้งคณะกรรมการ ในการทำงาน 4.ดำเนินการเสนอเครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย และวิธีการใช้เครื่องมือในการวิจัย	1.มีข้อมูลสถานการณ์ และปัจจุบัน ปัญหาในพื้นที่ 2.มีกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัย 3.มีคณะทำงาน 4.มีเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินงานวิจัย	-ผู้วิจัย -พยาบาล - ผู้รับผิดชอบงานร่วม - ผู้สูงอายุ -อาสาสมัคร - สาธารณสุข - ประจำหมู่บ้าน -ผู้นำชุมชน

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการตามแผน (Action)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามแผนการศึกษา รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้าน โภชนาการผู้สูงอายุ	1. ดำเนินการตามแผนงานในการ พัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุ 2. ดำเนินกิจกรรมตามโครงการที่ได้ วางแผนไว้	เดือน กันยายน 2566 สถานที่ ห้องประชุม ศูนย์สุขภาพชุมชน เมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2ตำบล หกหมกแซ้ง อำเภอเมือง จังหวัด อุดรธานี เครื่องมือ - สื่อการพัฒนาความรู้ ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ อุปกรณ์ 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. โปรเจกเตอร์ ให้ความรู้ 4. กล้องถ่ายภาพ งบประมาณ - 9000 บาท	1. ดำเนินการตามแผนการ พัฒนาความรู้ด้าน โภชนาการผู้สูงอายุ	1. แผนงาน โครงการ ดำเนินการได้อย่าง มีประสิทธิภาพ 2. ผู้เข้าร่วมวิจัย ทำการวิจัยจนครบ ทุกกิจกรรม 3. มีรูปแบบการ พัฒนางานที่ชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน	- ผู้วิจัย - พยาบาล ผู้รับผิดชอบ งานร่วม ผู้สูงอายุ - อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจําหมู่บ้าน

ขั้นที่ 3 ขั้นตอนการสังเกต (Observation)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4 การติดตามและประเมินผล ตามการดำเนินงาน พัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ	1. ผู้วิจัยร่วมสังเกตทุกกิจกรรม ในการดำเนินงาน พัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมผลที่ได้จากการดำเนินงาน ดำเนินงาน พัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 3. ประเมินผลการดำเนินงาน 4. นิเทศสรุปผลการดำเนินงาน	เดือน มกราคม 2567 สถานที่ ห้องประชุม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือ -แบบประเมินความพึงพอใจ -แบบบันทึกการประชุม อุปกรณ์ 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. กล้องถ่ายภาพ งบประมาณ - 2000 บาท	1. ได้รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 2. ได้ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 3. ทราบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน ทุกชั้น 4. ได้ผลสรุปการดำเนินงาน	1. มีรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 2. มีผลการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 3. ปัญหาและอุปสรรค 4. ได้รับการปรับปรุงแก้ไข	- ผู้วิจัย - พยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน ร่วมผู้สูงอายุ - อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน - ผู้นำชุมชน

ขั้นที่ 4 ชั่งสะท้อนผล (Reflection)

กิจกรรม/วัตถุประสงค์	วิธีดำเนินงาน	ระยะเวลา/สถานที่/เครื่องมือ/อุปกรณ์/งบประมาณ	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ
กิจกรรมที่ 4 การสะท้อนผล เพื่อสะท้อนปัญหาและอุปสรรค และรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานตามแผนรูปแบบพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อรายงานผลการดำเนินงานตามแผน รูปแบบพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ	1. ประชุมสรุปรายงานสะท้อนผลการดำเนินงานตามแผนดำเนินงาน 2. รายงานผลการเปรียบเทียบผล ก่อนและหลังการดำเนินงานตามแผน 3. ประชุมถอดบทเรียน คณะผู้ร่วมวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงาน	เดือน กุมภาพันธ์ 2567 สถานที่ ห้องประชุม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เครื่องมือ - แผนการดำเนินงานวิจัย - แบบสรุปผลการดำเนินงาน อุปกรณ์ 1. สมุดจดบันทึก 2. ปากกา 3. กล้องถ่ายภาพ งบประมาณ - 1000 บาท	1. ได้ผลการสะท้อนถึง ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 2. ได้ทราบผลการเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการดำเนินงานรูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 3. ได้รวมถอดบทเรียนจากการทำงาน รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ	1. มีผลการสะท้อนถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ตามแผนรูปแบบพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการผู้สูงอายุ 2. มีผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินงาน 3. มีข้อมูลการถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน ดำเนินการรูปแบบการพัฒนาการดำเนินงาน ปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น	- ผู้วิจัย - พยาบาล ผู้รับผิดชอบงานร่วมผู้สูงอายุ - อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน - ผู้ประชุม



ภาคผนวก ง

แผนการเรียนรู้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุที่ภาวะน้ำหนักเกิน

พูน ปณ จิโต ชีเว



แผนการเรียนรู้

โปรแกรม

พัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ

ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
น้ำหนักเกิน

พูน ปณ จิโต ชีเว

นางสาวลำไย นะราช

นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คำนำ

แผนการเรียนรู้เรื่องโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน นี้จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการดำเนินงานวิทยานิพนธ์ที่เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ประกอบไปด้วย 6 กิจกรรมหลักรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สื่อบอกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ”

กิจกรรมที่ 2 “ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการ”

กิจกรรมที่ 3 “การฝึกเลือกเมนูอาหารและตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”

กิจกรรมที่ 4 “การสื่อสารด้านโภชนาการ”

ผู้จัดทำหวังว่าแผนการเรียนรู้นี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจและนำไปประยุกต์ใช้และหากผิดพลาดประการใดผู้จัดทำขออภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย

นางสาวลำไย นะราช



**แผนการเรียนรู้เรื่องโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านโภชนาการ
ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน
ครั้งที่ 1**

กิจกรรมที่ 1 “สื่อบอกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ”

กิจกรรมที่ 2 “ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาบัญญัติ 9 ประการและการเลือกรับประทานอาหารตามธงโภชนาการผู้สูงอายุ”

1.ชื่อกิจกรรม “สื่อบอกรักเรียนรู้การเข้าถึงข้อมูลโภชนาการ ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาบัญญัติ 9 ประการและการเลือกรับประทานอาหารตามธงโภชนาการผู้สูงอายุ”

2.วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบแหล่งเรียนรู้ที่จะสามารถให้ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ
- 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องอาหารโภชนาบัญญัติ 9 ประการของผู้สูงอายุ
- 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเลือกรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการผู้สูงอายุ

3.เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ระยะเวลา 80 นาที

4.ขอบเขตเนื้อหาหลัก

- 1) แนะนำแหล่งเรียนรู้ให้ได้เข้าถึงข้อมูลในการเรียนรู้ที่จะสามารถให้ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ
- 2) ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาบัญญัติ 9 ประการ โดยใช้โมเดลอาหาร และแผนภาพประกอบและให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเลือกรับประทานอาหารตามธงโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้โมเดลอาหาร และแผนภาพประกอบ

5.การวัดประเมินผลการจัดกิจกรรม

- 1) แบบสังเกตพฤติกรรมร่วมกิจกรรมและการมีส่วนร่วม
- 2) แบบความพึงพอใจในกิจกรรม
- 3) ผู้เรียนสามารถโต้ตอบ และเข้าถึงข้อมูลอย่างง่ายได้
- 4) ผู้เรียนสามารถโต้ตอบ เรื่องการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุตามหลักธงโภชนาการ

6.ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1) กล่าวทักทายแนะนำตัว วัตถุประสงค์โครงการ และกิจกรรม กิจกรรมละลายพฤติกรรม ทำแบบทดสอบความรู้ก่อน

1. ผู้สูงอายุยืนเป็นแถวหน้ากระดานหันหน้าชนกัน บริเวณกลางห้อง
2. เริ่มเดินถอยหลังที่ละก้าว จนสุดมุมห้องแต่ละด้าน
3. กลับหลังหันเริ่มเดินถอยหลังที่ละก้าว จนเดินมาพบกันที่กลางห้อง
4. ทำซ้ำ 3-4 รอบ

5. เริ่มเดินถอยหลัง และนับเลขถอยหลังร่วมกันเริ่มจาก 20 ..19 ..18 ..17 ไปพร้อมกัน
6. เริ่มเดินถอยหลัง และนับเลขถอยหลังร่วมกันเริ่มจาก 50 .. 49 .. 48 ไปพร้อมกัน
7. ทำซ้ำ 3-4 รอบ
8. รอบสุดท้ายให้หันหน้ามากัน เพื่อทักทาย แนะนำตัวกัน
 - 2) แนะนำแหล่งเรียนรู้ให้ได้เข้าถึงข้อมูลในการเรียนรู้ที่จะสามารถให้ความรู้เพิ่มเติมในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ
 - 3) การบรรยายให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนบัญญัติ 9 ประการและการเลือกรับประทานอาหารตามหลักธงโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้โมเดลอาหาร และแผนภาพประกอบ

โภชนาการ หมายถึง อาหารที่คนเรากินเข้าไปแล้วร่างกายของเราสามารถที่จะนำสารอาหารที่มีอยู่ในอาหารไปใช้ประโยชน์ในการสร้างความเจริญเติบโต ใช้ซ่อมแซมอวัยวะต่างๆที่ชำรุดทรุดโทรม ให้ร่างกายทำงานได้อย่างเป็นปกติสุข

คุณภาพ หมายถึง อาหารที่มีความสด ใหม่ คงสภาพความเป็นอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน ไม่พร่องไปจากกระบวนการผลิต แปรรูป หรือหมดอายุ ที่อาจทำให้สารอาหารที่มีคุณค่าสูญสลายหายไป

ความปลอดภัย หมายถึง อาหารที่ปราศจากสารที่ก่อพิษภัยต่อร่างกาย ทั้งที่อยู่ในรูปของเชื้อโรคและสารเคมีที่เป็นพิษต่างๆ

เราต้องกินอาหารอะไร อย่างไร เท่าใด จึงจะเรียกว่ากินอย่างครบถ้วนเหมาะสม เพียงพอ ไม่มากเกินไป ไม่น้อยไป ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว ความหนักของกิจกรรมที่ทำ และโรคที่เป็น

ฝึกทดสอบจัดรายการอาหารตามคำแนะนำธงโภชนาการ (กินพอ กินครบและปลอดภัย)

(กรณีระยะเวลาสอนน้อย อาจใช้วิธี แบ่งกลุ่ม สุ่มสอบถาม)

1. แจกแผ่นพับธงโภชนาการผู้สูงอายุและแผ่นพับFood Plate 2 1 1
2. จัดรายการอาหาร 1 วันสำหรับผู้สูงอายุตามคำแนะนำแผ่นพับธงโภชนาการผู้สูงอายุและแผ่นพับFood Plate 2 1 1

- 3) กิจกรรมโต้ตอบเลือกชนิดและปริมาณอาหารสำหรับผู้สูงอายุตามหลักธงโภชนาการ มีโมเดลอาหารเสมือนจริงให้ผู้สูงเลือกอาหารที่รับประทานใน 1 มื้ออาหารให้เหมาะสมตามหลักธงโภชนาการผู้สูงอายุ

7.สื่อ/วัสดุอุปกรณ์/แบบวัดประเมิน

1 โมเดลอาหาร



2 แบบสังเกตพฤติกรรม

แบบบันทึกการสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมรายบุคคล

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	พฤติกรรม/ระดับคะแนน															
		ความสนใจใน การทำงานกิจกรรม			การมีส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็น			การตอบคำถาม			การยอมรับฟัง ความคิดเห็น ผู้อื่น			ทำงานตามที่ รับมอบหมาย			รวม
		3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	

ครั้งที่..... เรื่อง.....

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 3 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับ ดี

ระดับ 2 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับ ปานกลาง

ระดับ 1 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับ ปรับปรุง

เกณฑ์การผ่าน ร้อยละ 60 (9 คะแนน)

เกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 15 คะแนน

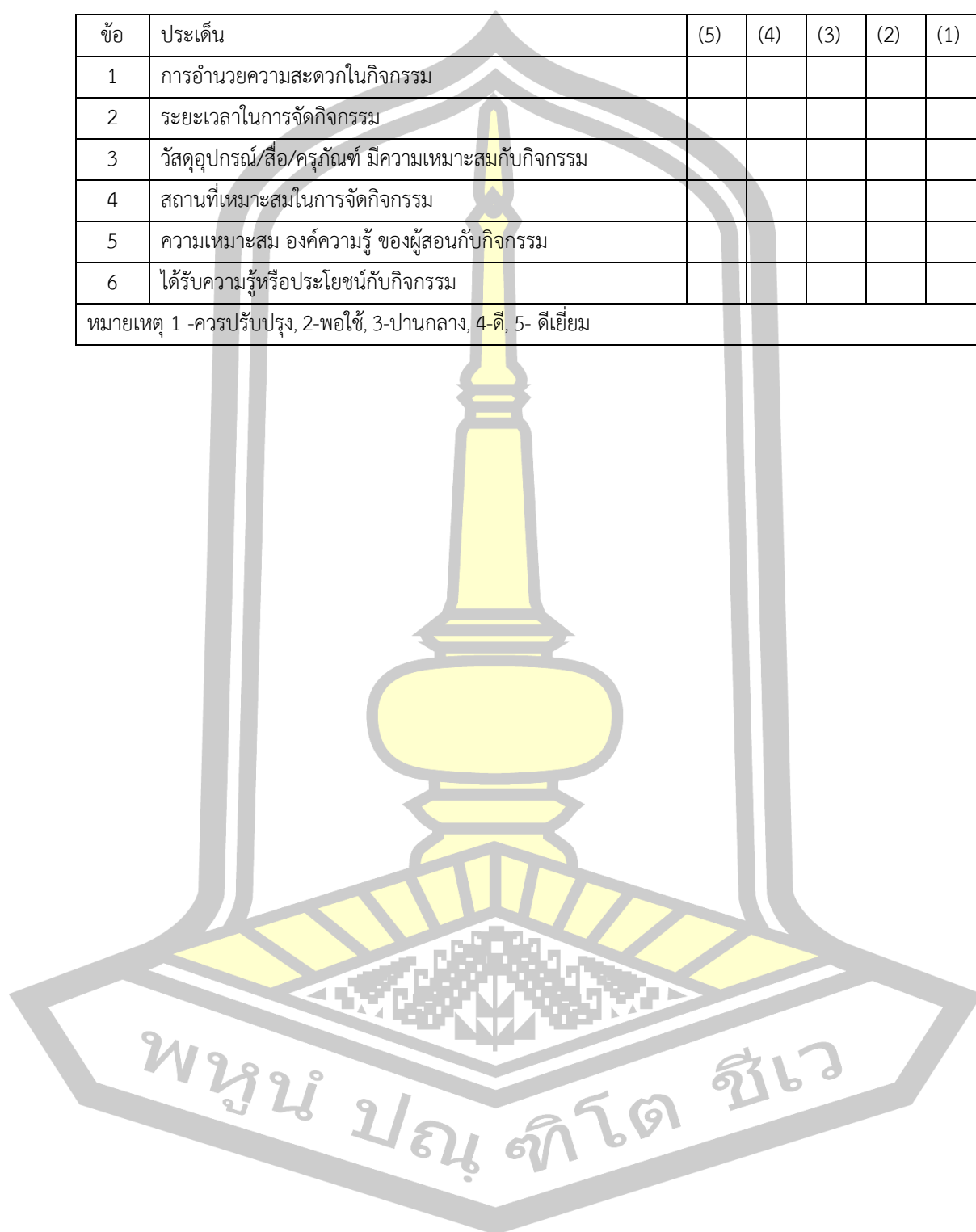
คะแนน 13 - 15 หมายถึง ดี

คะแนน 9 - 12 หมายถึง ปานกลาง

คะแนน 5- 8 หมายถึง ปรับปรุง

3 แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรม

ข้อ	ประเด็น	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	การอำนวยความสะดวกในกิจกรรม					
2	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม					
3	วัสดุอุปกรณ์/สื่อ/ครุภัณฑ์ มีความเหมาะสมกับกิจกรรม					
4	สถานที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม					
5	ความเหมาะสม องค์กรความรู้ ของผู้สอนกับกิจกรรม					
6	ได้รับความรู้หรือประโยชน์กับกิจกรรม					
หมายเหตุ 1 -ควรปรับปรุง, 2-พอใช้, 3-ปานกลาง, 4-ดี, 5- ดีเยี่ยม						



แผนการเรียนรู้เรื่องโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ

ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 3 “การฝึกเลือกเมนูอาหารและการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”

1.ชื่อกิจกรรม “เลือกเมนูอาหารและการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม”

2.วัตถุประสงค์

- 1) ฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม
- 2) การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ระยะเวลา 80 นาที

4.ขอบเขตเนื้อหาหลัก ฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารตามโภชนบัญญัติ 9 ประการ และเลือกรับประทานอาหารตามธงโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้โมเดลอาหาร และแผนภาพประกอบ

5.การวัดประเมินผลการจัดกิจกรรม

- 1) แบบสังเกตพฤติกรรมร่วมกิจกรรมและการมีส่วนร่วม
- 2) แบบความพึงพอใจในกิจกรรม
- 3) ผู้เรียนสามารถเลือกอาหารสำหรับผู้สูงอายุตามหลักธงโภชนาการ

6.ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1) กล่าวทักทายกิจกรรมการกดปุ่มเพื่อกระตุ้นสมอง (Energizing Movement)

1. ใช้นิ้วชี้ นิ้วดัดขมับเบาๆ ทั้งสองข้าง วนเป็นวงกลม หมุนไปและกลับ 10 ครั้ง
2. นวดใบหูด้านนอกเบาๆ กด 5 ครั้ง ทั้งสองข้าง แล้วใช้มือปิดหูเบาๆ
3. ใช้นิ้วโป้งกับนิ้วชี้ วางบริเวณกระดูกคอ ลูบเบาๆ อีกมือวางที่ตำแหน่งสะดือ กวาดตามองจากซ้ายไปขวา และจากพื้นขึ้นเพดาน เปลี่ยนมือทำเช่นเดียวกัน 5 ครั้ง

พูน ปณ จิต ชีเว

2) ฝึกปฏิบัติปรุงประกอบอาหารที่มีคุณค่าโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

บวบยัดไส้กุ้ง-หมูนึ่ง

คุณค่าสารอาหารที่ได้รับ ต่อ 1 ชิ้น			
พลังงาน (แคลอรี)	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)
49.2	0.6	4.49	3.1

ส่วนประกอบอาหาร

1. บวบเหลี่ยม 4 ลูก (20 ท่อน)
2. กุ้งแช่ 200 กรัม
3. หมูสับ 300 กรัม
4. แครอทสับละเอียด 1 ถ้วยตวง
5. ซีอิ๊วขาว 2 ช้อนชา
6. น้ำมันงา 2 ช้อนชา
7. พริกไทย เล็กน้อย
8. ไข่ไก่ 1 ฟอง (แยกไข่แดงไข่ขาว)
9. แป้งข้าวโพดหรือมันสำปะรัง 2 ช้อนโต๊ะ
10. พริกชี้ฟ้าแดงและใบผักชีเล็กน้อยสำหรับตกแต่ง

วิธีทำ

1. ปอกเปลือกบวบหั่นบวบเป็นท่อนสั้นๆ ประมาณ 1 นิ้ว คว้านไส้ออก
2. โขลกพริกไทยเม็ด กระเทียม รากผักชี ใส่กุ้งสับและหมูสับโขลกให้เข้ากัน
3. ใส่แครอทสับ ไข่ขาว แป้งมันสำปะหลัง ผสมให้เข้ากัน ปรุงรสด้วยซีอิ๊วขาว น้ำมันงา หมักไว้ 10 นาที
4. นำส่วนผสมที่หมักไว้แล้วมายัดใส่บวบ โรยหน้าด้วยพริกแดง ผักชี นำไปนึ่ง 15 นาที พอสุกจัดใส่จานเสิร์ฟ

3) เสริมพลังการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

กระดาษนกพาฝัน เขียน สิ่งที่เราจะให้เกิดในกระดาษ A4 เกี่ยวกับ สุขภาพ การเลือกรับประทานอาหาร พร้อมพับกระดาษ A4 เป็นนกพร้อมทั้งกิจกรรม ตั้งสมาธิ

1. วางมือซ้อนกันที่ด้านหน้า หายใจเข้าช้าๆ ลึกๆ ยกแขนขึ้นเหนือศีรษะ เลื่อนมือลง หายใจออกช้าๆ แล้ววาดมือออกเป็นวงกลม วางมือไว้ที่เดิม แล้วสลับมือ
2. ใช้นิ้วมือทั้งสองข้างวางที่เหนือคิ้ว ค่อยๆ เหยียดมือไปให้สุดทำยทอด 3 ครั้ง แล้วใช้นิ้วมือทั้งสองข้างเคาะเบาๆ หัวศีรษะ จากกลางศีรษะออกมาด้านขวาและด้านซ้ายพร้อมๆ กัน
3. ใช้นิ้วมือทั้งสองข้างปิดตาที่ลืมอยู่เบาๆ ให้สนิท พร้อมสูดหายใจเข้าลึกๆ จนมองเห็นเป็นสีดำสนิทสักพัก แล้วค่อยๆ ลืมตา

7.สื่อ/วัสดุอุปกรณ์/แบบวัดประเมิน

1 เครื่องปรังอาหาร



2 แบบสังเกตพฤติกรรม

แบบบันทึกการสังเกตและประเมินผลพฤติกรรมรายบุคคล

ครั้งที่..... เรื่อง.....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	พฤติกรรม/ระดับคะแนน															
		ความสนใจในการทำกิจกรรม			การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น			การตอบคำถาม			การยอมรับฟังความคิดเห็นผู้อื่น			ทำงานตามที่รับมอบหมาย			รวม
		3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 3 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับ ดี

ระดับ 2 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับ ปานกลาง

ระดับ 1 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับ ปรับปรุง

เกณฑ์การผ่าน ร้อยละ 60 (9 คะแนน)

เกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 15 คะแนน

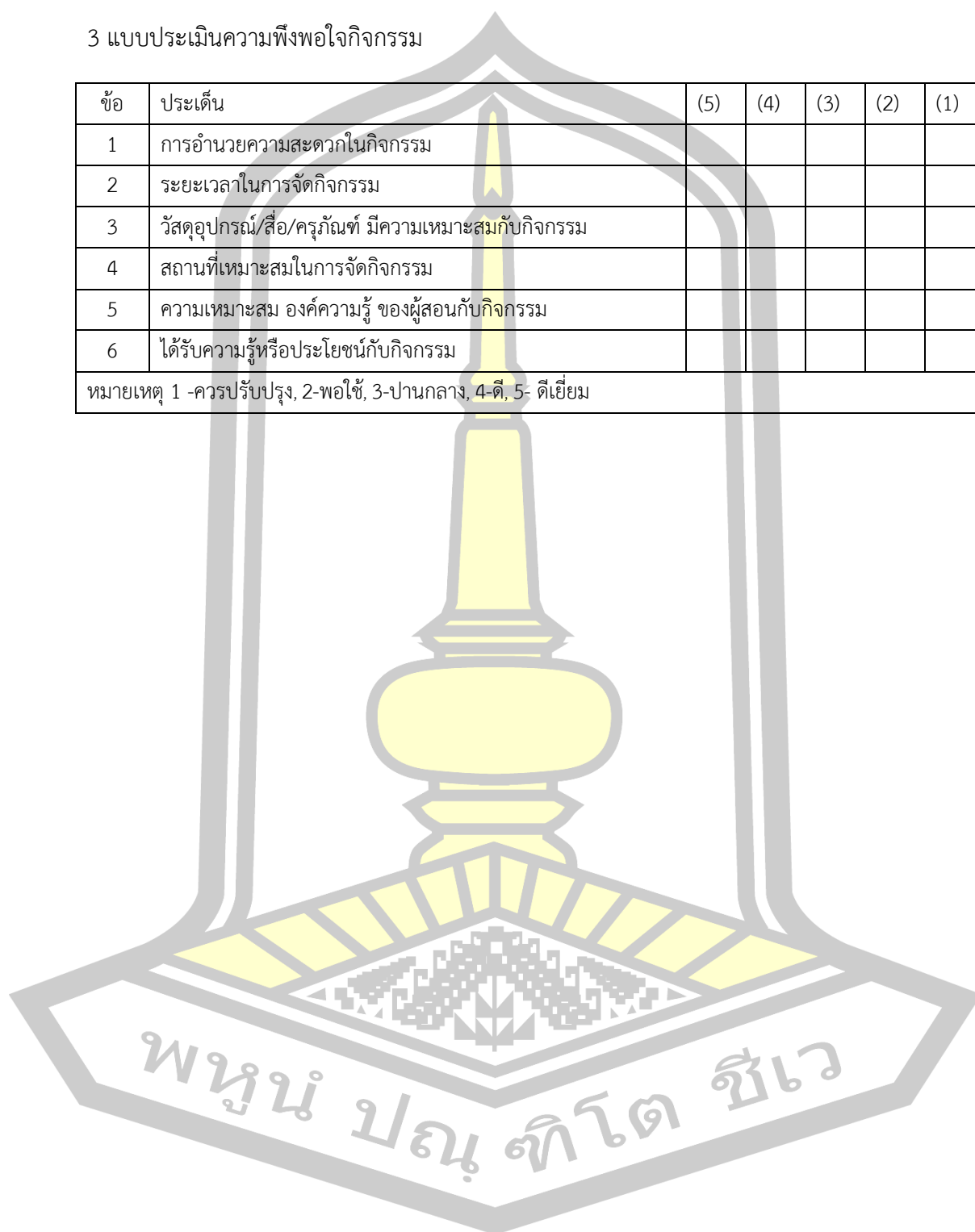
คะแนน 13 - 15 หมายถึง ดี

คะแนน 9 - 12 หมายถึง ปานกลาง

คะแนน 5- 8 หมายถึง ปรับปรุง

3 แบบประเมินความพึงพอใจกิจกรรม

ข้อ	ประเด็น	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
1	การอำนวยความสะดวกในกิจกรรม					
2	ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม					
3	วัสดุอุปกรณ์/สื่อ/ครุภัณฑ์ มีความเหมาะสมกับกิจกรรม					
4	สถานที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม					
5	ความเหมาะสม องค์ความรู้ ของผู้สอนกับกิจกรรม					
6	ได้รับความรู้หรือประโยชน์กับกิจกรรม					
หมายเหตุ 1 -ควรปรับปรุง, 2-พอใช้, 3-ปานกลาง, 4-ดี, 5- ดีเยี่ยม						



แผนการเรียนรู้เรื่องโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ

ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน

ครั้งที่ 3

กิจกรรมที่ 4 “การสื่อสารด้านโภชนาการ”

1.ชื่อกิจกรรม “การสื่อสารด้านโภชนาการ”

2.วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อการสื่อสารด้านโภชนาการ
- 2) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการบริโภคอาหารที่ผ่านมา
- 3) เพื่อประเด็นในการซักถาม อภิปรายเรื่องการรับประทานอาหาร และความสนใจด้านโภชนาการอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง

3.เวลาที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ระยะเวลา 80 นาที

4.ขอบเขตเนื้อหาหลัก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการบริโภคอาหาร

5.การวัดประเมินผลการจัดกิจกรรม

- 1) แบบสังเกตพฤติกรรมการร่วมกิจกรรมและการมีส่วนร่วม
- 2) แบบความพึงพอใจในกิจกรรม
- 3) ผู้เรียนสามารถโต้ตอบ เรื่องการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุตามหลักธงโภชนาการ

6.ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

- 1) กล่าวทักทายแนะนำตัว จับคู่ผ่อนคลาย
 1. จัดเก้าอี้ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนั่งเป็นคู่ (จัดคู่ที่ไม่รู้จัก ไม่คุ้นเคยกัน)
 2. ข้อตกลง
 - 2.1 ผู้พูด ระบาย
 - 2.2 ผู้ฟังห้ามพูด ห้ามออกความคิดเห็นใดๆ
 3. สลับ ผู้พูดเป็นผู้ฟัง ผู้ฟังเป็นผู้พูด
 4. สรุปกิจกรรมสั้นๆ โดยผู้สูงอายุเองว่า ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อเป็นผู้พูด และเป็นผู้ฟัง
- 2) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการบริโภคอาหารที่ผ่านมา
- 3) เปิดประเด็นในการซักถาม อภิปรายเรื่องการรับประทานอาหาร และความสนใจด้านโภชนาการอื่น ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง
- 4) การค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการ
- 5) จับเข้าคู่เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้/วางแผนดูแลสุขภาพของตนเองและเพื่อนๆ ในกลุ่ม

ใบความรู้ที่ 1

เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ : อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ในวัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะทางร่างกาย แต่คงไม่เท่ากันทุกคน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมถอย การเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกาย ผู้สูงอายุ จึงมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเหมือนบุคคลวัยอื่น ๆ เพียงแต่ต้องการในปริมาณที่ลดน้อยลง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืน ควรกินให้เป็น คือ ปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ

ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทยหรือโภชนบัญญัติ 9 ประการ

1. กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

1.1 กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย ประเทศไทย แบ่งอาหารเป็น 5 หมู่ ดังนี้

หมู่ที่ 1 นม ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้งและงา

หมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง เผือก มัน น้ำตาล

หมู่ที่ 3 ผักต่างๆ

หมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆ

หมู่ที่ 5 ไขมันและน้ำมันจากพืชและสัตว์

ในวันหนึ่ง ๆ ผู้สูงอายุ ควรเลือกกินอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่พอเหมาะ และแต่ละหมู่ ควรเลือกกินให้หลากหลาย เพื่อให้ได้สารอาหารต่าง ๆ ครบตามความต้องการของร่างกาย

1.2 หมั่นดื่มน้ำหนักตัว

ผู้สูงอายุ หมั่นดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรชั่งน้ำหนักตัว อย่างน้อย เดือนละครั้ง

การประเมินว่าน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่ ทำได้หลายวิธี

1.2.1 การประเมินด้วยสายตา วิธีนี้ใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวน้อย ผอมมาก ๆ หรือผู้สูงอายุที่อ้วนมาก สามารถดูด้วยตา เริ่มจากใช้หลักง่าย ๆ โดยยืนตัวตรง มองปลายเท้าของตัวเอง โดยไม่เอี้ยวตัวหรือก้ม ถ้ามองเห็นปลายนิ้วเท้า แสดงว่าอ้วน หรือดูเงาตนเองในกระจกว่ามีไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากกว่าที่ควรจะเป็นหรือไม่

ลักษณะของความอ้วน มี 3 ลักษณะ

- อ้วนแบบผลแอปเปิ้ล มีไขมันสะสมบริเวณส่วนบนของร่างกาย บริเวณท้อง กลางลำตัว
- อ้วนแบบลูกแพร์ มีไขมันสะสมบริเวณส่วนล่างของร่างกาย ขาหนีบ สะโพก และตามแขน ขา
- อ้วนแบบผลส้ม อ้วน กลมทั้งตัว

1.2.2 การใช้สัดส่วนของรอบเอวหารด้วยรอบสะโพก โดยการวัดเส้นรอบเอวและเส้นรอบสะโพก แล้วนำไปคำนวณหาอัตราส่วนของเส้นรอบเอวต่อเส้นรอบสะโพก (Waist Hip Ratio : WHR)

$$\text{ซึ่งมีสูตร} = \frac{\text{รอบเอว}}{\text{รอบสะโพก}}$$

ผู้ชาย ค่า WHR ไม่ควรเกิน 1.0 } ถ้าค่า WHR เกินที่กำหนดแสดงว่าอ้วน
ผู้หญิง ค่า WHR ไม่ควรเกิน 0.8 }

1.2.3 การหาค่าดัชนีมวลกาย โดยการชั่งน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม วัดส่วนสูง เป็นเมตร แล้วนำไปคำนวณโดยใช้สูตร

$$\text{ดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ดัชนีมวลกาย

น้อยกว่า 18.5 กก./ม² = ผอมหรือน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
18.5 - 24.9 กก./ม² = น้ำหนักตัวปกติ
25.0 - 29.9 กก./ม² = น้ำหนักเกิน
ตั้งแต่ 30 กก./ม² = โรคอ้วน

หากน้ำหนักตัวน้อย ผู้สูงอายุควร

- กินอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น เช่น เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อปลา นม ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ผัก ผลไม้
- ออกกำลังกายเพื่อกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร
- พักผ่อนให้เพียงพอ
- ทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่เครียด

หากน้ำหนักตัวมากผู้สูงอายุควร

- กินอาหารให้หลากหลายครบ 5 หมู่ ทั้ง 3 มื้อแต่ลดปริมาณลดอาหารประเภทไขมัน แป้ง น้ำตาล อาหารรสหวานและเครื่องดื่มที่ปรุงแต่งรสหวาน
- กินผัก ผลไม้ รสไม่หวานจัด ให้มากขึ้น
- ไม่กินจุบจิบ
- ออกกำลังกาย และให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวใช้พลังงาน
- มีความตั้งใจ มุ่งมั่นที่จะลดน้ำหนัก

2. กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ

ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงาน สารอาหาร ที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน ผลิตภัณฑ์จากข้าวและธัญพืชอื่น ๆ ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน เส้นหมี่ บะหมี่ วุ้นเส้น ตลอดจนแป้งต่าง ๆ ให้พลังงานเช่นเดียวกัน

ผู้สูงอายุ ควรกินข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ เพราะมีสารอาหารโปรตีน ไขมัน ไยอาหาร แร่ธาตุ และวิตามินในปริมาณที่สูงกว่าข้าวที่ขัดสีจนขาว

หากร่างกายได้รับอาหารประเภทข้าวและแป้งเกินความต้องการ จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมัน เก็บไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเมื่อสะสมมากขึ้น ทำให้เกิดโรคอ้วนได้

3. กินพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ

พืช ผัก และผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน เช่น เบต้าแคโรทีน วิตามินซี และแร่ธาตุ รวมทั้งสารอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น ไฟเบอร์ ซึ่งช่วยในการขับถ่าย และนำคอเลสเตอรอล สารพิษที่ก่อมะเร็งบางชนิดออกจากร่างกาย

ผู้สูงอายุ ควรกินพืชผักให้หลากหลาย ทั้งผักสีเขียว สีเหลือง สลับกันไป แต่ควรต้มผักให้สุก หรือนึ่งจนสุก ไม่ควรบริโภคผักดิบเพราะย่อยยากและอาจเกิดปัญหาท้องอืด ท้องเฟ้อได้ ผลไม้ ควรกินเป็นประจำ แต่ควรจำกัดปริมาณการกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ลำไยทุเรียน ขนุน เป็นต้น

ผู้สูงอายุ ควรกินผักและผลไม้ตามฤดูกาล

4. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ

อาหารกลุ่มนี้ให้สารอาหารโปรตีน ช่วยในการเสริมสร้างร่างกายให้เจริญเติบโต และซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติ

ปลา เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันต่ำ เหมาะกับผู้สูงอายุ แต่ต้องระวังก้างปลาขณะรับประทาน

ถ้ากินปลาเล็กปลาน้อย ปลากระป๋อง จะได้แคลเซียม ทำให้กระดูกและฟันแข็งแรง ถ้ากินปลาทะเล ซึ่งมีสารไอโอดีนจะป้องกันการขาดสารไอโอดีนได้

เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถ้ากินจะลดการสะสมของไขมันในร่างกายการประกอบและปรุงเนื้อสัตว์ ควรสับให้ละเอียด และต้มให้เปื่อยเพื่อให้ผู้สูงอายุสะดวกต่อการเคี้ยว และการย่อยอาหาร

ไข่ ให้สารอาหารโปรตีนและแร่ธาตุหลักในปริมาณสูง ผู้สูงอายุ ที่มีภาวะโภชนาการปกติ กินไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง และควรปรับปรุงไข่ให้สุกด้วยความร้อน

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี หาง่าย ราคาถูกถั่วเมล็ดแห้งนำมาประกอบอาหารได้ทั้งอาหารคาว-หวาน หรือจะบริโภคในรูปของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้ อาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วกวน ขนมใส่ถั่วต่าง ๆ ควรกินสลับกับเนื้อสัตว์ เป็นประจำ

งาดำ อุดมด้วยโปรตีน ไขมัน วิตามินอี แคลเซียม

ผู้สูงอายุ ควรกินงาดำเป็นประจำ

5. ตีมนมให้เหมาะสมตามวัย

นม เป็นแหล่งของสารอาหารแคลเซียม และฟอสฟอรัส ช่วยให้กระดูกและฟัน แข็งแรง และยังเป็นแหล่งโปรตีน วิตามินบีสอง

ผู้สูงอายุ ควรตีมนมพร่องมันเนย วันละ 1 แก้ว ควบคู่กับการออกกำลังกาย จะทำให้กระดูกแข็งแรง ชะลอความเสื่อมสลายของกระดูก

ผู้สูงอายุ บางคนไม่สามารถตีนมสดได้ เกิดปัญหาท้องเดินหรือท้องอืด แต่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการตีนมโดยการตีนมครั้งละน้อย ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น หรือตีนมหลังอาหาร หรือเปลี่ยนเป็นโยเกิร์ตชนิดครีม

น้ำเต้าหู้ ให้สารอาหารโปรตีน วิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่มีแคลเซียมน้อยกว่านมวัว

ผู้สูงอายุ ตีได้เป็นประจำเช่นกัน

6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร

ไขมันให้พลังงาน ความอบอุ่นแก่ร่างกาย และเป็นตัวนำวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น เอ ดี อี เค ไขมันในอาหารมีทั้งประเภทไขมันอิ่มตัว และไขมันไม่อิ่มตัว

ไขมันอิ่มตัวได้จาก เนื้อสัตว์ หนังสัตว์ น้ำมันจากพืช เครื่องในสัตว์ อาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง ตับ ปลาหมึก หอยนางรม ถ้ากินมาก จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ

ผู้สูงอายุ

- ควรกินอาหารประเภททอด ผัด และแกงกะทิแต่พอควร
- เลือกกินอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง (ที่ไม่ไหม้เกรียม) อบ ยำ แกงไม่ใส่กะทิ

เป็นประจำ

7. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

- การกินอาหารรสหวานมาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคหัวใจและหลอดเลือดได้
- การกินอาหารรสเค็มจัด เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ผู้สูงอายุ ควรหลีกเลี่ยงขนมหวาน เครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน อาหารหมักดอง อาทิ เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง ไข่เค็ม ปลาร้า ปลาเค็ม เนื้อเค็ม เต้าเจี้ยว เป็นต้น ขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ ขนมอบฟู แบบฝรั่ง

8. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน

สารปนเปื้อนในอาหาร หมายถึง สารที่ปนเปื้อนมากับอาหารซึ่งเกิดจาก

- กระบวนการผลิต ประุง ประกอบ
- การจำหน่ายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ เช่น ตามแผงลอยบนบาทวิถี

- การใช้สารปรุงแต่งอาหารที่ไม่ได้มาตรฐานและการใช้ เช่น สารบอแรกซ์ ฟอรัมาลิน สารฟอกขาว
- การใช้สีสังเคราะห์ในปริมาณมาก หรือใช้สีย้อมผ้า
- ยาฆ่าแมลง
- สารกันรา
- สารพิษจากพืชและสัตว์ตามธรรมชาติ

ผู้สูงอายุ ควรจะต้องรู้จักวิธีการเลือกซื้อ ปรุง ประกอบอาหารให้สะอาดและปลอดภัย

9. จดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคมะเร็งหลอดอาหาร เป็นต้น

ผู้สูงอายุ ที่ดื่มเป็นประจำ ต้องลดปริมาณการดื่มให้น้อยหากงดดื่มได้ ก็จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

เมื่อผู้สูงอายุ ได้ปฏิบัติตามโภชนบัญญัติ 9 ประการแล้วต้องรู้จักเลือกกินอาหารให้ได้สัดส่วนในปริมาณที่เหมาะสม ตามธงโภชนาการ

สัดส่วนอาหารของธงโภชนาการ



ปริมาณอาหารที่แนะนำในแต่ละวันสำหรับผู้สูงอายุ

กลุ่มอาหาร	หน่วย	พลังงาน (กิโลแคลอรี) 1,600
กลุ่มข้าว-แป้ง	ทัพพี	8
ผัก	ทัพพี	6
ผลไม้	ส่วน	4
เนื้อสัตว์	ช้อนกินข้าว	6
นม	แก้ว	1
น้ำมัน น้ำตาล และเกลือ	ช้อนชา	กินแต่น้อยเท่าที่จำเป็น

ตามตารางข้างต้น หน่วยตวงวัดที่ใช้เป็นหน่วยที่ใช้ในครัวเรือน เช่น ทัพพี ช้อนกินข้าว และแก้ว ยกเว้นผลไม้ แนะนำเป็นส่วน

กินอาหารให้หลากหลายในแต่ละกลุ่มอาหาร

ผู้สูงอายุ กินอาหารสลับสับเปลี่ยนชนิดของอาหารในกลุ่มเดียวกันได้ แต่ไม่สามารถกินสลับเปลี่ยนทดแทนอาหารต่างกลุ่มได้ เนื่องจากพลังงานและปริมาณสารอาหารไม่เท่ากัน

ข้าว - แป้ง	ข้าวสุก 1 ทัพพี (60 กรัม) = ข้าวเหนียว ½ ทัพพี (35 กรัม) = ก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี (60 กรัม) = ขนมจีน 1 จับ (60 กรัม) = ขนมปัง 1 แผ่น (30 กรัม)
ผัก	(1 ทัพพี = 40 กรัม) พริกทอง 1 ทัพพี = ผักคะน้าสุก 1 ทัพพี = ผักบุ้งจีนสุก 1 ทัพพี = แตงกวาดิบ 2 ผลกลาง
ผลไม้	1 ส่วน = เงาะ 4 ผล = ฝรั่ง ½ ผลกลาง = กัลยน้ำหว่า 1 ผล = ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ = มะม่วงดิบ ½ ผล = สับปะรด หรือมะระกอสุก หรือแตงโม 6-8 ชิ้นพอคำ = ลองกองหรือลำไยหรือองุ่น 6-8 ผล
เนื้อสัตว์	ปลาทุ 1 ช้อนกินข้าว (1/2 ตัวขนาดกลาง) = เนื้อหมู 1 ช้อนกินข้าว = ไข่ไก่ ½ ฟอง = เต้าหู้ขาวแข็ง ¼ ช้อน = ถั่วเมล็ดแห้งสุก 2 ช้อนกินข้าว
นม	นมสด 1 แก้ว = โยเกิร์ต 1 ถ้วย = นมพร่องมันเนย 1 แก้ว

หมายเหตุ ถ้าไม่ดื่มนมให้กินปลากระป๋อง 2 ชิ้น หรือปลาเล็ก ปลาน้อย 2 ช้อนกินข้าว หรือเต้าหู้แข็ง 1 แผ่น

ตัวอย่างเครื่องต้มเพื่อสุขภาพ

น้ำถั่ว 5 สี ปั่น

ส่วนประกอบ สำหรับ 1 คน

• ถั่วแดง	2	ซ็อนกินข้าว (30 กรัม)
• ถั่วดำ	1	ซ็อนกินข้าว (15 กรัม)
• ถั่วขาว	1	ซ็อนกินข้าว (15 กรัม)
• ถั่วเขียว	1	ซ็อนกินข้าว (15 กรัม)
• ถั่วเหลือง	1	ซ็อนกินข้าว (15 กรัม)
• นมพร่องมันเนย	50	มิลลิลิตร
• น้ำเปล่า	50	,มิลลิลิตร
• น้ำเชื่อมความหวาน 5%	50	มิลลิลิตร
• น้ำแข็ง	1/2	แก้ว

วิธีทำ

1. ล้างถั่วแต่ละชนิดให้สะอาด แช่ทิ้งไว้ 1 คืน จากนั้นนำถั่วแต่ละชนิดมาสะเด็ดน้ำ และนำถั่วแต่ละชนิดไปต้มให้สุกนิ่ม (ไม่ต้มรวมกัน เพราะถั่วจะสุกไม่พร้อมกัน)
2. ตักถั่วแต่ละชนิดที่สุกแล้วใส่ถ้วยหรือจาน วางพักไว้ให้ถั่วหายร้อน
3. นำถั่วแต่ละชนิดที่เย็นลงแล้วมาปั่นรวมกันในเครื่องปั่น ใส่ น้ำแข็ง นมพร่องมันเนย น้ำเปล่า น้ำเชื่อม แล้วปั่นให้เข้ากัน จนถั่วละเอียด
4. เทใส่แก้วพร้อมเสิร์ฟ

คุณค่าทางโภชนาการของน้ำถั่ว 5 สี ปั่น สำหรับ 1 คน

พลังงาน (กิโลแคลอรี)	197.01
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	31.13
โปรตีน (กรัม)	12.71
ไขมัน (กรัม)	2.44
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	136.08
โพแทสเซียม (มิลลิกรัม)	698.17
โซเดียม (มิลลิกรัม)	39.79
ใยอาหาร (กรัม)	9.54

น้ำคั้นฉ่าย

ส่วนประกอบ สำหรับ 4 คน

- คื่นฉ่าย 3 ทัพพี 120 กรัม
- น้ำตาลทรายแดง ½ ช้อนกินข้าว 8 กรัม
- น้ำเปล่าต้มสุก 4 แก้ว 800 มิลลิลิตร

วิธีทำ

1. ต้มน้ำให้เดือด จากนั้นแบ่งน้ำส่วนหนึ่งใส่น้ำตาลทรายแดงทำเป็นน้ำเชื่อม เตรียมไว้
2. ล้างคื่นฉ่ายให้สะอาด แล้วหั่นเป็นท่อนสั้นๆ
3. ปั่นคื่นฉ่ายกับน้ำที่ต้มเตรียมไว้ให้ละเอียด
4. เทกรองเอาแต่น้ำ เติมน้ำเชื่อม ผสมให้เข้ากัน เก็บในตู้เย็นพร้อมดื่ม หรือดื่มร้อนๆ

ประโยชน์ของคื่นฉ่าย อุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระจำพวกฟลาโวนอยด์ และยังเป็นแหล่งวิตามินเอ เค รวมทั้งแร่ธาตุโปตัสเซียมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจ

คุณค่าทางโภชนาการ สำหรับ 1 คน

พลังงาน (กิโลแคลอรี)	16
คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	3.4
โปรตีน (กรัม)	0.5
ไขมัน (กรัม)	0.1
แคลเซียม (มิลลิกรัม)	45.3
โพแทสเซียม (มิลลิกรัม)	105.6
โซเดียม (มิลลิกรัม)	37.5
ใยอาหาร (กรัม)	0.8

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวลำไย นະราช
วันเกิด	วันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2536
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 105 หมู่ 10 บ้านแก่นคำ ตำบลนาสีนวล อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม 44110
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี 2 เลขที่ 135 ถนนอำเภอ ตำบลหมากแข้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2548 ประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบ้านนาสีนวล อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2554 มัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนพยัคฆภูมิวิทยาคาร อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2559 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พ.ศ. 2567 ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทัต ชีเว