

## ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

นิริรัตน์ บุญตานนท์\* คินาท แชนอก\*\* และนาริรัตน์ สุรพัฒน์ชาติ\*\*

*ประวัติการตีพิมพ์บทความ*

รับบทความ: 29 พฤศจิกายน 2561

รับบทความที่แก้ไข: 30 เมษายน 2562

ตอบรับเพื่อตีพิมพ์: 2 พฤษภาคม 2562

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จำนวน 34 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ 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 แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $<0.001$  เมื่อใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านโภชนาการ, ผู้สูงอายุ, โภชนาการ

\* นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Corresponding author: นิริรัตน์ บุญตานนท์ Email: drnest@hotmail.com

## The Effectiveness of Nutritional Literacy Promotion for Elderly in Outpatient Unit, Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

Nithirat Boontanon\* Sinart Kaenork\*\* and Nareerat Surapatthanachart\*\*

### Article History

*Received: November 29, 2018*

*Revised: April 30, 2019*

*Accepted: May 2, 2019*

### Abstract

This study was a two-group quasi-experimental research. The purposes of this study were to evaluate the effectiveness of nutritional literacy promotion program for elderly and to compare nutritional literacy scores of the elderly before and after of both experimental and comparison groups. The experimental group was 34 elderly who attended Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima and received the nutritional literacy promotion program for elderly three times, with a 4-week interval between each time. The comparison group was 34 elderly who regularly attended Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 4, Saraburi. The data were collected by using a questionnaire developed by the researcher. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, t-tests and Analyses of Covariance (ANCOVA). After the experiment, the results showed that the experimental group had higher mean score of overall nutritional literacy and the aspect of access to nutritional information, understanding, questioning, decision-making, behavioral modification and referral with statistically significance at  $<0.001$ . The experimental group had significantly different after-program mean score of overall nutritional literacy and all aspects from comparison group at  $<0.001$ , when using before-program mean score of nutritional literacy as a covariance.

**Keywords:** Nutritional literacy; Elderly; Nutrition

---

\* Medical Physician, Professional Level; Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

\*\* Registered Nurse, Professional Level; Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima

Corresponding author: Nithirat Boontanon Email: drnest@hotmail.com

## บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และในปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุกว่า 11 ล้านคน<sup>(1)</sup> หรือคิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งประเทศ โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งทำให้ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ คือมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรในประเทศ ในปี พ.ศ. 2564<sup>(1)</sup> ประเทศไทยได้มีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านเรือนที่ปลอดภัย สนับสนุนให้คนในครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ การสร้างกลไกการเฝ้าระวังในชุมชน การจัดบริการสาธารณสุขที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ การส่งเสริมการจ้างงานแต่อย่างใดก็ตาม ปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลอันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา หรือแม้แต่ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเอง<sup>(2-8)</sup>

ภาวะโภชนาการมีความสำคัญกับผู้สูงอายุเนื่องจากหากผู้สูงอายุสามารถได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง และสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพจนส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ การศึกษาของ Saka และคณะ<sup>(2)</sup> พบว่าผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคของผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ทั้งสมองเสื่อม นอนไม่หลับ ขับถ่ายลำบาก และโรคระบบประสาทอื่นๆ นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหารยังต้องการการดูแลจาก

ผู้ดูแล (Caregiver) มากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shakersain<sup>(3)</sup> ซึ่งติดตามผู้สูงอายุในประเทศสวีเดนพบว่า ผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหารมีโอกาสเสียชีวิตเร็วกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติถึง 3 ปี โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีภาวะโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุนั้นประกอบไปด้วยปัจจัยที่หลากหลายแต่หนึ่งในนั้น คือการที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านโภชนาการที่ดี

ความรู้รอบรู้ด้านโภชนาการ (Nutritional literacy) คือ ความฉลาดที่บุคคลจะมีภาวะโภชนาการที่ดี หรือเหมาะสม<sup>(9)</sup> โดยความรู้รอบรู้ด้านโภชนาการของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันออกไปตามอายุ สถานภาพ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา หรือภาวะโภชนาการที่เป็นอยู่<sup>(9)</sup> ความรอบรู้ด้านโภชนาการประกอบด้วยความสามารถประเมินภาวะโภชนาการและการเลือกรับประทานอาหาร ความสามารถในการค้นหาความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการปฏิบัติได้จริง ความสามารถในการเผยแพร่ความรู้ไปสู่บุคคลอื่น และความสามารถทางอ้อมอื่นๆ ที่จะส่งผลต่อการมีความรอบรู้ด้านโภชนาการ<sup>(9)</sup> และสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) การเข้าใจด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) การบอกต่อ จากการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี<sup>(10)</sup> พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค มีพฤติกรรมสุขภาพสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ นอกจากนั้น Abedelwahed และคณะ<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาผลลัพธ์ของการให้โปรแกรมการศึกษา ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในชนบทของประเทศ อียิปต์ พบว่า การให้โปรแกรมการศึกษาด้าน โภชนาการทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการ ที่เหมาะสมเพิ่มมากขึ้นในระยะเวลา 3 เดือน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย ที่ 9 นครราชสีมาเป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการพัฒนา นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริม ให้ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 9 มีสุขภาพดี โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดวิสัยทัศน์ ในการเป็นโรงพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ด้วยการบูรณาการการรักษาโรคเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนา สุขภาพผู้สูงอายุแก่สถานพยาบาลอื่น ๆ ในเขตพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสร้าง แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการ ที่ดี อันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม การส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งก่อนและหลัง การศึกษา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

## สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับโปรแกรม คะแนนความ รอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่าก่อนการได้รับโปรแกรม
2. หลังได้รับโปรแกรม คะแนนความ รอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง มีค่ามากกว่าคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุกลุ่มเปรียบเทียบ

## รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษาแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 31 สิงหาคม 2561

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า จิราภรณ์ ชวงค์ และ ปฎิญา ก้องสกุล<sup>(12)</sup> ได้ศึกษาผลของการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดัน โลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ พบว่าค่าเฉลี่ยความรู้ ก่อนการทดลอง  $9.00 \pm 1.508$  คะแนน ค่าเฉลี่ย ความรู้หลังการทดลอง  $10.17 \pm 1.206$  คะแนน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยตั้งค่าสมมติฐานแบบทิศทางเดียว โดยใช้สูตรคำนวณขนาดเป้าหมาย 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเป็นอิสระต่อกัน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน และเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างที่อาจสูญหายจากการศึกษา จึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา กลุ่มละ 34 คน จำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ รวมทั้งสิ้น 68 คน

#### **การสุ่มตัวอย่าง**

การศึกษานี้ ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ Purposive sampling จากผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มทดลองจะเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา และกลุ่มเปรียบเทียบจะเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี

#### **เกณฑ์การคัดเข้า**

1. ผู้ชาย และผู้หญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 80 ปีบริบูรณ์
2. สื่อสารได้ อ่านหนังสือออก
3. เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

#### **เกณฑ์การคัดออก**

1. มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ไข้สูง เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน ความดันโลหิตสูงมาก แขนขาอ่อนแรงเฉียบพลัน อุบัติเหตุ เป็นต้น
2. ไม่สามารถเข้ารับการติดตามผลของโปรแกรมได้

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

2 ส่วน คือ

1. โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ประยุกต์กรอบแนวคิดของโปรแกรมฯ จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย<sup>(8)</sup> ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ 2) ความเข้าใจด้านโภชนาการ 3) การโต้ตอบซักถาม 4) การตัดสินใจ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม และ 6) การบอกต่อ โดยโปรแกรมฯ ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 4 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละไม่เกิน 30 นาที โดยมีการสอนแบบบรรยาย ถามตอบ ผูกทักษะ และการใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ ส่วนขั้นตอนการประเมินผลของโปรแกรม ใช้แบบสอบถามคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประเมินผลหลังการเรียนรู้ครบ 3 ครั้งทันที ซึ่งรายละเอียดโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ มีดังนี้

**ครั้งที่ 1 การประเมินภาวะโภชนาการ และการเลือกรับประทานอาหาร** ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง (2) ทราบภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และการประเมินภาวะโภชนาการ (3) ทราบการเลือกรับประทานอาหารตามหมวดอาหาร กิจกรรมประกอบด้วย (1) การแนะนำตัวและวัตถุประสงค์ของกิจกรรม 5 นาที (2) การให้ความรู้เรื่องการประเมินภาวะโภชนาการ 5 นาที (3) การฝึกคำนวณภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง 5 นาที (4) การบรรยายเรื่องการเลือก

รับประทานอาหารตามหมวดสี และการอ่านฉลากโภชนาการ โดยใช้โมเดลอาหาร และแผนภาพประกอบ 15 นาที

**ครั้งที่ 2 การฝึกเลือกเมนูอาหารและการตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**  
ระยะเวลา 20 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ฝึกทักษะการเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม (2) การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยกิจกรรมประกอบด้วย (1) การแนะนำ และฝึกเลือกเมนูอาหารจากโมเดลอาหาร ตามหลักธงโภชนาการของผู้สูงอายุ 10 นาที และ (2) การตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบ SMART เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง และแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมการบริโภค 10 นาที

**ครั้งที่ 3 การสื่อสารด้านโภชนาการ**  
ระยะเวลา 30 นาที มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ส่งเสริมการสื่อสารด้านโภชนาการ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจากการบริโภคอาหารที่ผ่านมา 10 นาที (2) เปิดประเด็นในการซักถาม อภิปรายเรื่องการรับประทานอาหาร และความสนใจด้านโภชนาการอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่าง 10 นาที และ (3) การค้นหาข้อมูลด้านโภชนาการ 10 นาที

2. แบบสอบถามเพื่อใช้เก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยทำการตรวจสอบความเหมาะสม และความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ และสุขศึกษารวม 3 ท่าน และนำไป Try out ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อหาความเที่ยงโดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ส่วนการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการเท่ากับ 0.94 ค่าสัมประสิทธิ์

ส่วนความเข้าใจด้านโภชนาการเท่ากับ 0.95 ค่าสัมประสิทธิ์ส่วนการโต้ตอบซักถามเท่ากับ 0.94 ค่าสัมประสิทธิ์ส่วนการตัดสินใจเท่ากับ 0.92 ค่าสัมประสิทธิ์ส่วนการเปลี่ยนพฤติกรรมเท่ากับ 0.73 และค่าสัมประสิทธิ์ส่วนการบอกต่อเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล** ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำ จำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านโภชนาการ** จำนวน 19 ข้อ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ

- 1) การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ เป็นคำถามแบบ rating scale จำนวน 4 ข้อ
- 2) การเข้าใจด้านโภชนาการ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 4 ข้อ
- 3) การโต้ตอบ ซักถาม เป็นคำถามแบบ rating scale จำนวน 2 ข้อ
- 4) การตัดสินใจ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ
- 5) การเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นคำถามแบบ rating scale จำนวน 3 ข้อ
- 6) การบอกต่อ เป็นคำถามแบบ rating scale จำนวน 3 ข้อ

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และขออนุญาตจากผู้บังคับบัญชาของแหล่งเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี เพื่อประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้สูงอายุที่สนใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครการวิจัย

3. ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบ วิธีการ และแนวทางการเก็บข้อมูล

4. ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพพร้อมแนะนำตัวแก่อาสาสมัคร อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์จากการวิจัย ตลอดจนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบ หลังจากนั้นจึงสอบถามความสนใจเข้าร่วมวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโปรแกรม ผู้ช่วยวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมการวิจัย

5. ดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมและเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังโปรแกรม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลและค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi-square, Independent sample t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ในการวิเคราะห์การมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ ตามเลขที่ใบรับรอง HE-015-2561 ลงวันที่ 25 เมษายน 2561 และได้รับการอนุญาตดำเนินการวิจัยจากทั้งสองแหล่งเก็บข้อมูล

#### ผลการวิจัย

##### ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และอาชีพ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีเพศชายกลุ่มร้อยละ 44 และเพศหญิงกลุ่มร้อยละ 56 ซึ่งมีลักษณะไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านอายุพบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 67.5 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.0 ปี และกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 69.3 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.3 ปี ซึ่งมีลักษณะไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลด้านระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 52.9 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 42.6 ซึ่งมีลักษณะไม่แตกต่างกัน และเมื่อพิจารณาข้อมูลด้านสถานภาพสมรสพบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะไม่แตกต่างกัน คือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมสร้อยละ 73.5 และกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมสร้อยละ 52.9 แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านอาชีพพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญร้อยละ 55.9 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 23.5 และอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/เกษตรกร/อื่น ๆ น้อยที่สุดร้อยละ 20.6 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วร้อยละ 79.4 รองลงมาอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/เกษตรกร/อื่นๆ ร้อยละ 11.8 และเป็นข้าราชการบำนาญน้อยที่สุด ร้อยละ 8.8 ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $<0.001$

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านภาวะสุขภาพแล้วพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน คือด้านดัชนีมวลกายพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 70.6 รองลงมาเป็นกลุ่มน้ำหนักเกินและปกติ เท่ากันที่ร้อยละ 14.7 และไม่พบกลุ่มผอม เช่นเดียวกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ส่วนใหญ่เป็นโรคอ้วนร้อยละ 47.1 รองลงมามีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 38.2

กลุ่มน้ำหนักเกิน ร้อยละ 11.8 และผอม ร้อยละ 2.9 ตามลำดับ และด้านโรคประจำตัวพบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.8 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.8 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.4 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

| คุณลักษณะส่วนบุคคล            | กลุ่มทดลอง<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------|
| <b>เพศ</b>                    |                              |                                    |         |
| ชาย                           | 15 (44.0)                    | 15 (44.0)                          | 0.596C  |
| หญิง                          | 19 (56.0)                    | 19 (56.0)                          |         |
| <b>อายุ (ปี)</b>              | เฉลี่ย 67.5+5.0              | เฉลี่ย 69.3+5.3                    | 0.162t  |
| <b>ระดับการศึกษา</b>          |                              |                                    |         |
| ประถมศึกษา                    | 11 (32.4)                    | 13 (36.8)                          | 0.607C  |
| มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.          | 5 (14.7)                     | 7 (20.6)                           |         |
| ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป        | 18 (52.9)                    | 14 (42.6)                          |         |
| <b>สถานภาพสมรส</b>            |                              |                                    |         |
| สมรส                          | 25 (73.5)                    | 18 (52.9)                          | 0.078C  |
| โสด/ หม้าย/ หย่าร้าง          | 9 (26.5)                     | 16 (47.1)                          |         |
| <b>อาชีพปัจจุบัน</b>          |                              |                                    |         |
| ข้าราชการบำนาญ                | 19 (55.9)                    | 3 (8.8)                            | <0.001C |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ             | 8 (23.5)                     | 27 (79.4)                          |         |
| ค้าขาย/รับจ้าง/เกษตรกร/อื่น ๆ | 7 (20.6)                     | 4 (11.8)                           |         |



ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

| คุณลักษณะส่วนบุคคล        | กลุ่มทดลอง<br>จำนวน (ร้อยละ) | กลุ่มเปรียบเทียบ<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------|
| <b>ดัชนีมวลกาย</b>        | เฉลี่ย 26.4+3.3              | เฉลี่ย 25.1+4.8                    |         |
| ผอม (<18.4)               | 0                            | 1 (2.9)                            |         |
| ปกติ (18.5 – 22.9)        | 5 (14.7)                     | 13 (38.2)                          | 0.099C  |
| น้ำหนักเกิน (23.0 – 24.9) | 5 (14.7)                     | 4 (11.8)                           |         |
| โรคอ้วน (>25.0)           | 24 (70.6)                    | 16 (47.1)                          |         |
| <b>โรคประจำตัว</b>        |                              |                                    |         |
| ความดันโลหิตสูง           | 21 (31.3)                    | 19 (35.8)                          |         |
| เบาหวาน                   | 24 (35.8)                    | 14 (26.4)                          | 0.074C  |
| ไขมันในเลือดสูง           | 16 (23.9)                    | 13 (24.5)                          |         |
| อื่นๆ                     | 6 (9.0)                      | 2 (3.9)                            |         |
| ไม่มีโรคประจำตัว          | 0                            | 5 (9.4)                            |         |

C หมายถึง ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Chi-square

t หมายถึง ทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent sample t-test

### ข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านโภชนาการในภาพรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 และพบว่าคะแนนความรู้ด้านโภชนาการ

รายประเด็นทุกด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ การเข้าใจด้านโภชนาการ การโต้ตอบซักถาม การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

| ความรอบรู้ด้านโภชนาการ       | ก่อนได้รับโปรแกรม<br>$\bar{X} + S.D.$ | หลังได้รับโปรแกรม<br>$\bar{X} + S.D.$ | t              | p-value          |
|------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------|------------------|
| การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ | 2.05 + 0.91                           | 2.57 + 0.79                           | 7.442*         | <0.001           |
| การเข้าใจด้านโภชนาการ        | 2.68 + 1.01                           | 4.50 + 0.62                           | 10.333*        | <0.001           |
| การโต้ตอบซักถาม              | 2.23 + 0.77                           | 2.76 + 0.59                           | 6.488*         | <0.001           |
| การตัดสินใจ                  | 2.56 + 0.96                           | 3.91 + 1.86                           | 3.978*         | <0.001           |
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม       | 2.49 + 0.44                           | 2.98 + 0.29                           | 8.244*         | <0.001           |
| การบอกต่อ                    | 2.13 + 0.74                           | 2.74 + 0.44                           | 5.799*         | <0.001           |
| <b>ภาพรวม</b>                | <b>2.36 + 0.53</b>                    | <b>3.24 + 0.44</b>                    | <b>11.678*</b> | <b>&lt;0.001</b> |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มทดลองทั้งภาพรวม และรายประเด็นทุกด้าน มีความแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม

| แหล่งความแปรปรวน                          |                 | SS       | df | MS     | F       | p-value |
|-------------------------------------------|-----------------|----------|----|--------|---------|---------|
| การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ <sup>A</sup> | ก่อนการทดลอง    | 21.345   | 1  | 21.345 | 170.139 | <0.001  |
|                                           | ระหว่างกลุ่ม    | 3.652    | 1  | 3.652  | 29.110* | <0.001  |
|                                           | ความคลาดเคลื่อน | 8.155    | 65 | 0.125  |         |         |
|                                           | รวม             | 459.750  | 68 |        |         |         |
| การเข้าใจด้านโภชนาการ <sup>B</sup>        | ก่อนการทดลอง    | 18.890   | 1  | 18.890 | 48.391  | <0.001  |
|                                           | ระหว่างกลุ่ม    | 23.409   | 1  | 23.409 | 59.966* | <0.001  |
|                                           | ความคลาดเคลื่อน | 25.374   | 65 | 0.390  |         |         |
|                                           | รวม             | 1185.000 | 68 |        |         |         |

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ  
หลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม

| แหล่งความแปรปรวน                    |                 | SS      | df | MS     | F        | p-value |
|-------------------------------------|-----------------|---------|----|--------|----------|---------|
| การโต้ตอบชักถาม <sup>C</sup>        | ก่อนการทดลอง    | 15.224  | 1  | 15.224 | 157.480  | <0.001  |
|                                     | ระหว่างกลุ่ม    | 2.338   | 1  | 2.338  | 24.188*  | <0.001  |
|                                     | ความคลาดเคลื่อน | 6.284   | 65 | 0.094  |          |         |
|                                     | รวม             | 511.750 | 68 |        |          |         |
| การตัดสินใจ <sup>D</sup>            | ก่อนการทดลอง    | 27.224  | 1  | 27.224 | 14.073   | <0.001  |
|                                     | ระหว่างกลุ่ม    | 29.366  | 1  | 29.366 | 15.180*  | <0.001  |
|                                     | ความคลาดเคลื่อน | 125.746 | 65 | 1.935  |          |         |
|                                     | รวม             | 871.000 | 68 |        |          |         |
| การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <sup>E</sup> | ก่อนการทดลอง    | 3.394   | 1  | 3.394  | 84.014   | <0.001  |
|                                     | ระหว่างกลุ่ม    | 1.750   | 1  | 1.750  | 43.313*  | <0.001  |
|                                     | ความคลาดเคลื่อน | 2.626   | 65 | 0.040  |          |         |
|                                     | รวม             | 574.920 | 68 |        |          |         |
| การบอกต่อ <sup>F</sup>              | ก่อนการทดลอง    | 10.375  | 1  | 10.375 | 91.538   | <0.001  |
|                                     | ระหว่างกลุ่ม    | 2.105   | 1  | 2.105  | 18.570*  | <0.001  |
|                                     | ความคลาดเคลื่อน | 7.367   | 65 | 0.113  |          |         |
|                                     | รวม             | 499.889 | 68 |        |          |         |
| ภาพรวม <sup>G</sup>                 | ก่อนการทดลอง    | 7.135   | 1  | 7.135  | 92.570   | <0.001  |
|                                     | ระหว่างกลุ่ม    | 7.787   | 1  | 7.787  | 101.022* | <0.001  |
|                                     | ความคลาดเคลื่อน | 5.010   | 65 | 0.777  |          |         |
|                                     | รวม             | 627.355 | 68 |        |          |         |

$R^2=0.726$  (Adjust  $R^2=0.717$ )<sup>A</sup>,  $R^2=0.552$  (Adjust  $R^2=0.538$ )<sup>B</sup>,  $R^2=0.714$  (Adjust  $R^2=0.705$ )<sup>C</sup>,  
 $R^2=0.342$  (Adjust  $R^2=0.322$ )<sup>D</sup>,  $R^2=0.597$  (Adjust  $R^2=0.585$ )<sup>E</sup>,  $R^2=0.593$  (Adjust  $R^2=0.581$ )<sup>F</sup>,  
 $R^2=0.692$  (Adjust  $R^2=0.682$ )<sup>G</sup>

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่  $<0.001$

## การอภิปรายผล

หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโภชนาการภาพรวมและรายประเด็นทุกด้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบเมื่อควบคุมคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านโภชนาการก่อนได้รับโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $<0.001$  แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ ชวงค์ และปริญญญา ก้องสกุล<sup>(12)</sup> ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ซึ่งพบว่าความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตและพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภายหลังมีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของสุภาพ พุทธิปัญญา และคณะ<sup>(4)</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมการลดน้ำหนักเพิ่มขึ้นก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของพรวิจิตร ปานนาค สุทธิพร มูลศาสตร์ และเชษฐา แก้วพรม<sup>(5)</sup> ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความฉลาด

ทางสุขภาพโดยภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลได้

การสร้างองค์ความรู้ด้านโภชนาการโดยการพัฒนาแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องและเชื่อถือได้เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการ ตลอดจนการใช้กลวิธีต่างๆ อันจะนำไปสู่ความสนใจในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ทั้งการสนทนาแบบสองทาง หรือการใช้ศัพท์ทั่วไป โดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เฉพาะทาง หรือศัพท์ทางการแพทย์ จะส่งผลทำให้ผู้รับการเรียนรู้สามารถมีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการแนะนำเมนูอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการเปรียบเทียบเมนูในลักษณะที่แตกต่างกัน อาทิ ในโปรแกรมฯ มีการแบ่งเมนูอาหารเป็นกลุ่ม 3 สี ได้แก่ สีเขียว ซึ่งหมายถึงเป็นเมนูอาหารที่สามารถรับประทานได้ปริมาณมาก โดยมีปริมาณแคลอรีไม่สูง สีเหลือง หมายถึงเมนูอาหารที่มีปริมาณแคลอรีปานกลาง ควรบริโภคในปริมาณที่พอเหมาะ และสีแดง หมายถึงเมนูอาหารที่มีปริมาณแคลอรีสูง ควรบริโภคในปริมาณน้อยที่สุด ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจชนิดของเมนูที่มีผลดีและไม่ดีต่อสุขภาพ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโภชนาการ ในที่สุด นอกจากนั้นการให้โอกาสผู้สูงอายุได้ค้นหาองค์ความรู้ด้านโภชนาการด้วยตนเอง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา จะทำให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง อันจะทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุใช้วิจารณญาณในการเชื่อ

หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามคำแนะนำของแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องได้อีกด้วย และท้ายที่สุดการสร้างบรรยากาศให้ผู้สูงอายุได้เล่าประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเลือกหรือรับประทานอาหาร จะทำให้ผู้สูงอายุเคยชินกับการบอกต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับบุคคลรอบข้างทั้งในครอบครัว หรือชุมชน ซึ่งจะช่วยให้วงจรของการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการอันประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ การเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบซักถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ มีความสมบูรณ์จนทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมได้ในที่สุด

## ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการควรมีการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่างๆ อาทิ ตัวอย่างเมนูพื้นบ้าน ผักผลไม้ตามพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้จริง

2. การส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการจำเป็นต้องมีการจัดให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านความจำ และการเรียนรู้ จึงต้องมีพื้นที่ให้ผู้ป่วยสามารถทบทวนความรู้ด้วยตนเอง หรือจัดให้มีการทวนสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยในทุกครั้งที่แพทย์นัดตรวจรักษา

3. การศึกษาในครั้งนี้มีการศึกษาในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ซึ่งมีความแออัดของการรอรับบริการต่อการนำผลการศึกษาไปใช้จำเป็นต้องมีการพัฒนาโปรแกรมให้เหมาะสม สั้น กระชับ เพื่อให้สามารถใช้ในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องรอรับการรักษาจำนวนมาก

4. สำหรับคลินิกเฉพาะโรค อาทิ คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเนื้อหาของโปรแกรมให้เข้ากับโรคเฉพาะของคลินิกเพื่อเป็นการเน้นย้ำความสำคัญของอาหารเฉพาะโรค ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องเลือกรับประทานให้เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น เช่น คลินิกเบาหวาน จำเป็นต้องเน้นย้ำการเลือกรับประทานอาหารที่มีแป้ง น้ำตาล คาร์โบไฮเดรตต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หรือคลินิกความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องเน้นย้ำการเลือกรับประทานอาหารที่มีเกลือ และโซเดียมต่ำ เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ที่เหมาะสม

## ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอื่นๆ อาทิ ความรอบรู้ด้านการออกกำลังกาย ความรอบรู้ด้านการพัฒนาอารมณ์ เพื่อให้ครอบคลุมบริบทของการส่งเสริมสุขภาพในประชาชนทุกคน

2. ควรมีการติดตามประเมินผลการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในระยะยาว เพื่อให้สามารถปรับปรุง และพัฒนารูปแบบที่มีความเหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุได้

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านโภชนาการ อาทิ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อให้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการให้เหมาะสมมากที่สุด

## เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
2. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr ESPEN. 2010;29:745-8.
3. Shakersain B, Santoni G, Faxén-Irving G, Rizzuto D, Fratiglioni L, Xu W. Nutritional status and survival among old adult: an 11-year population-based longitudinal study. Eur J Clin Nutr 2016;70:320-5.
4. สุภาพ พุทธิปัญญา, นิจจรา ทูลธรรม, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559;9(4):42-59.
5. พรวิจิตร ปานนาค, สุทธิพร มูลศาสตร์ และเชษฐา แก้วพรม. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560;27(3):91-106.
6. ชูติมา เจียมใจ, กรัณพรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ และประเสริฐศักดิ์ กายนา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างปลอดภัยของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนเบญจมเทพอุทิศ จังหวัดเพชรบุรี. วารสารศึกษาศาสตร์ปริทัศน์ 2559;31(3):205-17.
7. ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, สิริประภา กลั่นกลั่น, อาริวรรณ กลั่นกลั่น. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลายที่มีภาวะโภชนาการเกิน โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา. วารสารการพยาบาล 2556;40(2):77-87.
8. สำนักกรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. รายงานคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2559.
9. ประสงค์ เทียนบุญ. การต่อสู้กับโรคขาดสารอาหารในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: ไซตนาพริ้นท์; 2544.
10. แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2558;25(3):43-54.
11. Abdelwahed AY, Algameel MM, Tayel DI. Effective of a nutritional education program on nutritional status of elderly in rural area of Damahur city, Egypt. IJNSS 2018;8(5):83-92.
12. จิราภรณ์ ชวงค์ และปริญญญา ก้องสกุล. ผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุอำเภอมือง จังหวัดตรัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2555;6(2):30-7.