

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี

นางสาวรจนา คาวินพฤติ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2562

**Effectiveness of Empowerment Program for Modifying Risk Behavior to Improve
Nutritional Status of Thai Elderly : A Case Study in Bangtanai Subdistrict,
Pak Kret District, Nonthaburi Province**

Miss Rotjana Kawinpruek



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Science in Food System Management for Nutrition

School of Human Ecology

Sukhothai Thammathirat Open University

2019

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาดำบลบางตะไนย์
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ชื่อและนามสกุล นางสาวรจนา คาวินพฤติ

วิชาเอก การจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ

สาขาวิชา มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ลำอาง สืบสมาน
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ปวีณสิงห์ ช่างสิงห์

ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ปวีณสิงห์ ช่างสิงห์)

ลำอาง สืบสมาน

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ลำอาง สืบสมาน)

ศรีศักดิ์ สุนทรไชย

กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย)

สมพร พุทธาพิทักษ์ผล

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมพร พุทธาพิทักษ์ผล)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาดำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ผู้วิจัย นางสาวรจนา คาวินพุดติ รหัสนักศึกษ 2587000387 **ปริญญา** วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สำออง สืบสมาน (2) รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย **ปีการศึกษา** 2562

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) เปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (2) เปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (3) เปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และ (4) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากตัวชี้วัดด้านภาวะโภชนาการ ความรู้ และทัศนคติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้สูงอายุ ตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 54 คน โดยความสมัครใจจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสูงขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างกัน 2) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างกัน 3) ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหารการดูแลสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4) ประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างกัน ภาวะโภชนาการมีการพัฒนาที่ดีขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างกัน รวมถึงเส้นรอบเอวผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายสูงขึ้นแต่ไม่พบความแตกต่างกัน

คำสำคัญ โภชนาการผู้สูงอายุ โปรแกรมการเสริมพลัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ผู้สูงอายุไทย

Thesis title: Effectiveness of Empowerment Program for Modifying Risk Behavior to Improve Nutritional Status of Thai Elderly: A Case Study in Bangtanai Subdistrict, Pak Kret District, Nonthaburi Province

Researcher: Miss Rotjana Kawinpruek ; **ID:** 2587000387;

Degree: Master of Science (Food System Management for Nutrition);

Thesis advisors: (1) Dr.Sam-ang Seabsaman, Associate Professor; (2) Dr.Sarisak Soontorrachai, Associate Professor; **Academic year:** 2019

Abstract

This quasi-experimental study aims to (1) compare the difference between food consumption behaviors, (2) compare health care behavior, (3) compare self-confidence in the ability to change risk behaviors, (4) study the effectiveness of empowerment program to improve behaviors indicating by nutritional status, knowledge, and attitude among a group of Thai elderly residing in Bang-Tanai Subdistrict, Pak Kret District, Nonthaburi Province.

The sample group consisted of 54 elderly people aged 60 years or more, voluntarily sampled from 180 members of the elderly club of Bang-Tanai Subdistrict. The tools used were the one month empowerment program for behavior modification and questionnaires measuring status before and after intervention. Nutritional status was measured by body mass index and waist circumference. Descriptive statistics analyzed frequencies, percentages, means and standard deviation. T-test were uses for statistical inferences on means.

Results of the study intervention were as follows (1) the elderly developed a more appropriate dietary behavior but changes were not different; (2) the elderly developed better health care behavior but changes were not different; (3) the elderly perceived an improvement in their ability to change their risk behaviors on food consumption; this finding significant at the level of 0.05; and (4) the effectiveness of the program on elderly knowledge about food consumption improved statistically significant at the level of 0.05; Attitudes better food consumption were not different. Nutrition status (BMI) was better but not significantly different. The waist circumference were also not different.

Keywords: Elderly nutrition, Empowerment program change risk behavior, Thai elderly

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ดร.สำออง สืบสมาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ ให้คำแนะนำ แนวคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนวิทยานิพนธ์เล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบพระคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์และเจ้าหน้าที่ ที่สละเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูลงานวิจัยจนเสร็จสิ้น

รจนา คาวินพฤติ

มกราคม 2562



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ข้อจำกัดในการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่ได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
ทฤษฎีและแนวคิดความชรา	8
การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ	10
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง	12
แนวคิดการเสริมพลัง	13
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้หลัก 3 อ.	15
พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ	27
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	29
โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง	31
ข้อมูลพื้นฐานตำบลบางตะไนย์	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
การเก็บรวบรวมข้อมูล	43
การวิเคราะห์ข้อมูล	44
การพิทักษ์สิทธิ	44
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	47
ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง	51
ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อการทดสอบสมมติฐาน	65
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
สรุปการวิจัย	70
อภิปรายผล	74
ข้อเสนอแนะในการวิจัย	78
บรรณานุกรม	80
ภาคผนวก	84
ก แบบสอบถาม	85
ข การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา	96
ค แบบคำชี้แจงอาสาสมัคร	117
ง แบบคำยินยอมอาสาสมัคร	121
จ ภาพประกอบการจัดกิจกรรม	123
ฉ คู่มืองานวิจัย	127
ประวัติผู้วิจัย	138

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)ควรได้รับใน 1 วัน	18
ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างรายการอาหารผู้สูงอายุ ใน 1 วัน	19
ตารางที่ 2.3 ปริมาณโซเดียมในอาหารปริมาณ 1 ส่วนตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน	22
ตารางที่ 2.4 ร้อยละของสาเหตุ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของ ประชากรสูงอายุไทย พ.ศ.2542	29
ตารางที่ 2.5 การถือครองที่ดินในตำบลบางตะไนย์	35
ตารางที่ 2.6 สถานที่สำคัญของตำบลบางตะไนย์	35
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย (n=54)	47
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรม การบริโภคอาหารเบื้องต้น (n=54)	50
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร (ก่อน-หลังให้โปรแกรมฯ) (n=54)	52
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (ก่อน - หลังให้โปรแกรมฯ) (n=54)	55
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านการรับรู้ ความสามารถของคน (ก่อน - หลังให้โปรแกรมฯ) (n=54)	57
ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านความรู้ในการ บริโภคอาหาร สุขภาพ (ก่อน - หลังให้โปรแกรมฯ) (n=54)	59
ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านทัศนคติในการ บริโภคอาหาร สุขภาพ (ก่อน - หลังให้โปรแกรมฯ) (n=54).....	62
ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ของตัวแปรภาวะโภชนาการ จำแนก ตามดัชนีมวลกายและรอบเอว (ก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ) (n=54).....	64

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างของตัวแปร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้ในการบริโภคอาหาร เจตคติในการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการ จำแนกตามระยะการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=54).....	64



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังความสามารถแห่งตนและ ความคาดหวังในผลลัพธ์	12
ภาพที่ 2.2 อันดับโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ	20
ภาพที่ 2.3 ร้อยละการเป็นโรคตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุ	30
ภาพที่ 2.4 แผนที่ด้วยสัญญาณดาวเทียมตำบลบางตะไนย์	34
ภาพที่ 1 การบรรยายเรื่อง 3 อ. และการฝึกจัดการอารมณ์	116
ภาพที่ 2 การบรรยายเรื่อง 3 อ. และการฝึกจัดการอารมณ์	116
ภาพที่ 3 การบรรยายเรื่อง 3 อ.	117
ภาพที่ 4 การบรรยายเรื่อง 3 อ.	117
ภาพที่ 5 การบรรยายเรื่อง 3 อ.	118



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในปี 2560 โลกมีประชากรผู้สูงอายุหรือคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมด 7,550 ล้านคน โดยประชากรในอาเซียนกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ประเทศในอาเซียนที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วมี 3 ประเทศ เรียงตามลำดับร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คือ สิงคโปร์ (ร้อยละ 20) ไทย (ร้อยละ 17) และเวียดนาม (ร้อยละ 11)

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี 2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยกล่าวว่าประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งหมด 65.5 ล้านคน คาดประมาณอีกไม่เกิน 4 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงขึ้นถึงร้อยละ 20 โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วมาจาก “คลื่นประชากรรุ่นเกิดล้าน” ซึ่งเกิดในช่วงปี 2506-2526 กำลังเคลื่อนตัวกลายเป็นผู้สูงอายุในอีก 20 ปีข้างหน้า โดยประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุมากถึง 20 ล้านคน และที่สำคัญคือ กลุ่มประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จะเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 1.5 ล้านคน ในปี 2560 เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า การที่สังคมมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอันเป็นวัยที่มีการเสื่อมสัขารที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 พบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ อันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 57.8 รองลงมาเป็นปัญหาทางการได้ยินร้อยละ 23.8 ในด้านภาวะการเป็นโรคพบว่าผู้สูงอายุแม้มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวโดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคเข้าเสื่อม ร้อยละ 8.6 และจากข้อมูลการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2557 พบว่าผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิต ร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 และโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557, 2558) และสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี 2560 ประชากรสูงอายุไทยมีปัญหาเรื่องสุขภาพที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ไม่สามารถประกอบกิจวัตรพื้นฐาน คือ กินอาหารเอง เข้าห้องน้ำเอง

แต่งตัวเอง) มากถึงร้อยละ 5 โดยผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกันนี้ (สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560, 2561)

จากการศึกษางานวิจัยของพลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ร้อยละ 19.3 เช่น ภาวะกระดูกพรุนข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง ไ้มนันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ภูมิแพ้ และโรคหัวใจ และพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ มีโรค ร้อยละ 48.5 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.5 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน 23.4 นอกจากนี้ สภาพสังคมและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงวัย (สุจิตรา ผลประไพ ปรภายรัตน์ เจริญเจริญ และกุลพร สุขุมมาตระกุล ,2544) ซึ่งจากปัญหา ข้างต้นและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุโดยมีการจัดระบบ สาธารณสุขให้เอื้อต่อการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างและดูแลสุขภาพ ของตนตั้งแต่วัยเยาว์เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และการสร้างระบบอาสาสมัครที่ได้รับการ ฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผู้วิจัยได้สังเกตเห็นอันตรายจาก การมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่โรคดังกล่าวมีผลมาจากพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นผลให้เกิดภาวะพึ่งพา นอกจากนี้ ปรียา สุขทอง (2560) พบว่า จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่องค์การบริหาร ส่วนตำบลบางตะไนย์ เกี่ยวกับความต้องการด้านสวัสดิการสังคม พบว่า ความต้องการสวัสดิการ สังคมของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เพียงพอสำหรับ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ บางกรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่ ไม่สามารถเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้อาจจะมีพฤติกรรมออกก่าลังกายไม่ สม่าเสมอ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ปัญหาสุขภาพยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเจ็บป่วยหลายอย่างของผู้สูงอายุสามารถป้องกันหรือลด ความรุนแรงได้ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การศึกษาของอัมมร บุญช่วย (2558) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 110/70.67 มิลลิเมตร ปรอท และกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 138.44/95.56 มิลลิเมตรปรอทแตกต่างกันมี นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากสถานการณ์ปัญหาและการดำเนินการแก้ไขที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าโปรแกรม การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะ โภชนาการ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดคือ การเสริมพลังอำนาจซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้บุคคลและกลุ่มทำความเข้าใจ

เกี่ยวกับความเกี่ยวข้องต่อสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งค้นพบความสามารถของตนเอง และตัดสินใจใช้ทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง นิตยาเพ็ญศิริรักษา (2557) จะสามารถนำมาใช้ในการจัดการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการนำโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีอีกทั้งเป็นการป้องกันและดูแลโรคที่เกิดจากปัญหาโภชนาการ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง

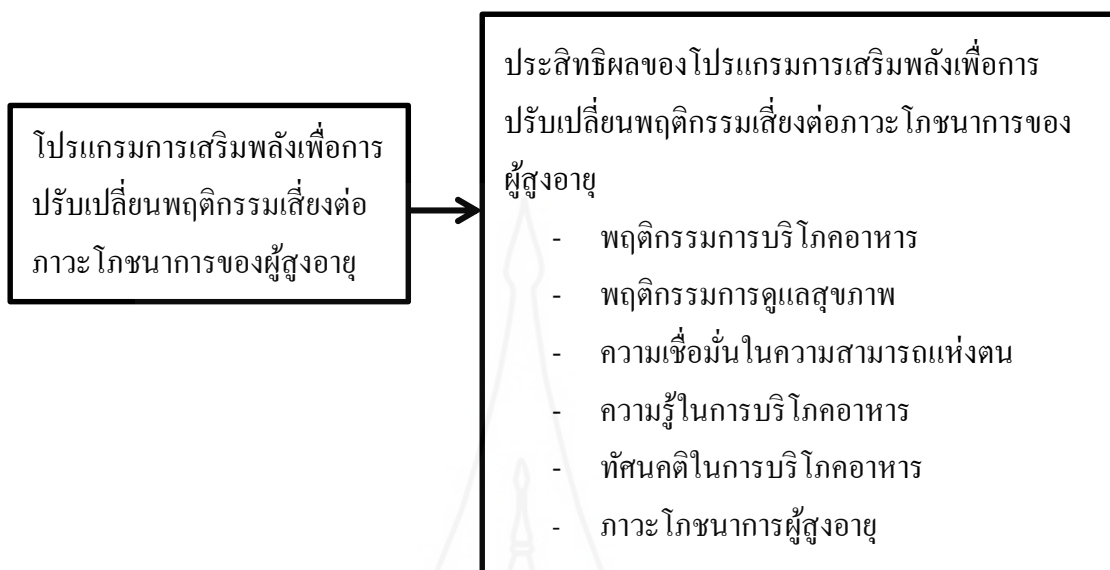
2.4 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การส่งเสริมพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่เดิมให้มีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และเป็นผลให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม โดยมีแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) เข้ามาปรับใช้ในงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



4. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน

4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน

4.3 ความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน

4.4 โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการดี มีความรู้ในการบริโภคอาหาร มีทักษะในการบริโภคอาหารดีขึ้นจากการทดลอง

5. ขอบเขตของการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีสติสัมปชัญญะ รับรู้ได้อย่างปกติ พุคคยได้อย่างปกติ

สามารถให้ข้อมูลต่อการสัมภาษณ์ได้ดีและยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมโปรแกรมฯ อาศัยอยู่ในตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี และมีรายชื่ออยู่ในชมรมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ จำนวน 54 คน (กลุ่มทดลอง)

5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ได้นำโครงการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มภาวะโรคเมตาบอลิกในนามของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โดย รศ.ดร.นิตยา เพ็ญศิริรักษา มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวคิดการเสริมพลังมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ

5.3 ขอบเขตของตัวแปร

5.3.1 ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

5.3.2 ตัวแปรตาม คือ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้ และทัศนคติ

5.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2561

5.5 ขอบเขตด้านสถานที่ คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี สำหรับการจัดโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มทดลอง จะเก็บข้อมูลในเขตพื้นที่ตำบลบางตะไนย์ ซึ่งมีชมรมผู้สูงอายุโดยสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจะอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 5 หมู่บ้าน ประกอบด้วย หมู่ 1 บ้านตาล หมู่ 2 บ้านน้อย หมู่ 3 บ้านตำหนัก หมู่ 4 บ้านแหลมและหมู่ 5 บ้านแหลมเหนือ

6. ข้อจำกัดการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยได้มาจากความสมัครใจของผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางตะไนย์ โดยไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่กระจายกระจายตามสัดส่วนที่แท้จริง

7. นิยามศัพท์เฉพาะ

7.1 ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรีและมีรายชื่ออยู่ในชมรมผู้สูงอายุ

7.2 โภชนาการผู้สูงอายุ หมายถึงความต้องการสารอาหารของร่างกายในแต่ละวันให้เพียงพอตามวัยผู้สูงอายุ โดยการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

7.3 โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หมายถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยจัดให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรีและมีรายชื่ออยู่ในชมรมผู้สูงอายุเน้นการนำแนวคิดมาประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ผสานกับการสอดแทรกความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพ โดยมีความต่อเนื่องของกิจกรรม 1 เดือน

7.4 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ หมายถึงผลของโปรแกรมเสริมพลังที่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน ดัชนีชี้วัดทางด้านโภชนาการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ความรู้ในการบริโภคอาหารและเจตคติในการบริโภคอาหาร เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี

7.5 ความเชื่อความสามารถแห่งตน หมายถึงทฤษฎีที่พัฒนาขึ้นโดยเบนจามินซึ่งมีความสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรีกับเงื่อนไขเชิงพฤติกรรม เงื่อนไขเชิงสภาพแวดล้อมซึ่งเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุในตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรีเกิดการเรียนรู้ สามารถรับรู้ความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าตนเองทำได้

7.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึงการกระทำของผู้สูงอายุในการทำให้ตนเองมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ได้แก่การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียดหรือภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติ

7.7 ภาวะโภชนาการ หมายถึงสภาวะของร่างกายที่เป็นผลมาจากการได้รับอาหาร โดยวัดได้จากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) และเส้นรอบเอว ของผู้สูงอายุในตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี

7.8 ความรู้ในการบริโภคอาหาร หมายถึงความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการและถูกต้องตามวัยของตนเอง

7.9 ทักษะในการบริโภคอาหาร หมายถึง ความรู้สึกรู้คิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งผู้บริโภคเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต โดยใช้เป็นตัวเชื่อมระหว่างความคิดและพฤติกรรม

8. ประโยชน์ที่ได้รับ

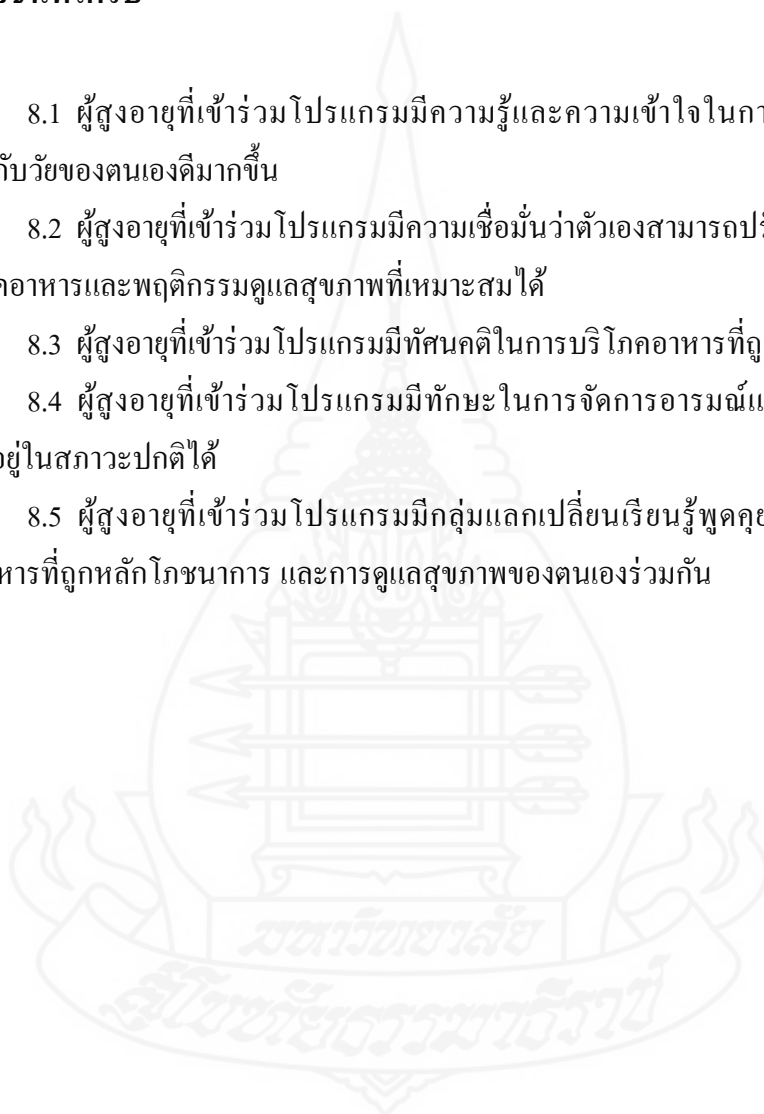
8.1 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้และความเข้าใจในการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับวัยของตนเองมากขึ้น

8.2 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความเชื่อมั่นว่าตัวเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมได้

8.3 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทัศนคติในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

8.4 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทักษะในการจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเองให้อยู่ในสภาวะปกติได้

8.5 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้พูดคุยปรึกษาในด้านการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ และการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกัน



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรีได้ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ทฤษฎีและแนวคิดความชรา
2. การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
4. แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ
5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้หลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร อารมณ์ และออกกำลังกาย
6. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
7. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
8. โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
9. ข้อมูลพื้นฐานตำบลบางตะไนย์
10. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทฤษฎีและแนวคิดความชรา

อายุขัยเฉลี่ยคนไทยอยู่ที่ประมาณ 70 ปี ในขณะที่คนญี่ปุ่นอยู่ที่ประมาณ 85 ปี แต่ตามหลักทฤษฎี มนุษย์เราสามารถมีชีวิตอยู่ได้ถึง 120 ปี โดยที่คนเราจะเริ่มเสื่อมสังขารเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป แต่พฤติกรรมการใช้ชีวิตและปัจจัยแวดล้อมหลายประการทำให้คนส่วนมากมีอายุไม่ยืนยาวหรือแก่ก่อนวัยอันควร

ในการพิจารณาผู้สูงอายุนั้น สามารถพิจารณาได้จากช่วงอายุของผู้สูงอายุ โดยช่วงของผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยชราตอนต้น อายุ 60 - 69 ปี วัยชราตอนกลาง อายุ 70 - 79 ปี และวัยชราตอนปลาย ตั้งแต่อายุ 80 ปีขึ้นไป (สำนักวิจัยและสถิติ บริษัทไทยรับประกันภัยต่อจำกัด มหาชน, หน้า 1 : สืบค้นเมื่อ 26 มกราคม 2562)

ความชราเป็นผลจากธรรมชาติซึ่งมีชีววิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องโดยส่งผลต่อจิตวิทยาและสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความชราแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีววิทยา และทฤษฎีเชิงจิตสังคม ไล่สืบค้นเมื่อ

1.1 ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีววิทยา (Biological theory) ในกระบวนการสูงอายุมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในเชิงวิทยาประกอบด้วย 4 ทฤษฎีได้แก่

1.1.1 ทฤษฎีการสึกหรอหรือทฤษฎีความอ่อนล้า (Wear & Tear Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าความชราเกิดจากร่างกายเสื่อมโทรมจากการใช้งานและการแก่ของเซลล์ซึ่งมาจากปัจจัยภายในร่างกาย เช่น จากการเผาผลาญสารอาหาร (เมตาบอลิซึม) การกำจัดสารพิษในตับ การบาดเจ็บ การอักเสบทั่วไป การติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ความเครียด การออกกำลังกายหักโหมมากเกินไป และจากปัจจัยภายนอกในร่างกาย ได้แก่ จากอาหาร (แป้ง ทอด ย่าง) จากควันพิษ (บุหรี่ ควันไฟ ท่อไอเสีย) จากสารเคมี (ยาฆ่าแมลง ยากำจัดวัชพืช สารแต่งเติมในอาหาร สารกันบูด สารพิษอุตสาหกรรม) จากรังสี (แสงแดด รังสีเอกซเรย์ เต้าไมโครเวฟ คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ) และจากยารักษาโรคบางชนิด ยาเคมีบำบัด

1.1.2 ทฤษฎีระบบประสาท และฮอร์โมน (Neuro-endocrine Theory) เกิดจากการลดลงและเสียสมดุลของฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นส่งผลให้ความสามารถในการซ่อมแซม และการควบคุมระบบในร่างกายเสื่อมถอยลงตามไปด้วย

1.1.3 ทฤษฎีการควบคุมทางพันธุกรรม (Genetic Control Theory) ซึ่งขึ้นกับ DNA ที่ถูกกำหนดไว้และไม่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ แต่สามารถชะลอโรคต่างๆ ไว้ได้

1.1.4 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radicals Theory) หรือ เซลล์เสื่อมเนื่องจากอนุมูลอิสระ ซึ่งทฤษฎีนี้ได้รับการยอมรับมากที่สุดในปัจจุบัน อนุมูลอิสระ (Free Radicals) คือ อนุมูลชนิดหนึ่งที่ไม่เสถียรจึงไปแย่งความเสถียรจากเซลล์ต่าง ๆ ตามร่างกาย เมื่อเซลล์เหล่านั้นไม่เสถียร ความเสื่อมต้นกำเนิดโรคต่าง ๆ ก็จะตามมา

1.2 ทฤษฎีเชิงจิตสังคม (Psychosocial theory) เป็นทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับบทบาทหน้าที่ในสังคมเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นหรือมีความสูงอายุซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีถดถอย ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน ทฤษฎีความต่อเนื่อง

1.2.1 ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ผู้สูงอายุจะสามารถยอมรับและถอนตัวเองออกจากสังคมเมื่อมีความชราเพิ่มขึ้น ซึ่งจะค่อยๆ ลดบทบาทหน้าที่ของตนเองลงโดยยอมรับว่าตนเองมีความสามารถทางร่างกายลดลง

1.2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (Activity Theory) ผู้สูงอายุมีความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจและสามารถทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ ซึ่งผู้สูงอายุยังมีความรู้สึกอยากจะทำชีวิตเหมือนวัยกลางคนทั่วไป

1.2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) พัฒนามาจากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน เนื่องจากการดำเนินชีวิตให้ประสบความสำเร็จของผู้สูงอายุ มักจะขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของช่วงวัยที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังนำแรงจูงใจ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องเกี่ยวกับทฤษฎีนี้ด้วย ซึ่งผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในช่วงบั้นปลายชีวิตมักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นอย่างมาก

2. การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ความชราเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกาย เมื่อพ้นจากวัยผู้ใหญ่เซลล์จะมีการสลายตัวมากกว่าการสร้าง เป็นผลในสมรรถภาพของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุจะประกอบด้วย 3 อย่าง ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา

2.1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะแห้งบางและมีความเหี่ยวย่น ขาดความชุ่มชื้นและขาดความยืดหยุ่น นอกจากนี้มักจะมีอาการคันอยู่บ่อย ๆ ต่อมเหงื่อ มีการขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ร่างกายทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิได้น้อย เหงื่อออกน้อยลง ผมและขน ที่สังเกตได้ง่ายคือ มักจะเปลี่ยนจากสีดำเป็นสีขาว และบางลง จนร่วงหมดไป อันเนื่องมาจากต่อมรูขุมขนทำงานน้อยลง

2.1.2 ระบบประสาทสัมผัสและประสาทสมอง ได้แก่ ตา หู จมูก และลิ้น จะมีประสิทธิภาพในการรับรู้ที่ลดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีความเสื่อมของอวัยวะที่รับรู้ เช่น กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมทำให้มีอาการเวียนหัวง่าย ประสาทรับเสียงเสื่อมจนทำให้เกิดอาการหูตึง มีการเคลื่อนไหวร่างกายช้าลง มีความทรงจำขาดหายไป สมองเสื่อม หลงลืม

2.1.3 ระบบทางเดินอาหาร โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการบดเคี้ยวอาหารเนื่องมาจากฟันไม่แข็งแรงและหักมากขึ้น จนทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด น้ำลายผลิตน้อยลง การกลืนอาหารก็ลำบากขึ้นจากการที่ระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อการกลืน

อาหารมีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้ปริมาณน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลงทำให้อาหารย่อยได้ไม่ดี ก่อให้เกิดท้องผูก มีความเสื่อมของตับอ่อนก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานได้ง่ายขึ้น

2.1.4 ระบบทางเดินหายใจและระบบไหลเวียนเลือด การหายใจมักมีอาการเหนื่อยง่ายเนื่องจากปอดของผู้สูงอายุจะมีการยืดขยายลดลงส่วนหลอดเลือดในผู้สูงอายุจะเล็กและแข็ง ไม่มีความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2.1.5 ระบบขับถ่าย การขับถ่ายปัสสาวะ ไตจะขับของเสียได้น้อยลง แต่จะขับน้ำได้มากทำให้อาการปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดที่ปัสสาวะหย่อนทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ดีพอการขับถ่ายอุจจาระเกิดอาการท้องผูกบ่อยๆ เนื่องจากการทำงานของระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่ายทำงานได้ด้อยลง

2.1.6 ฮอร์โมน ผู้สูงวัยจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนและแอนโดรเจนลดน้อยลง อีกทั้งระบบการทำงานของต่อมพาราไธรอยด์ฮอร์โมนเปลี่ยนไปส่งผลต่อการดูดซึมแคลเซียม ก่อให้เกิดโรคกระดูกพรุนเปราะหักง่าย

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายการเสื่อมสภาพของระบบต่าง ๆ จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยตามมา นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือบุคคลภายในครอบครัว ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทในสังคม จากการเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว การรู้สึกไร้ค่า สูญเสียความคุ้นเคย จนรู้สึกว่าเป็นปมด้อย เหล่านี้มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

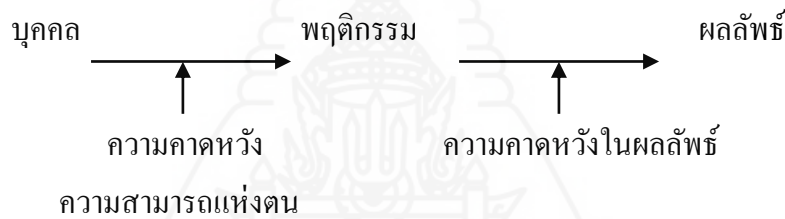
2.3.1 การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การเคยเป็นหัวหน้าครอบครัวและต้องสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลายเป็นสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้รับมากกว่า ผู้ให้ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกสูญเสียหน้าที่และบทบาทที่เคยมีอยู่

2.3.2 ผู้สูงอายุอยู่ในสถานะถูกทอดทิ้งให้อยู่กันตามลำพัง เนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจและการทำงานในปัจจุบันมีความเร่งรีบต้องแข่งกับเวลาทำให้ต้องไปทำงานนอกบ้าน ไม่ได้ดูแลและเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด

2.3.3 ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มากด้วยประสบการณ์ แต่คนส่วนใหญ่มองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถน้อยลง ไม่ทันต่อเหตุการณ์ต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเสื่อมการเคารพจากวัยอื่นๆ

3. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self efficacy Theory) เป็นทฤษฎีที่ แบนดูรา พัฒนาขึ้น (Bandura, 1977) เชื่อมโยงมาจากความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความคิด และ พฤติกรรมของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน และทำให้บุคคลเกิดการ เรียนรู้ ทฤษฎีความเชื่อความสามารถแห่งตนให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ความสามารถของบุคคล เนื่องจากการการรับรู้ความสามารถจะกำหนดว่าบุคคลจะใช้เวลาพยายามในการแสดงพฤติกรรม และมีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรมได้ หรือไม่ นอกจากนี้มีปัจจัยอีกสองตัว คือ ความคาดหวังความสามารถแห่งตน และความคาดหวังใน ผลลัพธ์ ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันและเป็นตัวที่กำหนดความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ บุคคล



ภาพที่ 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังความสามารถแห่งตน
และความคาดหวังในผลลัพธ์

ที่มา : นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2557: 36)

4. แนวคิดการเสริมพลัง

แนวคิดการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) การเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการ ส่งเสริมและพัฒนาให้บุคคลและกลุ่มทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่ เกี่ยวข้องค้นพบความสามารถของตนเอง และตัดสินใจใช้ทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2557)

แนวคิดการเสริมพลังถูกนำมาใช้ในการพัฒนาสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและ หลอดเลือด เพื่อให้มีความสามารถในการจัดการแก้ไขปัญหาและควบคุมชีวิตของตนเองนั้น ซึ่งเป็น

การเสริมพลังในระดับบุคคล ที่ต้องมีการจัดการเรียนรู้ให้แก่บุคคลที่เน้นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เรียกว่า “ การศึกษาเพื่อการเสริมพลัง ” ตามแนวคิดของ เปา โลแฟร์ ที่เน้นให้บุคคลได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557) แนวคิดการเสริมพลังจะเน้นการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านบุคคล และกลุ่มบุคคล เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม การเสริมพลังจึงเป็นแนวคิดที่ใช้เป็นทางเลือกใหม่แทนแนวคิดเดิม ที่เน้นผู้เรียนมีความรู้แบบท่องจำ การเสริมพลังได้นำมาใช้ในการอบรมบุคคล และกลุ่ม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของบุคคล และชุมชน

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2557) กล่าวว่า การเสริมพลัง มีความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพทั้งในบุคคลและสังคม ประเทศชาติ ดังนี้

1. ความสำคัญต่อปัจเจกบุคคล ได้แก่ บุคคลที่ได้รับการเสริมพลัง จะเกิดการเปลี่ยนแปลง คือให้การนับถือตนเอง มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้อื่นและได้รับการสนับสนุนกับผู้อื่นเพิ่มขึ้น ลดการพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลและแก้ไขสุขภาพของตนเอง มีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ความสำคัญต่อสังคม เมื่อมีการเสริมพลังของประชาชนในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพก็ส่งผลดีให้สังคมคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น จำนวนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายในการจัดบริการรักษาพยาบาลลดลง สถานบริการสุขภาพสามารถพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของประชาชนในประเทศ

หลักการของการเสริมพลังเพื่อลดความเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ การเสริมพลังอำนาจสามารถนำมาใช้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2557) ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้กับบุคคลที่มีภาวะเสี่ยง โดยปัญหาของโรคนั้นมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นส่วนใหญ่และมีความเชื่อมโยงกับภาวะโภชนาการของบุคคลร่วมด้วย

1. การเรียนรู้ที่เน้นการทำให้บุคคลสามารถเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น ซึ่งกิจกรรมจะเสริมให้บุคคลรู้จักมองตนเองและผู้อื่นในทางบวก ค้นพบความสามารถของตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเชื่อในความสามารถของตนเองว่าจะเปลี่ยนแปลง เกิดความร่วมมือในการเรียนรู้และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

2. การเรียนรู้เริ่มต้นจากการมีประสบการณ์ของผู้เรียน การใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวผู้เรียนเอง โดยให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จนนำไปสู่การคิดวิเคราะห์และสามารถสรุปในสิ่งที่เรียนรู้ด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความตระหนักและความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเสริมพลัง

3. การเรียนรู้ที่ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ซึ่งเน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

4. การเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่ม จะทำให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ที่ทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยมีบุคลากรสาธิตถ่ายทอดความรู้แต่มีบทบาทในการสนับสนุนการเรียนรู้ ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน นอกจากนี้ยังทำให้ผู้เรียนมีกำลังใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือกระทำการสิ่งหนึ่งเพื่อแก้ไขปัญหาที่ต้องการ

5. การเรียนรู้ที่ก่อเกิดการเปลี่ยนแปลง การจัดกิจกรรมจะต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนได้

6. การเรียนรู้ที่มีความยืดหยุ่นและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง การเรียนรู้เพื่อเสริมพลังจะมีลักษณะเป็นกิจกรรมการเรียนรู้แบบไม่เป็นทางการ ไม่เน้นการบรรยาย แต่เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเสนอประเด็นที่ตนและกลุ่มสนใจการเรียนรู้จะไม่ถูกจำกัดอยู่ในเฉพาะห้องเรียนเนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้จากการที่ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ดังนั้นการจัดการเรียนรู้เป็นช่วงๆ เช่น ทุก 1 เดือน เพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสนำวิธีการดูแลสุขภาพที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติในชีวิตจริง แนวนามาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันถึงผลลัพธ์และปัญหาอุปสรรค รวมถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการเรียนรู้ครั้งต่อไป ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีความต่อเนื่อง

7. การเรียนรู้ที่มีความสนุกสนานไม่น่าเบื่อ เป็นการช่วยจูงใจให้บุคคลอยากเรียนรู้และไม่มีภาวะกดดันในการเรียนรู้ การใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการคิด การพูด แสดงออก วิเคราะห์ ลงมือปฏิบัติ โดยกิจกรรมต่างๆ ต้องสอดคล้องและร้อยเรียงกันจนสามารถเพิ่มความสามารถและทักษะให้กับบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองได้

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยใช้หลัก 3 อ.

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นในลักษณะของการกระทำและกระทำในสิ่งที่เป็นผลต่อสุขภาพหรือผลเสียต่อสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพศึกษา, 2539 หน้า 23)

5.1 พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532 หน้า 75)

5.1.1 พฤติกรรมการป้องกันโรค (Prevention health behavior) หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคขึ้น เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การสวมหมวกนิรภัย เมื่อขับขี่จักรยานยนต์ เป็นต้น

5.1.2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย เช่น การแสวงหาการรักษาพยาบาล การนอนพักผ่อนอยู่กับบ้านแทนการไปทำงานเมื่อป่วย การเพิกเฉย

5.1.3 พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sickrole behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การเลิกดื่มสุรา การละหรือเลิกกิจกรรมที่ทำอาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น เป็นต้น

5.2 การชะลอวัย (Anti-aging) เป็นการป้องกันไม่ให้แก่ชราเร็วขึ้น โดยการยับยั้งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายจากความเสื่อมสภาพไปตามวัย คงสภาพร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และเทคโนโลยีทางด้านวิทยาศาสตร์มีพัฒนาแนวทางการยับยั้งกระบวนการเสื่อมสภาพของให้มีสุขภาพร่างกาย สุขภาพใจ ห่างไกลจากการเป็นโรค รวมถึงการมีคุณภาพชีวิต บุคลิกภาพที่ดีด้วย ซึ่งการชะลอวัยประกอบด้วย 3 ปัจจัยได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์

5.2.1 อาหาร อาหารเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรง ให้พลังงานต่อร่างกาย และช่วยควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายให้เป็นปกติ ดังนั้น จึงควรเลือกกินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย ถูกหลักโภชนาการ ครบ 5 หมู่ ในสัดส่วนที่เหมาะสมและมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ลดอาหารที่มัน หวานและเค็มลงด้วย

1) โภชนาการในผู้สูงอายุ

(1) **ความต้องการสารอาหารและพลังงานในผู้สูงอายุ** การได้รับอาหารที่เพียงพอและได้สัดส่วนตามที่ร่างกายต้องการนั้นจะทำให้ร่างกายมีภาวะโภชนาการที่ดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จะต้องใส่ใจปริมาณพลังงานและความพอเหมาะของอาหารที่ดีเพื่อการดำรงชีวิตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ในขณะที่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านโภชนาการ จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด (ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัทธนันท์ ศรีม่วง , 2555)

ก. **ความต้องการพลังงาน** ผู้สูงอายุจะมีความต้องการพลังงานที่น้อยลง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย เช่น หัวใจ ตับ ปอด มีการทำงานน้อยลง

FAO/WHO แนะนำให้ลดพลังงานในอาหารลง 5% ทุก 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น จนถึงอายุ 59 ปี เมื่ออายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานลง 10% และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไปให้ลดลง 20% (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544) กองโภชนาการ กรมอนามัยจึงแนะนำให้ลดพลังงานลง 100 กิโลแคลอรี ทุก 10 ปีที่อายุเพิ่มขึ้น อายุ 50-59 ปี ต้องการพลังงาน 1,550 กิโลแคลอรี อายุ 60-69 ปี ต้องการพลังงาน 1,450 กิโลแคลอรี และอายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงาน 1,250 กิโลแคลอรี โดยสรุปพลังงานที่ผู้สูงอายุควรได้รับอยู่ที่ 1,200 กิโลแคลอรี หากต่ำกว่านี้จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และควรที่จะเสริมวิตามินและเกลือแร่เพิ่มเติมในผู้สูงอายุที่มีระดับน้ำหนักร่างกายที่มากและจำเป็นต้องลดน้ำหนักตัวลงหากได้รับพลังงานที่ต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรี (ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรัตน์ ศรีม่วง , 2555)

ข. ความต้องการด้านสารอาหาร ได้แก่ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน แร่ธาตุ น้ำ และเส้นใยอาหาร

ก) โปรตีน ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ความต้องการโปรตีนในผู้สูงอายุวันละประมาณ 0.88-1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งได้จากอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้ง และควรหลีกเลี่ยงการรับประทานโปรตีนในจำนวนมากเกินไป เพราะร่างกายจะเก็บสะสมในรูปไขมันจึงเป็นสาเหตุทำให้อ้วนได้ และหากได้รับโปรตีนมากเกินไปทำให้ไตทำงานหนักขึ้น หากได้รับโปรตีนจำนวนน้อยไปก็ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารประเภทโปรตีน ไม่เพียงพอที่จะซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอไป โปรตีนที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน ควรเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เช่น ปลา เนื่องจากบดเคี้ยวง่ายและมีไขมันน้อย

ข) ไขมัน จะให้พลังงานสูง และช่วยให้ร่างกายสามารถดูดซึมวิตามินที่สามารถละลายได้ในไขมัน อีกทั้งยังให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย แต่ผู้สูงอายุจะมีความต้องการไขมันที่ลดน้อยลง ไม่เกิน 25-30% ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน ผู้สูงอายุควรได้รับกรดไขมันไม่อิ่มตัวเพื่อป้องกันภาวะไขมันสูงในเลือดซึ่งได้จากน้ำมันพืชประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวัน ในการประกอบอาหารแทนน้ำมันที่ได้จากสัตว์

ค) คาร์โบไฮเดรต พลังงานที่ได้รับส่วนใหญ่จะได้อาจมาจาก คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรลดปริมาณการกินคาร์โบไฮเดรต ซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 55 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน และควรบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่อยู่ในรูปของ ข้าว แป้ง เผือก มัน เพราะจะทำให้ร่างกายได้รับวิตามินและแร่ธาตุเพิ่มด้วย

ง) วิตามิน ผู้สูงอายุควรได้รับวิตามินเท่ากับวัยหนุ่มสาว โดยเฉพาะวิตามินบีหนึ่ง บีสอง บีสิบสอง กรดโฟลิกและวิตามินซี แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่ ได้แก่ ผัก ผลไม้สด ดังนั้นผู้สูงอายุควรบริโภคผักและผลไม้ให้เพียงพอในแต่ละวัน

จ) *แร่ธาตุ* ส่วนมากแล้วผู้สูงอายุจะได้รับแร่ธาตุที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะ แร่ธาตุเหล็ก และแคลเซียม อันเนื่องมาจากการกินอาหารที่ไม่เพียงพอ

(ก) *แคลเซียม* แคลเซียมมีความสำคัญต่อร่างกายนอกเหนือจากการสร้างกระดูก เช่น ช่วยในการแข็งตัวของโลหิต การยึดหดของกล้ามเนื้อ เป็นต้น หากร่างกายได้รับแคลเซียมที่ไม่เพียงพอร่างกายจะดึงแคลเซียมออกจากกระดูกทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน อาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียม ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมอย่างน้อยประมาณวันละ 1000 มิลลิกรัม

(ข) *เหล็ก* ผู้สูงอายุควรได้รับเหล็กประมาณวันละ 6 มิลลิกรัม การขาดเหล็กในผู้สูงอายุเกิดจากการได้รับโปรตีนต่ำทำให้ได้รับธาตุเหล็กต่ำลงด้วย และเกิดจากการที่ร่างกายดูดซึมเหล็กได้น้อยลง ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีเหล็กสูง ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ไข่แดง และผักใบเขียวให้เพียงพอและเพื่อการดูดซึมแร่ธาตุเหล็กดีขึ้นควรรับประทานผักสดหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงด้วย สำหรับผู้สูงอายุเพศชายควรได้รับเหล็กวันละ 10 มิลลิกรัมต่อวัน และเพศหญิงควรได้รับวันละ 9.4 มิลลิกรัมต่อวัน

(ค) *น้ำ* มีความสำคัญต่อร่างกายมาก ช่วยให้อวัยวะขับของเสีย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณวันละ 6-8 แก้วเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อยวันละ 1.5 ลิตร

(ง) *เส้นใยอาหาร* เป็นสารที่ได้จากพืชผักทุกชนิด น้ำย่อยไม่สามารถย่อยได้ ช่วยระบบขับถ่ายดีขึ้นคือ ท้องไม่ผูกถ่ายง่ายขึ้น ลดไขมันในเลือด เส้นใยอาหารจะมีไขมันและแคลอรีต่ำมาก ดังนั้นหากต้องการให้ร่างกายได้รับเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอควรกินอาหารที่มีผักเป็นส่วนประกอบด้วยเป็นประจำ และควรกินผลไม้สดจะทำให้ได้รับเส้นใยมากกว่าการดื่มน้ำผลไม้ นอกจากนี้ควรกินถั่วเมล็ดแห้งและข้าวซ้อมมือเป็นประจำ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ตารางที่ 2.1 ปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ควรได้รับใน 1 วัน พลังงาน 1,600 กิโลแคลอรีต่อวัน

กลุ่มอาหารที่ควรกิน ให้ครบใน 1 วัน	วัยผู้สูงอายุ	
	ปริมาณ	หมายเหตุ
น้ำนม	2 แก้ว	หรือโยเกิร์ต 200 กรัม เพื่อให้ได้รับแคลเซียม อาหารอื่นที่เป็นแหล่งแคลเซียมที่ดีทดแทนนม 1 แก้ว ปลาตัวเล็กตัวน้อยทอดกรอบ 2 ซ้อนกินข้าว ปลาซาร์ดีนกระป๋อง 1 กระป๋อง (65 กรัม) เต้าหู้แข็ง 1 แผ่น
เนื้อสัตว์	6 ซ้อนโต๊ะ	ควรกินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ ได้แก่ ปลา ไก่ หมู ไข่ และถั่ว เมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์วันละ 6 ซ้อนกินข้าว หรือมีดละ 2 ซ้อนกินข้าว ควรเป็นอาหารทะเลและเครื่องในสัตว์บ้างสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง
ผัก	4 ทัพพี	ควรกินผักใบสีเขียวเข้ม เพื่อให้ได้ใยอาหารและแคลเซียม
ผลไม้สด	3 ส่วน	ควรเลือกกินผลไม้ที่หลากหลาย เพื่อให้ได้วิตามินและใย อาหาร 1 ส่วน เท่ากับ เงาะ 4 ผล หรือ กล้วยน้ำว้า 1 ผล หรือมะละกอ 6 ชิ้น
ข้าวสุก	6-8 ทัพพี	หรือก๋วยเตี๋ยว 1 ทัพพี เท่ากับ ขนมปัง 1 แผ่น, ขนมจีน 1 จีบ , ข้าวเหนียว ½ ทัพพี เป็นต้น
ไขมัน น้ำตาลและเกลือ	ใช้เล็กน้อยเท่าที่จำเป็น	

ที่มา ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรนันท์ ศรีม่วง (2555: 111-114)

ตารางที่ 2.2 ตัวอย่างรายการอาหารสำหรับผู้สูงอายุใน 1 วัน

มื้ออาหาร	รายการอาหารที่ 1	รายการอาหารที่ 2	รายการอาหารที่ 3
มื้อเช้า	ข้าวต้มปลาช่อน	ข้าวต้ม ไข่เจียว ผัดผักนึ่งเต้าเจี้ยว	โจ๊กไก่ใส่ไข่
อาหารว่าง	นมถั่วเหลือง ขนมกล้วย	น้ำส้มคั้น ขนมหม้อแกง	นมถั่วเหลือง ขนมฟักทอง
มื้อกลางวัน	ก๋วยเตี๋ยวไก่ มะละกอสุก	ข้าวผัดกุ้ง มะม่วงสุก	ก๋วยเตี๋ยว ราดหน้าเนื้อ ส้มเขียวหวาน
อาหารว่าง	ถั่วเขียวต้มน้ำตาล	เครื่องดื่มร้อน ถั่วกวน	ชมพู
มื้อเย็น	ข้าวสวย น้ำพริกกะปิ ปลาทอด แกงเลียง กล้วยน้ำว้า	ข้าวสวย แกงส้มผักรวม ไข่ตุ๋น ส้มเขียวหวาน	ข้าวสวย หลนเต้าเจี้ยว ผัดสด ปลาทอด แอปเปิ้ล
ก่อนนอน	นมอุ่น	นมอุ่น	นมอุ่น

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544

(2) ปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยาในผู้สูงอายุ ที่มีผลต่อการรับประทาน การย่อย และการดูดซึมสารอาหาร การเปลี่ยนฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ร่วมกับการบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสม แต่ไม่ยอมเปลี่ยน ล้วนก่อให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งปัญหาการขาดสารอาหารและปัญหาโภชนาการเกิน จากบทความ ผู้สูงอายุไทย : เป็นอยู่อย่างไรได้รายงานโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกันมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง ถึงกว่า 34% ของผู้สูงอายุทั้งหมด รองลงมาคือโรคเบาหวาน และเก๊าท์ คิดเป็นสัดส่วน 15% และ 10% ตามลำดับ (สำนักวิจัยและสถิติ บริษัทไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด มหาชน, หน้า 5 : สืบค้นข้อมูลเมื่อ 26 มกราคม 2562)

อันดับ	โรค	หน่วย: %		
		รวม	ชาย	หญิง
1	ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง	33.69	12.77	20.92
2	เบาหวาน	15.03	5.34	9.70
3	เก๊าท์ รูมาตอยด์ ปวดเข่า/หลัง/คอ เรื้อรัง	10.05	4.02	6.03
4	หัวใจ	4.83	1.89	2.94
5	อัมพฤกษ์ อัมพาต	1.73	0.86	0.87
6	ไต ไตวายเรื้อรัง นิ่วในไต	1.67	0.72	0.95

ภาพที่ 2.2 อันดับโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ

ที่มา : สำนักวิจัยและสถิติบริษัทไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด มหาชน, หน้า 5

ก. ปัญหาการขาดสารอาหาร

ก) น้ำหนักตัวน้อย (*Underweight*) เป็นผลมาจากการเสื่อมสมรรถภาพของระบบทางเดินอาหาร ฐานะเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น หดหู่ อยากรอาหารน้อยลง ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข) โรคขาดวิตามิน ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามินเกือบทุกชนิด ถ้าได้รับ โปรตีนและพลังงานไม่พอ โรคขาดวิตามินที่พบบ่อย คือ วิตามินบีหนึ่ง ทำให้เป็นโรคเหน็บชา โรคขาดวิตามินบีสอง ทำให้เป็นปากนกกระจอก โรคขาดวิตามินซี ทำให้เลือดออกตามไรฟัน โลหิตจาง เนื่องจากวิตามินซีช่วยในการดูดซึมเหล็ก

ค) โรคขาดแร่ธาตุ ได้แก่ โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่มีแร่เหล็กหรือโปรตีนที่มีคุณภาพไม่เพียงพอ และได้รับวิตามินน้อย ร่วมกับการหลั่งของกรดเกลือน้อยลงทำให้ร่างกายดูดซึมแร่เหล็กได้ต่ำ

ง) โรคกระดูกพรุน ความหนาแน่นหรือมวลกระดูกลดลง ร่วมกับความผิดปกติในโครงสร้างกระดูกทำให้ความแข็งแรงของกระดูกลดลง เปราะ หักง่าย เกิดจากการที่ไม่สามารถดูดซึมแคลเซียมได้เหมือนเดิม ร่วมกับการได้รับแคลเซียมจากอาหารในปริมาณที่น้อย และภาวะการขาดโปรตีน วิตามินดี วิตามินซี

จ) โรคที่เกิดจากได้รับใยอาหารไม่เพียงพอ เช่น ท้องผูก อาการอึดอัดและเบื่ออาหาร นอกจากนี้ยังทำให้เกิดโรคลำไส้ใหญ่โป่งพอง เส้นเลือดขอด ริตสีดวงทวาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ เบาหวาน นิ่วในถุงน้ำดี

ข. ปัญหาโภชนาการเกิน

ก) โรคอ้วน จากที่ร่างกายมีไขมันมาสะสมตามส่วนต่าง ๆ มากกว่าปกติ ในวัยสูงอายุจะมีความต้องการพลังงานจากอาหารลดลง ผู้สูงอายุบางคนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น อาหารรสหวานจัด อาหารที่มีไขมันเยอะ ผู้สูงอายุบางคนสูญเสียฟันทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีแต่คาร์โบไฮเดรตสูงเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากง่ายต่อการบดเคี้ยว และผู้สูงอายุบางคนจะมีพฤติกรรมการกินอาหารเพื่อชดเชยความรู้สึกบางอย่างทำให้ได้รับอาหารมากเกินไปความต้องการของร่างกาย ผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป กำหนดหาค่าดัชนีมวลกายของร่างกาย ได้โดย

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2}$$

โดยจะยึดเกณฑ์ประเมินสำหรับคนเอเชีย ดังนี้

- ต่ำกว่า 18.50 = ต่ำกว่าปกติ
- 18.50-22.99 = เหมาะสม
- 23.00-24.99 = น้ำหนักเกิน
- 25.00-29.99 = อ้วน
- 30 ขึ้นไป = โรคอ้วน

ซึ่งค่ามาตรฐานจะอยู่ที่ประมาณ 18.50 - 22.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร ถ้าดัชนีมวลกายมีค่า 23.00 - 24.99 กิโลกรัม/ตารางเมตร จัดว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน และหากดัชนีมวลกายมีค่า 25.00 ขึ้นไปจัดได้ว่าเป็นโรคอ้วน (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ข) โรคเบาหวาน เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถใช้กลูโคสได้อย่างปกติ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ เป็นผลมาจากความบกพร่องของการหลั่งอินซูลินหรือมาจากการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง ซึ่งในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน คือ ถ้าตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการอดอาหารนานกว่า 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผู้ป่วยมีอาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ หิวน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด อ่อนเพลีย รับประทานมาก ตามัวและแผลหายช้าให้ตัดสินว่าเป็นโรคเบาหวาน (ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรนันท์ ศรีม่วง, 2555)

ค) โรคความดันโลหิตสูง ภาวะที่ความดันโลหิตช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 140 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไปและความดันโลหิตช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งจะต้องมีระดับที่สูงเกินค่าปกติตลอดเวลา (ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรนันท์ ศรีม่วง, 2555) พบมาก

ในผู้สูงอายุเพราะความยืดหยุ่นของหลอดเลือดจะลดลง โดยโรคความดันโลหิตสูงมักจะไม่แสดงอาการหรือมีอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยหรือขมับได้ หากมีการรับประทานไขมันชนิดอิ่มตัว และน้ำตาลมากจะทำให้เกิดโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง จนทำให้หลอดเลือดอุดตันและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ตารางที่ 2.3 ปริมาณโซเดียมในอาหารปริมาณ 1 ส่วน ตามรายการอาหารแลกเปลี่ยน

หมวดอาหาร	ปริมาณ โซเดียม (มิลลิกรัม)
หมวดนมและผลิตภัณฑ์	120
หมวดผัก	9
หมวดผลไม้	2
หมวดข้าวแป้งและธัญพืช	5
หมวดเนื้อสัตว์ สัตว์ปีก	25
อาหารทะเล และไข่	60
หมวดไขมัน	0

ที่มา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัทธนันท์ ศรีม่วง (2555: 111-114)

ง) ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง เกิดจากการที่บริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงเกินความต้องการเช่น อาหารทะเล โคเลสเตอรอลที่เกินจะไปไปจับตามผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดเกิดการแข็งตัวจนเกิดการอุดตันได้ ถ้าเกิดอุดตันที่หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจจะทำให้หัวใจขาดเลือด ถ้าเกิดกับระบบประสาทส่วนอื่น ๆ จะเป็นผลให้เป็นอัมพาตที่อวัยวะนั้น ๆ ได้

จ) ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด ซึ่งในเลือดจะมีไขมันชนิดไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติ ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัว สาเหตุจากความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทำให้ระดับไขมันมีความผิดปกติ เช่น เบาหวาน การรับประทานยาคุมกำเนิด การกินอาหารไม่ถูกส่วน เช่น บริโภคน้ำตาลทรายในปริมาณมาก

ฉ) โรคหัวใจขาดเลือด เกิดจากการตีบตันของหลอดเลือดที่มีไขมันมาเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ กล้ามเนื้อหัวใจตายจนกระทั่งหัวใจวายได้โดยปัจจัยที่มีผลทำให้หัวใจขาดเลือด ได้แก่มีไตรกลีเซอไรด์เกิน 150 มิลลิกรัม

ในเลือด 100 มิลลิกรัม และโคเลสเตอรอลเกิน 200 มิลลิกรัมในเลือด 100 มิลลิกรัม เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคเบาหวาน ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การสูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ สภาวะเครียดทางอารมณ์ พักผ่อนไม่เพียงพอ

ข) **โรคเก๊าท์** เป็นการอักเสบของข้อชนิดหนึ่ง ซึ่งมีการตกตะกอนของกรดยูริกภายในข้อ โดยกรดยูริกจะได้อาจมาจากอาหารที่มีสารพิวรีนประกอบอยู่ เช่น เครื่องในสัตว์ ถั่วเมล็ดแข็ง หากปล่อยไว้นานจะทำให้ข้อเกิดการบิดเบี้ยว ปวด มักจะพบในผู้ชายวัยกลางคนขึ้นไป 90% และผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือน 10% (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

5.2.2 การออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย กิจกรรมทางกาย (Physical Activities) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายซึ่งถ้าได้กระทำสม่ำเสมอจะเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ และมีผลต่อการป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือเส้นเลือดในสมองตีบ (ischemic stroke) โรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ ทำให้กระดูกหักง่ายอันเนื่องมาจากการหกล้มในผู้สูงอายุ และโรคอ้วน นอกจากนี้ยังลดความเสี่ยงจากโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล กิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายนี้ ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายเท่านั้นแต่รวมถึงการเคลื่อนไหวในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยแบ่งกิจกรรมทางกายเป็น 3 ลักษณะด้วยกัน (รศ.พญ.เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, รศ.พญ.พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ และคณะ, 2549)

1) **กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน** (work-related physical activity) โดยประเมินจากอิริยาบถส่วนใหญ่ที่ใช้ในการทำงาน เช่น ยืน นั่ง หรือ เดิน และประเภทของงานที่ทำ โดยดูจากลักษณะการออกแรงในการทำงาน ร่วมกับระยะเวลาที่ใช้ในการทำงาน (เป็นชั่วโมงและนาที) ต่อวัน และจำนวนวันต่อสัปดาห์ โดยพิจารณารวมทั้งงานที่ก่อให้เกิดรายได้และไม่เกิดรายได้

2) **กิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการเดินทางในชีวิตประจำวัน** เช่น การเดินทางไปทำงาน ไปซื้อของ ไปจ่ายตลาด ไปทำธุระต่างๆ โดยให้ความสำคัญกับการเดินทางที่ใช้การเดินทางหรือการขี่รถจักรยานเป็นเวลาตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป ส่วนการเดินทางโดยวิธีอื่นๆ เช่น การขับรถยนต์ไปโดยสารยานพาหนะอื่นๆไป ไม่รวมอยู่ในกิจกรรมทางกายด้านนี้ โดยพิจารณาร่วมกับระยะเวลาที่ใช้เดินหรือขี่จักรยานไปในแต่ละวัน และเป็นจำนวนวันต่อสัปดาห์

3) **กิจกรรมทางกายในเวลาว่างจากการทำงาน** กิจกรรมเหล่านี้เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในเวลาทีนอกเหนือเวลาทำงานและการเดินทาง เช่น การนอนดูโทรทัศน์ การนั่งๆนอนๆอ่านหนังสือ การทำสวน หรือการออกกำลังกายทั้งอย่างหนัก เช่น เต้นแอโรบิค การวิ่งเล่นเทนนิส และการออกกำลังกายปานกลาง เช่น เดินเร็วๆ ว่ายน้ำ ฯลฯ

ก. รูปแบบกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

ก) กิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำเป็นกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองที่บ้าน หรือในยามว่างหลังเสร็จภารกิจจากการทำงาน ถือเป็นกิจกรรม ได้แก่ งานบ้าน กวาดและถูบ้าน รดน้ำต้นไม้ กวาดใบไม้ เดินขึ้นลงบันได เลี้ยงหลาน และการยกสิ่งของ เป็นต้น

ข) กิจกรรมการเดินทาง โดยวิธีการเดิน ปั่นจักรยาน หรือการเดินทาง โดยระบบขนส่งมวลชนสาธารณะ ได้แก่ การเดินไปจ่ายตลาดในบริเวณใกล้เคียง การเดินทางไปทำงาน การขี่จักรยาน หรือการเดินขึ้นลงบันได เป็นต้น

ค) กิจกรรมสันทนาการงานอดิเรก เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดทางร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพจิตใจและสมองให้กับผู้สูงอายุ ในช่วงเวลาว่างจากการทำงาน บ้านหรือกิจกรรมประจำวันอื่นๆ เช่น การร้องเพลง การเต้นรำ การวาดภาพ การถ่ายรูป การปลูกต้นไม้ เป็นต้น

ง) กิจกรรมในรูปแบบการออกกำลังกายง่ายๆ เช่น ลีลาศ การรำไทเก๊ก รำไม้พลอง

จ) กิจกรรมที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือนักกายภาพ

ข. หลักในการเลือกกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุ

ก) เลือกกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน และบริบทชุมชนของผู้สูงอายุ

ข) เมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีภาวะร่างกายที่อ่อนแรง (*frailty*) พร้อมกับโรคเรื้อรัง กิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุจึงไม่ควรเกินความสามารถทั้งด้านทักษะ การรับรู้สติและการเคลื่อนไหว

ค) ผู้สูงอายุที่เริ่มต้นกิจกรรมทางกาย ควรเริ่มจากแบบเบาโดยทำให้ได้ 150 นาทีต่อสัปดาห์

ง) เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มระดับการทำกิจกรรมทางกายโดยแบ่งเป็นช่วงโดยตามความสามารถโดยจะต้องไม่หักโหม สิ่งที่ต้องระวังสำหรับผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมทางกาย คือ หากรู้สึกเหนื่อยมาก หายใจไม่ทัน เหงื่อออกมาก ตัวเย็น เจ็บตรงหัวใจ หรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัว แขน ขา ไม่ได้ มีอาการอ่อนแรง เป็นต้น ควรหยุดทำกิจกรรม และปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพราะนั้นอาจส่งผลร้ายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.2.3 อารมณ์ การจัดการความเครียด

ความเครียด (Stress) คือวิธีที่ร่างกายตอบสนองต่อความต้องการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็ความต้อการทางกาย ทางวัตถุ หรือประสบการณ์ชีวิตก็ตาม เมื่อร่างกายกับความเครียดมีปฏิกิริยาหลายอย่างเกิดขึ้น ได้แก่ การเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น สมอรับร้รู้การทำงานมากขึ้น ระบบย่อยอาหารทำงานช้าลง ดับหลังกลูโคสออกมาใช้เป็นพลังงานมากขึ้น มีการเพิ่มการแข็งตัวของเลือด และฮอร์โมนคอร์ติซอล จะหลั่งออกมาเพื่อลดอาการอักเสบของแผล กรมสุขภาพจิต (2541:9) ความเครียด คือ ภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ คับข้องใจ หรือถูกบีบคั้น กดดันจนทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ใจ สับสน โกรธหรือเสียใจ

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจากความเครียด ผลจากปฏิกิริยาตอบสนองที่มีต่อความเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลนั้น โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้านได้แก่

(1) ด้านร่างกาย ภาวะที่เครียดเกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญต่อมนุษย์ เพราะทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายใน ขณะเกิดความเครียดจะทำให้ต่อมใต้ถูกกระตุ้น ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดอาการทางกายหลายอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หากบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจส่งผลให้บุคคลเสียชีวิตได้เนื่องจากระบบการทำงานที่ล้มเหลวของร่างกาย เช่นคนที่มีโรคเบาหวานเป็นโรคประจำตัวอยู่แล้ว หากเกิดความเครียดอย่างรุนแรง ฮอร์โมนคอร์ติซอลจะไปกระตุ้นระดับน้ำตาลในเลือดให้สูงขึ้นหรือลดต่ำลงอย่างผิดปกติ และทำให้เกิดอาการช็อกได้ หรือในบางรายที่ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้เกิดเป็นอาการของโรคหอบหืด โรคภูมิแพ้ต่างๆ โรคผิวหนัง อาจมีอาการผมร่วงและมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งได้ง่ายกว่าเมื่อเทียบกับคนปกติ

(2) ด้านจิตใจและอารมณ์จิตใจ ของบุคคลที่เครียดจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอยขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไปเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ใจจืดจาง มัว โมโห โกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เสรีาซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เนื่องจากการเผชิญต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น จะทำให้เซลล์

ประสาทฝ่อและลดจำนวนลง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกับความจำและสติปัญญา ความเครียดจึงทำให้ทำให้ความจำและสติปัญญาลดลง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรม โดยเฉพาะสารสื่อประสาท จึงทำให้เกิดอาการ ซึมเศร้าและวิตกกังวลกว่าเวลาปกติ

(3) *ด้านพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย* ดังที่กล่าวในข้างต้น ไม่เพียงแต่จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติไป แต่ยังทำให้พฤติกรรมแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงด้วย ยกตัวอย่างเช่น บุคคลที่เครียดมากๆ บางรายจะมีอาการเบื่ออาหารหรือบางรายอาจจะรู้สึกตัวอ่อนหรืออยู่ตลอดเวลาและทำให้มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับหลายคืนติดต่อกัน ประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง เริ่มปลีกตัวจากสังคม และเผชิญกับความเครียดอย่างโดดเดี่ยว บ่อยครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มต่ำลง พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีการอาละวาดขว้างปาข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่เครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจแบบชั่ววูบนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

2) *การจัดการความเครียด* อังศินันท์ อินทรกำแหงและอนันต์ มลารัตน์ (2556) กล่าวว่า การจัดการความเครียด หมายถึง การที่บุคคลทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้หมดไป เพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจและป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานเมื่อถูกรบกวนจากสิ่งที่มีมากระตุ้น โดยบุคคลจะใช้สติปัญญา ความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมที่แสดงออก จากประสบการณ์ของการจัดการความเครียด นพ.มล.สมชาย จักรพันธ์ (2555) ได้แบ่งการจัดการความเครียดเป็น 4 ขั้นตอน อันได้แก่

(1) *การพยายามหลีกเลี่ยง (Avoid)* สถานการณ์หรือบุคคลที่ทำให้เกิดความเครียด โดยรู้จักปฏิเสธ หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้ากับบุคคลหรือสิ่งที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม ไม่พูดเรื่องที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน เรียงลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำประจำวัน

(2) *การปรับเปลี่ยนสิ่งที่ทำให้เครียด (Alter)* หากไม่สามารถหลีกเลี่ยงสิ่งนั้นได้ควรพยายามปรับเปลี่ยนสิ่งที่ทำให้เครียดซึ่งทำได้โดย บอกความรู้สึกของตนเองต่อคนนั้น ด้วยวิธีนุ่มนวล หรือการปรับเปลี่ยนตนเองในกรณีที่ตนเองอาจเป็นสาเหตุทำให้คนอื่นเครียด และจัดสรรเวลาการทำงานให้ดี เพราะการพยายามทำงานหนักหรือทำกิจกรรมต่างๆตลอดทั้งวันไม่ใช่เรื่องดี จะทำให้ร่างกายเหนื่อยล้าและเกิดความเครียดได้ง่ายเช่นกัน

(3) การปรับตัวให้เข้ากับความเสี่ยง (Adapt) ถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสาเหตุความเสี่ยง ควรปรับตัวเองให้เข้ากับมัน โดยการยอมรับหรือเปลี่ยนทัศนคติหรือความคาดหวังจากเดิมไปบ้าง ด้วยการมองปัญหาในมุมใหม่ มองสถานการณ์ให้เป็นด้านดี มองปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะยาวที่จะเกิดในโอกาสต่อไป

(4) การยอมรับความเสี่ยง (Accept) หากหนีหรือปรับเปลี่ยน หรือควบคุมสาเหตุความเสี่ยงบางอย่างไม่ได้ เช่น ความเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ภาวะการเงินที่ถดถอย หรืออุบัติเหตุ การยอมรับปัญหาจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่อาจยากในตอนแรก ทำได้ดังนี้ อย่าคิดว่าตนเองจะสามารถควบคุมทุกอย่างได้ คิดว่าปัญหาต่างๆ คือการทดสอบ พูกระบายกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท และการให้อภัย ซึ่งตรงกับพระพุทธศาสนาที่ให้อภัยเพราะทุกคนในโลกนี้รวมทั้งตัวเราอาจทำอะไรที่ผิดพลาดได้ การให้อภัยช่วยให้ความรู้สึกขุ่นเคืองลดลง อารมณ์ดีขึ้น พร้อมทั้งจะเดินไปข้างหน้า

6. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ

การบริโภคอาหารหมายถึง การแสดงออกของบุคคล การกระทำหรือปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ความถี่ในการบริโภคอาหาร ลักษณะนิสัย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติต่อการบริโภคอาหารเกี่ยวกับปริมาณและคุณค่าของอาหารที่ได้รับซึ่งได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม (อังคินันท์ อินทรกำแหง และอนันต์ มลารัตน์, 2556)

หากเรามีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดเป็นปัญหาด้านโภชนาการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ

1. ปัญหาโภชนาการเกิน (Over Nutrition) การได้รับสารอาหารที่เกินความจำเป็นต่อความต้องการของร่างกาย เช่นอาหารจำพวก แป้ง น้ำตาล เกลือ ไขมันทำให้ร่างกายเก็บสะสมในรูปแบบของไขมันตามอวัยวะต่าง ๆ ทำให้น้ำหนักตัวเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคอ้วน และโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง เป็นต้น

2. ปัญหาขาดสารอาหาร เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

การบริโภคอาหารที่ถูกต้องควรบริโภคตามหลักโภชนาการให้ได้ปริมาณที่เหมาะสม และอาหารจำเป็นต้องมีคุณภาพที่ดีเพื่อโภชนาการที่ดี และควรรับประทานให้พอเหมาะในแต่ละ

ช่วงวัย ผู้หญิงควรได้รับพลังงานวันละ 1,600 กิโลแคลอรี ผู้ชายควรได้รับพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี

6.1 แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยโรงเรียนผู้สูงอายุ : ชุดความรู้ การพัฒนาการเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมสลายของร่างกาย การที่จะมีสุขภาพที่ดีแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นเรื่องที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยชะลอการเสื่อมของร่างกายไม่ให้เกิดขึ้นเร็ว โดยแบ่งออกเป็น 6 ได้แก่

6.1.1 อาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ทุกวัน ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยรับประทานมื้อละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง และควรดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วต่อวัน

6.1.2 ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและให้เหมาะกับสภาพของร่างกาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายกระฉับกระเฉงแข็งแรง จิตใจผ่องใส และกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร การออกกำลังกายวิธีง่าย ๆ คือการเดินตอนเช้าและตอนเย็น ฝึกกายบริหารท่าต่าง ๆ วิ่งเหยาะ ๆ หรือเล่นกีฬาที่ชอบ เป็นต้น

6.1.3 อากาศ พยายามอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ มีการถ่ายเทและหมุนเวียนดี

6.1.4 อารมณ์ ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี จะทำให้จิตใจสดใส อารมณ์ดี ทำให้คนอยากคบหาสมาคมและอยากอยู่ใกล้ โดยเฉพาะในเรื่องอารมณ์ควรหลีกเลี่ยงอารมณ์โกรธเพราะในภาวะโกรธนั้น กล้ามเนื้อจะเกร็ง หากเกร็งบ่อยจะทำให้กล้ามเนื้อเหนียวได้ง่าย การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ ฟังปาฐกถาธรรม เป็นต้น นอกจากนี้ควรรหาโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ๆ เช่น การเข้าเป็นสมาชิกในชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

6.1.5 การดูแลร่างกาย ได้แก่ การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำปีละ 2 ครั้ง เมื่อเจ็บป่วยต้องไปพบแพทย์ทันที การดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก ฟัน และเหงือกอยู่เสมอ การฝึกขับถ่าย เพื่อป้องกันท้องผูก โดยรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ แลควรพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6-8 ชั่วโมง

6.1.6 หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด งดสิ่งเสพติดที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม เช่น บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และหลีกเลี่ยงการใช้ยาบางประเภท เช่น ยากดจิตประสาท ยานอนหลับ ใช้ได้เฉพาะที่แพทย์สั่งเท่านั้นและรับประทานตามสัดส่วน (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

7. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

7.1 สุขภาพผู้สูงอายุ จากแนวโน้มของกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งความเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม จากปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเตรียมความพร้อมในระบบบริการทางสังคมและสุขภาพ เพื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ภาวะวัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพที่ดีและคงไม่ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี

ภาวะสุขภาพที่ดี หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มีเศรษฐกิจปัจจัยที่จำเป็น พอเพียงมีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ มีจิตใจที่มีความสุข มีการอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น และมีจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่ง เช่นการเสียสละมีเมตตาคุณา

การวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year : DALY) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ ดังนั้นควรมีการควบคุม ป้องกัน คัดกรอง และฟื้นฟูโรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีความจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อลดความสูญเสีย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

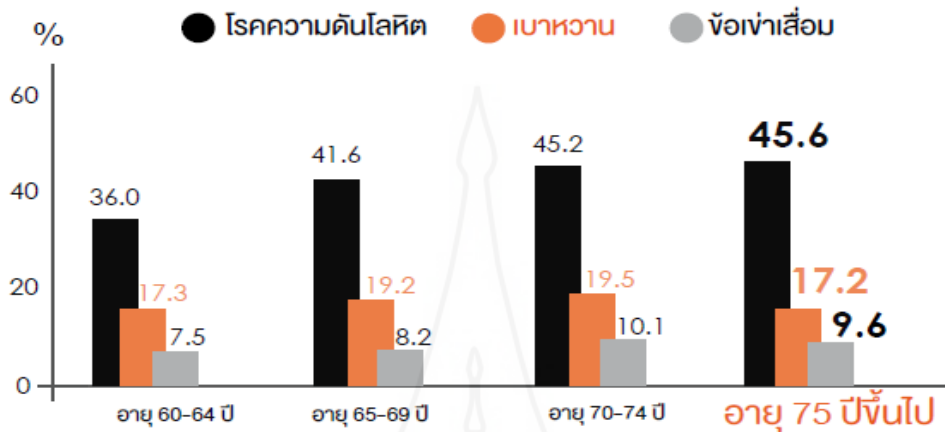
ตารางที่ 2.4 ร้อยละของสาเหตุ Disability Adjusted Life Years (DALYs) Loss ของประชากรสูงอายุไทย พ.ศ.2542

กลุ่มผู้สูงอายุ	100
โรคติดต่อ	11.3
โรคไม่ติดต่อ	85.2
อุบัติเหตุ	3.5

ที่มา : สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2547

การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายได้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการได้สำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ติดตามผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 13,642 คนจาก 28 จังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนครอบคลุม 12 เครือข่ายบริการสุขภาพ/ศูนย์อนามัยเขต พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 15 อยู่ในสภาวะติดเตียง ผู้สูงอายุเกือบหนึ่งในห้า (ร้อยละ 19) อยู่ในสภาวะ ติดบ้าน และผู้สูงอายุส่วนมาก (ร้อยละ 79.5) เป็น

ผู้สูงอายุ คิดถึงสภาวะการเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6



ภาพที่ 2.3 ร้อยละการเป็นโรคตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุแล้ว

ที่มา : สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย (2557)

กล่าวโดยสรุป คือ จากสถานการณ์การเป็นโรคเรื้อรังและสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุในปี 2556 นั้นควรเน้นให้บริการด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เพราะผู้สูงอายุจะมีภาระโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้มีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา การเน้นบริการด้านสุขภาพควรเน้นบริการเชิงรุกเพื่อคัดกรองและป้องกันอันตรายที่จะตามมา

7.2 การส่งเสริมสุขภาพ

ประกาศกฎบัตรออกตาวาที่ประเทศแคนาดา (1986) ได้บัญญัติว่าการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือ ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถภาพในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุสุขภาพสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้ และสามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพได้

7.2.1 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเดียวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ ดังนี้

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคม มีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบาย ไม่ให้มีการทอดทิ้ง ผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายหมู่บ้านปลอดอุบัติเหตุ นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2) *สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ* สิ่งแวดล้อมในที่นี้อาจจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรม หรือนามธรรม สิ่งแวดล้อมที่เป็นรูปธรรมที่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ซึ่งจะต้องให้ความรักความเอาใจใส่ มีการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันต้องมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงรุก มีความเข้าใจกัน ชุมชน ก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวผู้สูงอายุนั่นเอง ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน การดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้าน และสิ่งที่อยู่อาศัยรอบๆ บ้าน ก็จะทำให้ผู้อยู่อาศัยรวมถึงผู้สูงอายุด้วยความอบอุ่น มีสุขภาพดี และปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่างๆ ส่วนสิ่งแวดล้อมที่เป็นนามธรรม เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรมในสังคม ซึ่งสังคมไทยมีข้อดีกว่าประเทศอื่นๆ ในหลายๆ ด้าน เช่น ให้ความเคารพตักตัญญูทวดเวทิต่อผู้สูงวัยปีประเพณีรดน้ำคำหัว รดน้ำสงกรานต์ เป็นต้น

3) *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ* ชุมชนจะต้องมีการรวมตัวกัน หรือรวมกลุ่มกันเพื่อที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมปัญหาต่างๆ นำมาวิเคราะห์วางแผน ดำเนินการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นผู้สูงอายุที่สามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น การจัดให้มีการรวมกลุ่ม เพื่อให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมทางด้านประเพณีวัฒนธรรมต่างๆ เช่น การฟังเทศน์ฟังธรรม เป็นต้น

4) *พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ* โดยการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านสื่อต่างๆ

5) *ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข* โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกๆ ด้าน

8. โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

8.1 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ จึงมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเน้น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี โดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง และชะลอการเกิดโรคเรื้อรัง กลุ่มที่ 2 คือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยให้สามารถรักษาตนเอง และบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ดีขึ้นได้จากการฝึกการหรือทพพลภาพ ทั้งนี้ระยะเวลาใน

การทดลองครั้งนี้จะใช้ระยะเวลา 1 เดือน ทำจำนวน 2 ครั้ง (ก่อนและหลัง) ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง โดยการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจะนำหลักการปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย) ที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แนะนำมาผนวกเป็นกิจกรรมและสอดแทรกความรู้ในด้าน 3 อ. เข้ากับโปรแกรม โดยรายละเอียด 3 อ. มีดังนี้

8.1.1 อาหาร รับประทานอาหารให้หลากหลาย ได้สัดส่วนเพียงพออิ่ม ครบ 5 หมู่ เน้นย่อยง่ายและสะอาด อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เช่น อาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด และ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

8.1.2 ออกกำลังกาย โดยออกกำลังกายทุกส่วนสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 30 นาที ของ หัวใจ ผู้สูงอายุควรเคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ออกกำลังกายที่เหมาะสม มีหลากหลายวิธี เช่น ยืดเส้นยืดสาย ยืดเหยียด ช่วยให้ออกกำลังกายอย่างแข็งแรง เดินเร็ว ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น และหลีกเลี่ยง การแข่งขัน ออกแรงเกินกำลัง ความเร็วสูง เกร็ง เบ่ง ยกน้ำหนัก การอยู่ในสถานที่ ร้อนอบอ้าว อากาศไม่ถ่ายเท อยู่กลางแจ้ง

8.1.3 อารมณ์ คืออารมณ์รื่นเริงยินดี ชีวิตดีใจด้วยรอยยิ้ม จิตแจ่มใส มองโลกในแง่บวก ไม่เครียด ช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ลูกหลาน คนรอบข้าง

9. ข้อมูลพื้นฐานตำบลบางตะไนย์

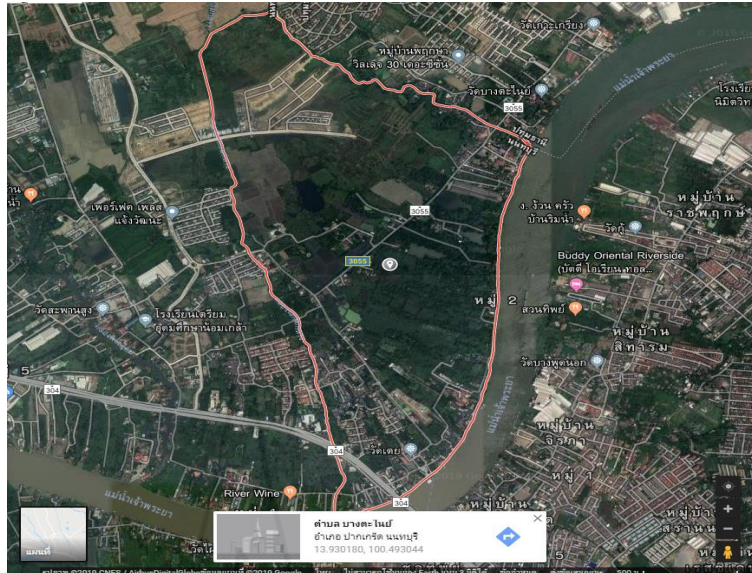
พื้นที่การปกครองขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ ประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านตาล หมู่ที่ 2 บ้านน้อย หมู่ที่ 3 บ้านเคย หมู่ที่ 4 บ้านแหลม และหมู่ที่ 5 บ้านแหลมเหนือ ชุมชนที่อยู่ในพื้นที่รัศมี 1 กิโลเมตร ตามลำน้ำเจ้าพระยาและคลองสาขา ตามรายงานโครงการเสริมสร้างศักยภาพการใช้ประโยชน์และพัฒนาคุณภาพน้ำเจ้าพระยา/ป่าสัก ได้แก่ หมู่ที่ 1 ชุมชนบ้านตาล ติดกับลำน้ำเจ้าพระยาและคลองบางตะไนย์ซึ่งเป็นคลองที่เชื่อมกับลำน้ำเจ้าพระยาเข้ามา หมู่ที่ 2 ชุมชนบ้านน้อย ติดกับลำน้ำเจ้าพระยาและหมู่ที่ 5 บ้านแหลมเหนือติดกับคลองขวาง ซึ่งเป็นคลองที่เชื่อมกับลำน้ำเจ้าพระยา ตำบลบางตะไนย์เป็นตำบลที่มีคนมอญเข้ามาอยู่อาศัยกันอย่างหนาแน่น ตั้งแต่สมัยอยุธยาตอนปลาย ได้กระจาย อยู่ที่ตำบล บางคูวัด ที่วัดเกาะเกรียง วัดบางตะไนย์ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ติดต่อกันมาตามริมแม่น้ำเจ้าพระยา ถึงตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ชุมชนนี้ได้ร้างไปเหมือนชุมชนอื่นๆ ในอำเภอปากเกร็ด เมื่อครั้งเสียกรุงศรีอยุธยา พ.ศ. 2310 ครั้นถึงสมัยธนบุรี สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โปรดเกล้าฯ ให้คนมอญมาอยู่ที่ บางตะไนย์อีกครั้งหนึ่ง ใน พ.ศ.2365 มีคน มอญที่เจ้าพระยามหาโยธา (ทอเรียะ) ได้

ไปรับครอบครัวมอญจาก เมืองมอญมาพึ่งพระบรมโพธิสมภาร พระบาทสมเด็จพระนั่งเกล้าเจ้าอยู่หัว โปรดเกล้าฯ ให้มาอยู่ที่บางตะไนย์ บางพูด คลองบ้านแหลมใหญ่ และได้อยู่ที่นี้ต่อเนื่องกันมา จนถึง ปัจจุบันนี้

พื้นที่บางตะไนย์นี้แต่เดิมมีต้นข่อยขึ้นอยู่อย่างหนาแน่น ต้นข่อยมีติดต่อกันมากเป็นบริเวณกว้างจนถึงตำบลคลองข่อย อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี และ ตำบลบางคูวัด อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี มอญเรียกต้นข่อยว่า “กะไน” เรียก หมู่บ้านว่า “กวานกะไน” เมื่อมีการจัดตั้งเป็นตำบลขึ้น จึงเรียกตามชื่อของหมู่บ้านที่คนมอญเรียกว่า บางกะไน และเพี้ยนเป็นเสียง ไทยว่า “บางตะไนย์” เป็น “ตำบลบางตะไนย์” พื้นที่ของบางตะไนย์ครอบคลุมไปถึงจังหวัดปทุมธานี ซึ่งมีเขตติดต่อกัน มีวัดบางตะไนย์ อยู่ในชุมชนบางตะไนย์ แต่เมื่อมีการแบ่งเขตการปกครองของจังหวัดนนทบุรีกับจังหวัดปทุมธานี โดยใช้คลองบางตะไนย์ เป็นแนวแบ่งเขต วัดบางตะไนย์ปัจจุบันจึงไปอยู่ในเขตจังหวัดปทุมธานี ส่วนตำบลบางตะไนย์ในเขตจังหวัดนนทบุรี ไม่มีวัดชื่อ บางตะไนย์

9.1 ลักษณะภูมิประเทศ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ราบลุ่มฝั่งตะวันออกของแม่น้ำเจ้าพระยา ในฤดูน้ำหลากประชาชนมักประสบปัญหาน้ำท่วมอยู่เสมอ มีแม่น้ำเจ้าพระยา และคลองบางตะไนย์ มีความสำคัญต่อประชาชนเนื่องจากใช้ประโยชน์ในการประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมทำนาทำสวน และเพาะปลูก ในอดีตเคยใช้ลำคลองต่างๆ เป็นเส้นทางสัญจรไปมาของประชาชนแต่ปัจจุบันลำคลองใช้ประโยชน์ในการสัญจรน้อยลง และประชาชนส่วนใหญ่ใช้ถนนในการสัญจรไปมาแทน

ทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่ทรัพยากรดินเป็นดินเหนียว เหมาะแก่การปลูกข้าว ปลูกไม้ผล ปลูกไม้ดอกไม้ประดับ ทรัพยากรน้ำประกอบด้วยแม่น้ำเจ้าพระยา มีลำคลองที่สำคัญ จำนวน 3 สายได้แก่คลองบางตะไนย์ไหลผ่านหมู่ที่ 1 ระยะทางประมาณ 4.3 กม.คลองบ้านแหลมเหนือ ไหลผ่านหมู่ที่14 และ 5 ระยะทางประมาณ3.3 กม.และคลองขวางบนไหลผ่านหมู่ที่ 1 และ 5 ระยะทางประมาณ 570 หมู่บ้านมีบึง/หนองน้ำ (บ่อดินเก่า) จำนวน 1 แห่งตั้งอยู่หมู่ที่ 1 และ 5



ภาพที่ 2.4 แสดงแผนที่ด้วยสัญญาณดาวเทียมตำบลบางตะไนย์

ที่มา :<https://www.google.com/maps/place>

9.2 การแบ่งเขตการปกครองและประชากร ตำบลบางตะไนย์ได้แบ่งเขตการปกครองเป็น 5 หมู่บ้าน ประกอบด้วยหมู่บ้าน หมู่ 1 บ้านตาล หมู่ 2 บ้านน้อย หมู่ 3 บ้านตำหนัก หมู่ 4 บ้านแหลม หมู่ 5 บ้านแหลมเหนือ จากศูนย์ข้อมูลประเทศไทย ตำบลบางตะไนย์มีหลังคาเรือนจำนวน 1,900 หลังคาเรือน มีประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่จำนวน 4,858 คน ได้แก่ เด็กแรกเกิด ถึง 6 ปี จำนวน 144 คน สตรีตั้งครรภ์ จำนวน 33 คน สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 2,353 คน ผู้สูงอายุ จำนวน 586 คน ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 195 คน ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 20 คน และผู้พิการ จำนวน 70 คน

9.3 ลักษณะอาชีพของประชากร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หัตถกรรม อุตสาหกรรมในครัวเรือน บางส่วนเป็นข้าราชการ พนักงาน โรงงานอุตสาหกรรม และอาชีพอื่นๆ เกษตรกรมีที่ดินเป็นของตนเองร้อยละ 70 ส่วนใหญ่ทำสวนผลไม้ยืนต้น เช่น ส้มโอ ทุเรียน กุ้ง และนาข้าว อุตสาหกรรมในครัวเรือน คือ สานแข่งปลาทุ ทำข้าวหมาก ทอดมันหน่อ กล้วย ขนมหวาน ขนมไทย เครื่องหอม ทำดอกไม้จากใยบัว

โดยขนาดการถือครองของที่ดินของตำบลบางตะไนย์มีพื้นที่ทั้งหมด 2,575 ไร่ แบ่งเป็นพื้นที่ทำการเกษตร 2,079 ไร่

ตารางที่ 2.5 แสดงขนาดการถือครองที่ดินในตำบลบางตะไนย์

พื้นที่การเกษตร	จำนวน (ไร่)
ไม้ผล	1,123 ไร่
พืชผัก	236 ไร่
ไม้ดอกไม้ประดับ	10 ไร่
นาข้าว	710 ไร่
ที่อยู่อาศัยและพื้นที่อื่นๆ	496 ไร่

ที่มา : <http://pakkret.nonthaburi.doae.go.th/Data%201/tumbolbangtanai.html>

9.4 สภาพทางสังคม ประชากรส่วนใหญ่สามารถอ่านออกเขียนได้ จบการศึกษาภาคบังคับ ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ
ตารางที่ 2.6 สถานที่สำคัญของตำบลบางตะไนย์

สถานศึกษา	จำนวน 2 แห่ง	1. โรงเรียนวัดตาล ตั้งอยู่หมู่ที่ 1 2. โรงเรียนวัดตำหนักเหนือ ตั้งอยู่หมู่ที่ 3
วัด	จำนวน 5 แห่ง	วัดตาล วัดตำหนักเหนือ วัดเตย วัดอินทราราม วัด ป่าเลยไลย์
สาธารณสุข	จำนวน 1 แห่ง	สถานีอนามัย
การคมนาคม	เส้นทางหลัก เส้นทางเรือ	2 เส้นทาง 2 แห่ง

ที่มา : <http://pakkret.nonthaburi.doae.go.th/Data%201/tumbolbangtanai.html>

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อังศินันท์ อินทรกำแหง และอนันต์ มลารัตน์ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน มีการรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงขึ้น และกลุ่มทดลองยังมีน้ำหนักตัวลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิญา อุดระชัยและพรณี บัญชรหัตถกิจ (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน

โรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในเขตเทศบาลขอนแก่น มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลการปฏิบัติตัวมีคะแนนสูง ขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัมมร บุญช่วย (2558) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 110/70.67 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 138.44/95.56 มิลลิเมตรปรอท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ไพโรจน์ มะกล้าดำ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงบนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตช่วงล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Ahmad Sharoni SK (2018) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองทำของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน: การทดลองแบบสุ่มควบคุมในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่คาบสมุทรมาเลเซีย พฤติกรรมการดูแลทำด้วยตนเอง, ความสามารถในการดูแลทำของตนเอง (ความคาดหวังด้านประสิทธิภาพ), ความคาดหวังผลการดูแลทำและความรู้เรื่องการดูแลทำในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร/กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากชมรมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรีจำนวน 54คน โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จากการทบทวนวรรณกรรมผลของโปรแกรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี (สายใจ ชัยสงคราม, 2545) พบว่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.0 และพบว่าความแตกต่างของค่าคะแนนในการทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 5.0 นำมาหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรtwo dependent means (Chow, S.-C.,Shao, J., & Wang, H. 2003) ได้มาจากโปรแกรมสำเร็จรูป N4Studies โดยกำหนดค่า Power of test = 0.2 และค่าแอลฟา = 0.05

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

$$n = \frac{(1.959964 - \frac{0.05}{2} + 0.8416212 - 0.20)^2 13^2}{5^2}$$

$$n = 54$$

n	คือ	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
SD.(σ)	คือ	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่ม
Delta (Δ)	คือ	ขนาดความแตกต่างของข้อมูลระหว่าง 2 กลุ่ม
Alpha (α)	คือ	ระดับนัยสำคัญ
Beta (β)	คือ	ความน่าจะเป็นที่จะทำความผิดพลาดในการยอมรับชนิดที่ไม่จริง

วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อเลือกตัวแทนที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ (Convenient or Volunteer Sampling) โดยการสอบถามความสมัครใจผู้สูงอายุในชมรม

ผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 54 คน จากจำนวนสมาชิกผู้สูงอายุในชมรม 180 คนซึ่งประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านตาล, หมู่ 2 บ้านน้อย, หมู่ 3 บ้านคำหนัก, หมู่ 4 บ้านแหลมและหมู่ 5 บ้านแหลมเหนือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (Questionnaires) ได้จากการศึกษาบทความ ตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ โดยมีทฤษฎีความเชื่อมั่นความสามารถแห่งตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสร้างข้อคำถามในแต่ละด้านโดยจะปรับปรุงจากแบบสอบถามที่มีผู้พัฒนาหรือคิดค้นไว้แล้ว และนำแบบสอบถามที่ได้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาแบบสอบถามว่าตรงตามเนื้อหาวิชาการหรือไม่ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงจากข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านไปทดลองใช้กับตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการการรักษาพยาบาลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และนำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค

การประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างประเมินจากค่าดัชนีมวลกายแล้วนำมาเปรียบเทียบกันก่อนและหลัง ซึ่งจะมีข้อคำถามในแบบสอบถามโดยคุณภาพของแบบสอบถามได้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .804 และในข้อคำถามด้านความรู้ในการบริโภคอาหารมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.782 และมีค่าความยากง่าย (Difficulty index) ได้ระหว่าง 0.3-0.8 และ ตามเอกสารแนบ 2 ซึ่งนับว่ามีคุณภาพในระดับที่จะนำไปใช้ได้ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ตอน ดังนี้

2.1.1 ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว การอาศัยอยู่กับสมาชิก การให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารมื้อเช้า อาหารมื้อกลางวัน อาหารมื้อเย็น จำนวน 17 ข้อ

2.1.2 ตอนที่ 2 ความเชื่อในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ นิทยา เพ็ญศิริรักษา (2557) จำนวน 8 ข้อ โดยกำหนดระดับให้คะแนน 3 ระดับคือ 0 = ทำไม่ได้เลย, 1 = ทำได้, 2 = ทำได้แน่นอน

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายของคะแนนค่าเฉลี่ยในข้อคำถามที่เป็นความเชื่อในความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นข้อมูลประมาณค่า 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	0.00 ถึง 0.66	หมายถึงมีความเชื่อมั่นว่าทำไม่ได้เลย
ค่าเฉลี่ย	0.67 ถึง 1.33	หมายถึงมีความเชื่อมั่นว่าทำได้
ค่าเฉลี่ย	1.34 ถึง 2.00	หมายถึงมีความเชื่อมั่นว่าทำได้แน่นอน

2.1.3 ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 20 ข้อเป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating Scale) คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบลักษณะคำตอบให้เลือก 4 ระดับคือ 5-7 วัน, 3-4 วัน, 1-2 วัน และไม่ทำเลย

กำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามแนวทางของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2535:100) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.00 ถึง 1.50	หมายถึง ไม่ดี
ค่าเฉลี่ย	1.51 ถึง 2.50	หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.51 ถึง 3.50	หมายถึง ดี
ค่าเฉลี่ย	3.51 ถึง 4.00	หมายถึง ดีมาก

2.1.4 ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ปรับปรุงจากแบบสอบถามของนิทยา เพ็ญศิริรักษา (2557) อังสินันท์ อินทรกำแหงและอนันต์ มลารัตน์ (2556) จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีตัวเลือกตอบ 4 ระดับ คือ 5-7 วัน, 3-4 วัน, 1-2 วัน และไม่ทำเลย

กำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับตามแนวทางของ (บุญชม ศรีสะอาด, 2535:100) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	1.00 ถึง 1.50	หมายถึง ไม่ดี
ค่าเฉลี่ย	1.51 ถึง 2.50	หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	2.51 ถึง 3.50	หมายถึง ดี
ค่าเฉลี่ย	3.51 ถึง 4.00	หมายถึง ดีมาก

2.1.5 ตอนที่ 5 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 2 ระดับ คือ ใช่ และไม่ใช่

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายของคะแนนค่าเฉลี่ยในข้อคำถามความรู้ทั่วไปในการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นข้อมูลประมาณค่า 2 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0.00 ถึง 0.50 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 0.51 ถึง 1.00 หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

2.1.6 ตอนที่ 6 ทักษะการบริโภคอาหาร จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือก 5 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และไม่เห็นด้วย

กำหนดเกณฑ์แปลความหมายของคะแนนค่าเฉลี่ยเป็นข้อมูลประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 ถึง 1.80 หมายถึง ระดับทัศนคติไม่เห็นด้วย

ค่าเฉลี่ย 1.81 ถึง 2.60 หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วยน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.61 ถึง 3.40 หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 3.41 ถึง 4.20 หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 4.21 ถึง 5.00 หมายถึง ระดับทัศนคติเห็นด้วยมาก

2.2 เครื่องมือวิทยาศาสตร์

2.2.1 เครื่องชั่งน้ำหนัก ยี่ห้อ Casiko รุ่น CK3377 สามารถอ่านค่าได้อย่างละเอียด เพื่อไม่ให้มีความคลาดเคลื่อนมากเกินไป ใช้ในการประเมินน้ำหนักและหาดัชนีมวลกายโดยคิดจากน้ำหนัก (กิโลกรัม)หารด้วยส่วนสูง (เมตร²) โดยยึดเกณฑ์ประเมินสำหรับคนไทย

ต่ำกว่า 18.50 = ต่ำกว่าปกติ

18.50-22.99 = เหมาะสม

23.00-24.99 = น้ำหนักเกิน

25.00-29.99 = อ้วน

30 ขึ้นไป = โรคอ้วน

2.2.2 สายวัด ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการอ้วนลงพุง โดยใช้เกณฑ์ประเมินภาวะอ้วนสำหรับคนไทย คือ เพศชาย มีเส้นรอบเอวไม่เกิน 90 เซนติเมตร และเพศหญิง มีเส้นรอบเอวไม่เกิน 80 เซนติเมตร

2.2.3 เครื่องวัดส่วนสูง ยี่ห้อ FBT ใช้ในการวัดส่วนสูง หน่วยเป็นเซนติเมตร

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

โดยการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สร้างและพัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเสริมพลังบุคคล โดยนิตยา เพ็ญศิริรักษา ซึ่งผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุในแง่ของความเสียด้านภาวะโภชนาการ ระยะเวลาในการทดลอง 1 เดือน ทำจำนวน 2

ครั้ง (ก่อนและหลัง)ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อเสริมพลังการกำหนดเป้าหมายดูแลสุขภาพการละเลยพฤติกรรมและการ ให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การจัดการความเครียดหรืออารมณ์อย่างเหมาะสมดังรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้

กลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุ

กิจกรรมครั้งที่ 1

วัตถุประสงค์

- (1) สร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจแก่ผู้เข้าร่วมโปรแกรม
- (2) สร้างแรงจูงใจ ความเชื่อมั่นและเสริมพลังให้กับผู้เข้าโปรแกรม
- (3) สร้างแนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อการบรรลุเป้าหมายของสุขภาพที่ตั้งไว้ของ ผู้เข้าร่วม โปรแกรม

(4) เสริมความรู้เพื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เลือก วิธีการออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม

- (1) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว
- (2) ทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ (pre-test)
- (3) แจกป้ายชื่อ พร้อมปากกา
- (4) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย และแนะนำตนเอง
- (5) กิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธภาพเพื่อเสริมพลัง ให้ผู้ร่วมโปรแกรมบอกข้อดี และความสามารถที่ภาคภูมิใจของตนเองพร้อมแนะนำตัวที่ละคนจากนั้นแบ่งกลุ่มๆละ 10 คน สมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและให้ตัวแทนกลุ่มสรุปให้ กลุ่มอื่น ๆ ฟัง

(6) ละเลยพฤติกรรม โดยใช้กิจกรรมรักษสุขภาพต้องปกป้องหัวใจ ให้แต่ละ กลุ่มใช้อุปกรณ์ที่มอบให้ช่วยกันหาวิธีห่อหุ้มไข่ไก่ให้ปลอดภัยจากการ โยนจากที่สูงประมาณ 2.5 เมตร โดยไม่ให้ไข่แตกหรือร้าว แล้วถามสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับ กระบวนการและบรรยากาศในการทำงานความรู้สึกที่มีต่อผลงานวิทยากรสรุป การเรียนรู้ที่ดีกับการปกป้องรักษาหัวใจที่จะต้องมีการ วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อการมีสุขภาพดีที่ยั่งยืน

(7) กิจกรรมสุขภาพที่คาดหวัง ให้แต่ละคนนึกถึงเป้าหมายชีวิตที่ต้องการ จากนั้นให้ถ่ายทอด “สุขภาพที่คาดหวัง” ในจินตนาการออกมาเป็นภาพ โดยใช้กระดาษสีต่าง ๆ ฝึกเป็นรูปร่างต่างๆ แปะเป็นภาพบนกระดาษ A4 แล้วแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ตัวแทนกลุ่มนำเสนอต่อกลุ่มอื่น ๆ ผู้วิจัยชี้ให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้คนประสบความสำเร็จในชีวิตได้ตามที่คาดหวัง

(8) ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้แบบองค์รวม เรื่องการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยถามผู้เข้าร่วมโปรแกรมระหว่างบรรยาย

(9) ผู้วิจัยแจกกระดาษ ให้สมาชิกเขียนเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และเป้าหมายสุขภาพที่ต้องการให้บรรลุผล ระบุวันที่ อุปสรรค และวิธีการเอาชนะอุปสรรค พร้อมทั้งการให้รางวัลกับตนเองเมื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยให้เซ็นชื่อกำกับ

(10) ผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยกันสรุปกิจกรรมทั้งหมด พร้อมนัดหมายในครั้งต่อไปเพื่อทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (post-test)

อุปกรณ์

- (1) เครื่องชั่งน้ำหนัก
- (2) สายวัด
- (3) เครื่องวัดส่วนสูง
- (4) แบบบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว
- (5) สื่อการให้ความรู้ พาวเวอร์พอยท์
- (6) กระดาษสี กาว หลอด ไขไก่ หนัวยาง ทิชชู
- (7) แบบสอบถาม

กิจกรรมครั้งที่ 2

วัตถุประสงค์

- (1) เพื่อประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ
- (2) เพื่อประเมินดัชนีมวลการ และเส้นรอบเอว (หลังการทดลอง) ระยะเวลา 1

เดือน

ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

กิจกรรม

- (1) ผู้เข้าร่วมโปรแกรมช่วยกันชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว
- (2) ทำแบบสอบถามหลังการทดลอง (post-test)

(3) สั้งสรรค้ และแจกของทีระลึกให้แกผู้เข้าร่วมโปรแกรม

(4) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วม โปรแกรมทีได้เสียสละเวลา ตลอดจนกล่าวปิด

กิจกรรมกลุ่ม

อุปกรณ์

(1) เครื่องชั่งน้ำหนัก

(2) สายวัด

(3) เครื่องวัดส่วนสูง

(4) แบบบันทึกน้ำหนัก ส่วนสูง และสั้นรอบเอว

(5) แบบสอบถาม

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์โดยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการเข้าแจกแบบสอบถามและจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงกับอาสาสมัคร

3.2 ชีแจงวัตถุประสงค์ อธิบายการพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโปรแกรมและทำแบบสอบถาม เมื่ออาสาสมัครเข้าใจดีแล้ว และให้ความยินยอมโดยสมัครใจแล้วผู้วิจัยแจกเอกสารให้กับอาสาสมัครเก็บไว้ 1 ชุด และแจกแบบสอบถามให้อาสาสมัคร พร้อมนัดวันเข้าร่วมโปรแกรมตามกำหนดการทั้งหมด 2 ครั้ง (ระยะห่าง 1 เดือน) ทั้งนี้อาสาสมัครจะได้รับของทีระลึกในการเสียสละเวลาเข้าร่วมงานวิจัยหลังจากทำการตอบแบบสอบถามครั้งสุดท้าย สิ้นสุดลง

3.3 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ภาวะโภชนาการ ความเชื่อในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยแบบสอบถามก่อนการดำเนินโปรแกรม และภายหลังการดำเนินโปรแกรมฯ แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมสุขภาพ และการประเมินภาวะโภชนาการจะเก็บข้อมูล รวมระยะเวลาในการจัดโปรแกรมและการดำเนินรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้น 11เดือน ตามขั้นตอน และผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลหลังจากได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมา ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

- 4.1 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาแต่ละฉบับ
- 4.2 นำแบบสอบถามมาลงรหัส
- 4.3 ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้
 1. ข้อมูลทั่วไปที่ได้จากการรวบรวมแบบสอบถาม โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptivestatis) ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) และค่าเฉลี่ย (Mean)
 2. การวิเคราะห์แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความรู้ทั่วไปการบริโภคอาหาร ทศนคติโดยแสดงค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
 3. การประเมินภาวะโภชนาการของอาสาสมัครประเมิน โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) สำหรับคนไทย
 4. การประเมินเส้นรอบเอวของอาสาสมัครโดยใช้เกณฑ์ตามการประเมินภาวะอ้วนสำหรับคนไทย
 5. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test (dependent t-test)
 6. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test (dependent t-test)
 7. การเปรียบเทียบความแตกต่างของความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ t-test (dependent t-test)

5. การพิทักษ์สิทธิ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้อาสาสมัคร โดยในแบบสอบถามได้ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและขอความ

ร่วมมือโดยผู้ตอบแบบสอบถามสามารถยินยอมหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ มีความอิสระในการตัดสินใจที่จะตอบแบบสอบถาม ซึ่งคำตอบจะไม่มีผลต่อผู้ตอบแบบสอบถาม คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นความรู้สึกที่แท้จริงและตรงกับสภาพความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งผู้วิจัยจะนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บแบบสอบถามอย่างมีจิตคิดและจัดการทำลายแบบสอบถามด้วยเครื่องตัดเอกสาร



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์จังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของการรับรู้ความสามารถของตน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวชี้วัดทางด้านภาวะโภชนาการ ความรู้ ทักษะคิด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งมีการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความรู้ในการบริโภคอาหาร และทักษะคิดในการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
3. ความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
4. ประสิทธิภาพด้านโภชนาการ ความรู้ ทักษะคิด ภาวะโภชนาการก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง มีความแตกต่างกัน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้ารับโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีรายชื่ออยู่ในชมรมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์โดยจำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ การศึกษา รายได้แหล่งที่มาของรายได้ อาชีพ ศาสนา โรคประจำตัว การอยู่อาศัย

ตัวแปร	n = 54	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	22	40.7
หญิง	32	59.3
อายุ		
60 – 69 ปี	33	61.1
70 ปีขึ้นไป	21	38.9
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	4	7.4
ระดับประถมศึกษา	40	74.1
ระดับมัธยมศึกษา/ปวช.	9	16.7
ระดับอนุปริญญา/ปวส.	1	1.9
รายได้		
น้อยกว่า 2,000 บาท	29	53.7
2,001 – 5,000 บาท	17	31.5
5,001 – 8,000 บาท	7	13.0
มากกว่า 8,001 บาทขึ้นไป	1	1.9

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ตัวแปร	n = 54	
	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่มาของรายได้		
จากการประกอบอาชีพ	6	11.1
จากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุ	21	38.9
จากบุตรหลานของท่าน	3	5.6
จากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุและบุตรหลาน	15	27.8
จากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุและการประกอบอาชีพ	9	16.7
อาชีพ		
ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว	8	14.8
รับจ้างทั่วไป	14	25.9
เกษตรกรรม (เช่น ทำไร่ ทำสวน)	32	59.3
ศาสนา		
พุทธ	54	100
โรคประจำตัว		
ไม่มี	12	22.2
มี	42	77.8
มีโรคเดียว	20	37.04
-เบาหวาน	2	3.7
-ความดันโลหิตสูง	8	14.8
-ไขมันในเลือดสูง	3	5.6
-หัวใจ	5	9.3
-กระดูกเสื่อม	2	3.7
มากกว่า 1 โรค	22	40.75
-หัวใจ ไขมันในเลือดสูง	1	1.9
-ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	9	16.7

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ตัวแปร	n = 54	
	จำนวน	ร้อยละ
- ความดันโลหิตสูง กระดูกเสื่อม	1	1.9
- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไต หอบหืด	3	5.6
- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	8	14.8
การอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียวตามลำพัง	7	13.0
อยู่กับคู่สมรส	20	37.0
อยู่กับบุตรหลาน	25	46.3
อยู่กับญาติพี่น้อง	1	1.9
อื่น ๆ	1	1.9

จากตารางที่ 4.1 พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.3 ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.1 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 70 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 38.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 74.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 16.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.7 รองลงมา มีรายได้ในช่วง 2,001-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 31.5 แหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้มาจากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมา มีแหล่งรายได้จากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุและบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 27.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำสวน คิดเป็นร้อยละ 59.3 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 25.9 โดยนับถือศาสนาพุทธทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 77.8 โดยที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค คิดเป็นร้อยละ 37.04 ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 16.7 รองลงมาพบว่ามีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 14.8

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการบริโภค
อาหารเบื้องต้น (N=54)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	n = 54	
	จำนวน	ร้อยละ
ความสำคัญของมื้ออาหารที่บริโภค		
- มื้อเช้า	41	75.9
- มื้อกลางวัน	1	1.9
- มื้อเย็น	12	22.2
ประเภทของอาหารมื้อเช้า		
- เครื่องดื่มประเภทกาแฟ/ชา	15	27.8
- ขนมปัง/แซนวิช	4	7.4
- ข้าวราดแกง/ข้าว แกง	30	55.6
- ข้าวต้ม/โจ๊ก	2	3.7
- อื่น ๆ	3	5.6
ประเภทอาหารมื้อเที่ยง		
- ข้าวราดแกง/ข้าว แกง	19	35.2
- ก๋วยเตี๋ยวหรือขนมจีน	24	44.4
- อาหารจานเดียว/อาหารตามสั่ง	5	9.3
- อื่น ๆ	1	1.9
- ไม่ได้รับประทาน	5	9.3
ประเภทของอาหารมื้อเย็น		
- ข้าวราดแกง/ข้าว แกง	42	77.8
- ก๋วยเตี๋ยวหรือขนมจีน	2	3.7
- อาหารจานเดียว/อาหารตามสั่ง	8	14.8
- อื่น ๆ	2	3.7

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับอาหารมื้อเช้า คิดเป็นร้อยละ 75.9 รองลงมาจะให้ความสำคัญกับอาหารมื้อเย็น คิดเป็นร้อยละ 22.2

และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารมื้อเช้าเป็นข้าวราดแกง/ข้าวแกง คิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมาจะรับประทานเครื่องดื่มชากาแฟ คิดเป็นร้อยละ 55.6 สำหรับอาหารในมื้อเที่ยงส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยวหรือขนมจีน คิดเป็นร้อยละ 44.4 รองลงมาจะรับประทานข้าวแกง/หรือข้าวราดแกง คิดเป็นร้อยละ 35.2 และอาหารในมื้อเย็นส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารประเภทข้าวแกง/ข้าวราดแกง คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาจะเป็นอาหารจานเดียว/อาหารตามสั่ง คิดเป็นร้อยละ 14.8

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

- 1) การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4.3
- 2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4.4
- 3) การเปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 4.5
- 4) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามตัวแปรความรู้ในการบริโภคอาหาร ดังตารางที่ 4.6
- 5) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามตัวแปรทัศนคติในการบริโภคอาหาร ดังตารางที่ 4.7
- 6) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามตัวแปรภาวะโภชนาการ และ ตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	$\bar{X}(SD)$	แปลผล	t-test	p-value
1. กินอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอย ปู				
- ก่อนการทดลอง	1.90(0.81)	ดี	3.07	< 0.01
- หลังการทดลอง	2.15(0.85)	ดี		
2. ดื่มนมพร่องไขมันหรือไม่มีไขมัน โยเกิร์ต พร่องไขมัน				
- ก่อนการทดลอง	2.15(1.07)	ปานกลาง	1.59	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.30(1.14)	ปานกลาง		
3. ดื่มผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ได้แก่ น้ำเต้าหู้ที่ไม่ หวาน				
- ก่อนการทดลอง	1.96(0.87)	ปานกลาง	0.78	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.04(0.87)	ปานกลาง		
4. กินอาหารปรุงดิบ เช่น ลาบดิบ ก้อยดิบ ปลา กุ้ง กุ้งแช่น้ำปลา				
- ก่อนการทดลอง	1.15(0.41)	ไม่ดี	0.44	> 0.05
- หลังการทดลอง	1.17(0.42)	ไม่ดี		
5. กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า				
- ก่อนการทดลอง	1.26(0.52)	ไม่ดี	0.70	> 0.05
- หลังการทดลอง	1.30(0.57)	ไม่ดี		
6. กินอาหารย่าง/รมควัน เช่น ไส้กรอก ไก่ย่าง หมู ย่าง ปลาย่าง				
- ก่อนการทดลอง	1.80(0.85)	ปานกลาง	1.70	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.00(0.89)	ปานกลาง		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{X} (SD)	แปลผล	t-test	p-value
7. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ้ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ปาท่องโก๋ ก๋วย แฉก ไก่ทอด หมูทอด หนั๋งไก่ทอด แคลหมู				
- ก่อนการทดลอง	2.11(1.00)	ปานกลาง	0.75	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.18(0.95)	ปานกลาง		
8. กินอาหารหรือของหวานที่ประกอบด้วยกะทิ ดื่มเข้าไก่ แกงมัสมั่น				
- ก่อนการทดลอง	2.02(0.90)	ปานกลาง	0.49	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.05(0.92)	ปานกลาง		
9. กินอาหารที่ทำจากเนยหรือครีม เช่น คูกี้ เค้ก เบเกอรี่ พาย				
- ก่อนการทดลอง	1.57(0.86)	ปานกลาง	0.17	> 0.05
- หลังการทดลอง	1.59(0.81)	ปานกลาง		
10. กินขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่ง ข้าวเกรียบ ถั่ว ทอด				
- ก่อนการทดลอง	1.74(0.90)	ปานกลาง	0.63	> 0.05
- หลังการทดลอง	1.78(0.88)	ปานกลาง		
11. กินขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมเชื่อม ต่าง ๆ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง				
- ก่อนการทดลอง	1.60(0.92)	ปานกลาง	0.94	> 0.05
- หลังการทดลอง	1.67(0.87)	ปานกลาง		
12. กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน มะม่วงสุก				
- ก่อนการทดลอง	1.94(0.88)	ปานกลาง	1.15	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.03(0.87)	ปานกลาง		

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร	$\bar{X}(SD)$	แปลผล	t-test	p-value
13. กินไข่ เช่น ไข่ไก่ ไข่เป็ด				
- ก่อนการทดลอง	2.72(0.88)	ดี	1.06	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.83(0.90)	ดี		
14. เติมเครื่องปรุงทุกครั้งที่ยกินอาหาร เช่น น้ำปลา ซอส				
- ก่อนการทดลอง	2.39(0.98)	ปานกลาง	0.35	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.35(1.03)	ปานกลาง		
15. กินอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อในปริมาณที่เหมาะสม				
- ก่อนการทดลอง	2.96(0.93)	ดี	0.39	> 0.05
- หลังการทดลอง	2.92(0.97)	ดี		
รวม ก่อนการทดลอง	1.96(0.41)	ไม่ดี	1.45	> 0.05
หลังการทดลอง	2.01(0.37)	ปานกลาง		

จากตารางที่ 4.3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นโดยรวมดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.01) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 1.96) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 1.45, $p > 0.05$) เมื่อดูรายข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหารทะเลหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.15) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 1.90) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 3.07, $p < 0.01$)

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านพฤติกรรม การดูแล สุขภาพก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	\bar{X} (SD)	แปลผล	t-test	p-value
1. ดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
- ก่อนการทดลอง	3.68(0.64)	ดีมาก	2.62	p < 0.01
- หลังการทดลอง	3.85(0.35)	ดีมาก		
2. สูบบุหรี่				
- ก่อนการทดลอง	3.83(0.69)	ดีมาก	1.59	p > 0.05
- หลังการทดลอง	3.83(0.69)	ดีมาก		
3. มีกิจกรรมทางกาย (เคลื่อนไหว ออกแรง) เช่น เดิน ปั่นจักรยาน ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้การหายใจเพิ่มขึ้น				
- ก่อนการทดลอง	2.87(1.05)	ดี	1.59	p > 0.05
- หลังการทดลอง	3.02(0.96)	ดี		
4. นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ต่อวัน				
- ก่อนการทดลอง	3.09(0.92)	ดี	0.89	p > 0.05
- หลังการทดลอง	3.16(0.88)	ดี		
5. กินอาหารตรงเวลาในแต่ละมื้อ				
- ก่อนการทดลอง	2.85(0.98)	ดี	0.38	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.89(1.02)	ดี		
6. กินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ในทุกมื้อ				
- ก่อนการทดลอง	2.72(1.12)	ดี	0.72	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.78(1.02)	ดี		

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	$\bar{X}(SD)$	แปลผล	t-test	p-value
7. เมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจมักจะพูดคุยระบายกับคนรอบข้าง				
- ก่อนการทดลอง	2.07(0.97)	ดี	2.94	$p < 0.01$
- หลังการทดลอง	2.48(1.08)	ดี		
รวม	ก่อนการทดลอง	ดี	0.41	$P > 0.05$
	หลังการทดลอง	ดี		

จากตารางที่ 4.4 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยรวมเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ค่าเฉลี่ย 3.09) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.07) และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 0.41, $p > 0.05$)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องการดื่มสุราดีขึ้นภายหลังการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.85) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.68) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 2.24, $p < 0.01$) และในรายข้อการจัดการความเครียด ความไม่สบายใจมักจะพูดคุยระบายกับคนรอบข้างหลังการทดลองดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.48) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 2.07) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 2.94, $p < 0.01$)

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านความเชื่อมั่นในความสามารถของตนก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน	\bar{X} (SD)	แปลผล	t-test	P-value
1. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้าจะต้องเตรียมอาหารให้ผู้อื่น หรือนั่งกินอาหารร่วมกับผู้อื่นที่ไม่ต้องควบคุมอาหารแบบข้าพเจ้า มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมอาหารได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ได้				
- ก่อนการทดลอง	1.19(0.48)	ปานกลาง	11.74	<0.01
- หลังการทดลอง	1.91(0.29)	สูง		
2. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้ากำลังหิว ข้าพเจ้ามีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะสามารถเลือกกินเฉพาะอาหารที่เหมาะสมกับโรคหรือความเสี่ยงได้				
- ก่อนการทดลอง	1.26(0.44)	ปานกลาง	9.49	< 0.01
- หลังการทดลอง	1.89(0.32)	สูง		
3. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะกินผักมีมือละ 2 ท็อปพีและผลไม้รสไม่หวานจัดมีมือละ 6-8 ชิ้น คำในแต่ละวันได้				
- ก่อนการทดลอง	1.06(0.45)	ปานกลาง	10.85	< 0.01
- หลังการทดลอง	1.87(0.34)	สูง		
4. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะหลีกเลี่ยงการกินอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ชอบก็ตาม				
- ก่อนการทดลอง	1.17(0.54)	ปานกลาง	9.25	< 0.01
- หลังการทดลอง	1.91(0.29)	สูง		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน	\bar{X} (SD)	แปลผล	t-test	P-value
5. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเคลื่อนไหว/ออกแรง ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้การหายใจและหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น โดยทำสะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาที/วัน				
- ก่อนการทดลอง	1.15(0.59)	ปานกลาง	8.38	< 0.01
- หลังการทดลอง	1.89(0.32)	สูง		
6. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำกิจกรรมเคลื่อนไหว/ออกแรงในชีวิตประจำวัน แทนการนั่งอยู่กับที่หรือนอนเป็นเวลานาน ๆ				
- ก่อนการทดลอง	1.06(0.45)	ปานกลาง	11.84	< 0.01
- หลังการทดลอง	1.91(0.29)	สูง		
7. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการความเครียด หรือลดความวิตกกังวลจากปัญหาต่าง ๆ (เช่น ปัญหาสุขภาพ ครอบครัว หน้าที่การงาน) ที่พบในแต่ละวันได้				
- ก่อนการทดลอง	1.13(0.39)	ปานกลาง	13.68	< 0.01
- หลังการทดลอง	1.94(0.23)	สูง		
8. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมน้ำหนักตัว หรือสัดส่วนร่างกายไม่ให้อ้วนได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้				
- ก่อนการทดลอง	0.96(0.43)	ปานกลาง	12.50	< 0.01
- หลังการทดลอง	1.89(0.32)	สูง		
รวม ก่อนการทดลอง	1.12(0.31)	ปานกลาง	17.55	< 0.01
หลังการทดลอง	1.90(0.11)	สูง		

จากตารางที่ 4.5 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อมั่นในความสามารถการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ข้อคำถาม (ค่าเฉลี่ย 1.90) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 1.12) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 17.55, $p < 0.01$)

ตารางที่ 4.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุขภาพก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ความรู้ในการบริโภคอาหาร	$\bar{X}(SD)$	แปลผล	t-test	p-value
1. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน				
- ก่อนการทดลอง	0.46(0.50)	น้อย	3.32	$p < 0.01$
- หลังการทดลอง	0.67(0.48)	มาก		
2. เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ผู้สูงอายุสามารถกินได้ทุกวันเพราะเคี้ยวง่าย เนื้อนุ่ม				
- ก่อนการทดลอง	0.81(0.39)	มาก	1.43	$p > 0.05$
- หลังการทดลอง	0.89(0.32)	มาก		
3. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย				
- ก่อนการทดลอง	0.65(0.48)	มาก	4.51	$p < 0.01$
- หลังการทดลอง	0.93(0.26)	มาก		
4. ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้วต่อวัน				
- ก่อนการทดลอง	0.80(0.41)	มาก	2.18	$p > 0.05$
- หลังการทดลอง	0.93(0.26)	มาก		
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น				
- ก่อนการทดลอง	0.90(0.32)	มาก	1.35	$p > 0.05$
- หลังการทดลอง	0.94(0.23)	มาก		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความรู้ในการบริโภคอาหาร	\bar{X} (SD)	แปลผล	t-test	p-value
6. เนื้อสัตว์ควรปรุงสุกหรือไม่สุกก็ได้ขึ้นอยู่กับ ความชอบ				
- ก่อนการทดลอง	0.87(0.34)	มาก	1.66	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.94(0.23)	มาก		
7. ผู้สูงอายุกินพืชผักได้อย่างไม่จำกัดปริมาณใน แต่ละวัน				
- ก่อนการทดลอง	0.85(0.36)	มาก	1.43	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.93(0.26)	มาก		
8. ผู้สูงอายุควรกินข้าวเป็นอาหารหลัก และสลับ กับถั่วเขียว หรือขนมจีนเป็นบางมื้อ				
- ก่อนการทดลอง	0.90(0.32)	มาก	1.35	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.94(0.23)	มาก		
9. ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง สามารถกินแทนเนื้อสัตว์ได้				
- ก่อนการทดลอง	0.70(0.46)	มาก	3.68	p < 0.01
- หลังการทดลอง	0.91(0.29)	มาก		
10. ผู้สูงอายุสามารถกินไข่เค็ม เต้าหู้ ไข่ ปลาเค็ม ผัก ดอง ได้อย่างไม่จำกัด				
- ก่อนการทดลอง	0.74(0.44)	มาก	2.33	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.83(0.38)	มาก		
11. ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ แทนข้าวขัดขาว				
- ก่อนการทดลอง	0.81(0.39)	มาก	1.14	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.87(0.34)	มาก		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ความรู้ในการบริโภคอาหาร	$\bar{X}(SD)$	แปลผล	t-test	p-value
12. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทผักใ้น้อยลง				
- ก่อนการทดลอง	0.76(0.43)	มาก	1.66	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.83(0.38)	มาก		
13. ผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง				
- ก่อนการทดลอง	0.74(0.44)	มาก	0.00	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.74(0.44)	มาก		
14. ผู้สูงอายุควรกินปลาเป็นประจำ				
- ก่อนการทดลอง	0.85(0.36)	มาก	0.81	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.89(0.32)	มาก		
15. ผู้สูงอายุกินอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลได้ อย่างไม่จำกัดเช่น ข้าว ขนมปัง เครื่องดื่มรสหวาน				
- ก่อนการทดลอง	0.74(0.56)	มาก	0.00	p > 0.05
- หลังการทดลอง	0.74(0.55)	มาก		
รวม				
ก่อนการทดลอง	0.77(0.16)	มาก	5.02	p < 0.01
หลังการทดลอง	0.87(0.09)	มาก		

จากตารางที่ 4.6 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ย 0.87) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 0.77) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 5.02, p < 0.01) และเมื่อดูรายข้อพบว่าผู้สูงอายุรู้ว่าต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ย 0.67) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 0.46) อย่างเห็นได้ชัดเจน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 3.32, p < 0.01) ผู้สูงอายุรู้ว่าการกินถั่วเมล็ดแห้งเพื่อได้รับสารอาหารโปรตีนสามารถกินทดแทนเนื้อสัตว์ได้ หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น (ค่าเฉลี่ย 0.91) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 0.70) อย่างเห็นได้ชัดเจน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 3.68, p < 0.01)

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านทัศนคติในการบริโภคอาหารก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ทัศนคติในการบริโภคอาหาร	$\bar{X}(SD)$	แปลผล	t-test	p-value
1.ชอบรับประทานอาหารขบเคี้ยวระหว่างมีอาหาร				
- ก่อนการทดลอง	2.07(1.11)	เห็นด้วยน้อยมาก	2.89	p < 0.01
- หลังการทดลอง	1.74(1.07)	ไม่เห็นด้วย		
2.การเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซีอิ๊ว จะช่วยเพิ่มรสชาติของอาหารให้อร่อยถูกปากมากขึ้น				
- ก่อนการทดลอง	2.70(1.37)	เห็นด้วยน้อย	1.06	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.59(1.37)	เห็นด้วยน้อยมาก		
3.อาหารกล่อง อาหารถุง มีความสะดวกในการกินมากกว่าที่จะต้องปรุงเองเช่น อาหารแช่แข็ง แกงถุง				
- ก่อนการทดลอง	2.16(1.24)	เห็นด้วยน้อยมาก	0.84	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.07(1.26)	เห็นด้วยน้อยมาก		
4. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินข้าวก็ได้ หากกินถ้วยเดียวและขนมจีนในแต่ละมื้อแล้ว				
- ก่อนการทดลอง	2.16(1.24)	เห็นด้วยน้อยมาก	3.45	p < 0.01
- หลังการทดลอง	3.22(1.49)	เห็นด้วยน้อย		
5. การดื่มสุราทำร่างกายกระชุ่มกระชวยและสมองปลอดโปร่ง				
- ก่อนการทดลอง	1.42(0.94)	ไม่เห็นด้วย	0.17	p > 0.05
- หลังการทดลอง	1.41(0.98)	ไม่เห็นด้วย		

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ทัศนคติในการบริโภคอาหาร	\bar{X} (SD)	แปลผล	t-test	p-value
6. เนื้อสัตว์บางชนิดไม่จำเป็นต้องผ่านความร้อนก็สุกได้ เช่น กุ้งเต้น				
- ก่อนการทดลอง	1.62(1.17)	ไม่เห็นด้วย	0.00	p > 0.05
- หลังการทดลอง	1.63(1.07)	ไม่เห็นด้วย		
7. การปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันพืชจะเลือกใช้แบบไหน ชนิดใดก็ได้				
- ก่อนการทดลอง	2.63(1.47)	เห็นด้วยน้อย	1.96	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.98(1.47)	เห็นด้วยน้อย		
8. ผลไม้ทุกชนิดกินได้โดยไม่ต้องจำกัดปริมาณ เช่น ลำไย แดงโม				
- ก่อนการทดลอง	2.55(1.41)	เห็นด้วยน้อยมาก	0.68	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.46(1.41)	เห็นด้วยน้อยมาก		
9. เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ข้าวขาหมู กล้วยง่ายกว่าเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน				
- ก่อนการทดลอง	2.02(1.32)	เห็นด้วยน้อยมาก	1.43	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.02(1.32)	เห็นด้วยน้อยมาก		
รวม				
ก่อนการทดลอง	2.15(0.68)	เห็นด้วยน้อยมาก	1.37	p > 0.05
หลังการทดลอง	2.23(0.46)	เห็นด้วยน้อยมาก		

จากตารางที่ 4.7 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเสร็จสูงขึ้นดีขึ้น (ค่าเฉลี่ย 2.23) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 2.15) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 1.37, p > 0.05) และเมื่อดูตามรายข้อพบว่าผู้สูงอายุ มีทัศนคติในเรื่องการกินอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหารหลังการทดลองเสร็จสิ้นลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 1.74) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 2.07) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 2.89, p < 0.01)

ตารางที่ 4.8 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ของตัวแปรภาวะโภชนาการจำแนกตามดัชนีมวลกายและรอบเอวก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ภาวะโภชนาการ	ก่อน		หลัง	
	N	ร้อยละ	N	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย				
ต่ำกว่า 18.50 = โภชนาการขาด	4	7.40	3	5.60
18.50-22.99 = โภชนาการปกติ	12	22.20	13	24.10
23.00-24.99 = โภชนาการเกิน	6	11.10	8	14.80
มากกว่า 24.99 = โรคอ้วน	32	59.30	30	55.60
รอบเอว				
เพศชาย ≤ 90 เซนติเมตร	13	59.10	14	63.30
เพศชาย > 90 เซนติเมตร	9	40.90	8	36.40
เพศหญิง ≤ 80 เซนติเมตร	7	21.90	9	28.13
เพศหญิง > 80 เซนติเมตร	25	78.10	23	71.89

จากตารางที่ 4.8 พบว่าร้อยละของภาวะโภชนาการตัวของแปรดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์อ้วนมากที่สุด รองลงมามีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 59.3, 22.2)ตามลำดับ ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นมีภาวะโภชนาการอ้วนลดลง และมีภาวะโภชนาการปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 55.6, 24.1) ตามลำดับ

ส่วนตัวแปรเส้นรอบเอว พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินหรือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรภายหลังจากทดลองลดลง (ร้อยละ 71.89) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 78.1) และพบว่าพบว่ามีเส้นรอบเอวเกินหรือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ภายหลังจากทดลองลดลง (ร้อยละ 36.40) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 40.90)

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อทดสอบสมมติฐาน

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
3. ความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม จำแนกตามตัวแปรทัศนคติในการบริโภคอาหาร ตัวชี้วัดด้านโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว) ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างของตัวแปรการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมดูแลสุขภาพ รับรู้ความสามารถของตน ความรู้ในการบริโภคอาหาร เจตคติในการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการ จำแนกตามระยะเวลาการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=54)

ตัวแปร	$\bar{X}(SD)$	t-test	p-value
1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร			
- ก่อนการทดลอง	1.96 (0.41)	1.45	p > 0.05
- หลังการทดลอง	2.01 (0.37)		
2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพ			
- ก่อนการทดลอง	3.07(0.46)	0.41	p > 0.05
- หลังการทดลอง	3.09(0.54)		
3. การรับรู้ความสามารถของตน			
- ก่อนการทดลอง	1.12 (0.31)	17.55	p < 0.01
- หลังการทดลอง	1.90 (0.11)		

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ตัวแปร	$\bar{X}(SD)$	t-test	p-value
4. ความรู้ในการบริโภคอาหาร	0.77 (0.16)	5.02	p < 0.01
- ก่อนการทดลอง	0.87 (0.09)		
- หลังการทดลอง			
5. ทักษะในการบริโภคอาหาร	2.15 (0.68)	1.37	p > 0.05
- ก่อนการทดลอง	2.23 (0.46)		
- หลังการทดลอง			
6. ภาวะโภชนาการ			
ดัชนีมวลกาย	26.21 (5.16)	0.75	p > 0.05
- ก่อนการทดลอง	26.06(4.85)		
- หลังการทดลอง			
รอบเอว			
- เพศชาย			
ก่อนการทดลอง	87.77 (12.13)	0.06	p > 0.05
หลังการทดลอง	87.54 (23.11)		
- เพศหญิง			
ก่อนการทดลอง	91.37 (9.69)	1.00	p > 0.05
หลังการทดลอง	89.78 (14.00)		

จากตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 1.45, p > 0.05) สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลองให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ไม่แตกต่างกัน

พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 0.41, p > 0.05) สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง

ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลองให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ไม่แตกต่างกัน

ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 17.55, p < 0.01$)สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลองให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ3

ความรู้ในการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 5.02, p < 0.01$) สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านความรู้ในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลองให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่แตกต่างกัน จึงสรุปได้ว่ายอมรับสมมติฐานการวิจัยข้อ4

ทัศนคติในการบริโภคอาหารก่อนและหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 1.37, p > 0.05$) สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านทัศนคติในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลองให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ไม่แตกต่างกัน

ภาวะโภชนาการจำแนกตามดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 0.75, p > 0.05$) สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ ดัชนีมวลกายในผู้สูงอายุ ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลองให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ไม่แตกต่างกัน

ภาวะโภชนาการจำแนกตามเส้นรอบเอวในเพศชายก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 0.06, p > 0.05$) สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่เส้นรอบเอวในผู้สูงอายุเพศชาย ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลองให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ไม่แตกต่างกัน

ภาวะโภชนาการจำแนกตามเส้นรอบเอวในเพศหญิงก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 1.00, p > 0.05$) สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 ผลลัพธ์การทดลองโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่เส้นรอบเอวในผู้สูงอายุเพศหญิง ระยะเวลา 1 เดือน ก่อนและหลังการทดลอง ให้ค่าคะแนนเฉลี่ยที่ไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุนั้นสามารถเพิ่มแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุใส่ใจในสุขภาพตนเองมากขึ้น ได้ อีกทั้งยังสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ไม่สามารถทำให้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมได้ เนื่องมาจากระยะเวลาที่ทำการทดลองใช้เวลาในระยะสั้น (1 เดือน) จึงไม่สามารถเห็นผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ที่ชัดเจนได้



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียวคือ กลุ่มทดลอง ทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลอง (pretest - posttest) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์อำเภอปาดเกร็ด จังหวัดนนทบุรี โดยเปรียบเทียบความแตกต่างด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ ทักษะคิด และประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว ก่อนและหลัง การทดลองในกลุ่มเดียวกัน โดยศึกษาในประชากรตำบลบางตะไนย์กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในตำบลบางตะไนย์กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่ม ทดลองได้จากการทบทวนวรรณกรรมผลของ โปรแกรมสุขภาพผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี สายใจ ชัยสงคราม (2545) พบว่าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.0 และพบว่าความ ต่างของค่าคะแนนในการทดลองก่อนทดลองและหลังทดลองเท่ากับ 5.0 นำมาหาขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H. 2003 จาก โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่าง สำเร็จรูป N4Studies กำหนดค่า Power of test เป็น 0.2 และค่าแอลฟาเป็น 0.05 ได้ตัวอย่างที่ใช้ใน การศึกษาทั้งหมด 54 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ (Convenient or Volunteer Sampling) โดยการสอบถามความสมัครใจผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 54 คน จากจำนวนสมาชิกผู้สูงอายุในชมรม 180 คน ซึ่งประกอบด้วย 5 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ 1 บ้านตาลหมู่ 2 บ้านน้อยหมู่ 3 บ้านตำหนักหมู่ 4 บ้านแหลมและหมู่ 5 บ้าน แหลมเหนือเพื่อเข้ากลุ่มทดลองการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง และเป็นไปตาม เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 1) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการ วิจัย 3) ไม่เคยได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมาก่อน เมื่อดำเนินโปรแกรม เสริมพลัง ทั้งนี้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง มีตัวแปรที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้หลัก 3 อ. (อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย)

2. ตัวแปรตาม คือ 2.1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร 2.2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 2.3) การรับรู้ความสามารถของตน 2.4) ความรู้ในการบริโภคอาหาร 2.5)ทัศนคติในการบริโภคอาหาร 2.6) ภาวะโภชนาการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
3. ความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน
4. ประสิทธิภาพของโปรแกรมจากการประเมินภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว) ความรู้ ทัศนคติ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีความแตกต่างกัน

1. สรุปการวิจัย

1.1 ข้อมูลเชิงพรรณนาของตัวแปร พบว่า

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 33 คน มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีรายได้ไม่น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้มาจากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวเป็น โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงหรือมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไปสอดคล้องกับ กิตติกร นิลมานันต์ และคณะ (2556) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.8) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือความดันโลหิตสูง ปวดหลัง/เอว และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม (ร้อยละ 49.0, 38.6 และ 27.6 ตามลำดับ)

1.1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเน้นรับประทานมื้อเช้า ซึ่งสอดคล้องกับ ศันสนีย์ กระจ่างโหมและสุวิภา จำปาวัลย์ (2557) ได้ศึกษาการบริโภคอาหารที่ทำให้มีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวน ในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่พบว่าผู้สูงอายุชาวไทยวนจะรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ เน้นมื้อเช้าและมือกกลางวัน

ในมือเข้าส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารประเภทข้าวราดแกง/ข้าวแกง มือเพียงส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยวหรือขนมจีน และมือเย็นส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารประเภทข้าวราดแกง/ข้าวแกง

1.1.3 การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพความเชื่อมั่นในความสามารถของตน ความรู้ ทักษะของ ผู้สูงอายุที่ได้รับ โปรแกรมฯ ดังนี้

1) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 1.96 และหลังการทดลองเสร็จสิ้นมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.01

2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จ หลังทดลองเสร็จสิ้นผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 3.09)

3) ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง พบว่าเพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 1.12 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 1.90

4) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่ามีความรู้ในการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น ในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 0.77 ระยะหลังการทดลองเสร็จมีค่าเฉลี่ยเป็น 0.87

5) ทักษะในการบริโภคอาหาร พบว่ามีทักษะในการบริโภคอาหารดีขึ้นตามระยะการทดลอง ระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.15 และระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.23

6) คำนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) หลังได้รับ โปรแกรมฯ เสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าภาวะโภชนาการขาดลดลง (ร้อยละ 5.60) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 7.40) ภาวะโภชนาการปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 24.10) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 22.20) ภาวะโภชนาการเกินลดลง (ร้อยละ 14.80) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 11.10) และจัดว่าเป็นโรคอ้วนลดลง (ร้อยละ 55.60) จากก่อนการทดลอง (59.30)

7) เส้นรอบเอว พบว่าในผู้สูงอายุเพศชาย มีเส้นรอบเอวปกติ (เส้นรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร) เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 63.30) จากก่อนการทดลอง (59.10) เส้นรอบเอวเกิน (เส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร) ลดลง (ร้อยละ 36.40) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 40.90) และพบว่าในผู้สูงอายุเพศหญิง มีเส้นรอบเอวปกติ (เส้นรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร) เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 28.13) จากก่อนการทดลอง (21.90) เส้นรอบเอวเกิน (เส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร) ลดลง (ร้อยละ 71.89) จากก่อนการทดลอง (78.10)

1.2 ผลการทดสอบสมมติฐาน ด้วยสถิติการวิเคราะห์ข้อมูล t-test

1.2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t\text{-test} = 1.45, p > 0.05$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการทดลองซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 1 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายตัวแปร พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในด้านการรับประทานอาหารทะเลเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 3.07, p < 0.01$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในด้านการรับประทานอาหารทะเล อย่างมีนัยสำคัญที่ .05

1.2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t\text{-test} = 0.41, p > 0.05$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปหลังจากทดลองเสร็จสิ้นซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 2 และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายตัวแปร พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอารมณ์ความเครียดเมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจมักจะพูดคุยระบายกับคนรอบข้าง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 2.94, p < 0.01$) และในพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องการดื่มสุรามีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 2.24, p < 0.01$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ มีผลเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพบางพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัดเจนในระยะเวลา 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญที่ .05

1.2.3 ความเชื่อมั่นในความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุพบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t\text{-test} = 17.55, p < 0.01$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการมีผลทำให้ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 3

1.2.4 ความรู้ทั่วไปในการบริโภคอาหาร หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t\text{-test} = 5.02, p < 0.01$) โปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการมีผลทำให้ความรู้ทั่วไปในการบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ **ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 4** และเมื่อพิจารณาความรู้ทั่วไปในการบริโภคอาหารรายตัวแปร พบว่าผู้สูงอายุว่าการกินถั่วเมล็ดแห้งสามารถกินแทนเนื้อสัตว์ได้มีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 3.68, p < 0.01$) และผู้สูงอายุว่าต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวันมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 3.32, p < 0.01$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ มีผลต่อความรู้ทั่วไปในการบริโภคอาหารในตัวแปรถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง สามารถกินแทนเนื้อสัตว์ได้ และตัวแปรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05

1.2.5 ทักษะในการบริโภคอาหาร หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($t\text{-test} = 1.37, p > 0.05$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการไม่มีผลต่อทัศนคติในการบริโภคอาหารจึงไม่มีความเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาการทดลอง **ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4** และเมื่อพิจารณาทัศนคติในการบริโภคอาหารรายตัวแปร พบว่ามีทัศนคติในการรับประทานอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหาร มีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 2.89, p < 0.01$) แสดงว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ มีผลต่อทัศนคติในการบริโภคอาหารในการรับประทานอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหาร อย่างมีนัยสำคัญที่ .05

1.2.6 ตัวชี้วัดด้านโภชนาการ

1) **ดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index)** หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลง ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t\text{-test} = 0.75, p > 0.05$) **ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4**

2) **เส้นรอบเอว** ในผู้สูงอายุเพศชาย หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 0.06, p > 0.05$) และในผู้สูงอายุเพศหญิง หลังได้รับโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีคะแนนค่าเฉลี่ยลดลง แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 1.00, p > 0.05$) **ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ 4**

2. อภิปรายผล

จากผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อ 1-4 ซึ่งได้มาจากวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ต้องการศึกษา ดังนี้

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน พบว่าโดยภาพรวมด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรัต ศรีมงคล และ คณะ (2560) ซึ่งได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูง โรคความดันโลหิตสูง ตาบตาจัน อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม และพบว่าโปรแกรมมีผลให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหารทะเลหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารทะเลจาก กลุ่มวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เสนอว่า กุ้ง หอย จะมีไขมันต่ำแต่จะมีปริมาณคอเลสเตอรอลค่อนข้างสูง และยังพบว่าส่วนหัวของปลาหมึกมีปริมาณคอเลสเตอรอลมากกว่าส่วนลำตัว ซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูงกว่าปลาชนิดอื่น อีกทั้งถ้ารับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงซึ่งเป็นสาเหตุของการทำให้เป็นโรคหัวใจขาดเลือดได้ (กลุ่มวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2547)

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน พบว่าโดยภาพรวมด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าโปรแกรมมีผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องการจัดการความเครียดความไม่สบายใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับบทความเรื่อง “ความเครียด” ที่กล่าวถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดว่า ควรออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอ หางานอดิเรกทำ สำหรับผู้มีภาระงานประจำมากควรใช้เวลากับ

ตัวเองบ้าง นอกจากนี้ควรจัดเวลาให้เหมาะสม และหาที่ปรึกษาหรือเพื่อนเพื่อคอยรับฟังหรือช่วยตัดสินใจบางเรื่องรวมทั้งควรกล้าที่จะยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (รศ.พญ.สุคตสบาย จุลกัทัพพะ, ม.ป.ป., ไม่มีเลขหน้า) และอาจเนื่องมาจากในด้านจิตใจอารมณ์ของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยรู้สึกว่ามีชีวิตไม่มีคุณค่าหมองหวัง และไม่มีความสุข นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกเหงา หงุดหงิดหรือวิตกกังวล (พิมพิสุทธิ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าโปรแกรมมีผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุหลังการทดลองดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุภารัตน์ สุคตสมบุรณ์, นันทวุฒิ วงษ์เมฆ, สุภัทรา ภูมิตร์ตนาวลี, ซอลาซ เค็งมาซา (2560) ที่ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และผู้สูงอายุรับรู้คุณโทษของการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในระดับปานกลาง แต่ก็ยังมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.3 เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีสมมติฐานว่าความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกัน โดยภาพรวมพบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ อังคินันท์ อินทรกำแหงและอนันต์ มลารัตน์ (2556) ได้ศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีผลให้ พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่สูงขึ้นไปตามระยะการทดลอง อัมมร บุญช่วย (2558) ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม และ สุนันทา ศรีศิริ (2555) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.4 เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งมีสมมติฐานว่าโปรแกรม

การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมีประสิทธิผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการบริโภคอาหาร มีทัศนคติในการบริโภคอาหารดี มีภาวะโภชนาการดี ขึ้นจากก่อนการทดลอง

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในด้านความรู้ โดยภาพรวมในด้านความรู้พบว่าความรู้ในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้สูงอายุรู้ว่าต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ วรรณวิมล เมฆวิมล (2553) พบว่าปัจจัยเสริมซึ่งประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนในการปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ วิริยา สุขวงศ์และคณะ (2554) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงพบหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ไพโรจน์ มะกล้าคำ (2558) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุรู้ว่าควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้สูงอายุว่าการกินถั่วเมล็ดแห้งเพื่อได้รับสารอาหารโปรตีนสามารถกินทดแทนเนื้อสัตว์ได้ หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในด้านทัศนคติ โดยภาพรวมในด้านทัศนคติพบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในการบริโภคอาหารหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติต่อการกินอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหารหลังการทดลองเสร็จสิ้นลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติว่าไม่จำเป็นต้องกินข้าวก็ได้ หากกินถ้วยเดียวและขนมจิ้นในแต่ละมื้อแล้วหลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในด้านภาวะโภชนาการ ประเมินด้วยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว

พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์อ้วนมากที่สุด รองลงมา มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 59.3 และ 22.2) ตามลำดับ ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นมีภาวะโภชนาการอ้วนลดลง และมีภาวะโภชนาการปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 55.6 และ 24.1) ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินหรือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรภายหลังการทดลองลดลง (ร้อยละ 71.89) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 78.1) และพบว่าพบว่ามีเส้นรอบเอวเกินหรือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรภายหลังการทดลองลดลง (ร้อยละ 36.40) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 40.90) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ พุกษาและวรัชญา สุขประเสริฐ (2561) ได้ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะลงพุง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการโรคอ้วนระดับ 1 และลงพุงร้อยละ 22.7 ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกินและลงพุงร้อยละ 13.2 และผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและลงพุงร้อยละ 13.2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากร่างกายของผู้สูงอายุนั้นมีการเผาผลาญของร่างกายที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการผู้สูงอายุมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและความรู้ในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุได้ หลังจากการทดลองเสร็จสิ้นในระยะเวลา 1 เดือน เนื่องจากการรับรู้ความสามารถแห่งตนจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะใช้เวลาพยายามในการแสดงพฤติกรรมและมีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการแสดงออกพฤติกรรม (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557, น.35) ในเรื่องของความรู้ในการบริโภคอาหารเป็นผลลัพธ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ทันทีเมื่อมีการแนะนำซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ตนเอง และถึงแม้ว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทักษะคิด คำนึงมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่เปลี่ยนแปลงหลังการทดลองเสร็จสิ้นนั้น เนื่องมาจากผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการมีหลายระดับซึ่งจะเกิดต่อเนื่องกัน ตั้งแต่เกิดการเรียนรู้ และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมพลังจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น และเมื่อมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องแล้วจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดีขึ้นจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด (นิตยา เพ็ญศิริรักษา, 2557, น.28) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ ธีรุต ศรีมงคลและ คณะ (2560) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูง โรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา ที่เสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมสุขศึกษาที่ใช้ระยะเวลาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ ว่าควรคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการนำแนวคิดการเสริมพลังมาประยุกต์ใช้เข้ากับโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพเป็นกลวิธีที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น (นิตยา เพ็ญศิริรนา, 2557)

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

3.1 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งนี้

3.1.1 สิ่งสำคัญในการทำวิจัยครั้งนี้คือความร่วมมือจากผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นก่อนที่จะดำเนินการจัดกิจกรรม ควรมีการศึกษาสภาพความเป็นจริงของกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด อันได้แก่เวลา เพื่อเจ้าของงานวิจัยจะได้นำมากำหนดแผนการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมต่อสภาพความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง

3.1.2 ในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนที่อยู่ในความดูแลของทางหน่วยงานเจ้าของพื้นที่หรือองค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ ซึ่งทางนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ ได้เล็งเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยเป็นอย่างมาก ทำให้โครงการประสบความสำเร็จได้

3.1.3 หน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพของพื้นที่ ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมกิจกรรมทางด้านสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสุขภาพหรือผู้ที่สมัครใจช่วยเหลือทำงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการฝึกอบรมกระบวนการ เทคนิค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยเชื่อมโยงความรู้และเน้นให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

3.1.4 โปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดเชื่อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

3.1.5 ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำไปสู่การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพระหว่างภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีระยะเวลาที่นานพอสมควรอย่างน้อย 3 เดือน เพื่อดูความแตกต่างของค่าดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการได้ชัดเจน

3.2.2 ในการวิจัยครั้งนี้ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมฯในกลุ่มเดียวคือกลุ่มทดลอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจจะศึกษา 2 กลุ่ม เพื่อทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มกันเพื่อให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมที่สร้างขึ้นได้ชัดเจนขึ้น

3.2.3 ในการทำกิจกรรมและให้ความรู้สอดแทรกในผู้สูงอายุต้องใช้คำจำกัดที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนจนทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเข้าใจผิดพลาด

3.2.4 การให้ความรู้ควรให้ควบคู่กับสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เพื่อสมาชิกได้เข้าใจและให้ความร่วมมือร่วมกับผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.2.5 ในสถานการณ์ความเป็นจริงเมื่อผู้สูงอายุมาเข้าร่วมงานวิจัยไม่พร้อมเพียงกัน ในด้านการให้ความรู้ควรสอดแทรกเป็นรายบุคคลไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กิตติกร นิลมานัต และคณะ. (2556). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสภาพยาบาลศาสตร์*, 28(1), 75-84.
- กุนนที พุ่มสงวน. (2557). การสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ : บทบาทที่สำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 86-90.
- กฤติน ชุมแก้ว, และชีพสมุน รังสยาธร. (2557). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา. *วารสารเกษตรศาสตร์(สังคม)*, 35(1), 16-29.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- โครงการจัดการความรู้สุขภาพผ่านสื่อและเทคโนโลยีออนไลน์มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2559). *อยากสุขภาพดีต้องมี 3 อ. สำหรับวัยสูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดการความรู้สุขภาพผ่านสื่อและเทคโนโลยีออนไลน์มูลนิธิหมอชาวบ้าน.
- ธีรดี ศรีมลล และคณะ. (2560). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิต ตำบลจัน อำเภอกง จังหวัดราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 33(1), 77-89.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2557). *การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด แนวคิดและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: จรัสณีทวงศ์การพิมพ์.
- ปรียา สุขทอง. (2560). *ความต้องการสวัสดิการด้านสังคมผู้สูงอายุในตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด นนทบุรี*. (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาโท) มหาวิทยาลัยปทุมธานี, ปทุมธานี.
- พัชชนันท์ ศรีม่วง. (2555). *อาหารเพื่อสุขภาพและโภชนบำบัด*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็ม แอนด์ เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์.
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว, และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-109.
- พลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2556). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี (ค้นคว้าอิสระไม่ได้ตีพิมพ์)*. วิทยาลัยราชพฤกษ์, นนทบุรี.
- ไพโรจน์ มะกล้าดำ. (2558). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร*, 10(1), 20-39.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

_____. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

รศ.พญ.สุศศบาย จุลกทัฬพะ. (2554). *ความเครียด*. สืบค้นจาก

<https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=50>

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา* (รายงานศึกษาค้นคว้าอิสระ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพมหานคร.

วิริยา สุขวงศ์, ชนพร วรรณกุล, และชลิดา โสภิตภักดีพงษ์. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 26(3), 106-118.

ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย. คำบบางตะไนย์. สืบค้นจาก <http://nonthaburi.kapook.com>

ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

คันสนีย์ กระจ่างโหม, และสุวิมล จำปาวัลย์. (2557). การบริโภคอาหารที่ทำให้มีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวน ในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต*, 2(2), 161-170.

สำนักวิจัยและสถิติ บริษัท ไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด (มหาชน). (บ)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549).

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สุนันทา ศรีศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(ฉบับพิเศษ), 308-315.

- สายใจ ชัยสงคราม. (2545). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี* (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอปะ, นุศรา วิจิตรแก้ว. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 1(1), 100-111.
- สุจิตรา ผลประไพ, กุลพร สุขุมลตรระกูล, ประกายรัตน์ เจริญเจริญ. (2544). *การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุดารัตน์ สุดสมบุรณ์, นันทวุฒิ วงษ์เมฆ, และสุถิธา ภูษิตรัตนาวดี. (2560). *พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้สูงอายุในเขตอำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช* (รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระ ไม่ได้ตีพิมพ์). แผนงานศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, หาดใหญ่.
- สุพรรณิ พุกษา, และวรัชญา สุขประเสริฐ. (2561). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(3), 67-76.
- หนทางแห่งความสุข. (2555, 1 สิงหาคม). 4 เทคนิคหยุดเครียดถาวร. ซีวีจิต. สืบค้นจาก <https://dl.parliament.go.th/handle/lirt/419841>
- องค์การอนามัยโลก. (2552). พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ แปลจาก [Milestones in Health Promotion: Statemant from global conference] (พิมพ์ครั้งที่ 1) (ลินส์กัด้ชนม์ อุ่นพรมมี, ผู้แปล). นนทบุรี: บริษัท ชนาเพลส จำกัด.
- อัมมร บุญช่วย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(2), 231-244.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง, อนันต์ มลารัตน์. (2556). *ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน* (กรณีศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม



เลขที่แบบสอบถาม ประเมินครั้งที่

วัน/เดือน/ปี ที่สอบถาม.....

แบบสอบถามการวิจัยสำหรับวิทยานิพนธ์

เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาดำบลบางตะไนย์อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

(Effectiveness of Empowerment Program for Modifying Risk Behavior

to Improve Nutritional Status of Elderly Thai: A Case Study in Bangtanai Subdistrict, Pak

Kret District, Nonthaburi Province)

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มี 8 หน้า โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 4 ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง	จำนวน 8 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 6ทัศนคติในการบริโภคอาหาร	จำนวน 11 ข้อ

****โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกตอน และตอบทุกข้อตามความเป็นจริง****

****ขอบคุณทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม มา ณ โอกาสนี้****

นางสาวรจนา คาวินพฤติ

นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

แขนงวิชาวิทยาการอาหารและโภชนาการ วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อ

โภชนาการ

สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ตรงกับคำตอบของท่าน หรือเติมคำในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ..... ปี
3. น้ำหนัก..... เซนติเมตร
4. ส่วนสูง..... เซนติเมตร
5. รอบเอว..... เซนติเมตร
6. ดัชนีมวลกาย..... กิโลกรัม/เมตร²
7. การศึกษาสูงสุด 1. ไม่ได้เรียน 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา/ปวช.
 4. อนุปริญญา/ปวส. 5. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
8. รายได้ต่อเดือน.....บาท
9. แหล่งที่มาของรายได้ที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - 1. จากการประกอบอาชีพ
 - 2. จากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุ
 - 3. จากบุตรหลานของท่าน
10. หากท่านยังประกอบอาชีพ อาชีพของท่านคือ
 - 1. ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว
 - 2. ข้าราชการบำนาญ
 - 3. ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/รัฐวิสาหกิจ
 - 4. ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน
 - 5. รับจ้างทั่วไป
 - 6. อื่นๆ ระบุ.....
11. ท่านนับถือศาสนา 1. พุทธ 2. อิสลาม 3. คริสต์ 4. อื่นๆ ระบุ.....
12. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยบ้างหรือไม่
 - 1. ไม่มี 2. เบาหวาน 3. หัวใจ
 - 4. ความดันโลหิตสูง 5. ไ้มนในเลือดสูง 6. ไต
 - 7. ภูมิแพ้/หอบหืด 8. มะเร็ง 9. ไ้ข้อเสื่อม/ปวดหลัง-เข่า
 - 10. เก๊าท์ 11. อื่นๆ ระบุ.....

13. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ

1. อยู่คนเดียวตามลำพัง 2. คู่สมรส 3. บุตรหลาน
 4. ญาติ 5. อื่น ๆ ระบุ.....

14. ท่านให้ความสำคัญหรือเน้นรับประทานอาหารมื้อใดมากที่สุด

1. มื้อเช้า 2. มื้อกลางวัน
 3. มื้อเย็น 4. อาหารว่างระหว่างมื้อ

15. ส่วนใหญ่อาหารมื้อเช้าของท่านเป็นอาหารประเภทใด

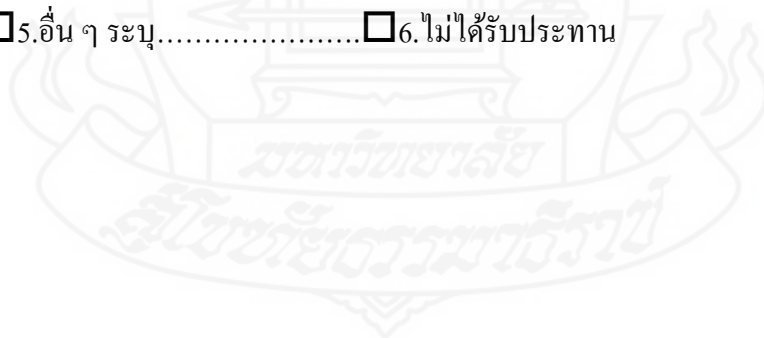
1. เครื่องดื่มประเภทกาแฟ/ชา 2. ขนมปัง/แซนวิช
 3. ข้าวราดแกง 4. ข้าวต้ม/โจ๊ก
 5. อื่น ๆ ระบุ..... 6. ไม่ได้รับประทาน

16. ส่วนใหญ่อาหารมื้อกลางวันของท่านเป็นอาหารประเภทใด

1. ข้าวราดแกง 2. อาหารกึ่งสำเร็จรูปเช่น โจ๊กกัฟ มาม่า
 3. ก๋วยเตี๋ยว/ขนมจีน 4. อาหารจานเดียว/อาหารตามสั่ง เช่น ข้าวขาหมู
 ข้าวมันไก่
 5. อื่น ๆ ระบุ..... 6. ไม่ได้รับประทาน

17. ส่วนใหญ่อาหารมื้อเย็นของท่านเป็นอาหารประเภทใด

1. ข้าวราดแกง 2. อาหารกึ่งสำเร็จรูปเช่น โจ๊กกัฟ มาม่า
 3. ก๋วยเตี๋ยว/ขนมจีน 4. อาหารจานเดียวเช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่
 5. อื่น ๆ ระบุ..... 6. ไม่ได้รับประทาน



ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจงแบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการปฏิบัติพฤติกรรมการรับประทานอาหารของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความถี่ของการปฏิบัติจริงของท่านในแต่ละข้อ ใน 1 อาทิตย์/สัปดาห์ที่ผ่านมาที่เป็นสัปดาห์ปกติ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ทำเลย

ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์

การปฏิบัติของท่าน	ความถี่ของการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์			
	5-7 วัน (4)	3-4 วัน (3)	1-2 วัน (2)	ไม่ทำเลย (1)
1. กินปลาทุกชนิด				
2. กินอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอย ปู				
3. ดื่มนมพร่องไขมันหรือไม่มีไขมัน โยเกิร์ตพร่องไขมัน				
4. ดื่มผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ได้แก่ น้ำเต้าหู้ที่ไม่หวาน				
5. กินอาหารปรุงดิบ เช่น ลาบดิบ ก้อยดิบ ปลา กุ้ง กุ้งแช่น้ำปลา				
6. กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์ พิซซ่า				
7. กินอาหารย่าง/รมควัน เช่น ไส้กรอก ไก่ย่าง หมูย่าง				
8. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ้ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ หมูทอด หนั๋งไก่ทอด แคลปหมู ปาท่องโก๋ กลัวยแซก				
9. กินอาหารหรือของหวานที่ประกอบด้วยกะทิ เช่น แงงกะทิ ต้มข่าไก่ แงงมัสมั่น				
10. กินอาหารที่ทำจากเนยหรือครีม เช่น คูกี้ เค้ก เบเกอรี่พาย ไอศกรีม				
11. กินขนมขบเคี้ยวเช่น มันฝรั่ง ข้าวเกรียบ ถั่วทอด				

การปฏิบัติของท่าน	ความถี่ของการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์			
	5-7 วัน (4)	3-4 วัน (3)	1-2 วัน (2)	ไม่ทำเลย (1)
12. กินขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมเชื่อมต่าง ๆ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง				
13. กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน เงาะ มะม่วงสุก				
14. กินอาหารสำเร็จรูปและอาหารกระป๋อง เช่น มาม่า โจ๊กซอง ปลากระป๋อง				
15. กินอาหารที่มีรสเค็มจัด หรืออาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง เต้าหู้ยี้				
16. กินไข่ เช่น ไข่ไก่ ไข่เป็ด				
17. เติมเครื่องปรุงทุกครั้งที่ยกอาหารเช่น น้ำปลา ซอส				
18. กินอาหารประเภท ต้ม/ตุ๋น/นึ่ง/อบ				
19. กินอาหารที่ปรุงประกอบจากเครื่องในสัตว์				
20. กินอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อในปริมาณที่ เหมาะสม				

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจงแบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความถี่ของการปฏิบัติจริงของท่านในแต่ละข้อ ใน 1 อาทิตย์/สัปดาห์ที่ผ่านมาที่เป็นสัปดาห์ปกติ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ทำเลย

ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์

การปฏิบัติของท่าน	ความถี่ของการปฏิบัติใน 1 สัปดาห์			
	5-7 วัน (4)	3-4 วัน (3)	1-2 วัน (2)	ไม่ทำเลย (1)
1. ดื่มน้ำสุรา เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
2. สูบบุหรี่				
3. มีกิจกรรมทางกาย (เคลื่อนไหว ออกแรง) ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้การหายใจและหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น จากการทำงานในอาชีพ หรืองานบ้านไปตลาด ไปทำงาน ไปขึ้นรถประจำทาง				
4. ทำกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลาย เช่น สวดมนต์ ทำงานอดิเรก ร้องเพลงปลูกต้นไม้				
5. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน				
6. หมั่นล้างมือหรืออาบน้ำล้างตัว/สัปดาห์หรือเส้นรอบวงเอว เพื่อควบคุมไม่ให้อ้วน				
7. กินอาหารตรงเวลาในแต่ละมื้อ รวมทั้งกินมื้อเช้า				
8. กินอาหารครบ 5 หมู่ทุกมื้อ				
9. เมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจมักจะพูดคุยกับคนรอบข้างหรือคนที่ไว้ใจ				

ส่วนที่ 4 ความเชื่อมั่นของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรม

คำชี้แจงแบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความเชื่อมั่นของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรม โปรดอ่านข้อความแล้ว ✓ ตรงกับระดับความเชื่อมั่นของท่าน ณ ปัจจุบัน ต่อการที่ท่านจะทำกิจกรรมดังกล่าวได้เป็นประจำหรืออย่างสม่ำเสมอ มากน้อยเพียงใด

ข้อความ	ความเชื่อมั่นของท่านที่จะปฏิบัติ		
	ทำไม่ได้ เลย (0)	ทำได้ (1)	ทำได้ แน่นอน (2)
1. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้าจะต้องเตรียมอาหารให้ผู้อื่น หรือนั่งกินอาหารร่วมกับผู้อื่นที่ไม่ต้องควบคุมอาหารแบบท่าน ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมอาหารได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้			
2. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้ากำลังหิว ข้าพเจ้ามีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะสามารถเลือกกินเฉพาะอาหารที่เหมาะสมกับโรคหรือความเสี่ยงได้			
3. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะกินผักมือละ 2 ทักษิ และผลไม้รสไม่หวานจัดมือละ 6-8 ชิ้นคำ ในแต่ละวันได้			
4. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะหลีกเลี่ยงการกินอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ชอบก็ตาม			
5. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเคลื่อนไหว/ออกแรงต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้การหายใจและหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น โดยทำสะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน			
6. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำกิจกรรมเคลื่อนไหว/ออกแรงในชีวิตประจำวัน แทนการนั่งอยู่กับที่หรือนอนเป็นเวลานานๆ			
7. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการความเครียด หรือลดความวิตกกังวลจากปัญหาต่างๆ (เช่น ปัญหาสุขภาพ ครอบครัว หน้าที่การงาน) ที่พบในแต่ละวันได้			
8. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมน้ำหนักตัว หรือสัดส่วนร่างกายไม่ให้อ้วนได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้			

ส่วนที่ 5 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

คำชี้แจงแบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความรู้ในด้านการรับประทานอาหารของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร	คำตอบ	
	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน		
2. เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ผู้สูงอายุสามารถกินได้ทุกวัน เพราะเคี้ยวง่าย เนื้อนุ่ม		
3. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย		
4. ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้วต่อวัน		
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น		
6. เนื้อสัตว์ควรปรุงสุกก่อนนำมาบริโภค		
7. ผู้สูงอายุกินพืชผักได้อย่างไม่จำกัดปริมาณในแต่ละวัน		
8. ผู้สูงอายุควรกินข้าวเป็นอาหารหลัก และสลับกับก๋วยเตี๋ยว หรือขนมจีนเป็นบางมื้อ		
9. ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง สามารถกินแทนเนื้อสัตว์ได้		
10. ผู้สูงอายุสามารถกินไข่เค็ม เต้าหู้ยี้ ปลาเค็ม ผักดอง ได้อย่างไม่จำกัด		
11. ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขัดขาว		
12. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัดให้น้อยลง		
13. ผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง		
14. ผู้สูงอายุควรกินปลาเป็นประจำ		
15. ผู้สูงอายุกินอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลได้อย่างไม่จำกัด เช่น ข้าว ขนมปัง เครื่องดื่มรสหวาน		

* ข้อคำถามที่เป็นลบ มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1 2 5 และ 10

** ข้อคำถามที่เป็นบวก มี 11 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3 4 6 7 8 9 11 12 13 14 และ 15

ส่วนที่ 6 ทักษะการบริโภคอาหาร

คำชี้แจงแบบสอบถามส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบเจตคติในการรับประทานอาหารของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

ระดับ 1 หมายถึง มีความคิดเห็นไม่เห็นด้วยระดับ 2 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด

ระดับ 3 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับน้อยระดับ 4 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง

ระดับ 5 หมายถึง มีความคิดเห็นในระดับมาก

ทัศนคติในการบริโภคอาหาร	ระดับความคิดเห็น				
	มาก (5)	ปานกลาง (4)	น้อย (3)	น้อยที่สุด (2)	ไม่เห็นด้วย (1)
1.ชอบรับประทานอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหาร					
2.จะเลือกกินอาหารตามความชอบเท่านั้น					
3.การดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเมื่อรู้สึกกระหายมักจะทำให้รู้สึกสดชื่น					
4.การเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซีอิ๊ว จะช่วยเพิ่มรสชาติของอาหารให้อร่อยถูกปากมากขึ้น					
5.อาหารกล่อง อาหารถุง มีความสะดวกในการกินมากกว่าที่จะต้องปรุงเอง เช่น อาหารแช่แข็ง อาหารถุง					
6.ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินข้าวก็ได้ หากกินกล้วยเดี่ยวและขนมจีนเป็นประจำ					
7.การดื่มน้ำสุราทำให้ร่างกายกระชุ่มกระชวย และสมองปลอดโปร่ง					

ทัศนคติในการบริโภคอาหาร	ระดับความคิดเห็น				
	มาก (5)	ปาน กลาง (4)	น้อย (3)	น้อย ที่สุด (2)	ไม่เห็น ด้วย (1)
8.เนื้อสัตว์บางชนิดไม่จำเป็นต้องปรุงผ่านความร้อนก็กินได้ เช่น กุ้งเต้น					
9.การปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันพืชจะเลือกใช้แบบไหน ชนิดใดก็ได้					
10.ผลไม้ทุกชนิดกินได้โดยไม่ต้องจำกัดปริมาณ เช่น ลำไย แดงโม					
11.เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ข้าวขาหมู เคี้ยวง่ายกว่าเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน					



ภาคผนวก ข
การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา



เอกสารแนบ 1

การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม

ชื่องานวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
 ชื่อผู้วิจัยนางสาวรจนา คาวินพุดติ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาวิทยาการอาหารและโภชนาการ วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

คำชี้แจงแบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความรู้และทัศนคติในการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	13	ข้อ
ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	จำนวน	27	ข้อ
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 4 ข้อมูลความเชื่อมั่น	จำนวน	8	ข้อ
ส่วนที่ 5 ความรู้ด้านการบริโภคอาหาร	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 6 ทัศนคติในการบริโภคอาหาร	จำนวน	15	ข้อ

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยให้เกณฑ์ในการตรวจพิจารณาข้อคำถาม ดังนี้

ให้คะแนน +1 ท่านแน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนั้นมีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

ให้คะแนน 0 ท่านไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนั้นมีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

ให้คะแนน -1 ท่านแน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนั้นไม่มีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

เกณฑ์ผลการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านดังนี้

ช่อง +1 ท่านแน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้มีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

ช่อง 0 ท่านไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้มีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

ช่อง -1 ท่านแน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้ไม่มีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1. เพศ 1. <input type="checkbox"/> ชาย 2. <input type="checkbox"/> หญิง	1	1	1	3	1	
2. ปัจจุบันท่านมี อายุ.....ปี	1	1	1	3	1	
3. การศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน จบศึกษา มัธยมศึกษา/ปวช. 4. <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ปวส. 5. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	1	1	3	1	
4. รายได้ต่อ เดือน.....บาท	1	1	1	3	1	
5. แหล่งที่มาของรายได้ที่ท่านได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 1. <input type="checkbox"/> จากการประกอบอาชีพ 2. <input type="checkbox"/> จากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุ 3. <input type="checkbox"/> จากบุตรหลานของท่าน	1	1	1	3	1	

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
6. หากท่านยังประกอบอาชีพ อาชีพของท่านคือ 1. <input type="checkbox"/> ค้าขาย/ประกอบอาชีพส่วนตัว 2. <input type="checkbox"/> ข้าราชการบำนาญ 3. <input type="checkbox"/> ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ/รัฐวิสาหกิจ 4. <input type="checkbox"/> ทำงานบริษัทเอกชน/โรงงาน 5. <input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป 6. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	3	1	
7. ท่านนับถือศาสนา 1. <input type="checkbox"/> พุทธ 2. <input type="checkbox"/> อิสลาม 3. <input type="checkbox"/> คริสต์ 4. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	1	1	1	3	1	
8. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยบ้างหรือไม่ 1. <input type="checkbox"/> ไม่มี 2. <input type="checkbox"/> เบาหวาน 3. <input type="checkbox"/> หัวใจ 4. <input type="checkbox"/> ความดันโลหิตสูง 5. <input type="checkbox"/> ไ้มนันในเลือดสูง 6. <input type="checkbox"/> ไต 7. <input type="checkbox"/> ภูมิแพ้/หอบหืด 8. <input type="checkbox"/> มะเร็ง 9. <input type="checkbox"/> ไ้ข้อเสื่อม/ปวดหลัง-เข่า 10. <input type="checkbox"/> เก๊าท์ 11. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	0	0	1	1	0.33	-คำถามควรบอกให้ตอบมากกว่า 1 ข้อ

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
9.ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ 1. <input type="checkbox"/> อยู่คนเดียวตามลำพัง 2. <input type="checkbox"/> คู่สมรส 3. <input type="checkbox"/> บุตรหลาน 4. <input type="checkbox"/> ญาติ 5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	1	1	1	3	1	
10.ท่านให้ความสำคัญหรือเน้น รับประทานอาหารมือใดมากที่สุด 1. <input type="checkbox"/> มือเช้า 2. <input type="checkbox"/> มือกลางวัน 3. <input type="checkbox"/> มือเย็น 4. <input type="checkbox"/> อาหารว่างระหว่างมือ	1	1	1	3	1	
11.ส่วนใหญ่อาหารมือเช้าของท่าน เป็นอาหารประเภทใด (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ) 1. <input type="checkbox"/> เครื่องดื่มประเภทกาแฟ/ชา 2. <input type="checkbox"/> ขนมปัง/แซนวิช 3. <input type="checkbox"/> ข้าวราดแกง 4. <input type="checkbox"/> ข้าวต้ม/โจ๊ก 5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ..... 6. <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับประทาน	1	1	1	3	1	-เอาคำว่า ตอบ มากกว่า 1 ข้อออก เพราะจะ วิเคราะห์ ยาก

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
<p>12.ส่วนใหญ่อาหารมื้อกลางวันของท่านเป็นอาหารประเภทใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ข้าวราดแกง</p> <p>2. <input type="checkbox"/> อาหารกึ่งสำเร็จรูป</p> <p>3. <input type="checkbox"/> ก๋วยเตี๋ยว/ขนมจีน</p> <p>4. <input type="checkbox"/> อาหารจานเดียว</p> <p>5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p>	0	0	1	1	0.33	-ค ว ร ยกตัวอย่าง อาหาร สำเร็จรูป อาหาร จานเดียว -เอาคำว่า ค อ บ มากกว่า 1 ข้อออก เพราะจะ วิเคราะห์ ยาก
6. <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับประทาน						
<p>13.ส่วนใหญ่อาหารมื้อเย็นของท่านเป็นอาหารประเภทใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> ข้าวราดแกง</p> <p>2. <input type="checkbox"/> อาหารกึ่งสำเร็จรูป</p> <p>3. <input type="checkbox"/> ก๋วยเตี๋ยว/ขนมจีน</p> <p>4. <input type="checkbox"/> อาหารจานเดียว</p> <p>5. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>6. <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับประทาน</p>	0	0	1	1	0.33	-ค ว ร ยกตัวอย่าง อาหาร สำเร็จรูป อาหาร จานเดียว -เอาคำว่า ค อ บ มากกว่า 1 ข้อออก เพราะจะ วิเคราะห์ ยาก

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมบริโภคอาหาร(บริโภคนิสัยและความถี่ในการรับประทานอาหาร)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความถี่ของการปฏิบัติจริงของท่านในแต่ละข้อ ใน 1 อาทิตย์/สัปดาห์ที่ผ่านมา **ที่เป็นสัปดาห์ปกติ**

แบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ทำเลย

ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1. กินปลา	0	1	0	1	0.33	-ค ว ร บอกให้ ชัดเจน เช่น ปลา ทุกชนิด -ค ว ร ยกตัวอย่าง เช่น นี้ ง ทอด ปิ้งย่าง
2. กินอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอย ปู	1	1	1	3	1	
3. ดื่มนมพร่องไขมันหรือไม่มีไขมัน โยเกิร์ตพร่องไขมัน	1	1	1	3	1	
4. ดื่มผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ได้แก่ น้ำเต้าหู้ที่ไม่หวาน	1	1	1	3	1	
5. กินอาหารประเภททอดในน้ำมัน มาก ๆ เช่น ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยว ไก่ ทอด หมูทอด หนั ง ไก่ทอด แคลปหมู	1	1	1	3	1	

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
6. กินอาหารปรุงดิบ เช่น ลาบดิบ ก้อย ดิบ ปลา กุ้ง กุ้งแช่น้ำปลา	1	1	1	3	1	
7. กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮมเบอร์เกอร์พิซซ่า	1	1	1	3	1	
8. กินอาหารย่าง/รมควัน เช่น ไม้ กบกรอก ไก่ย่าง หมูย่าง	0	1	1	2	0.66	-เพิ่มเติม ปลาย่าง
9. กินอาหารจานเดียวที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ๊ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขา หมู ข้าวมันไก่	1	1	1	3	1	
10. กินอาหารหรือของหวานที่ ประกอบด้วยกะทิ เช่น แกงกะทิ ต้ม ข่าไก่ แกงมัสมั่น	1	1	1	3	1	
11. กินอาหารที่ทำจากเนยหรือครีม เช่น คูกี้ เค้ก เบเกอรี่ พาย ไอศกรีม	0	0	1	1	0.33	- ไอศกรีม มี 2 แบบ คือ อ น้ำตาล และนม
12. กินขนมขบเคี้ยวเช่น มันฝรั่ง ข้าว เกรียบ ถั่วทอด	1	1	1	3	1	
13. กินขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ขนม เชื่อมต่าง ๆ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง	1	1	1	3	1	
14. ต้มเครื่องดื่มน้ำที่มีรสหวาน เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม กาแฟเย็นน้ำผลไม้ ที่ผสมน้ำตาล	1	1	1	3	1	
15. กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน เงาะ มะม่วงสุก	1	1	1	3	1	

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
16. กินผักและผลไม้ไม่หวานชนิดต่างๆ รวมกันประมาณ 6 ทัพพี หรือครึ่งกิโลกรัมต่อวัน	-1	0	1	0	0	-ควรระบุสัดส่วนของผักและผลไม้ให้ชัดเจน
17. กินอาหารสำเร็จรูปและอาหารกระป๋อง เช่น มาม่า โจ๊กซอง ปลากระป๋อง	1	1	-1	1	0.33	
18. กินอาหารที่มีรสเค็มจัด หรืออาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง เต้าหู้ยี้	1	1	1	3	1	
19. กินข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ	1	1	1	3	1	
20.กินไข่ เช่น ไข่ไก่ ไข่เป็ด	1	1	1	3	1	
21. เติมเครื่องปรุงทุกครั้งที่ยกอาหาร เช่น น้ำปลา ซอส	1	1	1	3	1	
22. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว/วัน	1	1	-1	1	0.33	
23. ดื่มน้ำผลไม้ ทั้งแบบสดและแบบพร้อมดื่ม	1	1	-1	1	0.33	
24. รับประทานอาหารประเภท ต้ม/ตุ๋น/นึ่ง/อบ	1	1	-1	1	0.33	
25. รับประทานอาหารที่ปรุงประกอบจากเครื่องในสัตว์	1	1	1	3	1	
26. รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งอื่นๆเป็นบางมื้อ	1	1	-1	1	0.33	
27. รับประทานอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อในปริมาณที่เหมาะสม	1	1	1	3	1	

ข้อเสนอแนะ

- พฤติกรรมบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการน่าจะมี 3 ชนิดได้แก่ หวาน มัน เค็ม
- ควรจัดเรียงลำดับใหม่โดยอาจเรียงจาก ชนิดอาหาร วิธีปรุงอาหาร พฤติกรรมการกิน อื่น ๆ



ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย✓ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความถี่ของการปฏิบัติจริงของท่านในแต่ละข้อ ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา **ที่เป็นสัปดาห์ปกติ**

แบ่งเป็น 4 ระดับ

ระดับ 1 หมายถึง ไม่ทำเลย

ระดับ 2 หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 วันต่อสัปดาห์

ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติ 5-7 วันต่อสัปดาห์

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1. ดื่มสุรา เบียร์หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1	1	1	3	1	
2. สูบบุหรี่	1	1	1	3	1	
3. มีกิจกรรมทางกาย (เคลื่อนไหวออกแรง) ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาทีที่ทำให้การหายใจและหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น จากการทำงานในอาชีพ หรืองานบ้าน หรือการศึกษาเล่าเรียน	1	0	-1	0	0	- ผู้สูงอายุ ไม่น่าจะยังศึกษาเล่าเรียน
4. มีการเดิน หรือถีบจักรยาน อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที เช่น ไปด้วยรถไปทำงาน ไปขึ้นรถประจำทาง	1	1	1	3	1	
5. ทำกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลาย เช่น สวดมนต์ ทำงานอดิเรก ร้องเพลง ปลูกต้นไม้	1	1	1	3	1	
6. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	1	1	1	3	1	

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
7. หมั่นชั่งน้ำหนักหรือดูแลน้ำหนัก ตัว/สัดส่วนหรือเส้นรอบวงเอว เพื่อ ควบคุมไม่ให้อ้วน	1	1	-1	1	0.33	
8. กินอาหารตรงเวลาในแต่ละมื้อ รวมทั้งกินมื้อเช้า	1	1	0	2	0.66	
9. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุก มื้อ	0	1	0	1	0.33	-ควรร ใช้ค่า ว่ากิน หรือ รับปร ะทาน อย่าง ใ ด อย่าง หนึ่ง -กว้าง ไป
10. เมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจ มักจะพูดคุยกับคนรอบข้าง	1	1	1	3	1	

ส่วนที่ 4 ความเชื่อมั่นของท่านที่จะปฏิบัติกิจกรรม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านดังนี้

ช่อง +1 ท่านแน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้มีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

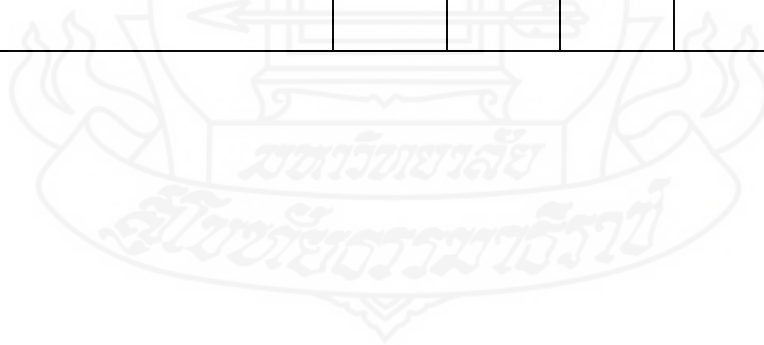
ช่อง 0 ท่านไม่แน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้มีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

ช่อง -1 ท่านแน่ใจว่าแบบสอบถามข้อนี้ไม่มีความสอดคล้องตามเนื้อหาที่ไปในทางเดียวกัน

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1.ถึงแม้ว่าจะต้องเตรียมอาหารให้ผู้อื่น หรือนั่งกินอาหารร่วมกับผู้อื่นที่ไม่ต้องควบคุมอาหารแบบท่าน ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมอาหารได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้	1	1	1	3	1	
2.ถึงแม้ว่าท่านกำลังหิว ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะสามารถเลือกกินเฉพาะอาหารที่เหมาะสมกับโรคหรือความเสี่ยงได้	1	1	1	3	1	
3. ความเชื่อมั่นว่าจะกินผักและผลไม้รสไม่หวานจัดรวมกันให้ได้วันละ 6 ทัพพี หรือ ครึ่งกิโลกรัม ในแต่ละวัน	-1	0	1	0	0	-ตามธงโภชนาการควบคุมบริโภคผักและผลไม้รวม 1 วันต้องมากกว่า 6 ทัพพี -ล ว ร บ อ ก สัปดาห์

ข้อความ	คะแนนพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
						ข อ ง ผลไม้ม และผัก ใ ห้ ชัดเจน
4. ความเชื่อมั่นว่าจะหลีกเลี่ยงการกินอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ชอบก็ตาม	1	1	1	3	1	
5. ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเคลื่อนไหว/ออกแรง ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้การหายใจและหัวใจเต้นเพิ่มขึ้น โดยทำสะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาที ต่อวัน	1	1	1	3	1	
6. ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำกิจกรรมเคลื่อนไหว/ออกแรงในชีวิตประจำวัน แทนการนั่งอยู่กับที่หรือนอนเป็นเวลานานๆ	1	1	1	3	1	
7. ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถจัดการความเครียด หรือลดความวิตกกังวลจากปัญหาต่างๆ (เช่น ปัญหาสุขภาพครอบครัว หน้าที่การงาน) ที่พบในแต่ละวันได้	1	1	1	3	1	
8. ความเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมน้ำหนักตัว หรือสัดส่วนร่างกายไม่ให้ อ้วน ได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	1	1	1	3	1	-การตั้ง ข้ อ คำถาม แต่ ละ ข้อควร ขึ้นต้น

ข้อความ	คะแนนพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
						ว่า ข้าพเจ้า เนื่องจาก จากความ เชื่อมั่น ใน ตนเอง นั้นเป็น สิ่ง ที่ ใกล้จะ แสดง ออก เป็น พฤติกรรม กรรม แล้ว



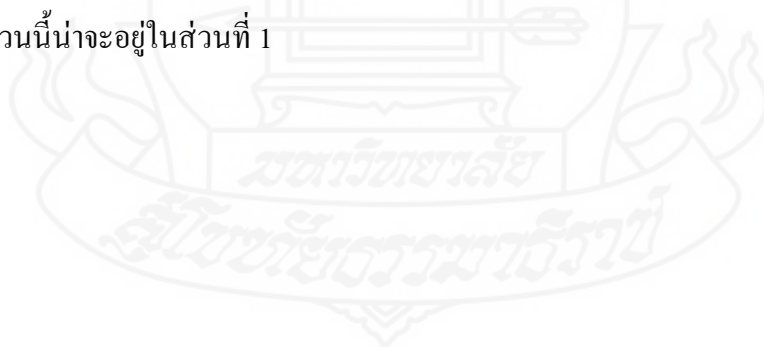
ส่วนที่ 5 ข้อมูลภาวะโภชนาการ

ค่าชี้แจง โปรดเติมค่าในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1. น้ำหนักตัว.....กิโลกรัม	1	1	1	3	1	
2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร	1	1	1	3	1	
3. รอบเอว.....เซนติเมตร	1	1	1	3	1	
4. ดัชนีมวลกาย.....Kg/m ²	1	1	-1	1	0.33	-ค ว ร คำนวณ เองไม่ ต้อ ง ถาม -แก้ไข หน่วย เป็ น ภาษา ไทย

ข้อเสนอแนะ

- ส่วนนี้น่าจะอยู่ในส่วนที่ 1



ส่วนที่ 6 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน	1	1	0	2	0.66	-คำถามกว้าง ควรยกตัวอย่าง
2. เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ผู้สูงอายุสามารถกินได้ทุกวัน เพราะเคี้ยวง่าย เนื้อนุ่ม	1	1	1	3	1	
3. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย	1	1	1	3	1	
4. การกินอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด ไม่ทำให้เกิดโรคเรื้อรัง	1	1	-1	1	0.33	-ก็ 1 ก็ ings กับทัศนคติ
5. ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้วต่อวัน	1	1	1	3	1	
6. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น	1	1	1	3	1	
7. ผู้สูงอายุสามารถกินอาหารประเภททอดได้เหมือนกับกลุ่มวัยอื่นๆ	1	1	-1	1	0.33	-ก ว ings กิน
8. เนื้อสัตว์ควรปรุงสุกหรือไม่สุกก็ได้ ขึ้นอยู่กับความชอบ	1	1	-1	1	0.33	-ก็ 1 ก็ ings กับทัศนคติ
9. ผู้สูงอายุกินพืชผักได้อย่างไม่จำกัดปริมาณในแต่ละวัน	1	1	0	2	0.66	

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
10. ผู้สูงอายุควรมีดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	1	1	-1	1	0.33	- น้ำ มี ส่วน น้อยใน การทำ ให้ โภชนา- การเกิน หรือขาด
11. ผู้สูงอายุควรกินข้าวเป็นอาหารหลัก และสลับกับถั่วเขียว หรือขนมจีนเป็นบางมื้อ	1	1	1	3	1	
12. ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง สามารถกินแทนเนื้อสัตว์ได้	1	1	1	3	1	
13. ผู้สูงอายุสามารถกินไข่เค็ม เต้าหู้ยี้ ปลาเค็ม ผักคอง ได้อย่างไม่จำกัด	1	1	1	3	1	
14. ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขัดขาว	1	1	1	3	1	
15. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทผัดให้น้อยลง	1	1	1	3	1	
16. ผู้สูงอายุควรกินพืช ผัก ผลไม้ ที่มีกากใยอาหารเป็นประจำ เพื่อช่วยระบบขับถ่าย	1	1	-1	1	0.33	-ความ ห ม า ย คล้ายข้อ 9
17. ผู้สูงอายุควรกินไข่ต้ปลาห้ละ 3 ฟอง	1	1	1	3	1	

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
18. การกินผักดิบไม่ทำให้ท้องอืด ย่อยง่าย	1	1	-1	1	0.33	-ความ ห ม า ย คล้ายข้อ 9
19. ผู้สูงอายุควรกินปลาเป็นประจำ	1	1	1	3	1	
20. ผู้สูงอายุกินอาหารจำพวกแป้งและ น้ำตาลได้อย่างไม่จำกัด	1	1	-1	1	0.33	-ก ว ำ ง เกิน



ส่วนที่ 7 ทศนคติการบริโภคอาหาร

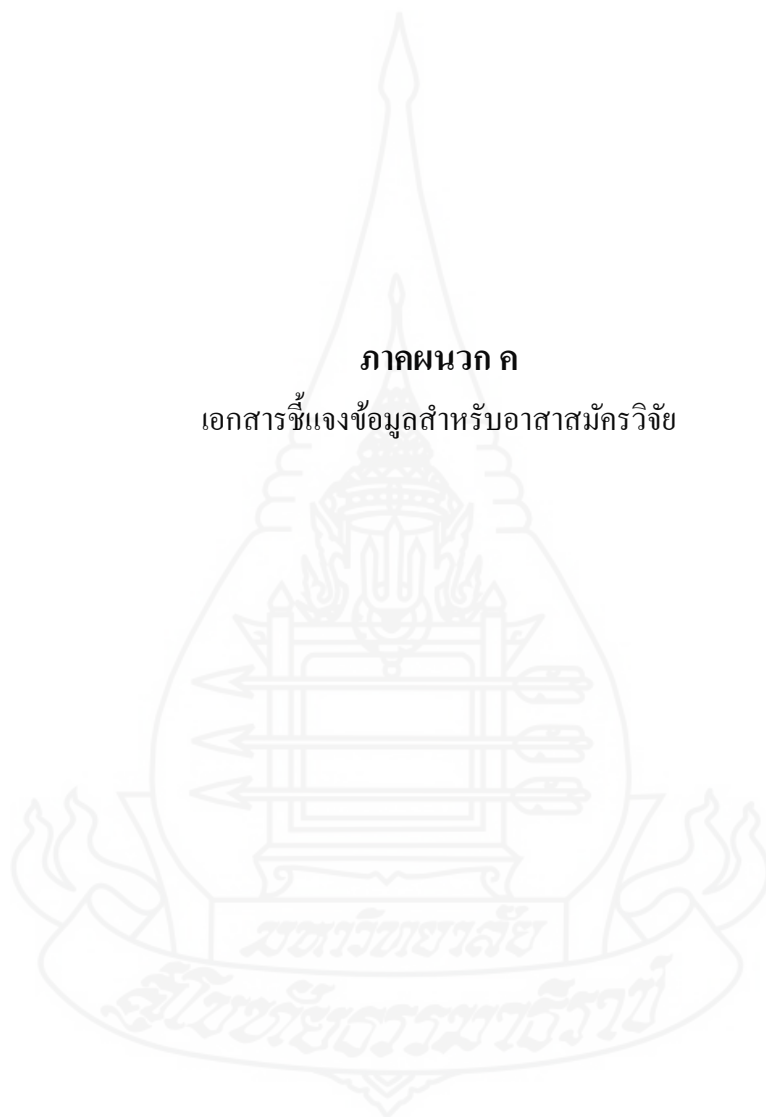
คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ
แบบสอบถามมากที่สุด โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากปานกลางน้อยน้อยที่สุด ไม่เห็นด้วย

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
1. ชอบรับประทานอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหาร	1	1	1	3	1	
2. จะเลือกกินอาหารตามความชอบเท่านั้น	1	1	0	2	0.66	-ค ว ร ระบุชนิด อาหาร
3. การดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเมื่อรู้สึกกระหายมักจะทำให้รู้สึกสดชื่น	1	1	1	3	1	
4. การเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซีอิ๊ว จะช่วยเพิ่มรสชาติของอาหารให้อร่อยถูกปากมากขึ้น	1	1	1	3	1	
5. อาหารกล่อง อาหารถุง มีความสะดวกในการกินมากกว่าที่จะต้องปรุงเอง	1	1	0	2	0.66	-ค ว ร ระบุชนิด อาหาร
6. ไม่จำเป็นต้องดื่มนม หากร่างกายแข็งแรงอยู่แล้ว	1	1	1	3	1	
7. การดื่มนมพร้อมมันเนย ขาดมันเนยช่วยลดความอ้วนได้	1	1	1	3	1	
8. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินข้าวก็ได้ หากกินกล้วยเตี๋ยและขนมจีนเป็นประจำ	1	1	0	1	0.66	-ผู้สูงอายุ จะทราบ หรือไม่ ว่าเป็น อาหาร แลกเปลี่ยน

ข้อความ	คะแนนการพิจารณา			ผลรวม	ค่า OIC	หมายเหตุ
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
9. การดื่มสุราทำร่างกาย กระชุ่มกระชวย และสมองปลอด โปร่ง	1	1	1	3	1	
10. เนื้อสัตว์บางชนิดไม่จำเป็นต้อง ผ่านความร้อนก็สุกได้ เช่น กุ้งแช่ น้ำปลา	1	1	1	3	1	
11. กินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือจะ ทำให้มีชีวิที่ยืนยาว	1	1	-1	1	0.33	
12. การปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันพืช จะเลือกใช้แบบไหน ชนิดใดก็ได้	1	1	1	3	1	
13. ผลไม้ทุกชนิดกินได้โดยไม่ต้อง จำกัดปริมาณ	1	1	0	1	0.66	-ควรยก ตัวอย่าง
14. การกินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิทำ ให้อ้วนและเป็นโรคไขมันได้	1	1	1	3	1	-แ ก้ ไ ข โรค ไ ข ม้ น เป็นโรค ไขมันใน เส้นเลือด ให้ ชัดเจน
15. เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ข้าวขาหมู ดีกว่าเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	1	1	1	3	1	

ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย



เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัครวิจัย

โครงการวิจัย ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรจนา คาวินพุดติ

สถานที่ทำงาน บริษัท เวลด์ เมดิคอล เทคคิง จำกัด โทรศัพท์ 088-6646623

เนื่องด้วย ดิฉัน นางสาวรจนา คาวินพุดติกำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี ” โดยมีเป้าหมายเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมกรบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโดยจะดูแตกต่างของการได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการหรือน้อยเกินความต้องการ ความรู้ ทักษะคิด ในกลุ่มทดลอง ผลการศึกษาครั้งนี้อาจจะประโยชน์ต่อ อาสาสมัคร/สถาบันและวิชาการส่วนรวม

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในตำบลบางตะไนย์

ขั้นตอนการดำเนินงานสำหรับท่านที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 54 คน

เมื่อท่านตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ท่านทำดังต่อไปนี้

1. ทำแบบสอบถาม
2. ตรวจวัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และชั่งน้ำหนัก
3. เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง ประมาณ 2 ชั่วโมง
4. ทำแบบสอบถามครั้งที่สอง

ทั้งนี้ในการตรวจวัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง เส้นรอบเอว และชั่งน้ำหนัก ท่านไม่ต้องงดน้ำงดอาหาร มาก่อนตรวจ โดยกิจกรรมจะมีดังนี้

การสร้างสัมพันธภาพเพื่อเสริมพลัง, การกำหนดเป้าหมายดูแลสุขภาพ, การละลายพฤติกรรมและการให้ความรู้

การตอบแบบสอบถาม

ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามหากเกิดความไม่สบายใจในข้อความหรืออยู่ที่เมื่อไหร่ก็ได้ การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที ในระหว่างตอบแบบสอบถามจะไม่มีกรบันทึกเทปหรือภาพวิดีโอ และการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาทั้งหมด 1 เดือน

การรักษาความลับ

ในการวิจัยครั้งนี้จะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลอื่น ๆ ของท่านทั้งหมดเป็นความลับซึ่งมีวิธีการป้องกันการสืบค้นชีตัว โดยหากเป็นแบบสอบถามจะใส่ในตู้ที่มีความปลอดภัยมีกุญแจปิด-เอกสารจะถูกจัดเก็บในรูปแบบของอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งจะมีรหัสผ่านในการเข้าถึงข้อมูล

ความเสี่ยง/มาตรการในการป้องกันแก้ไข และดูแล อาสาสมัครวิจัยที่เข้าร่วมโครงการ
ความเสี่ยง

ท่านที่มีโรคประจำตัว เช่น ผู้ป่วยเบาหวานอาจจะมีภาวะน้ำตาลในเลือดลดต่ำลง หรือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อาจจะมีภาวะความดันโลหิตลดลงได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

การป้องกันแก้ไข

ผู้วิจัยอธิบายถึงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยหากท่านมีอาการใจสั่น หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น ผู้วิจัยจะขอให้ท่านดื่มน้ำหวานหรืออมที่อฟฟี่ รวมทั้งหากท่านมีอาการหน้ามืดจากภาวะความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจะขอให้ท่านนั่งหรือนอนพักรวมทั้งรีบไปพบแพทย์ในระหว่างนั้นผู้วิจัยจะโทรศัพท์สอบถามอาการดังกล่าว หากพบว่าท่านมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจะประสานงานกับแพทย์และพยาบาล เพื่อส่งต่อไปรับการรักษาต่อไป

ความเสี่ยง

ท่านอาจจะรู้สึกปวดเมื่อย ปวดข้อ จากการฝึกเหยียดยืด หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงหรือบางท่านอาจจะหน้ามืดเป็นลม

การป้องกันแก้ไข

ผู้วิจัยจะเลือกการออกกำลังกายที่มีลักษณะเบาและให้เป็นไปตามขั้นตอนปฏิบัติที่เหมาะสมและถูกต้องของการออกกำลังกาย และมีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยกำกับดูแลอยู่ด้วยทุกครั้ง และอธิบายอาการที่จะเกิดขึ้นหลังการออกกำลังกาย วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องหากเกิดอาการปวดเมื่อยพร้อมการติดตามอาการผู้เข้าร่วม โปรแกรมฯอย่างต่อเนื่องโดยโทรศัพท์สอบถาม และประสานงานกับแพทย์และพยาบาลหากผู้เข้าร่วม โปรแกรมฯ มีอาการหน้ามืดเป็นลม เพื่อการปฐมพยาบาลรักษาที่ทันท่วงทีและปลอดภัยและจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของอาสาสมัครวิจัย

1. ท่านอาจจะมีทักษะในการเลือกรับประทานอาหาร เลือกออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ในบางท่านที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในหลอดเลือดสูง เป็นต้น อาจมีสุขภาพที่ดีจากการที่ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตและ ระดับไขมันลดลงหรืออยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ
3. ท่านอาจจะสามารถควบคุมน้ำหนัก และรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำตอบแทนขดเชย

ท่านจะได้รับของที่ระลึกเพื่อเป็นการตอบแทนการเสียสละเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านสามารถถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลอันพึงได้รับในปัจจุบัน และในอนาคตของท่าน

หากท่านมีข้อสงสัยประการใดหรือต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการวิจัย สามารถติดต่อสอบถามนางสาวรจนา คาวินพฤติ ผู้วิจัยได้ที่ โทร 084-3824485

หากท่านมีปัญหาสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมโปรดสอบถามได้ที่ “คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน ตึกวิชาการ 3 ชั้น 3 สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช” สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โทรศัพท์ 02-504-8505 โทรสาร 02-503-3566-7

ภาคผนวก ง
ใบยินยอมอาสาสมัคร



ใบยินยอมอาสาสมัคร

การวิจัยเรื่อง“ ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.2561

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่เกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยสมัครใจและการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้ โดยไม่เสียสิทธิ์ใด ๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในโอกาสต่อไป ณ สถานพยาบาลที่ท่านรักษาอยู่หรือสถานพยาบาลอื่น และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ที่กำลังปฏิบัติงานอยู่ในขณะนั้นทราบทันที

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะสรุปผลการวิจัยหรือการเปิดเผยข้อมูลต่อผู้ที่มีหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ข้าพเจ้าสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวรจนา คาวินพฤติ ผู้วิจัย โทร 088-6646623(ตลอด 24 ชั่วโมง) ที่อยู่ 103/1 ถนนพุทธบูชา แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กทม. 10140

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอมลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....) (.....)

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.2561 ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.2561

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.2561

ภาคผนวก จ

ภาพประกอบการจัดกิจกรรม





รูปที่ 1. แสดงการบรรยายเรื่อง 3 อ. และการฝึกจัดการอารมณ์



รูปที่ 2. แสดงการบรรยายเรื่อง 3 อ. และการฝึกจัดการอารมณ์



รูปที่ 3. แสดงการบรรยายเรื่อง 3 อ.



รูปที่ 4. แสดงการบรรยายเรื่อง 3 อ.



รูปที่ 5. แสดงการบรรยายเรื่อง 3 อ.



ภาคผนวก ฉ

คู่มืองานวิจัย



คู่มือการเข้าร่วมงานวิจัย

เรื่อง

“ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์
อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี”



ผู้รับผิดชอบงานวิจัย

นางสาวรจนา คาวินพุดติ

บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

บันทึกดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการ

	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....
น้ำหนัก (BW)		
ส่วนสูง (Ht)		
ดัชนีมวลกาย (BMI)		
รอบเอว		
รายชื่อผู้เข้าร่วม วิจัย		

บันทึกการโทรติดตาม

	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....
การรับประทาน อาหาร		
การออกกำลังกาย		
ความเครียด		
ผู้โทรติดตาม		

*หมายเหตุ จะมีการโทรติดตามดูแลให้ความรู้เพิ่มเติมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลา 1 เดือน

รายละเอียดกิจกรรมในโปรแกรม

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อเสริมพลัง กำหนดเป้าหมายดูแลสุขภาพให้ความรู้

วัตถุประสงค์

- 1.เสริมพลังให้กับผู้เข้าอบรมและกำหนดเป้าหมายดูแลสุขภาพ
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เลือกวิธีการออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรม

- 1.ลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ วัดส่วนสูง/น้ำหนัก/BMI/รอบเอว/BP
2. ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง กล่าวสวัสดิทักทายผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ
3. ทำแบบสอบถามก่อนเข้าร่วม โปรแกรมฯ
4. สร้างสัมพันธภาพเพื่อเสริมพลัง
 - ให้แนะนำตัว แนะนำลักษณะดีของตนเอง ความสามารถที่ภาคภูมิใจ พูดคุยแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งให้เห็นความสามารถของสมาชิกที่น่าภาคภูมิใจเป็นกำลังสำคัญให้กับครอบครัว สังคม แต่ถ้าเราไม่ดูแลตนเอง จะทำให้เราเสี่ยงต่อการเป็นเรื้อรังได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับทุกคน (30 นาที)

5. สุขภาพที่คาดหวัง

- แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการเป็น 5 กลุ่ม ให้แต่ละคนนึกถึงเป้าหมายชีวิตที่ต้องการ จากนั้นให้ถ่ายทอด “สุขภาพที่คาดหวัง” ในจินตนาการออกมาเป็นภาพ โดยใช้กระดาษสีต่างๆ นึกเป็นรูปร่างต่างๆ แปะเป็นภาพบนกระดาษ A4 แล้วแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มและรวบรวมนำเสนอ วิทยากรสรุปโยงสู่เรื่องการ ตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี เป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้คนประสบความสำเร็จในชีวิตได้ตามที่คาดหวัง (30 นาที)

6. ให้ความรู้แบบองค์รวม โดยใช้หลัก 3 อ. คืออาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย (40 นาที)

- อาหาร ได้แก่ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ หลักการรับประทานอาหาร
- อารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด
- ออกกำลังกาย ได้แก่ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

7. พันธสัญญา

- วิทยากรแจกเอกสารสัญญา ให้ทุกคน เขียนเป้าหมายพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุง
แก้ไข และตั้งเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล ระบุวันที่ อุปสรรค และวิธีการเอาชนะอุปสรรค พร้อม
ทั้งการให้รางวัลกับตนเองเมื่อบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยให้เซ็นชื่อ พร้อมมีพยาน เพื่อให้การเข้า
ร่วมโครงการครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์ (20 นาที)

8. สรุปกิจกรรมทั้งหมดร่วมกัน ตั้งเป้าหมายสุขภาพ พร้อมนัดหมายในครั้งต่อไป



รูปภาพที่คาดหวัง

ชื่อรูปภาพ _____



พันธะสัญญาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง



1. เป้าหมายสุขภาพที่ดีขึ้นที่ต้องการให้บรรลุภายในวันที่.....

เดือน.....พ.ศ.....

คือ.....



2. พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตัวที่ตั้งใจจะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น

คือ.....

3. อุปสรรคสำคัญ ที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นไปได้ยากลำบาก

คือ.....



4. วิธีการเอาชนะหรือแก้ไขอุปสรรคดังกล่าว

คือ.....

5. เพื่อให้สุขภาพบรรลุเป้าหมาย (ในข้อ 1.) ข้าพเจ้าขอตั้งเป้าหมายสิ่งที่จะเริ่มทำใน 1 เดือน นับจากนี้

สิ่งที่ตั้งใจจะทำใน 1 เดือน	วันเริ่มต้น

6. เมื่อเป้าหมายใน 1เดือนสำเร็จรางวัลที่จะให้กับตัวเอง

คือ.....

ลงนาม.....

พยาน.....

(.....)

(.....)

ลงนาม ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ครั้งที่ 2 ละลายพฤติกรรมและให้ความรู้

วัตถุประสงค์

1. ละลายพฤติกรรมเดิม สร้างพฤติกรรมใหม่
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เลือกวิธีการออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรม

1. ลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ วัดส่วนสูง/น้ำหนัก/BMI/รอบเอว/BP
2. ทบทวนการเรียนรู้ในครั้งที่ 1 และการปฏิบัติในครั้งที่ผ่านมา เพื่อฝึกทักษะการจำ และกระตุ้นเตือนสิ่งที่ปฏิบัติตัวครั้งที่แล้วเข้ากลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนการปฏิบัติตัวครั้งที่ผ่านมา (10 นาที)
3. ละลายพฤติกรรม กิจกรรมรักษาสภาพต้องปกป้องหัวใจ
 - แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็น 5 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มใช้อุปกรณ์ที่มอบให้ห่อหุ้มไข่ไก่ให้ปลอดภัยจากการโยนจากที่สูงประมาณ 2.5 เมตร โดยไม่ให้ไข่แตกหรือร้าว แล้วถามสมาชิกกลุ่มเกี่ยวกับ กระบวนการและบรรยากาศในการทำงานความรู้สึกละเอียดที่มีต่อผลงานวิทยากรสรุปการเรียนรู้ที่ดีกับการปกป้องรักษาหัวใจที่จะต้องมีการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีที่ยั่งยืน(30 นาที)
 - กิจกรรมนันทนาการ เพลง 10 นาที/กิจกรรมรักชีวิตต้องปกป้องหัวใจ (เกมโยนไข่) โดยการโยนจะทำโดยทีมผู้วิจัย เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
 - 2. ให้ความรู้แบบองค์รวม โดยใช้หลัก 3 อ. คืออาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย (40 นาที)
 - อาหาร ได้แก่ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ หลักการรับประทานอาหาร
 - อารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด
 - ออกกำลังกาย ได้แก่ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
 - 3. สมาธิในแต่ละทีมได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเพิ่มความเข้าใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม(15 นาที)
 - 4. สรุปกิจกรรมทั้งหมดร่วมกัน พร้อมนัดหมายครั้งต่อไป (15 นาที)

ครั้งที่ 3 ประเมินผลการดูแลสุขภาพและค้นหาต้นแบบและให้ความรู้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความเชื่อในความสามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น ได้สำเร็จตามเป้าหมาย เสริมกำลังใจเอาชนะอุปสรรคค้นหาต้นแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนสุขภาพได้ดี

2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เลือกวิธีการออกกำลังกายและการจัดการกับอารมณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรม

1. ลงทะเบียน ตรวจสอบสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ วัดส่วนสูง/น้ำหนัก/BMI/รอบเอว/BP

2. ทบทวนความรู้ครั้งที่ 2 และเข้ากลุ่มย่อยเพื่อประเมินการบรรลุเป้าหมายสุขภาพและควรปฏิบัติในเดือนที่ผ่านมา (10 นาที)

3. รักษสุขภาพสร้างชีวิตให้ยืนยาว (30 นาที)

- แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมการอบรมเป็นกลุ่มในแต่ละกลุ่มฝึกกระดาษหนังสือพิมพ์ 1 คู่ ให้เป็นเส้นยาวที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ให้กระดาษขาดออกจากกัน ไม่ให้ใช้อุปกรณ์ ช่วยในการตัดหรือฉีกให้กลุ่มที่ได้ผลงานยาวที่สุดเล่าวิธีการและเทคนิคที่ทำให้ที่ทำให้ประสบความสำเร็จและกลุ่มที่ทำได้ดีสั้นที่สุด เล่าวิธีการทำงานวิเคราะห์จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข วิทยากรแจกกระดาษหนังสือพิมพ์ให้ใหม่อีก 1 คู่ ให้เริ่มทำงานและจับเวลาเหมือนเดิม โดยให้ข้อคิดเห็น จะทำงานให้ผลงานดีกว่าเดิมได้หรือไม่ วิทยากรสรุปการดำเนินชีวิตอย่างระมัดระวัง การเรียนรู้วิธีการของคนอื่นแล้วนำมาปรับใช้กับตนเอง ช่วยให้สามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้น ส่งผลให้สุขภาพดี มีชีวิตยืนยาว

4. ให้ความรู้แบบองค์รวม โดยใช้หลัก 3 อ. คืออาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย (40 นาที)

- อาหาร ได้แก่ อาหารสำหรับผู้สูงอายุ หลักการรับประทานอาหาร

- อารมณ์ ได้แก่ การจัดการความเครียด

- ออกกำลังกาย ได้แก่ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

5. การประเมินผลการดูแลสุขภาพตนเองและค้นหาต้นแบบที่ดี (30 นาที)

- แบ่งกลุ่มอาสาสมัครเป็น 5 กลุ่ม ให้สมาชิกทบทวนเป้าหมายและวิธีการดูแลสุขภาพ ใน 1 เดือนที่ผ่านมาให้กลุ่มสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค พร้อมทั้งเลือกสมาชิกในกลุ่มที่เป็นแบบอย่างที่ดีเพื่อนำมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความสำเร็จให้ผู้อื่น

วิทยากรสรุปเชื่อมโยงการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทำให้สมาชิกที่เป็นอย่างที่ดี เกิดความภาคภูมิใจ ในการดูแลตนเอง ในรายที่ไม่ประสบความสำเร็จก็จะได้กำลังใจและได้ทักษะในการแก้ไขปัญหา เพิ่มขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุง หรือพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น

6. สรุปผลการดำเนินกิจกรรมปัญหาอุปสรรค นำเสนอแนวทางเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ได้ผลยั่งยืน (30 นาที)

7. ทำแบบสอบถามหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯทันที

หมายเหตุ จะมีการติดตามและให้คำแนะนำผู้เข้าร่วมโครงการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ตลอดระยะเวลาที่ทำโปรแกรมทั้งหมด 3 เดือน เดือนละ 1 ครั้ง



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวรจนา คาวินพฤติ
วัน เดือน ปีเกิด	26 พฤศจิกายน 2533
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	สาขารณศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยปทุมธานี 2556
สถานที่ทำงาน	บริษัท เวลด์ เมคคอลล เทรคดิ่ง จำกัด
ตำแหน่ง	ผู้จัดการ

