ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี

Knowledge and Attitude of Elderly Food Consumption Adhering to Thai Traditional Medicine and Health Care Behavior: A Case Study in Bangkok Metropolis and Nonthaburi Province

วรวุฒิ วงศ์อัมพรพินิต (Vorawut Wongumpornpinit)[1] สุนันท์ สีสังข์ (Sunan Seesang)[2]
สำอาง สืบสมาน (Sam-ang Seubsman)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารตามศาสตร์แพทย์แผนไทยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และเจตคติด้านการแพทย์แผนไทย และการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และศึกษาผลของการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและนนทบุรี กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณจากสูตรการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane จากจำนวนสมาชิกรวม 340 คน ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวนรวม 184 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ และแบบสอบถามวัดความความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามก่อนการให้ความรู้ หลังจากนั้น ได้แจกเอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และทำแบบสอบถามหลังการให้ความรู้ผ่านไป 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และ t-test ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนทั้งสามด้านก่อนและหลังการให้ความรู้ในกลุ่มเดียวกัน พบว่าคะแนนความรู้ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่คะแนนเจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกประเด็น ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความเปลี่ยนแปลงบางประเด็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลวิจัยนี้สรุปได้ว่า การให้ความรู้จากเอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ตามศาสตร์แพทย์แผนไทยและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพ อาหารตามแพทย์แผนไทย กรุงเพทมหานคร จังหวัดนนทบุรี

[1] นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต แขวงวิชาวิทยาการอาหารและโภชนาการ วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช e-mail address: b_benz1234@hotmail.com

[2] รองศาสตราจารย์ ดร. แขนงวิชาส่งเสริมการเกษตร สาขาวิชาเกษตรศาสตร์และสหกรณ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช e-mail address: sunan.see@stou.ac.th

[3] รองศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช e-mail address: Samarng.Sit@stou.ac.th

Abstract

The quasi-experimental research on pre-test and post-test of participating measurement for health care education and food consumption in Thai traditional medicine aimed to study knowledge and attitude of Thai traditional medicine and food consumption of the elderly and to study the effects of health care changes in dietary habits of the elderly as members of the Elderly Club in Bangkok Metropolis and Nonthaburi Province. The sample size was calculated by using Taro Yamane's formula from the population of 340 persons who were 60 years old and over, accounting for 184 samples. Research tools were a health care guideline and the tools for collecting data including scientific instruments and pre-test and post-test questionnaires of health care knowledge, attitudes and behavior. First, the pre-test data were collected from the samples before distribution of the health care guideline, after that for one month, post-test data were collected. The data were analyzed by using statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and t-test. The research results were found that the comparisons of health care knowledge, attitude and behavior of the elderly in Bangkok Metropolis and Nonthaburi Province were not statistically significant differences at 0.05 level. The comparison of the health care knowledge, attitude, and behavior scores of before and after receiving knowledge within the same group: mostly, the knowledge scores were statistically significant differences at the 0.05 level, meanwhile attitudes were not changed in all aspects, however, health care behaviors were statistically changed at 0.05 significant level in some aspects. The summary of this research was concluded that the health care guideline would help the elderly in knowledge of Thai traditional medicine and changing health care behaviors.

Keywords: Elderly, Health care, Food of Thai traditional medicine, Bangkok Metropolis, Nonthaburi Province

บทนำ

ในโลกยุคปัจจุบัน แต่ละประเทศทั่วโลกต่างกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา จากปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพของแต่ละบุคคลดีขึ้น เช่นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย อุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้ประชาชนหันมาสนใจในการดูแลสุขภาพกันมากขึ้น อายุขัยโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเช่นกัน (จากบทความสุขภาพผู้สูงอายุไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นเมื่อ 8 ตุลาคม 2561) อีกทั้งอัตราการเกิดใหม่ก็ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราส่วนระหว่างวัยสูงอายุและวัยเด็กแตกต่างกันมากขึ้น สำหรับประเทศไทยเอง จากข้อมูลประชากรผู้ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจากทะเบียนราษฎร์ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง และข้อมูลการคาดประมาณจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ พบว่าตั้งแต่ประมาณปีพ.ศ. 2543 - 2544 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็น สัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ในประเทศไทยปัจจุบัน พบว่ามีจำนวนประชากรคนไทยจำนวน 66,049,287 คน ในจำนวนนี้เป็นประชากรผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 11,286,335 คน คิดเป็นร้อยละ 17.08 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ข้อมูลอ้างอิงเมื่อ 9 มิถุนายน 2560) และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นในอีกไม่กี่สิบปีข้างหน้า (การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583, สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

"ดัชนีการสูงวัย" (Aging index) ซึ่งแสดงถึงการเปรียบเทียบ โครงสร้างการทดแทนกันของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) กับกลุ่มประชากรวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) โดยดัชนีการสูงวัยมีค่าต่ำกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุมีน้อยกว่าจำนวนเด็ก แต่ในทางตรงข้าม ถ้าดัชนีมีค่าเกินกว่า 100 แสดงว่าจำนวนประชากรสูงอายุมีมากกว่าจำนวนประชากรเด็ก (เอกสารประมวลด้านสถิติและสังคม: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พฤศจิกายน 2557)

สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557) โรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียสามอันดับแรกในเพศชาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ส่วนเพศหญิง คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งโรคดังกล่าวนั้นมีสาเหตุเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคเหล่านี้สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมต่างๆที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม (หวาน มัน เค็ม) และการทำงานหนัก เป็นต้น (รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557)

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะมีโรคประจำตัวต่างๆมากกว่าในวัยอื่น ด้วยสภาพของร่างกายและอวัยวะต่างๆที่ทำงานมานาน บางครั้งอาจถูกเรียกว่าเป็นกลุ่มวัยพึ่งพิง คือต้องได้รับการดูแลจากคนในครอบครัววัยอื่น ทั้งนี้ขึ้นกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุรายนั้นๆ ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลจะดีหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ต้องอาศัยหลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เช่น ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ดูแลสภาพจิตใจ หมั่นออกกำลังกาย และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ส่วนการดูแลสุขภาพนั้น นอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบันที่เป็นการแพทย์กระแสหลักแล้ว ในปัจจุบันสามารถเลือกได้หลากหลายตามความเหมาะสมของภาวะสุขภาพ และความเชื่อของแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น การแพทย์แผนจีน การแพทย์อายุรเวท รวมถึงการแพทย์แผนไทย

องค์ความรู้การแพทย์แผนไทย เป็นศาสตร์ในการบำบัดรักษาและป้องกันโรคแขนงหนึ่ง ที่อยู่คู่ประเทศไทยมาเป็นเวลายาวนาน วิถีการใช้ชีวิตของคนไทยโดยเฉพาะตำรับอาหารนั้น มักจะมีการใช้สมุนไพรเป็นวัตถุดิบ (จากงานวิจัย การพัฒนา

สำรับอาหารไทยเพื่อสุขภาพ บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงและบริบทชุมชน, รวีโรจน์ อนันตธนาชัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต) ซึ่งอาจจะเรียกได้ว่า คนไทยสมัยก่อนรับประทานอาหารเป็นยา และเป็นที่น่าสังเกตว่า คนไทยในสมัยก่อนนั้น มักจะเสียชีวิตจากโรคชราและพบว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่าคนในปัจจุบัน รวมถึงอัตราการเสียชีวิตจากโรคดังกล่าวก็น้อยกว่าด้วย ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เกิดโรคนั้น อาจเกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคลเปลี่ยนไปจากสมัยก่อน (สุพรรณี พฤกษาและคณะ,2561)

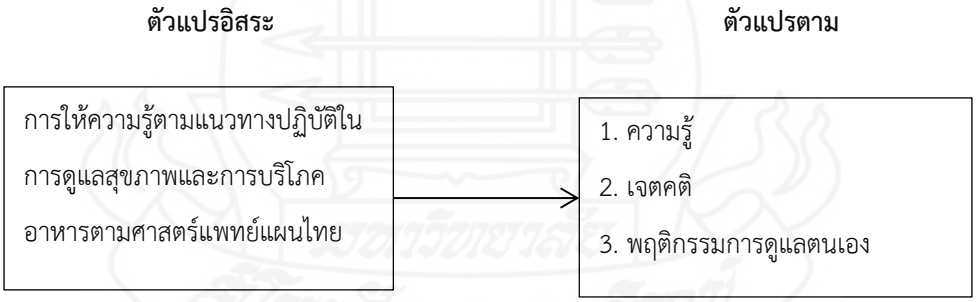
การตระหนักถึงการดูแลสุขภาพด้วยการจัดการโภชนาการที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล จะมีส่วนช่วยให้มีสุขภาพร่างกายที่ดี อาหารบริโภคเข้าไปในร่างกายถือเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่เป็นตัวกำหนดทิศทางสุขภาพของผู้บริโภค โดยขึ้นอยู่กับผู้บริโภคว่าจะเลือกรับประทานหรือไม่ (นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม, 2556) ในสังคมเมืองที่มีความเร่งรีบในการดำเนินชีวิตมักจะรับประทานอาหารที่ประกอบได้รวดเร็ว เลือกรับประทานอาหารที่ชอบแต่มีคุณค่าทางอาหารน้อย ทำให้ความใส่ใจในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพลดน้อยลง หากสามารถนำภูมิปัญญาในสมัยก่อนมาประยุกต์ใช้ร่วมกันกับการจัดการโภชนาการให้ดีขึ้น จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้นจากเดิมมากน้อยเพียงใด โดยการแพทย์แผนไทยมีองค์ความรู้เกี่ยวกับอาหารตามธาตุเจ้าเรือน หมายถึงธาตุเจ้าเรือนของแต่ละคนจะมีอาหารที่เหมาะสมแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับบุคคลได้ ดังนั้นหากนำองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยไปประยุกต์ร่วมกับการจัดการโภชนาการอย่างถูกต้องให้เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัย ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวมของบุคคลนั้นได้ ธาตุเจ้าเรือนเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวินิจฉัยและรักษาอาการเจ็บป่วยตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยจะต้องวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือนของผู้ป่วย เพื่อพิจารณาว่าธาตุใดเสียสมดุล จึงทำการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การใช้สมุนไพรและอาหารเพื่อปรับสมดุลของธาตุ โดยยาสมุนไพรที่เลือกใช้ต้องถูกต้องตามรสยาประจำธาตุ ปัจจุบันมีการนำความรู้เรื่องรสยาประจำธาตุมาแนะนำให้รับประทานอาหารตามธาตุเพื่อดูแลสุขภาพ (สิริกานต์ ภูโปร่งและคณะ, 2553)

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าในทฤษฎีการแพทย์แผนไทย มีองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้สูงอายุทราบธาตุเจ้าเรือนของตนเอง และสามารถเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับธาตุเจ้าเรือนของแต่ละบุคคล การเข้าร่วมในโปรแกรม อาหารตามธาตุเจ้าเรือนช่วยให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดเจตคติที่ดี ช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นใจต่อการเลือกรับประทานอาหารให้ได้ตรงตามธาตุเจ้าเรือนของตน และช่วยให้ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยต่างก็มีการรับรู้ว่า การรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนนั้นสามารถป้องกันการ เจ็บป่วยและส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์ได้ (วิไล วิวัฒน์ชาญกิจและคณะ, 2559)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลของการให้ความรู้ตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ต่อความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร เพื่อสร้างเสริมความรู้ในการดูแลภาวะสุขภาพด้วยภูมิปัญญาไทย สามารถนำไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว รวมถึงนำไปเผยแพร่ให้ประชาชนรับทราบและปฏิบัติตาม จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพดีขึ้น และได้แนวทางในการจัดการโภชนาการอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับไปประยุกต์ใช้ในวัยอื่นๆต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การให้ความรู้ตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ด้านความรู้ พัฒนาตามแนวคิด ความรู้ของ Davenport & Prusak (1998, p. 53) โดย Davenport & Prusak ได้กล่าวว่าความรู้ หมายถึง กรอบของการผสมผสานกันของประสบการณ์ ค่านิยม บริบท สารสนเทศ และการรู้แจ้งที่ชำชอง ทำให้เกิดกรอบงานสำหรับการประเมินค่า และการประสานประสบการณ์กับสารสนเทศใหม่ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นและถูกนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้รู้ ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้เข้าโครงการวิจัย เข้าใจถึงความรู้ทางโภชนาการ และการแพทย์แผนไทยในการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน สามารถเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม ในส่วนของเจตคติพัฒนาตามแนวคิดของ กาเย่ (Gagne, 1977) กล่าวว่าเจตคติเป็นสภาพภายในของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติ ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจถึงผลดีของการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนที่ถูกต้องเหมาะสม และทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ดีต่อการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี สำหรับด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง Pender (1987, p. 13) ได้อธิบายถึงพฤติกรรมมนุษย์ว่าเป็นพื้นฐานความเข้าใจเกี่ยวกับ การกระทำเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับตนเอง ซึ่งแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีเจตคติที่ดี และมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน เพื่อดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม



วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารตามศาสตร์การแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี

2. เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ร่างกายในการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุทั้งนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร ทั้งก่อนและหลังได้รับความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ของกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับความรู้แนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ อาหารตามธาตุเจ้าเรือนสูงกว่าก่อนการให้ความรู้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest design) โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี ได้รับความรู้ตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการให้ความรู้ ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัยทั้งสิ้น 1 เดือน คือตั้งแต่วันที่ 1-30 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างคือ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงสามารถสื่อสารอ่านและเขียน ด้วยภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็นหรือการพูด และยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ใช้วิธีการคำนวณจากสูตรการคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane จากจำนวนสมาชิกรวม 340 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 184 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย** คือแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎีการแพทย์แผนไทย (สถาบันการแพทย์แผนไทย,2554) ร่วมกับการจัดการโภชนาการตามหลักวิชาการโภชนาการ (การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ, 2553) ปรับให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ การบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ การประยุกต์ใช้สมุนไพรในเมนูอาหารตามธาตุเจ้าเรือน การส่งเสริมสุขภาพอย่างองค์รวมในผู้สูงอายุ จัดทำเป็นรูปเล่มสำหรับแจกให้ผู้สูงอายุที่ร่วมการวิจัยไว้ปฏิบัติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักตัวดิจิตอลแบบวางที่พื้น เครื่องวัดส่วนสูง

2.2 แบบสอบถามวัดความความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ รวมถึงข้อมูลหลังศึกษาเอกสารของกลุ่มตัวอย่าง (แสดงในภาคผนวก) ผ่านการพิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.66

แบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้โดยการใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ เท่ากับ 0.77 และหาค่าความเที่ยงแบบสอบถามเจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alphacoefficient) ได้เท่ากับ 0.72, 0.64 และ 0.67 ตามลำดับ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีข้อคำถาม 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ วันเดือนปีเกิด สถานภาพ ระดับการศึกษา น้ำหนัก และส่วนสูง

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับอาหาร โภชนาการ และการแพทย์แผนไทย มีข้อคำถาม 19 ข้อ แบ่งเป็น ความรู้ด้านอาหาร และโภชนาการ จำนวน 11 ข้อ และ ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถาม แบบปรนัยเลือกตอบ 3 ตัวเลือก เกณฑ์การให้ คะแนน คือ ตอบถูกต้องให้ 2 คะแนน ตอบผิด หรือ ไม่ตอบให้ 0 คะแนน ตอบไม่แน่ใจให้ 1 คะแนน มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-38 คะแนน (เฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-2 คะแนน) ค่าคะแนนสูงหมายความว่า มีความรู้เกี่ยวกับอาหารโภชนาการ และการแพทย์แผนไทยมาก ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) สำหรับแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับอาหาร โภชนาการและการแพทย์แผนไทยมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.77

ตอนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีจำนวน 11 ข้อ ใช้แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดมาตราส่วนประมาณค่าของคะแนนเป็น 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 11-55 คะแนน (เฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน) คะแนนสูง หมายความว่า มีเจตคติที่เห็นด้วยมากที่สุด ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's alphacoefficient) ได้เท่ากับ 0.72

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีข้อคำถาม 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยกำหนดมาตราส่วนประมาณ ค่าของคะแนนระดับการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-60 คะแนน (เฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน) คะแนนสูง หมายความว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในการ รับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือนอยู่ในระดับดีมากที่สุด ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's alphacoefficient) ได้เท่ากับ 0.64

ตอนที่ 5 ข้อมูลการศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพ มีข้อคำถาม 3 ข้อ สอบถาม เกี่ยวกับการศึกษาเอกสาร การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ และความรู้สึกทางสุขภาพ คะแนนสูง หมายความว่ามีการศึกษาและนำความรู้ไปใช้ประโยชน์มากที่สุด ตรวจสอบหาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.67

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการดังนี้

1. การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเปรียบเทียบและความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติ independent t-test และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ พฤติกรรม การดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ในการรับประทานอาหารตามศาสตร์แพทย์แผนไทย ของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติ independent t-test

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ในการรับประทานอาหารตามศาสตร์แพทย์แผนไทย ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปผล การวิจัย ได้ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.4 มีอายุเฉลี่ย 70.45 ปี อายุที่น้อยที่สุดคือ 60 ปี อายุมากที่สุดคือ 89 ปี มีธาตุเจ้าเรือนทั้งสี่ธาตุจำนวนใกล้เคียงกัน จำนวนมากที่สุดคือธาตุเจ้าเรือนลม มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาร้อยละ 31.8 จบระดับปริญญาตรีขึ้นไปรองลงมาจบระดับประถมศึกษา น้ำหนักเฉลี่ย 58.63 กิโลกรัม น้ำหนักที่น้อยที่สุดคือ 40 กิโลกรัม น้ำหนักมากที่สุดคือ 98 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 155.392 เซนติเมตร ส่วนสูงที่น้อยที่สุดคือ 140 เซนติเมตร ส่วนสูงที่มากที่สุดคือ 172 เซนติเมตร และส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ส่วนกลุ่มตัวอย่าง สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.9 อายุเฉลี่ย 71.85 ปี อายุที่น้อยที่สุดคือ 60 ปี อายุที่มากที่สุดคือ 92 ปี มีธาตุเจ้าเรือนทั้งสี่ธาตุจำนวนใกล้เคียงกัน จำนวนมากที่สุดคือธาตุเจ้าเรือนดิน มีสถานภาพสมรสเป็นส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาร้อยละ 60.0 จบระดับประถมศึกษา รองลงมาจบระดับมัธยมศึกษา น้ำหนักเฉลี่ย 57.984 กิโลกรัม น้ำหนักที่น้อยที่สุดคือ 42.5 กิโลกรัม น้ำหนักที่มากที่สุดคือ 78 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 153.564 เซนติเมตร ส่วนสูงที่น้อยที่สุดคือ 120 เซนติเมตร ส่วนสูงที่มากที่สุดคือ 179 เซนติเมตร และส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ และอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 จำนวนเท่ากัน ที่ร้อยละ 36.4

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างนนทบุรี (n=129)		กลุ่มตัวอย่างกรุงเทพฯ (n=55)		ค่าสถิติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	χ^2	*p*-value
เพศ					2.629	0.105
ชาย	24	18.6	5	9.1		
หญิง	105	81.4	50	90.9		
สถานภาพสมรส					2.603	0.272
โสด	14	10.9	8	14.5		
สมรส	73	56.6	24	43.7		
หย่า/หม้าย	42	32.6	23	41.8		
ระดับการศึกษา					27.189	0.000*
ไม่ได้ศึกษา	0	0.0	1	1.8		
ประถมศึกษา	35	27.1	33	60.0		
มัธยมศึกษา	29	22.5	12	21.8		
ปวช.	14	10.9	5	9.1		
ปวส.	10	7.8	1	1.8		
ปริญญาตรีขึ้นไป	41	31.8	3	5.5		

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างนนทบุรี (n=129)		กลุ่มตัวอย่างกรุงเทพฯ (n=55)		ค่าสถิติ	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	t	*p*-value
อายุ (ปี)	70.45	5.776	71.85	6.742	-1.349	0.181
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	58.63	10.3758	57.984	8.5428	1.045	0.903
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	155.392	7.1134	153.564	8.3572	2.233	0.693
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร^2)	24.2522	3.8095	24.6640	3.6380	1.357	0.432

*p<.05

2. ผลของการให้ความรู้ตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ และการรับประทานอาหารตามธาตุเจ้าเรือน

2.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งกรุงเทพฯและนนทบุรี ค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการให้ความรู้ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานคร

ข้อมูล	กลุ่มตัวอย่างนนทบุรี			กลุ่มตัวอย่างกรุงเทพฯ			ค่าสถิติ	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ก่อนการให้ความรู้		(n=129)			(n=55)			
ความรู้	1.47	0.179	มาก	1.50	0.210	มาก	**1.434**	**0.153**
เจตคติ	4.44	0.518	มากที่สุด	4.59	0.455	มากที่สุด	**1.880**	**0.062**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	2.62	0.475	ปานกลาง	2.52	0.384	น้อย	**1.428**	**0.155**
หลังการให้ความรู้		(n=31)			(n=33)			
ความรู้	1.79	0.113	มากที่สุด	1.75	0.144	มากที่สุด	**1.137**	**0.260**
เจตคติ	4.59	0.412	มากที่สุด	4.62	0.436	มากที่สุด	**0.309**	**0.759**
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	2.72	0.623	ปานกลาง	2.67	0.585	ปานกลาง	**0.330**	**0.742**

2.2 กลุ่มตัวอย่างหลังการให้ความรู้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้าน ความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ สูงกว่าก่อนการให้ความรู้ เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้ และมีข้อคำถามบางข้อ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการให้ความรู้

ข้อมูล	ก่อนให้ความรู้ (n=64)			หลังให้ความรู้ (n=64)			ค่าสถิติ	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	t	*p*-value
ความรู้	1.49	0.183	มาก	1.77	0.130	มากที่สุด	9.494	0.000*
เจตคติ	4.56	0.406	มากที่สุด	4.61	0.421	มากที่สุด	0.655	0.515
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	2.62	0.427	ปานกลาง	2.69	0.600	ปานกลาง	1.008	0.317

*p<.05

ข้อคำถามความรู้ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พิจารณารายข้อ ได้แก่

- วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ ต้องการสารอาหารเท่ากัน
- ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และเกลือในปริมาณสูง
- ผู้สูงอายุควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีใยอาหารอย่างน้อย 400 กรัมในแต่ละวัน
- ท่านสามารถเลือกรับประทานเส้นก๋วยเตี๋ยว เส้นขนมจีน แผ่นเกี๊ยว หรือขนมปัง แทนข้าวได้ โดยเลือกกินข้าวขัดสีน้อย
- ปลาเล็กปลาน้อย โยเกิร์ต เต้าหู้ กุ้งฝอย ผักใบเขียว เป็นอาหารที่มีแคลเซียมสูง

- ผู้สูงอายุควรดื่มนมเป็นประจำ อย่างน้อย 1-2 แก้วโดยสามารถดื่มได้ทั้งนมวัวและนมถั่วเหลือง
- ผู้สูงอายุควรรับประทานปลาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง อาจจะเป็นปลาที่พบได้ทั่วไปเช่น ปลาทู หรือเนื้อปลาชนิดอื่น
- คนที่มีธาตุเจ้าเรือนต่างกัน ควรรับประทานอาหารต่างประเภทกัน
- การรับประทานสมุนไพรเพื่อการรักษาโรค มีความปลอดภัยกว่าการรับประทานยาแผนปัจจุบัน
- อาหารแนะนำสำหรับผู้ที่มีธาตุเจ้าเรือนดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาด หวาน มัน เค็ม
- อาหารแนะนำสำหรับผู้ที่มีธาตุเจ้าเรือนน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยว รสขม
- อาหารแนะนำสำหรับผู้ที่มีธาตุเจ้าเรือนลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน
- อาหารแนะนำสำหรับผู้ที่มีธาตุเจ้าเรือนไฟ ควรรับประทานอาหารรสขม เย็น และจืด

ข้อคำถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พิจารณารายข้อ ได้แก่

- กินอาหารครบ 5 หมู่ (เนื้อสัตว์-นม-ไข่ ข้าว ผัก ผลไม้ และน้ำมัน)
- กินผลไม้ วันละ 4-5 ส่วน (หนึ่งส่วนเท่ากับ 6-8 คำ)
- ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์
- ประกอบอาหารเองที่บ้านเป็นประจำ
- กินอาหารที่ปรุงสำเร็จจากร้านค้า
- กินอาหารตามธาตุเจ้าเรือน

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และการแพทย์แผนไทยเจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดนนทบุรี พบว่าระดับคะแนนความรู้ด้านอาหาร โภชนาการและการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ คะแนนเจตคติ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งก่อนและหลังได้รับเอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ซึ่งสอดคล้องตามเสาวรส ฉันทธรรมสกุลและคณะ (2556) เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองกับชุมชนชนบท พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณี เตรียมวิศิษฏ์ และคณะ (2540) โดยพบว่าภาวะสุขภาพและความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจากข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งนนทบุรี และกรุงเทพฯมีความใกล้เคียงกัน ทั้งเพศและอายุเฉลี่ย จากปัจจัยแวดล้อมที่เป็นสังคมเมืองเหมือนกัน จึงอาจทำให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกรุงเทพฯและนนทบุรีไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุหลังจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย พบว่า คะแนนความรู้มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับความรู้ แต่คะแนนเจตคติและคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวิไล วิวัฒน์ชาญกิจและคณะ (2559) คือคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และการแพทย์

แผนไทย คะแนนเจตคติและคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพหลังได้รับความรู้สูงกว่าก่อนการให้ความรู้ ยังพบว่าผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติน ชุมแก้วและคณะ (2557) โดยผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกและลบ ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยเจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เปลี่ยนแปลงหลังจากการให้ความรู้ อาจเกิดจากระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัยในระยะสั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่กระทำเป็นกิจวัตรประจำได้ ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยเจตคติของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ดีมาก และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการโดยมีระยะเวลาการศึกษาที่เพิ่มขึ้น
2. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ กับมิติอื่นๆ เช่น คุณภาพชีวิต การเกิดโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ หรือพฤติกรรมการบาดเจ็บของสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น
3. ควรทำการพัฒนาคู่มือแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพสำหรับทุกช่วงวัย ศึกษาผลของการให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่างในวัยอื่นๆต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำเอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพไปใช้ในชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และนำไปใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมให้กับชมรมผู้สูงอายุอื่นที่มีลักษณะเดียวกัน
2. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หรือบุคลากรทางสาธารณสุข ตลอดจนผู้ที่สนใจสามารถนำเอกสารแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือพฤติกรรมด้านอื่นๆ ได้

คำนิยม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ สีสังข์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักโครงการวิจัย และรองศาสตราจารย์ ดร.สำอาง สืบสมานอาจารย์ที่ปรึกษารองโครงการวิจัย ที่ให้คำแนะนำในการวางแผนการวิจัย ดำเนินการวิจัยตลอดจนให้คำปรึกษาการจัดทำรูปเล่มงานวิจัยจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วศินา จันทรศิริ, รองศาสตราจารย์ ดร.สำอาง สืบสมาน และ อาจารย์อดิศักดิ์ สุมาลี ที่สละเวลาตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาตรวจสอบบทความเพื่อนำเสนอในงานประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หัวหน้าผู้ดูแลชมรมผู้สูงอายุโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานครและ หัวหน้าศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี ที่อนุญาตให้เข้าไปใช้สถานที่และเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในโรงเรียนผู้สูงอายุชุมชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความร่วมมือ และ

เอื้อเฟื้อข้อมูลสำหรับการทำวิจัย คุณเบญญานันทน์ พิมพกรรณ์ คุณสุภาสินี ศิลป์สาคร และทีมงาน ที่ช่วยในการจัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลขอขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ที่คอยให้กำลังใจ และสนับสนุนเรื่องการเรียนตลอดมา สุดท้ายขอขอบพระคุณผู้ที่มีพระคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2555). *ประวัติองค์ความรู้และทฤษฎีการ แพทย์แผนไทย.* นนทบุรี: อิมเมจิ้น กราฟฟิค.

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *คู่มือธงโภชนาการ*. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

คณะอนุกรรมการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้บริโภค.(2559). *องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.

นพมาศ สุนทรเจริญนนท์. (2561). *ผัก ผลไม้ ที่ควรระวังในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2561, จาก http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/141.

นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม.(2556). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต). ภาควิชาอาหารและโภชนาการ, คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง;

แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. (2559) สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2561, จาก http://www.fhpprogram.org/general-information/definition

พัชรี วงศ์ษา. ศูนย์อนามัยที่ 2 สระบุรี. (2557). *แนวทางการบริโภคอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ (สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ)*.สระบุรี.

มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์แผนไทยเดิม. (2541). *ตำราการแพทย์แผนไทยเดิม (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์) ฉบับพัฒนา* ตอนที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สีไทย.

มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯและโรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2550). *คัมภีร์ประถมจินดาในตำราการแพทย์แผนไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่มที่ ๑*. ฉบับชำระ. กรุงเทพฯ : ศุภวนิชการพิมพ์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2559) *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559* กรุงเทพฯ:

ราชบัณฑิตยสถาน และกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. (2550). *พจนานุกรมศัพท์แพทย์และเภสัชกรรมแผนไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

โรงเรียนอายุรเวทธำรง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2552). *การแพทย์แผนไทยในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ศุภวนิชการพิมพ์.

เสาวรส ฉันทธรรมสกุล (2556). *บทความวิจัย การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองกับชุมชน*

ชนบท พื้นที่อำเภอเมืองพิจิตร จังหวัดพิจิตร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ ปี 2556, January-April ปีที่: 7 ฉบับที่ 1 หน้า 90-101

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน* สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2561 http://www.thaihealth.or.th/Content/20399-ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน.html

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์เดือนตุลา

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560).*รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557.* นนทบุรี: อิมเมจิ้น กราฟฟิค.

WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies.Lancet 2004 Jan 10; 363(9403): 157-63.