



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของ
ผู้สูงอายุไทย กรณีศึกษาตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด 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

รจนา คาวินพฤติ (Rotjana Kawinpruek)¹ สำอาง สืบสมาน (Sam-ang Seubsman)²

ศรศักดิ์ สุนทรไชย (Sarisak Soontornchai)³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลัง และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 54 คน จากประชากรที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของตำบลบางตะไนย์ จากการสุ่มแบบตามความสนใจ เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ระยะเวลา 1 เดือน) แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ ทันทที ประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว วิเคราะห์ข้อมูลโดยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติวิเคราะห์ทดสอบด้วยทีเทส ผลการวิจัยพบว่าหลังจากได้รับโปรแกรมฯ (1) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมดีขึ้น (2) ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น (3) ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (4) ประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารลดลง ภาวะโภชนาการมีการพัฒนาที่ดีขึ้น เส้นรอบเอวผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายดีขึ้น ข้อเสนอแนะการนำโปรแกรมไปปรับใช้กับสถานการณ์จริงควรคำนึงถึงระยะเวลาในการทำกิจกรรมให้นานขึ้นเพื่อประสิทธิผลของโปรแกรมที่ดี

คำสำคัญ โภชนาการผู้สูงอายุ โปรแกรมการเสริมพลัง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุไทย

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

Bowy_smart555@hotmail.com

² รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Samang.s2015@gmail.com

³ รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช Hsasosar123@gmail.com



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

Abstract

This Single group quasi-experimental research, before - after measurement aimed to compare differences in food consumption behaviors, health care behavior, the confidence in the ability to change risk behaviors before and after participating in the empowerment program. And study the effectiveness of the before and after joining the empowerment program. Sample is the elderly aged 60 years and over 54 people from population that is member of the elderly club of Bangtanai Subdistrict. Simple convenient or volunteer sampling method. The instrument were empowerment programs for behavior modification. Period of 1 month. And questionnaires to collect data before and after entering the program. Assessing nutritional status with body mass index and waist circumference. Statistics used to data analysis were percentage, mean, standard deviation and T-Test. The results showed that after receiving the program. (1) The elderly have higher eating habits. (2) Better health care behaviors. (3) Have perceived one's ability to change risk behavior in food consumption and higher health care with statistical significance at the .05 level. (4) Effectiveness of the program found that older people had higher general knowledge about food consumption with statistical significance at the .05 level. Attitudes about food consumption decreased, Nutrition has improved, Elderly female and male waist line improved but no significant differences were found at the .05 level.

Keywords: Elderly nutrition, Empowerment program, Change risk behavior, Nutritional status, Thai elderly



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

บทนำ

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 ล้านคน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ในอีก 20 ปีข้างหน้า การที่สังคมมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอันเป็นวัยที่มีการเสื่อมสภาวะที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยปี 2556 พบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ อันดับแรก คือการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 57.8 รองลงมาเป็นปัญหาทางการได้ยินร้อยละ 23.8 ในด้านภาวะการเป็นโรคพบว่าผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวโดยมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับ 1 ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 และจากข้อมูลการจัดทำรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยประจำปี 2557 พบว่าผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41 โรคเบาหวานร้อยละ 18 และโรคข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 9 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) และสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี 2560 ประชากรสูงอายุไทยมีปัญหาระงับสุขภาพที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ไม่สามารถประกอบกิจวัตรพื้นฐาน คือ กินอาหารเอง เข้าห้องน้ำเอง แต่งตัวเอง) มากถึงร้อยละ 5 โดยผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีมากถึงร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุในวัยเดียวกันนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

จากการศึกษาวิจัยของพลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) พบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 19.3 เช่น ภาวะกระดูกพรุนข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง ไช้มันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ภูมิแพ้ และโรคหัวใจ และพบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ มีโรคร้อยละ 48.5 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.5 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน 23.4 นอกจากนี้สภาวะสังคมและปัญหาทางด้านเศรษฐกิจยังมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงวัย (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งจากปัญหาข้างต้นและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสริมสร้างสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุโดยมีการจัดระบบสาธารณสุขให้เอื้อต่อการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างและดูแลสุขภาพของตนตั้งแต่วัยเยาว์เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และการสร้างระบบอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเฝ้าระวังและดูแลผู้สูงอายุในชุมชนผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงอันตรายจากการมีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่โรคดังกล่าวมีผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นผลให้เกิดภาวะพึ่งพา นอกจากนี้ ปรียา สุขทอง (2560) พบว่า จากการสังเกตและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางตะไนย์ เกี่ยวกับความต้องการด้านสวัสดิการสังคม พบว่า ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในด้านสุขภาพอนามัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ บางกรณีผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้อง



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ทำการรักษาอย่างต่อเนื่องแต่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ถ้าจะมีพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุนั้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ปัญหาสุขภาพยิ่งมากขึ้นตามไปด้วย อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความเจ็บป่วยหลายอย่างของผู้สูงอายุสามารถป้องกันหรือลดความรุนแรงได้ ด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่นการศึกษาของอัมมร บุญช่วย (2558) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 110/70.67 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มควบคุมมีระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 138.44/95.56 มิลลิเมตรปรอทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จากสถานการณ์ปัญหาและการดำเนินการแก้ไขที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นว่าโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดคือการเสริมพลังอำนาจซึ่งเป็นกระบวนการส่งเสริมและพัฒนาให้บุคคลและกลุ่มทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อสุขภาพ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องค้นพบความสามารถของตนเอง และตัดสินใจใช้ทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง นิติยา เพ็ญศิริ (2557) จะสามารถนำมาใช้ในการจัดการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบางตะไนย์ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรีได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการนำโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีอีกทั้งเป็นการป้องกันและทุเลาโรคที่เกิดจากปัญหาโภชนาการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในเรื่อง
 - 1.1 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง
 - 1.2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลอง
 - 1.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง
 - 1.4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ทั่วไปในการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง
 - 1.5 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติในการบริโภคอาหารก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง
 - 1.6 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนดัชนีมวลการและเส้นรอบเอวก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 54 คน จากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลบางตะไนย์ จำนวน 180 คน ได้จากการสุ่มแบบตามความสมัครใจ (Convenient or Volunteer Sampling)

เครื่องมือที่ใช้: 1) โปรแกรมเสริมพลังเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ระยะเวลา 1 เดือน) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการเสริมพลังบุคคลโดยนิตยา เพ็ญศิริณา เน้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเป็นศูนย์กลางโดยทำจำนวน 2 ครั้ง (ก่อนและหลัง) ในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพเพื่อเสริมพลังการกำหนดเป้าหมายดูแลสุขภาพการละเลยพฤติกรรมและการให้ความรู้เรื่องการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การจัดการความเครียดหรืออารมณ์อย่างเหมาะสม 2) แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 6 ส่วนคือ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (3) ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (4) ข้อมูลความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (5) ข้อมูลความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และ (6) ข้อมูลทัศนคติในการบริโภคอาหาร

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ: แบบสอบถามในส่วนที่ (2) ถึง (6) มีค่าความสอดคล้องของเนื้อหาของแบบสอบถาม (Index of Item-Objective Congruence: IOC) สูงกว่า 0.5 ทุกข้อ และมีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.775, 0.661, 0.80, 0.782 และ 0.813 ตามลำดับ แบบสอบถามในส่วนที่ (5) มีค่าความยากง่าย (Difficulty Index) ระหว่าง 0.3 - 0.8

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลโดยการทดสอบค่าทีทดสอบ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ทางด้านประชากรผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 33 คน มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 74.10 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือนมากที่สุดร้อยละ 53.7 แหล่งที่มาของรายได้มาจากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 38.90 อาศัยอยู่กับบุตรหลานมากที่สุดร้อยละ 46.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร (เช่น ทำไร่ ทำสวน) มากที่สุดร้อยละ 59.30 ผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป ร้อยละ 40.75 โรคและมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงมากที่สุด ร้อยละ 16.70 ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารในแต่ละมื้อผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเน้นรับประทานมื้อเช้า ในมื้อเช้าส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าประเภทข้าวราดแกง/ข้าวแกง มื้อเที่ยงส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าประเภทแกงเตี้ยหรือขนมจีน และมื้อเย็นส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารเช้าประเภทข้าวราดแกง/ข้าวแกง

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า เพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.93 และหลังการทดลองเสร็จสิ้นมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.99 ($t\text{-test} = 1.94$, $p\text{-value} > 0.05$) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหารทะเลหลังการทดลองเสร็จสิ้นลดลง (ค่าเฉลี่ย 2.85) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 3.11) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t\text{-test} = 3.07$, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
1.กินปลาทุกชนิด	3.11 (0.84)	ดี	3.24 (0.87)	ดี	1.36	0.18
2.กินอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง หอย ปู	3.11 (0.82)	ดี	2.85 (0.86)	ดี	3.07	0.00
3. ต้มนมพว่องไขมันหรือไม่มีไขมัน โยเกิร์ตพว่องไขมัน	2.15 (1.07)	ปานกลาง	2.30 (1.14)	ปานกลาง	1.59	0.12
4. ต้มผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง ได้แก่น้ำเต้าหู้ที่ไม่หวาน	2.04 (0.87)	ปานกลาง	1.96 (0.87)	ปานกลาง	0.78	0.44
5. กินอาหารปรุงดิบ เช่น ลาบดิบ ก้อยดิบ พล่ากุ้ง กุ้งแช่น้ำปลา	3.83 (0.42)	ดีมาก	3.85 (0.41)	ดีมาก	0.44	0.66
6. กินอาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น แฮม เบอเกอร์ พิซซ่า	3.74 (0.57)	ดีมาก	3.70 (0.52)	ดีมาก	0.70	0.48
7. กินอาหารย่าง/รมควัน เช่น ไส้ กรอก ไก่ย่าง หมูย่าง ปลาย่าง	3.20 (0.89)	ดี	3.00 (0.85)	ดี	1.70	0.09
8. กินอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ผัดซีอิ๊ว ผัดไทย หอยทอด ข้าวขาหมู ข้าวมัน ไก่ ปาท่องโก๋ กลัวยแซก ไก่ทอด หมู ทอด หนัไก่ทอด แคปหมู	2.88 (0.95)	ดี	2.81 (1.00)	ดี	0.75	0.45
9. กินอาหารหรือของหวานที่ ประกอบด้วยกะทิดื่มชาไก่ แกงมัสมั่น	2.94 (0.92)	ดี	2.98 (0.90)	ดี	0.49	0.62
10. กินอาหารที่ทำจากเนยหรือครีม เช่นคุกกี้ เค้ก เบเกอรี่ พาย	3.43 (0.86)	ดี	3.41 (0.81)	ดี	0.17	0.86
11. กินขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่ง ข้าวเกรียบ ถั่วทอด	3.22 (0.88)	ดี	3.26 (0.90)	ดี	0.63	0.53
12. กินขนมที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมเชื่อมต่างๆทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง	3.34 (0.92)	ดี	3.33 (0.87)	ดี	0.94	0.35



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรมบริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
13. กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ลิ้นจี่ ขนุน มะม่วงสุก	3.10 (0.88)	ดี	2.96 (0.88)	ดี	1.15	0.25
14. กินอาหารสำเร็จรูปและอาหาร กระป๋อง เช่น มาม่า โจ๊กซอง	3.28 (0.79)	ดี	3.31 (0.74)	ดี	0.21	0.84
15. กินอาหารที่มีรสเค็มจัดหรือ อาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง เต้าหู้ยี้	3.28 (0.79)	ดี	3.24 (0.82)	ดี	0.44	0.66
16. กินไข่ เช่น ไข่ไก่ ไข่เป็ด	2.72 (0.88)	ดี	2.83 (0.90)	ดี	1.06	0.29
17. เติมเครื่องปรุงทุกครั้งที่กินอาหาร เช่น น้ำปลา ซอส	2.64 (1.03)	ดี	2.61 (0.98)	ดี	0.35	0.73
18. กินอาหารประเภท ต้ม/ตุ๋น/นึ่ง/ อบ	2.54 (0.91)	ดี	2.66 (0.97)	ดี	1.36	0.18
19. กินอาหารที่ปรุงประกอบจาก เครื่องในสัตว์	1.87 (0.97)	ดี	1.78 (0.92)	ดี	0.78	0.44
20. กินอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อในปริมาณที่เหมาะสม	2.96 (0.93)	ดี	2.92 (0.97)	ดี	0.39	0.71
รวม	2.93 (0.27)	ดี	2.99 (0.29)	ดี	1.94	0.06

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่า เพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น (ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.98) แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 1.50, $p > 0.05$) พบว่าในด้านพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจมักจะพูดคุยระบายกับคนรอบข้างเพิ่มขึ้น (ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.07 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 2.48) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 2.94, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
1. ดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.68 (0.64)	ดีมาก	3.76 (0.64)	ดีมาก	0.85	0.39
2. สูบบุหรี่	3.51 (1.10)	ดีมาก	3.83 (0.70)	ดีมาก	2.55	0.01
3. มี กิจกรรม ทาง กาย (เคลื่อนไหว ออกแรง) เช่น เดิน ปั่นจักรยาน ต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้การหายใจเพิ่มขึ้น	2.87 (1.05)	ดี	3.02 (0.96)	ดี	1.59	0.12
4. ทำกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลาย เช่น สวดมนต์ ทำงานอดิเรก ร้องเพลง ปลูกต้นไม้	2.91 (0.97)	ดี	2.94 (1.02)	ดี	0.49	0.62
5.นอนหลับพักผ่อนเพียงพออย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	3.09 (0.92)	ดี	3.16 (0.88)	ดี	0.89	0.37
6.หมั่นซักรีดผ้าซักเสื้อผ้า หรือน้ำหนักตัว/สัดส่วนรอบเอว เพื่อควบคุมไม่ให้อ้วน	2.22 (0.88)	ปานกลาง	2.33 (0.99)	ปานกลาง	0.97	0.33
7. กินอาหารตรงเวลาในแต่ละมื้อ	2.85 (0.98)	ดี	2.89 (1.02)	ดี	0.38	0.71
8. กินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ในทุกมื้อ	2.72 (1.12)	ดี	2.78 (1.02)	ดี	0.72	0.47
9. เมื่อมีปัญหาหรือความไม่สบายใจมักจะพูดคุยระบายกับคนรอบข้าง	2.07 (0.97)	ดี	2.48 (1.08)	ดี	2.94	0.00
รวม	2.91 (0.49)	ดี	2.98 (0.54)	ดี	1.50	0.14

4. ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง พบว่า เพิ่มขึ้นตามระยะการทดลอง ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 1.12 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 1.90 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 17.55, p < 0.01) ดังแสดงในตารางที่ 3



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
1. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้าจะต้องเตรียมอาหารให้ผู้อื่น หรือนั่งกินอาหารร่วมกับผู้อื่นที่ไม่ต้องควบคุมอาหารแบบข้าพเจ้า มีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถควบคุมอาหารได้สำเร็จตามที่ตั้งใจไว้ได้	1.19 (0.48)	ปานกลาง	1.91 (0.29)	สูง	11.74	0.00
2. ถึงแม้ว่าข้าพเจ้ากำลังหิว ข้าพเจ้ามีความรู้สึกเชื่อมั่นว่าจะสามารถเลือกกินเฉพาะอาหารที่เหมาะสมกับโรคหรือความเสี่ยงได้	1.26 (0.44)	ปานกลาง	1.89 (0.32)	สูง	9.49	0.00
3. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะกินผักมีโอละ 2 ทับพีและผลไม้รสไม่หวานจัดมีโอละ 6-8 ชิ้นในแต่ละวันได้	1.06 (0.45)	ปานกลาง	1.87 (0.34)	สูง	10.85	0.00
4. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะหลีกเลี่ยงการกินอาหารและเครื่องดื่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่ชอบก็ตาม	1.17 (0.54)	ปานกลาง	1.91 (0.29)	สูง	9.25	0.00
5. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะสามารถเคลื่อนไหว/ออกแรงต่อเนื่องอย่างน้อย 10 นาที ที่ทำให้การหายใจและหัวใจเต้นเพิ่มขึ้นโดยทำสะสมให้ได้อย่างน้อย 30 นาที/วัน	1.15 (0.59)	ปานกลาง	1.89 (0.32)	สูง	8.38	0.00



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
ความเชื่อมั่นในความสามารถ ของตนเอง	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
6.ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะ สามารถทำกิจกรรมเคลื่อนไหว/ ออกแรงในชีวิตประจำวัน แทน การนั่งอยู่กับที่หรือนอนเป็น เวลานาน ๆ	1.06 (0.45)	ปานกลาง	1.91 (0.29)	สูง	11.84	0.00
7. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะ สามารถจัดการความเครียด หรือลดความวิตกกังวลจาก ปัญหาต่าง ๆ (เช่น ปัญหา สุขภาพ ครอบครัว หน้าที่การ งาน) ที่พบในแต่ละวันได้	1.13 (0.39)	ปานกลาง	1.94 (0.23)	สูง	13.68	0.00
8. ข้าพเจ้ามีความเชื่อมั่นว่าจะ สามารถควบคุมน้ำหนักตัว หรือ สัดส่วนร่างกายไม่ให้อ้วนได้ สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	0.96 (0.43)	ปานกลาง	1.89 (0.32)	สูง	12.50	0.00
รวม	1.12 (0.31)	ปานกลาง	1.90 (0.11)	สูง	17.55	0.00

5. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า มีความรู้ในการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้น ในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 0.77 ระยะหลังการทดลองเสร็จมีค่าเฉลี่ยเป็น 0.87 (t-test = 5.02, $p < 0.01$) และพบว่าผู้สูงอายุรู้ว่าต้องกินอาหารให้ครบ 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, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 4



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสุขภาพ ก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
1. ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน	0.46 (0.50)	น้อย	0.67 (0.48)	มาก	3.32	0.00
2. เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู ผู้สูงอายุสามารถกินได้ทุกวันเพราะเคี้ยวง่าย เนื้อนุ่ม	0.81 (0.39)	มาก	0.89 (0.32)	มาก	1.43	0.16
3. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย	0.65 (0.48)	มาก	0.93 (0.26)	มาก	4.51	0.00
4. ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้วต่อวัน	0.80 (0.41)	มาก	0.93 (0.26)	มาก	2.18	0.03
5. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทำให้ร่างกายมีประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น	0.90 (0.32)	มาก	0.94 (0.23)	มาก	1.35	0.18
6. เนื้อสัตว์ควรปรุงสุกหรือไม่สุกก็ได้ขึ้นอยู่กับความชอบ	0.87 (0.34)	มาก	0.94 (0.23)	มาก	1.66	0.10
7. ผู้สูงอายุกินพืชผักได้อย่างไรไม่จำกัดปริมาณในแต่ละวัน	0.85 (0.36)	มาก	0.93 (0.26)	มาก	1.43	0.16
8. ผู้สูงอายุควรกินข้าวเป็นอาหารหลัก และสลับกับก๋วยเตี๋ยว หรือขนมจีนเป็นบางมื้อ	0.90 (0.32)	มาก	0.94 (0.23)	มาก	1.35	0.18
9. ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเขียว ถั่วเหลือง ถั่วลิสง สามารถกินแทนเนื้อสัตว์ได้	0.70 (0.46)	มาก	0.91 (0.29)	มาก	3.68	0.00
10. ผู้สูงอายุสามารถกินไข่เค็ม เต้าหู้ ไข่ ปลาเค็ม ผักดอง ได้อย่างไม่จำกัด	0.74 (0.44)	มาก	0.83 (0.38)	มาก	2.33	0.02
11. ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแทนข้าวขัดขาว	0.81 (0.39)	มาก	0.87 (0.34)	มาก	1.14	0.26



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
12. ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหาร ประเภทผัดให้น้อยลง	0.76 (0.43)	มาก	0.83 (0.38)	มาก	1.66	0.10
13. ผู้สูงอายุควรกินไข่สัปดาห์ละ 3 ฟอง	0.74 (0.44)	มาก	0.74 (0.44)	มาก	0.00	1.00
14. ผู้สูงอายุควรกินปลาเป็น ประจำ	0.85 (0.36)	มาก	0.89 (0.32)	มาก	0.81	0.42
15. ผู้สูงอายุกินอาหารจำพวก แป้งและน้ำตาลได้อย่างไม่จำกัด เช่น ข้าว ขนมปัง เครื่องดื่มรส หวาน	0.74 (0.56)	มาก	0.74 (0.55)	มาก	0.00	1.00
รวม	0.77 (0.16)	มาก	0.87 (0.09)	มาก	5.02	0.00

6. ทักษะในการบริโภคอาหาร พบว่า มีทัศนคติในการบริโภคอาหารลดลงในระยะก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 39.57 และระยะหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเป็น 40.50 ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 1.77, $p > 0.05$) และพบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในเรื่องการกินอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหารหลังการทดลองเสร็จสิ้นลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน (ค่าเฉลี่ย 1.74) จากก่อนการทดลอง (ค่าเฉลี่ย 2.07) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 2.89, $p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 5



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านทัศนคติในการบริโภคอาหารก่อนและหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ทัศนคติในการบริโภคอาหาร	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
1.ชอบรับประทานอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหาร	3.92 (1.11)	น้อยมาก	4.25 (1.07)	ไม่เห็นด้วย	2.89	0.00
2.จะเลือกกินอาหารตามความชอบเท่านั้น	2.79 (1.35)	น้อย	2.81 (1.48)	น้อย	0.15	0.88
3.การดื่มน้ำอัดลมหรือน้ำหวานเมื่อรู้สึกกระหายมักจะทำให้รู้สึกสดชื่น	3.61 (1.37)	น้อยมาก	3.81 (1.27)	น้อยมาก	1.67	0.10
4.การเติมเครื่องปรุงในอาหาร เช่น น้ำปลา น้ำตาล ซีอิ๊ว จะช่วยเพิ่มรสชาติของอาหารให้อร่อยถูกปากมากขึ้น	3.29 (1.37)	น้อย	3.40 (1.37)	น้อย	1.06	0.29
5.อาหารกล่อง อาหารถุง มีความสะดวกในการกินมากกว่าที่จะต้องปรุงเองเช่นอาหารแช่แข็ง แกงถุง	3.83 (1.24)	น้อยมาก	3.92 (1.26)	น้อยมาก	0.84	0.40
6.ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องกินข้าวก็ได้ หากกินกล้วยเตี๋ยและขนมจีนในแต่ละมื้อแล้ว	2.51 (1.39)	น้อยมาก	2.77 (1.49)	น้อย	1.57	0.12
7.การดื่มสุราทำร่างกายกระชุ่มกระชวย และสมองปลอดโปร่ง	4.57 (0.94)	ไม่เห็นด้วย	4.59 (0.98)	ไม่เห็นด้วย	0.17	0.86
8.เนื้อสัตว์บางชนิดไม่จำเป็นต้องผ่านความร้อนก็ได้ เช่น กุ้งเต้น	4.37 (1.17)	ไม่เห็นด้วย	4.37 (1.17)	ไม่เห็นด้วย	0.00	1.00



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ทัศนคติในการบริโภค อาหาร	ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย (SD)	ระดับ	t-test	p-value
9.การปรุงอาหารโดยใช้ น้ำมันพืชจะเลือกใช้แบบ ไหน ชนิดใดก็ได้	3.37 (1.47)	น้อย	3.01 (1.47)	น้อย	1.96	0.55
10.ผลไม้ทุกชนิดกินได้โดย ไม่ต้องจำกัดปริมาณ เช่น ลำไย แดงโม	3.44 (1.41)	น้อยมาก	3.53 (1.41)	น้อยมาก	0.68	0.49
11.เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น ข้าว ขาหมู เคี้ยวง่ายกว่าเนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน	3.83 (1.31)	น้อยมาก	3.98 (1.32)	น้อยมาก	1.43	0.16
รวม	39.57 (6.07)	น้อยมาก	40.50 (5.33)	น้อยมาก	1.77	0.08

7. ดัชนีมวลกาย (BMI : Body Mass Index) หลังได้รับโปรแกรมฯเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงพบว่าภาวะโภชนาการขาดลดลง (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) ดังแสดงในตารางที่ 6

8. เส้นรอบเอว พบว่า ในผู้สูงอายุเพศชาย 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) ดังแสดงในตารางที่ 6



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ของตัวแปรภาวะโภชนาการจำแนกตามดัชนีมวล กายและรอบเอว ก่อน และหลังให้โปรแกรมฯ (n=54)

ภาวะโภชนาการ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	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

8. ภาวะโภชนาการจำแนกตามดัชนีมวลกายก่อนและหลังการทดลอง (ร้อยละ 26.21 และ 26.06) ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 0.75, $p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 7

9. ภาวะโภชนาการจำแนกตามเส้นรอบเอวในเพศชายก่อนและหลังการทดลอง (ร้อยละ 87.77 และ 87.54) ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 0.06, $p > 0.05$) และภาวะโภชนาการจำแนกตามเส้นรอบเอวในเพศหญิงก่อนและหลังการทดลอง (ร้อยละ 91.37 และ 89.78) ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t-test = 1.00, $p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์หาความแตกต่างของตัวแปรการ ภาวะโภชนาการ จำแนกตามระยะการเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n=54)

ภาวะโภชนาการ	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	t-test	p-value
	ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)		
ดัชนีมวลกาย	26.21 (5.16)	26.06 (4.85)	0.75	0.46
รอบเอว (ชาย)	87.77 (12.13)	87.54 (23.11)	0.06	1.00
รอบเอว (หญิง)	91.37 (9.69)	89.78 (14.00)	1.00	0.32



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุ มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 33 คน มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 21 คน การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีรายได้ไม่น้อยกว่า 2,000 บาท/เดือน แหล่งที่มาของรายได้มาจากเงินสนับสนุนผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูงหรือมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไปสอดคล้องกับ กิตติกรนิลมานัต และคณะ (2556) ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.8) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือความดันโลหิตสูง ปวดหลัง/เอว และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม (ร้อยละ 49.0, 38.6 และ 27.6 ตามลำดับ)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าโดยภาพรวมด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีจิต ศรีมงคลและ คณะ (2560) ซึ่งได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูง โรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอดงจังหวัดนครราชสีมา พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และพบว่าโปรแกรมมีผลให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในด้านการรับประทานอาหารทะเลหลังการทดลองเสร็จสิ้นลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารทะเลจาก กลุ่มวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เสนอว่ากุ้ง หอย จะมีไขมันต่ำแต่จะมีปริมาณคอเลสเตอรอลค่อนข้างสูง และยังพบว่าส่วนหัวของปลาหมึกมีปริมาณคอเลสเตอรอลมากกว่าส่วนลำตัว ซึ่งมีคอเลสเตอรอลสูงกว่าปลาชนิดอื่น อีกทั้งถ้ารับประทานอาหารที่มีคอเลสเตอรอลมากเกินไป จะทำให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูงซึ่งเป็นสาเหตุของการทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ (กลุ่มวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2547)

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าโดยภาพรวมด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าโปรแกรมมีผลให้พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องการจัดการความเครียดความไม่สบายใจหลังการทดลองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากในด้านจิตใจอารมณ์ของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยรู้สึกว่ามีชีวิตไม่มีคุณค่าหมดหวัง และมีความสุข นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่เคยรู้เหงา หงุดหงิด หรือวิตกกังวล (พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงผิง, 2559)

ความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง โดยภาพรวมพบว่าความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดในผู้สูงอายุหลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ซึ่งสอดคล้องกับ อังคินันท์ อินทรกำแหงและอนันต์ มลารัตน (2556) ได้ศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพ 3 ด้านได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตน การกำกับตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่สูงขึ้นไปตามระยะการทดลอง อัมมร บุญช่วย(2558) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีผลให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มควบคุม และ สุนันทา ศรีศิริ (2555) ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในด้านความรู้พบว่าความรู้ในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้สูงอายุรู้ว่าต้องกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกวัน หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุรู้ว่าการกินถั่วเมล็ดแห้งเพื่อได้รับสารอาหารโปรตีนสามารถกินทดแทนเนื้อสัตว์ได้ หลังการทดลองเสร็จสิ้นเพิ่มขึ้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านทัศนคติพบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติในการบริโภคอาหารหลังการทดลองเสร็จสิ้นดีขึ้น แต่ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติเกี่ยวกับการกินอาหารขบเคี้ยวระหว่างมื้ออาหารหลังการทดลองเสร็จสิ้นลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในด้านภาวะโภชนาการ ประเมินด้วยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์อ้วนมากที่สุด รองลงมาภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 59.3 และ 22.2) ตามลำดับ ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นภาวะโภชนาการอ้วนลดลง และมีภาวะโภชนาการปกติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 55.6 และ 24.1) ตามลำดับ และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีเส้นรอบเอวเกินหรือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตรภายหลังการทดลองลดลง (ร้อยละ 71.89) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 78.1) และพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีเส้นรอบเอวเกินหรือมีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตรภายหลังการทดลองลดลง (ร้อยละ 36.40) จากก่อนการทดลอง (ร้อยละ 40.90) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ พุกษาและ วรชญา สุขประเสริฐ (2561) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 มีภาวะลงพุง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการโรคอ้วนระดับ 1 และลงพุงร้อยละ 22.7 ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกินและลงพุงร้อยละ 13.2 และผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและลงพุงร้อยละ 13.2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากร่างกายของผู้สูงอายุนั้นมีการเผาผลาญของร่างกายที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นในความสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและความรู้ในการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ได้ หลังจากการทดลองเสร็จสิ้น ในระยะเวลา 1 เดือน เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะใช้เวลาความพยายามในการแสดงพฤติกรรมและมีความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการแสดงออกพฤติกรรม (นิตยา เพ็ญศิริภา, 2557, น.35) ในเรื่องของความรู้ในการบริโภคอาหารเป็นผลลัพธ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ทันทีเมื่อมีการแนะนำซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ตนเอง และถึงแม้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทัศนคติ ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ไม่เปลี่ยนแปลงหลังการทดลองเสร็จสิ้นนั้น เนื่องมาจากผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการมีหลายระดับซึ่งจะเกิดต่อเนื่องกัน ตั้งแต่เกิดการเรียนรู้ และหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมพลังจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น และเมื่อมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องแล้วจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ดีขึ้นจากเดิมอย่างเห็นได้ชัด (นิตยา เพ็ญศิริภา, 2557, น.28) สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ อธิศ ศรีมงคลและ คณะ (2560) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูง โรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอกง จังหวัดนครราชสีมา ที่เสนอแนะเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพที่ใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 12 สัปดาห์ ว่าควรคำนึงถึงระยะเวลาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการนำแนวคิดการเสริมพลังมาประยุกต์ใช้เข้ากับโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นกลวิธีที่ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดขึ้น (นิตยา เพ็ญศิริภา, 2557)



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุในกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดเชื้อได้ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
2. ข้อมูลจากการศึกษาสามารถนำไปสู่การสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพระหว่างภาคประชาชนและเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *ประชากรสูงอายุไทย : ปัจจุบันและอนาคต*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์เทคโนโลยีและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2560*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์เด็อนตุลา จำกัด.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2557*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โรงพิมพ์เด็อนตุลา จำกัด.
- กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กลุ่มวิเคราะห์คุณค่าทางโภชนาการ กองโภชนาการ กรมอนามัย. (2547). *คอเลสเตอรอลและกรดไขมันในอาหารไทย*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- โครงการจัดการความรู้สุขภาพผ่านสื่อและเทคโนโลยีออนไลน์มูลนิธิหมอชาวบ้าน. (2559). *อยากสุขภาพดีต้องมี 3 อ. สำหรับวัยสูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดการความรู้สุขภาพผ่านสื่อและเทคโนโลยีออนไลน์มูลนิธิหมอชาวบ้าน.
- สำนักวิจัยและสถิติ บริษัท ไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด (มหาชน).
- องค์การอนามัยโลก. (2552). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ แปลจาก [Milestones in Health Promotion: Statemant from global conference] (พิมพ์ครั้งที่ 1) (สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, ผู้แปล)*. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพลส จำกัด.
- พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2554). *พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี*. วิทยาลัยราชพฤกษ์. นนทบุรี.
- ปรียา สุขทอง. (2560). *ความต้องการสวัสดิการด้านสังคมผู้สูงอายุในตำบลบางตะไนย์ อำเภอบางเกร็ง จังหวัดนนทบุรี*. มหาวิทยาลัยปทุมธานี, ปทุมธานี
- คันสนีย์ กระจำนอม, และสุวิมล จำปาวัลย์. (2557). *การบริโภคอาหารที่ทำให้มีอายุยืนยาวของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์ไทยวนในอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต, 2(2), 161-170.*
- อัมมร บุญช่วย. (2558). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอยะบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 3(2), 231-244.*



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 9

The 9th STOU National Research Conference

- สุนันทา ศรีศิริ. (2555). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุข 19 วงศ์สว่าง กรุงเทพมหานคร. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(ฉบับพิเศษ), 308-315.
- สุพิมพ์ อุ่นพรม, นงนุช โอบะ, นุศรา วิจิตรแก้ว. (2550). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 1(1), 100-111.
- สุพรรณิ พุกษา, วรัชญา สุขประเสริฐ. (2561). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ตำบลนาอ้อ อำเภอเมือง จังหวัดเลย. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 25(3), 67-76
- กิตติกร นิลมานัต และคณะ. (2556). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสหพยาบาลศาสตร์*, 28(1), 75-84.
- ธีธิต ศรีมงคล, ธาราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และคณะ. (2560). โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูง โรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอดง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1), 77-89.
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21(2), 94-108
- 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.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2553). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ปฏิบัติงานของนักศึกษาสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (รายงานศึกษาค้นคว้าอิสระไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพมหานคร.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง, อนันต์ มาลารัตน์. (2556). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองของนิสิตที่มีภาวะอ้วน (กรณีศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2557). การเสริมพลังเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด:แนวคิด และการปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์.