



## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

เรียม นมรักษ์\*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม 85 ถนนมาลัยแมน อำเภอเมือง นครปฐม 73000

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน

**แบบแผนงานวิจัย:** การวิจัยกึ่งทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25.0 ถึง 29.9 kg/m<sup>2</sup> และบุคคลในครอบครัวที่มีความผูกพันใกล้ชิด มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย และกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวที่ประยุกต์จากทฤษฎีการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยของไรต์และเบล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การค้นหาความจริงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว 4) การสร้างความรู้สึกมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว และ 5) การสะท้อนคิดและสรุป เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

**ผลการวิจัย:** ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สรุป:** ผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลครอบครัวผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุด้านการบริโภคอาหารให้ได้อย่างเหมาะสม

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว / พฤติกรรมการบริโภคอาหาร / ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน



# The Effect of Family Health Promotion Program on Eating Behavior of Older Persons with Overweight

Riam Namarak\*

## Abstract

**Purpose:** To study the effect of family health promoting program on eating behavior of older persons with overweight.

**Design:** A quasi-experimental research.

**Method:** Subjects were overweight older persons aged over 60 years having BMI between 25.0 and 29.9 kg/m<sup>2</sup> and their family members who met the inclusion criteria. The subjects were equally assigned into a control group and experimental group, 30 each. The control group received usual nursing care. The experimental group participated in the family health promoting program. The theory of "Illness Belief Model" of Wright & Bell was applied to develop this program. The program was composed of 5 steps: 1) developing a trusted relationship, 2) exploring reality on family health promotion, 3) changing constrain beliefs and promoting facilitating beliefs for family health promotion, 4) strengthening family confidence in providing family health promotion, and 5) reflection and conclusion. Data were collected using the eating behavior questionnaire. Its Cronbach's alpha coefficient was .78. Descriptive statistics and t-test were used for data analysis.

**Results:** The mean scores of eating behavior of overweight older persons after participating in the program was significantly higher than before participating in the program ( $p < .05$ ) and those of the control group ( $p < .05$ ).

**Conclusion:** The results of this study could be applied for older person families in order to increase their competency in caring for overweight older persons so that they can have proper eating behavior.

**Keywords:** Family health promoting program/Eating behavior/Older persons with overweight



## บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัญหาสำคัญและเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกินและอ้วนร้อยละ 62.7 (Department of Health, 2009) รวมถึงจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า ประชากรผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 23.9 (National Health Examination Survey Office, 2010) รวมถึงพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างโรคอ้วนและอายุ คือ ยิ่งอายุมากขึ้นแนวโน้มเป็นโรคอ้วนยิ่งมากขึ้น ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันไว้ในปริมาณมากเกินกว่าความจำเป็นของร่างกาย เป็นผลทำให้มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ คือ มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (WHO, 2004) สาเหตุของภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.0 มาจากการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องโภชนาการ คือ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีแคลอรีสูง อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง อาหารรสหวานจัด ปรุงอาหารด้วยวิธีการทอด ทอดกะทิ บริโภคผักและผลไม้ไม่พอ เพียงวันละ 275 กรัม/คน ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (400 กรัม/คน/วัน) (Nutrition Division, 2006)

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพและเป็นปัจจัยของการเจ็บป่วยและโรคเรื้อรังอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกพรุน โรคมะเร็งบางชนิด โรคนิ้วในถุงน้ำดี โรคปวดข้อเข่า โรคเกาต์ ภาวะน้ำหนักตัวเกินและเข้าสู่ภาวะอ้วนตามมา ซึ่งกำลังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก โดยก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวในการรับภาระต้องดูแลผู้ป่วยต่อไป

การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นที่ครอบครัวจะต้องให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น จะนำมาซึ่งความผาสุกของผู้สูงอายุและสมาชิกทุกคนในครอบครัวด้วยเช่นเดียวกัน เพราะครอบครัวมีความเป็นองค์รวมมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน คอยตรวจสอบความสามารถในการปรับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว (Friedman, Bowen, & Jones, 2003) ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ นับว่าเป็นภารกิจที่สำคัญสำหรับครอบครัว ที่จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวมาช่วยกระตุ้นผู้สูงอายุให้บริโภคอาหารที่เหมาะสม ดังที่ Pender, Murdaugh, Carolyn and Parsons (2006) กล่าวว่า อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

อำเภอเมืองนครปฐม มีผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินจำนวนมากเมื่อเทียบกับอำเภออื่นๆ โดยผลการสำรวจค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่อาศัยในอำเภอเมือง พบว่า ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 20 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (Statistical Office of Nakhon Pathom, 2012) และการศึกษาของ Namarak (2015) เรื่องปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ ภาวะน้ำหนักเกิน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ น้ำหนักเกินได้ ร้อยละ 31.3 สอดคล้องกับ Harabut (2009) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ ผู้วิจัยจึงสนใจ



ที่จะพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางสนับสนุนให้พยาบาลนำรูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วยไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว ทำให้เกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยความเชื่อ ทำให้ปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะทำให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุน้ำหนักเกินได้เหมาะสมมากขึ้น

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีระบบครอบครัว ซึ่งกล่าวว่าครอบครัวประกอบด้วยหลายระบบย่อยที่มีปฏิสัมพันธ์กันทั้งภายในระบบย่อยของครอบครัว และกับระบบใหญ่ภายนอก เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย (Friedman, Bowden & Jones, 2003) บุคคลจะดูแลตนเองหรือดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัวอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้น ครอบครัวจะดูแลสุขภาพได้ดี ถ้ามีความเชื่อที่ส่งเสริมความสำเร็จ และถ้าครอบครัวมีความเชื่อที่ขัดขวางความสำเร็จก็จะมีผลจำกัดการดูแลสุขภาพ (Wright & Bell, 2009) มาจัดเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัวเองสร้างความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้วิจัย

**ขั้นตอนที่ 2** การค้นหาความจริงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวผู้สูงอายุ การให้ครอบครัวทำความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว การอภิปรายความเชื่อและการปฏิบัติ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

ครอบครัวผู้สูงอายุ

**ขั้นตอนที่ 3** การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว โดยการใช้คำถามเพื่อให้ครอบครัวสะท้อนคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมสุขภาพ กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวถามคำถาม กระตุ้นให้ครอบครัววางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว แล้วนำไปปฏิบัติเป็นการบ้าน การเสนอทางเลือกหรือความเชื่ออื่น

**ขั้นตอนที่ 4** การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบในการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว โดยการสำรวจการเปลี่ยนแปลง เชื่อเชิญให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและให้ครอบครัวประเมินการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงนั้น

**ขั้นตอนที่ 5** การสะท้อนคิดและสรุป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ



## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

**ประชากร** คือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยวัดจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ตั้งแต่ 25.0 ถึง 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ทั้งเพศชายและเพศหญิง และสมาชิกครอบครัวที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ในปี พ.ศ. 2558

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยวัดจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ตั้งแต่ 25.0 ถึง 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 60 คน และสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุแต่ละราย จำนวน 60 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน
  - 1.1 มีสุขภาพแข็งแรง
  - 1.2 สามารถเข้าใจภาษาไทยทั้งอ่านเขียนสื่อสาร โดยการพูดได้และมีสติสัมปชัญญะ
  - 1.3 ให้ความยินยอมและสมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย มาร่วมการวิจัยได้พร้อมครอบครัว
2. ครอบครัวผู้สูงอายุ
  - 2.1 เป็นสมาชิกครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
  - 2.2 เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน มีความผูกพันใกล้ชิดและเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้เลือกสมาชิกครอบครัวมา 1 คน
  - 2.3 สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้
  - 2.4 ให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัย และมาร่วมการวิจัยได้พร้อมผู้สูงอายุ
3. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ มีการเจ็บป่วยกะทันหันและไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตาม

ข้อกำหนด

กลุ่มตัวอย่าง 60 ราย แยกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ซึ่งกำหนดจาก Polit & Hungler (1999) กำหนดว่าการวิจัยแบบกึ่งทดลองควรมีกกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20-30 คน ถ้ามีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควรมีกกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปในแต่ละกลุ่ม

ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำข้อมูลดัชนีมวลกายจากรพ.สต.โพรงมะเดื่อ มาทำทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25.0-29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในวันประชุมประจำเดือนของชมรมผู้สูงอายุที่ห้องประชุมเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ สุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากแบบไม่คืนที่จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุ ครอบครัวแรกเข้ากลุ่มทดลองก่อน และครอบครัวต่อไปเข้ากลุ่มควบคุม สลับกันไปจนได้กลุ่มทดลอง 30 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 30 ครอบครัว โดยให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศอายุ โดยที่อายุของทั้ง 2 กลุ่มในแต่ละคู่ต่างกันไม่เกิน 5 ปี

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้
  - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลครอบครัว
  - 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน ดัดแปลงมาจาก Namarak (2015) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติในการเลือกประเภทอาหารและรูปแบบในการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 19 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย (1 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติเป็นประจำ (3 คะแนน) แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .92 และนำทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้สูงอายุ



ตำบลสระกระเทียม ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ครอบครัว แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .78

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์มาจากทฤษฎีความเชื่อความเจ็บป่วยของ Wright & Bell (2009) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง สร้างความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและผู้วิจัย 2) การค้นหาความจริงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว 3) การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว 4) การสร้างความรู้สึกรับประกันในการสร้างเสริมสุขภาพ และ 5) การสะท้อนคิดและสรุป ใช้เวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ โปรแกรมนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์และสัตว์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม เลขที่โครงการ 005/59 เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2559 การเข้าร่วมในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผล ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือว่าเป็นความลับ ผู้วิจัยจะเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบที่เป็นรายงานสรุปผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

#### กลุ่มควบคุม

**ครั้งที่ 1** เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัย โดย

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเชิญครอบครัวผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมาพบที่ห้องประชุมเทศบาลตำบลโพรงมะเดื่อ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และขั้นตอนการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อมูลก่อนการวิจัยด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน แล้วนัดหมายครั้งต่อไปห่างกัน 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 พยาบาลจาก รพ.สต.โพรงมะเดื่อ ให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินตามรูปแบบการดูแลตามปกติ

**ครั้งที่ 2** เก็บรวบรวมข้อมูลในระยะเวลาหลังการวิจัยด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

#### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเชิญครอบครัวผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินกลุ่มทดลองไปพบที่ห้องประชุมเทศบาล ตำบลโพรงมะเดื่อ 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 วัน และครั้งที่ 3 ใช้เวลาครึ่งวัน เพื่อให้ครอบครัวผู้สูงอายุได้มีบทบาทในการทดลอง คือ อธิบายถึงความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว เล่าเรื่องราวความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ครอบครัวสะท้อนคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น วางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว และให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ดังนี้ คือ

**ครั้งที่ 1** เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการวิจัยด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกิน แล้วดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว

1.1 แนะนำตัวเอง สร้างความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวผู้สูงอายุและผู้วิจัย

1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์โปรแกรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผล



**ขั้นตอนที่ 2** การค้นหาความจริงเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว

2.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย สัมพันธภาพครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว และความเชื่อด้านสุขภาพครอบครัว และการให้ครอบครัวทำความเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว โดยการให้ครอบครัวอธิบายความหมายการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว

2.2 การอภิปรายความเชื่อและการปฏิบัติ โดยให้ครอบครัวเล่าเรื่องราวความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวโดยใช้คำพูดเชื่อเชื่อยุทธครอบครัวให้บอกเล่าเรื่องราวการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว

**ขั้นตอนที่ 3** การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว

3.1 การใช้คำถาม เพื่อให้ครอบครัวสะท้อนคิดถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริมสุขภาพ กระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวถกเถียงคำถาม

3.2 การเสนอทางเลือกหรือความเชื่ออื่น

3.3 กระตุ้นให้ครอบครัวผู้สูงอายวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัว แล้วนำไปปฏิบัติเป็นการบ้าน เป็นการเชื่อเชื่อยุทธให้สมาชิกครอบครัวสะท้อนคิดเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว นัดหมายอีก 1 สัปดาห์

**ครั้งที่ 2** ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมฯ เพิ่มเติมจากครั้งที่ 1

**ขั้นตอนที่ 4** การสร้างความรู้สึกมั่นใจในการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว เป็นการพูดคุยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้ครอบครัวผู้สูงอายุดตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เชื่อเชื่อยุทธให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เพื่อความมั่นใจและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการสร้างเสริม

สุขภาพที่เหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 5** การสะท้อนคิดและสรุป นัดหมายอีก 2 สัปดาห์

**ครั้งที่ 3** สรุปผล ปิดสัมพันธภาพ แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการวิจัย

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุกวาระน้ำหนักเกิน ภายใต้วงด้วย Pair t-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุกวาระน้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วย Independent t-test

## ผลการวิจัย

### ตอนที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุกวาระน้ำหนักเกินในกลุ่มทดลอง ( $n = 30$ ) มีอายุเฉลี่ย 66.9 ปี ( $SD = 4.48$ ) และกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 67 ปี ( $SD = 5.75$ ) ทั้ง 2 กลุ่มส่วนมากเป็นเพศหญิง นับถือศาสนาพุทธ ไม่ประกอบอาชีพ เกินครึ่งมีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า แยก รายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ส่วนมากคิดว่า การดูแลผู้สูงอายุกวาระน้ำหนักเกินไม่มีผลกระทบต่อครอบครัว และกลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.97 ( $SD = 1.64$ ) กลุ่มควบคุม มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.95 ( $SD = 0.69$ )

**ตอนที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุกวาระน้ำหนักเกิน ก่อนและหลังการทดลอง



ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ ผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหารหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 15.312$ ,  $p = .000$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนัก เกิน ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ( $t = .460$ ,  $p = .649$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินก่อนและ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทดลอง	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>					
ก่อนการทดลอง	38.26	2.66	15.312	29	.000
หลังการทดลอง	45.67	2.77			
<b>กลุ่มควบคุม</b>					
ก่อนการทดลอง	38.56	2.43	.460	29	.649
หลังการทดลอง	38.80	1.09			

**ตอนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะ น้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม**

ก่อนการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่แตกต่างกัน

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 10.55$ ,  $p < .000$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ดังแสดง ในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุภาวะน้ำหนักเกินก่อนและ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

การทดลอง	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	38.26	2.66	1.014	58	.315
กลุ่มควบคุม	38.56	2.43			
<b>หลังการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง	45.67	2.77	10.55	58	.000
กลุ่มควบคุม	38.80	1.09			





## อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ พบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว ผู้สูงอายุจะน้ำหนักเกินมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวเป็นโปรแกรมที่ประยุกต์มาจากรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจระหว่างครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และพยาบาล การสนทนาตามรูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย เป็นการให้ความสำคัญกับครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง การสนทนาช่วยให้พยาบาลและครอบครัวผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจและเปิดเผยความเชื่อ ทำให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวผู้สูงอายุ รวมทั้งบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการพยาบาลจะได้ผลดีเมื่อมีวิธีการปฏิบัติที่สอดคล้องกับความเชื่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ครอบครัวผู้สูงอายุ และพยาบาล (Wright & Bell, 2009) และครอบครัวมีความเป็นองค์รวม มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันคอยตรวจสอบความสามารถในการปรับพฤติกรรมของสมาชิกครอบครัว (Friedman, Bowen, & Jones, 2003) จึงทำให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เหมาะสมมากขึ้น

การดูแลตามปกติ เป็นการให้ความรู้และให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุเรื่องการเลือกรับประทานอาหาร ซึ่งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการทำกิจกรรมอื่นๆ ร่วมด้วยจึงช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

น้ำหนักเกินเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ Onapai (2008) พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้กิจกรรมกลุ่มและการปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังดีขึ้น และสอดคล้องกับ Seekhao & Ua-kit (2015) พบว่า นักเรียนหญิงที่มีภาวะโภชนาการเกินมีพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มที่ดำเนินชีวิตตามปกติ สอดคล้องกับ Pilasri, Piaseu, and Maruo (2015) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงที่มีภาวะเสี่ยงอ้วนลงพุงภายหลังได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับ Kunwong & Duangsong (2010) ศึกษาประสิทธิผลการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อลดน้ำหนักในกลุ่มวัยทองที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ จากการศึกษาของ Loupis and Faux (2013) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวผู้ดูแลที่ได้รับความรู้ และข้อมูลการช่วยเหลือเชิงรุกเพื่อการป้องกันภาวะวิกฤติ แต่ผลของการให้ความรู้และการให้ข้อมูลในรูปแบบต่างๆ มีทั้งที่ได้ผลดีและไม่ได้ผลดี จึงควรเพิ่มกิจกรรมที่มากกว่าการให้ความรู้ สอดคล้องกับ Numdokmai (2013) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถลดความอ้วนของสมาชิกในครอบครัวได้ และสอดคล้องกับ Jaranai (2016) ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพภาวะโภชนาการและน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรค



เบาหวานในชุมชน พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพด้าน ภาวะโภชนาการดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุม

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นแนวทางสนับสนุนให้ พยาบาลนำรูปแบบการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วย ไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำโครงการ สร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ กับครอบครัว ทำให้เกิดความไว้วางใจ และเปิดเผย

ความเชื่อ เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค และส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม อันจะทำให้สามารถให้การพยาบาลเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้เหมาะสม มากขึ้น และควรติดตามผลให้มีการปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐมที่ให้ ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

### References

- Department of Health, Ministry of Public Health. (2006). *The Food and nutrition survey of the fifth*. Bangkok: The express transportation organization of Thailand.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2009). *The report explores the state of health of the elderly in Thailand 2008*. Nonthaburi: Office of Health Promotion.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory and practice*. (5<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Upper Saddle River.
- Harabut, P. (2009). *Family factors influencing health promotion behaviors of elderly people in Khockjaroen district, Lopburi province*. Master of nursing, faculty of nursing, Burapha University.
- Jaranai, J. (2016). Effects of a family participation program by using the Rama model on health behaviors, nutritional status and blood sugar level in diabetic risk group in community. *Journal of Nursing*, 23(1), 41-59.
- Kunwong, M. & Duangsong, R. (2010). The effectiveness of health education for weight reduction among overweight menopause women by applying the self-efficacy theory and social support at the Ban Khu Subdistrict, Yangsisurach district, Mahasarakham province. *KKU Journal for Public Health Research*, 3(3), 11-20.
- Loupis, Y. M., & Faux, S. G. (2013). Family conferences in stroke rehabilitation: A literature review. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 22(6), 883-893.
- Namarak, R. (2015). *Family factors influencing exercise and eating behavior among elderly with overweight*. Master's thesis in nursing, Burapha University.



- National Health Examination Survey Office. (2010). *Report of public health Thailand by physical examination 4<sup>th</sup> 2008-9*. Bangkok: The Graffigo Systems.
- Numdokmai, S. (2013). The effect of social support from family to health behavior change to reduce obesity in the family network Muang Angthong. *Region 4 Medical Journal*, 15 (3), 197-203.
- Onapai, K. (2008). The application of Pender's Health Promotion Model for improving behavior to reduce the risk of cerebrovascular disease among risk patients at Bantaen Sub-District, Bantaen District, Chaiyapum Province. *Journal of the office of DPC 6 Khonkaen*, 16(2), 41-59.
- Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*, (5<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Pilasri, T., Piaseu, N., & Maruo, S.J. (2015). Effects of behavioral modification program using community participation on food consumption behaviors, alcohol consumption behaviors, and nutritional status in women at risk for metabolic syndrome in community. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(3), 10-25.
- Polit, D. F. & Hunger, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*, (6<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: JB Lippincott Company.
- Seekhao, P., & Ua-kit, N. (2015). The effect of motivation enhancing program on weight control behavior of overweight female students. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 27(1), 110-119.
- Statistical Office of Nakhon Pathom. (2012). *Report survey at village level 2012*. Nakhon Pathom: Statistical Office of Nakhon Pathom.
- World Health Organization. (2004). *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14726171?dopt=Abstract>
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and Illness a model for healing*. Calgary, Alberta, Canada: 4<sup>th</sup> Floor Press.