ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในชุมชน

Effects of Developing Food and Nutrition Health Promotion Through Ottawa Strategy Programs on Food Consumption Behavior and the Body Mass Index of the Elderly in the Community

มะลิ โพธิพิมพ์[1*], วาสุกรี เชวงกูล[2], ภัษภิษิจฐ์ พลศรีประดิษฐ์[3], วลัญช์ชยา เขตบำรุง[1], จุน หน่อแก้ว[1], วรารัตน์ สังวะลี[1], จิราภรณ์ ประธรรมโย[1]

[1]สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล นครราชสีมา 30000

[2]โปรแกรมวิชาคหกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

[3]กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา นครราชสีมา 30000

Mali Photipim[1]*, Wasugree Chavengkun[2], Paspisit Pholsripradit[3],

Valanchaya Ketbumroong[1], Jun Norkaew[1], Wararat Sungwalee[1], Jiraporn Patumyo[1]

[1] Division of Public Health, Faculty of Public Health, Vongchavalitkul University

Nakhon Ratchasima Province 30000

[2] Home Economics Program, Faculty of Science and Technology

Nakhon Ratchasima Rajabhat University, Nakhon Ratchasima 30000

[3]Health Promotion Department, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office, Nakhon Ratchasima 30000

*Email : malipho6@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุตำบลหมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้ การสร้างนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ การสำรวจ และพัฒนา ตำรับอาหารพื้นถิ่นในชุมชน การสนับสนุนการนำเมนูอาหารพื้นถิ่นไปใช้ประกอบอาหารบริโภคในชุมชน การประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม กลุ่มควบคุมได้รับบริการสุขศึกษาตามระบบสุขภาพปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุและแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัย พบว่า 1) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) 2) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.05) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา มีประสิทธิภาพในการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี สามารถนำแนวทางนี้ไปใช้ในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : กลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวาชาร์เตอร์ ผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการ การสร้างเสริมสุขภาพ

14 เมษายน 2565 / 7 กันยายน 2565 / 25 พฤศจิกายน 2565
14 April 2022 / 7 September 2022 / 25 November 2022

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effects of developing food and nutrition health promotion through Ottawa Strategy Programs on food consumption behavior and the body mass index of the elderly in community. The samples were 70 elderly adults, 35 elders in each of the experimental and control groups. The experimental group participated in food and nutrition health promotion through Ottawa Strategy for 12 weeks. Organized activities were as follows: providing information, educating, creating a policy to promote food and nutrition health for the elderly, exploring and developing local food recipes in the community, and supporting the use of local food menus to cook food in the community and assessment. The control received normal services from the public health centers. The food and nutrition health promotion program and questionnaires were applied in the study. Statistical methods employed included descriptive statistics, paired t-test and independent t-test.

Results can be summarized as follows: 1) After the experiment, the experimental group had a statistically significantly higher mean score on food consumption behavior than before the experiment and more than the control (p-value <0.05). 2) After the experiment, the experimental group had a statistically significant lower mean score of body mass index than before the experiment (p-value <0.05). The results of the research showed that Ottawa Strategy food and nutrition enhancement program were effective in developing proper food consumption behavior, resulting in the better BMI changes. This approach suggests that it can be used to develop health promotion for the elderly in other communities.

Keywords : Ottawa Charter Strategy, elderly, food and nutrition, health promotion

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ในแถบทวีปเมริกา หรือแม้กระทั่งประเทศในแถบทวีปเอเชียเอง ทั้งนี้ พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุไปทั่วโลกจำนวน 1,016 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 13.00 สหประชาชาติคาดว่า อีก 20 ปีข้างหน้าจะมีผู้สูงอายุมากถึง 1 ใน 5 ของประชากรโลก ประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุสูงสุดในโลก คือ จีน มีผู้สูงอายุประมาณ 241 ล้านคน ส่วนประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในโลก คือ ญี่ปุ่น โดย 1 ใน 3 ของชาวญี่ปุ่นเป็นผู้สูงอายุ[1] ส่วนประเทศไทยมีจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 (4.01 ล้านคน) ในปี 2537 เป็นร้อยละ 19.60 (13.36 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2564[2]

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราส่วนพึ่งพิง เท่ากับ 10.70 โดยพบว่า ประชากรวัยแรงงาน 100 คน รับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 11 คน ในขณะที่ปี 2564 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเท่ากับ 30.50 นั่นคือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดู ผู้สูงอายุประมาณ 31 คน[2] ส่งผลกระทบต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุทุกด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ โดยเฉพาะด้านสังคมและสุขภาพนั้น มีรายงานว่า ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป ถึง 1 ใน 5 จำเป็นต้องมีผู้ดูแล เมื่อมองดูระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุไทย พบว่าในปี พ.ศ. 2560 มีคะแนนเท่ากับ 0.69 หมายถึง ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ด้านปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ ยังคงเป็นปัจจัยความเปราะบางที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยโรคที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคอ้วน และโรคข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ ทั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 6 มีภาวะซึมเศร้า[3] สอดคล้องกับข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้วิเคราะห์ 5 อันดับโรคของอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 โดยระบุว่า ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 9,500 คน โรคหัวใจ (ไม่รวมหัวใจขาดเลือด) จำนวน 6,600 คน โรคเบาหวาน จำนวน 5,500คน โรคมะเร็ง จำนวน 3,200 คน และโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 2,000 คน ตามลำดับ[4]

สำหรับจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีจำนวน 426,352 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 16.30 ของประชากรทั้งหมด และมีอัตราเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรค พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80.00[5] ตำบลหมื่นไวยมีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 1,367 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจำนวน 355 คน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 6 คน สอดคล้องกับรายงานอัตราป่วยของผู้สูงอายุตำบลหมื่นไวย โดยพบว่าการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 3 อันดับแรกของตำบลหมื่นไวย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง ข้อมูลดังกล่าวนำไปสู่การจัดทำแผนสุขภาพตำบลหมื่นไวยในการแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ[6]

อย่างไรก็ตาม การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุตำบลหมื่นไวยส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้ จากการสำรวจแบบเร่งด่วนเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุในตำบลหมื่นไวย จำนวน 50 คน พบว่า ร้อยละ 25.00 ชอบบริโภคอาหารประเภทรสหวาน มัน เค็ม อย่างสม่ำเสมอและเป็นประจำ เป็นอาหารที่บริโภคส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 76 จัดอยู่ในประเภทอาหารที่มีไขมันสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน

อาหารประเภททอด อาหารประเภทผัด ประเภทเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเกินความต้องการของพลังงานที่ร่างกายควรได้รับ ร้อยละ 55.00 ได้รับประทานอาหารมากเกินความจำเป็นต่อร่างกาย ร้อยละ 64.00 ขาดความรู้ และขาดโอกาสการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคเหล่านั้นแล้ว พบว่า สาเหตุหลักมี 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกายที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมโทรมไปตามกลไกโดยธรรมชาติของเซลล์ทั้งทางด้านกายภาพ ด้านชีวภาพ และด้านเคมีในร่างกายผู้สุงอายุเอง ปัจจัยที่สอง เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดหรืออารมณ์ของตนเองที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดีของตนเอง และปัจจัยที่สาม คือ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อการเกิดสุขภาวะที่ดี ส่งผลต่อการเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีนำไปสู่สุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้จึงให้ความสำคัญและมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านอาหารและโภชนาการ ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี โดยการนำเอาหลักการส่งเสริมสุขภาพตามกลยุทธ์ของ “กฎบัตรออตตาวา” มาใช้ โดยมุ่งเน้นการนำเอาแนวทางการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การเสริมพลังให้ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นหนึ่งในห้ากลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา[7] ให้ชุมชนได้เห็นปัญหา ร่วมกันวางแผนและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา สร้างความเป็นเจ้าของ ดึงทรัพยากรและศักยภาพที่ชุมชนมีอยู่มาร่วมกันในการส่งเสริมและพัฒนาด้านสุขภาพเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ นำไปสู่การสร้างทักษะในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการที่ดี มีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่ายกายและจิตใต อยู่ในสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดี นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีของตำบลหมื่นไวยต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุตำบลหมื่นไวย อ.เมือง จ.นครราชสีมา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการบริโภคอาหารจากการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา และค่าดัชนีมวลกายภายในกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการบริโภคอาหารจากการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

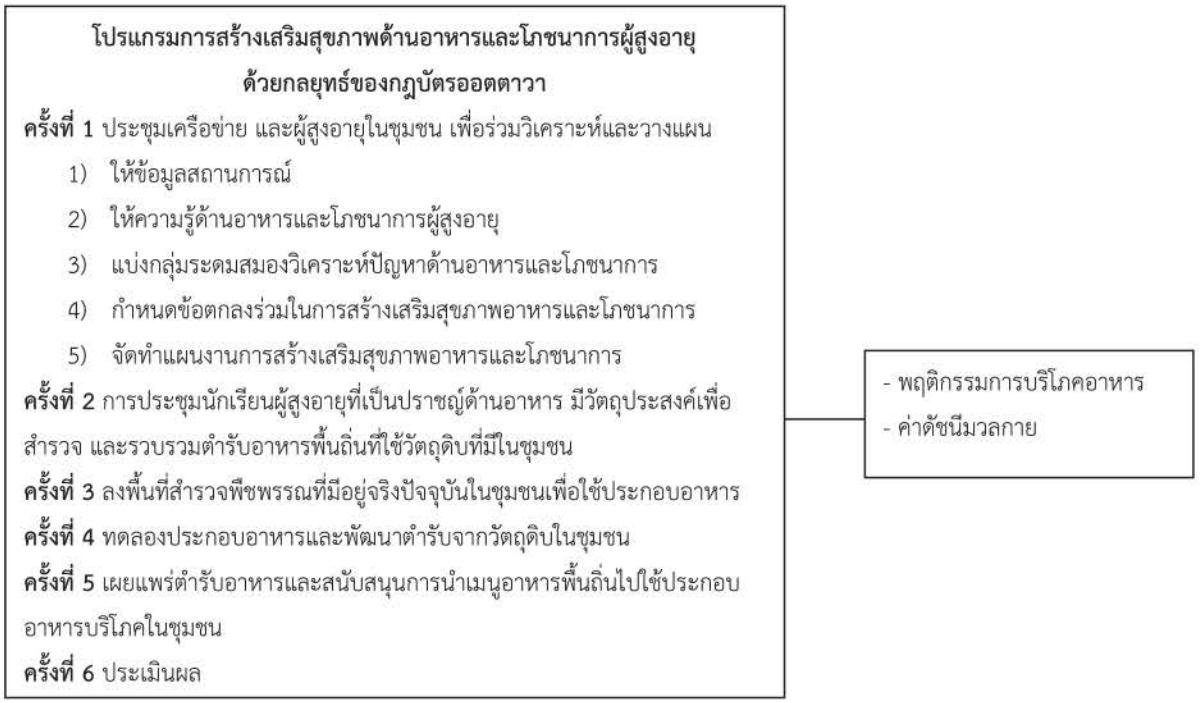
สมมติฐานการวิจัย

1.หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านการบริโภคอาหารกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองลดลงน้อยกว่าก่อนทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์การสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ตามหลักของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) [6] ประกอบไปด้วยกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 3 ประการ ดังนี้ 1) Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อให้ผู้ที่มีอำนาจกำหนดนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ 2) Enable เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี กำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ 3) Medicate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคม เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน มีวิธีปฏิบัติ 5 ประการ คือ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Create supportive environment for health) 3) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen community action) 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (Develop personal skills) 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient health services) ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi–experimental research) แบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest – posttest Two Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1,383 คน[5] (องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย, 2564) กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย ใช้เกณฑ์ของ Polit & Hungler[7] เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกันกำหนด α= 0.05, power = 0.80, effect size = 0.8 บวกเพิ่มร้อยละ 40 กรณีที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอด[8] แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน กลุ่มควบคุม คือผู้สูงอายุหมู่ที่ 6 บ้านเพชร ตำบลหนองระเวียง อำเภอพิมายจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มทดลองเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นนักเรียนผู้สูงอายุ ตำบลหมื่นไวยรุ่นที่ 4

2. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมโครงการ

3. ไม่มีปัญหาสุขภาพที่ทำให้การร่วมกิจกรรมตามโครงการไม่ต่อเนื่อง เช่น ปวดเข่า หลัง เอวจนนั่งนานๆ ไม่ได้ หรือปัญหาการรับรู้ เช่น หูตึงมาก ตามัวมองเห็นไม่ชัด เป็นต้น

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการ

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการทดลอง อาจเนื่องจากปัญหาสุขภาพ หรือมีความเสี่ยงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา โดยคณะผู้วิจัยประยุกต์การจัดกิจกรรมโดยใช้กลยุทธทั้ง 3 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) การให้ข้อเสนอแนะ (Advocate) 2) การเพิ่มความสามารถ (Enable) และ 3) การเจรจาต่อรอง (Mediate) มีการจัดกิจกรรม 5 ประเภท คือ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) สร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ 3) สร้างความเข้มแข็งให้แก่ปฏิบัติการชุมชน 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ รวมกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง ๆละ 4 ชั่วโมง รายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 การประชุมเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานชมรม และแกนนำนักเรียนผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการระดมสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ ร่วมกันวิเคราะห์สถานการด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ กิจกรรมประกอบด้วย 1) การให้ข้อมูลสถานการณ์ด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ จากข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับอัตราการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุการเจ็บป่วยมาจากด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ระบบเผาผลาญในร่างกาย และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด 2) การให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้สื่อวีดีทัศน์ บรรยาย และสื่อ power point ประกอบด้วยความรู้ด้านสารอาหาร ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ อาหารที่เหมาะกับผู้สูงอายุ การเลือกซื้ออาหาร การประเมินภาวะโภชนาการ 3) การแบ่งกลุ่มระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาด้านอาหารและ

โภชนาการผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารหวานมัน เค็ม อาหารจานด่วน ภาวะโภชนาการ พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับมากกว่าคนปกติ อ้วนระดับ 1,2 เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและ อสม. ให้ความรู้ตามปกติ ไม่มีโครงการหรือวิธีการส่งเสริมเฉพาะกลุ่มใด ๆ ด้านอาหาร 4) การกำหนดนโยบาย เป้าหมายหรือข้อตกลงร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยการลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ไม่เสิร์ฟอาหารว่างหรือน้ำหวานในการประชุม การนำตำรับอาหารพื้นถิ่นมาพัฒนาเป็นอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการอย่างต่อเนื่อง 5) ร่วมจัดทำแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป้าหมาย กิจกรรม งบประมาณ ผู้รับผิดชอบ และการประเมินผล

ครั้งที่ 2 การประชุมนักเรียนผู้สูงอายุที่เป็นปราชญ์ด้านอาหาร มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจ และรวบรวมตำรับอาหารพื้นถิ่นที่ใช้วัตถุดิบที่มีในชุมชน ได้ตำรับอาหารทั้งสิ้น 12 เมนู ประกอบด้วย 1) น้ำพริกพุงปลาช่อน 2) แกงกะบุก 3) ข้าวแผะ หรือ เข่าแผะ 4) แกงบวนหน่อไม้ 5) แกงป่าหัวปลีไก่ 6) ลาบเห็ดนางฟ้าภูฐาน 7) แกงปลาผักหนาม 8) แกงหมันปลาย่าง 9) ปลาช่อนต้มโคล้งใบมะขามอ่อน 10) แกงผักหวานใส่ไข่มดแดง 11) อึ่งไซโย 12) กบ อมเมี่ยง จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์และพัฒนาตำรับให้มีส่วนผสมในการปรุงพอเหมาะกับความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 3 ลงพื้นที่สำรวจพืชพรรณที่มีอยู่จริงปัจจุบันในชุมชนเพื่อใช้ประกอบอาหารทั้ง 12 เมนู

ครั้งที่ 4 ทดลองปรุงอาหารโดยใช้วัตถุดิบที่มีอยู่ในพื้นถิ่นตามสัดส่วนที่เหมาะสมด้านสารอาหารและโภชนาการ คิดคำนวณสารอาหารต่อหน่วยบริโภค

ครั้งที่ 5 ประชุม จัดทำเอกสารเผยแพร่ให้นักเรียนผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชนนำเมนูและส่วนผสมตลอดจนวิธีการเตรียมและปรุงอาหารบริโภค หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมให้ข้อมูล ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางการประชุมผู้นำ และทางการสื่อสารออนไลน์กระตุ้น สนับสนุนให้มีการนำตำรับอาหารพื้นถิ่นสำหรับผู้สูงอายุไปใช้รับประทานในครอบครัว ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และประเมินผลการนำไปใช้และความพึงพอใจในตำรับอาหารทั้ง 12 เมนู

ครั้งที่ 6 ประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ และสถานะทางสุขภาพ เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ 3,2,1 และ 1 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติตามลำดับ เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 คือ ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3)

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) รวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งการวิเคราะห์ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สถิติอนุมานใช้ Paired t-test การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลอง และใช้สถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาทำการวิจัย ตั้งแต่เดือนมีนาคม - ธันวาคม 2564

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2564 ตามเลขที่ใบรับรอง 006/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง กลุ่มทดลองร้อยละ 77.1 กลุ่มควบคุมร้อยละ 68.6 อายุเฉลี่ย กลุ่มทดลอง 66.90 ปี (SD=6.98) อายุเฉลี่ยกลุ่มควบคุม 69.08 ปี (SD=5.65) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองร้อยละ 62.9 กลุ่มควบคุมร้อยละ 80.0 อาชีพกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.6 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 57.1 ดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองส่วนใหญ่อ้วนร้อยละ 45.7 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่น้ำหนักเกิน ร้อยละ 42.9 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.1 กลุ่มควบคุมมีโรคประจำตัวร้อยละ 57.1 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.3 กลุ่มควบคุมเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	22.9	11	31.4
หญิง	27	77.1	24	68.6
อายุ(ปี)	เฉลี่ย 66.90	SD 6.98	เฉลี่ย 69.08	SD 5.65
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	22	62.9	28	80.0
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	10	28.6	6	17.1
ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า	2	5.7	1	2.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	2.8	0	0.0
อาชีพ				
ไม่ได้ทำงาน	9	25.7	5	14.3
รับจ้างทั่วไป	12	34.3	3	8.6

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกรรม	11	31.4	20	57.1
รับราชการบำนาญ	2	5.7	1	2.9
ค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัว	1	2.9	6	17.1
ดัชนีมวลกาย				
ผอม (<18.4)	1	2.9	2	5.7
ปกติ (18.5 – 22.9)	7	20.0	9	25.7
น้ำหนักเกิน (23.0 – 24.9)	11	31.4	15	42.9
อ้วน (>25.0)	16	45.7	9	25.7
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	8	22.9	15	42.9
มีโรคประจำตัว	27	77.1	20	57.1
โรคความดันโลหิตสูง	19	70.4	11	55.0
โรคเบาหวาน	5	18.5	8	40.0
โรคหัวใจ	3	11.1	1	5.0

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการภายในกลุ่มทดลอง

2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารภายในกลุ่มทดลอง โดยรวมของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.31, S.D.= 0.24) ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังที่มีขายตามท้องตลาด ดื่มชา กาแฟเติมน้ำตาล ทานอาหารทะเล และ ทานปลา ไข่ ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.33, S.D.= 0.23) ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังที่มีขายตามท้องตลาด ดื่มชา กาแฟเติมน้ำตาล ทานอาหารทะเล และ ทานอาหารครบ 5 หมู่ที่หลากหลายในแต่ละวัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนรายข้อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการของกลุ่มทดลอง (n=35)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	M(S.D.)	ระดับ	M(S.D.)	ระดับ
1. ทานอาหารครบ 5 หมู่ที่หลากหลายในแต่ละวัน	2.42(0.21)	สูง	2.46(0.26)	สูง
2. ทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ ในปริมาณ ที่ใกล้เคียงกัน	2.32(0.23)	ปานกลาง	2.34(0.56)	สูง
3. ทานเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู	2.37(0.21)	สูง	2.38(0.27)	สูง
4. ทานปลา ไข่ ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่ว	2.45(0.25)	สูง	2.48(0.23)	สูง
5.ดื่มนมสดพร่องมันเนย	2.14(0.28)	ปานกลาง	2.19(0.39)	ปานกลาง
6.ทานข้าวกล้อง ถั่ว และธัญพืช	2.37(0.21)	สูง	2.38(0.26)	สูง
7.ทานไข่เค็ม เต้าหู้ยี้ ปลาเค็ม ผักดอง	1.87(0.16)	ปานกลาง	1.90(0.33)	ปานกลาง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	M(S.D.)	ระดับ	M(S.D.)	ระดับ
8.ทานของหวาน เช่น สังขยา ลอดช่องกะทิสด	2.14(0.17)	ปานกลาง	2.16(0.31)	ปานกลาง
9.ทานอาหารทะเล	2.45(0.24)	สูง	2.46(0.35)	สูง
10.ทานพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาล	2.15(0.22)	ปานกลาง	2.16(0.32)	ปานกลาง
11.ทานผักและผลไม้สด สะอาดเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม	2.27(0.24)	ปานกลาง	2.32(0.24)	ปานกลาง
12.ดื่มชา กาแฟเติมน้ำตาล	2.69(0.25)	สูง	2.70(0.35)	สูง
13.ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว	2.21(0.22)	ปานกลาง	2.22(0.26)	ปานกลาง
14.ดื่มเบียร์ เหล้า ไวน์	1.95(0.27)	ปานกลาง	1.98(0.31)	ปานกลาง
15.ดื่มเครื่องดื่มชูกำลังที่มีขายตามท้องตลาด	2.82(0.45)	สูง	2.82(0.48)	สูง
พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวม	**2.31(0.24)**	**ปานกลาง**	**2.33(0.23)**	**ปานกลาง**

2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการภายในกลุ่มทดลอง จากการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.02) ค่าดัชนีมวลกายผู้สูงอายุ หลังได้รับโปรแกรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p-value=0.03) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและดัชนีมวลกายผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการภายในกลุ่มทดลอง

ข้อความ	n	Mean	SD	Mean diff	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
ก่อนการทดลอง	35	2.31	0.24	0.02	0.02*
หลังการทดลอง	35	2.33	0.23		
ดัชนีมวลกาย					
ก่อนการทดลอง	35	25.63	3.73	0.06	0.03*
หลังการทดลอง	35	25.57	3.72		

* p-value < 0.05

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการศึกษา พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.01)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายผู้สูงอายุ เปรียบเทียบหลังการเข้าร่วมโครงการระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อความ	n	Mean	SD	Mean diff	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
กลุ่มทดลอง	35	2.33	0.23	0.32	0.01*
กลุ่มควบคุม	35	2.01	0.28		

* p-value<0.05

อภิปรายผล

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ ค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ ดังนี้

หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา ทำให้เกิดผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลอง จากกิจกรรมที่ 1 ประชุมเครือข่าย และผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประธานชมรม และแกนนำนักเรียนผู้สูงอายุ เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารสถานการณ์ และความรู้ด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุในระดับประเทศ และชุมชนแก่สาธารณชนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ทักษะชีวิต และโอกาสตัดสินใจ (Enable) สำหรับผู้ที่มีอำนาจกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน เป็นข้อเสนอแนะการส่งเสริมสุขภาพ (Advocate) ที่เป็นผลดีที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง นำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งขั้นตอนการกำหนดนโยบายเหล่านี้จะต้องผ่านกระบวนการเจรจาต่อรอง (Medicate) จากกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมดทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม แกนนำผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้นโยบายสามารถปฏิบัติได้จริง และเกิดประโยชน์อย่างสูงสุดในชุมชน เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มหรือหน่วยงานต่าง ๆ ในสังคม เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน โดยใช้รูปแบบการระดมสมอง กิจกรรมพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (Develop personal skills) โดยให้ความรู้ ร่วมรับรู้สถานการณ์ รวมถึงกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen community action) และพัฒนาทักษะส่วนบุคคลที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี (Develop personal skills) โดยการร่วมวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนการแก้ปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการผู้เกี่ยวข้องในชุมชนและแกนนำผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ไม่ถูกครอบงำจากสมาชิกกลุ่มหรือคนใดคนหนึ่ง ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเอง มีการรับรู้ถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ มีการกำหนดข้อตกลงร่วมด้านสุขภาพ (Healthy Public Policy) รวมถึงการออกแบบพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการที่สมาชิกต้องการร่วมกันและสามารถนำไปปฏิบัติได้ (Create supportive environment for health) [6,9] กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมตำรับอาหารพื้นถิ่นที่ใช้วัตถุดิบในชุมชน และการพัฒนาตำรับอาหารให้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (Enable) ซึ่งตำรับอาหารที่รวบรวมขึ้นเป็นตำรับที่คนในชุมชนใช้ประกอบอาหารบริโภคมาตั้งแต่อดีต เมื่อสังคม เศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไปทำให้ความนิยมลดน้อยลง คนยุคใหม่หันไปบริโภคอาหารฟาสต์ฟูด อาหารตามสั่งจนเกิดปัญหาด้านอาหารและโภชนาการตามมา ตำรับอาหารที่คัดเลือกกลั่นกรองว่ามีคุณค่าทางสารอาหารและโภชนาการที่เหมาะกับผู้สูงอายุ หรือสามารถปรับส่วนผสมให้มีสารอาหารที่ตรงตามหลักวิชาการด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ครั้งที่ 3 ลงพื้นที่สำรวจพืชพรรณที่มีอยู่จริงปัจจุบันในชุมชนเพื่อใช้ประกอบอาหาร เพื่อการวางแผนในการอนุรักษ์และเผยแพร่

กระจายในชุมชนสำหรับการประกอบอาหารบริโภคต่อไป ครั้งที่ 4 ทดลองปรุงโดยใช้วัตถุดิบตามสัดส่วนที่เหมาะสมด้านสารอาหารและโภชนาการ ครั้งที่ 5 การประชาสัมพันธ์เผยแพร่ตำรับอาหาร และสนับสนุนให้ชุมชนนำไปใช้เป็นแนวทางการประกอบอาหารบริโภคในชุมชน ครั้งที่ 6 ประชุมเครือข่าย และผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อประเมินผลและสนับสนุนการนำเมนูอาหารพื้นถิ่นไปใช้ประกอบอาหารบริโภคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่า การจัดกิจกรรมให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ รวมถึงการได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ[10,11] การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในขั้นตอนการรับรู้ปัญหา ร่วมวางแผน ดำเนินการเลือกวัตถุดิบ ออกแบบเมนู หรือลงมือปรุงอาหาร จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมในมื้ออาหารมากขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากขึ้น[12] สอดคล้องกับงานวิจัยหลาย ๆ งานที่ผ่านมา[13-18]

หลังทดลองค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายกลุ่มทดลองลดลงน้อยกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา ทำให้เกิดผลต่อภาวะโภชนาการที่วัดจากค่าดัชนีมวลกายผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง อธิบายได้ว่า การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ประยุกต์จากกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา ทั้ง 3 กลยุทธ์ ประกอบด้วย 1) การให้ข้อเสนอแนะ (Advocate) 2) การเพิ่มความสามารถ (Enable) และ 3) การเจาจรจาต่อรอง (Mediate) และประยุกต์การจัดกิจกรรม คือ 1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) สร้างสรรค์สภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ 3) สร้างความเข้มแข็งให้แก่ปฏิบัติการชุมชน 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล 5) ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายในชุมชน การมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อตกลงด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการร่วมวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการตามแผน ประเมินผลความสำเร็จ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเมนูอาหารพื้นถิ่นจำนวน 12 เมนูสำหรับเป็นทางเลือกในการใช้ประกอบอาหารบริโภคในครอบครัว เกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่เกิดจากแนวคิดของกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน[11,15] มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลักตามเมนูอาหารพื้นถิ่นจำนวน 12 เมนูที่ชุมชนร่วมคิดค้น และพัฒนาเป็นประจำ เนื่องจากทุกเมนูที่พัฒนาขึ้นเป็นเมนูที่มีพืชผักในชุมชนเป็นส่วนประกอบ มีสารอาหารครบถ้วนโดยเฉพาะพืชผักที่ปลูกไว้ริมรั้ว รวมถึงผักที่เกิดเองตามธรรมชาติริมคลองจะมีเส้นใยเป็นส่วนประกอบ เป็นอาหารที่มีพลังงานน้อยเนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเมนูประเภทต้ม แกง ที่ไม่ใส่กะทิ ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มผู้สูงอายุลดลง สอดคล้องกับหลาย ๆ งานวิจัยที่ผ่านมา[19-20]

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการด้วยกลยุทธ์ของกฎบัตรออตตาวา มีประสิทธิผลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ ค่าดัชนีมวลกายในกลุ่มผู้สูงอายุ หน่วยงานด้านสุขภาพ และท้องที่ ท้องถิ่นควรส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มแกนนำผู้สูงอายุด้านอาหาร และโภชนาการในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และยั่งยืน ตลอดจนขยายเครือข่ายไปยังพื้นที่ใกล้เคียงที่สนใจ

2. ควรสนับสนุนการนำตำรับอาหารพื้นถิ่นสำหรับผู้สูงอายุมาใช้ประกอบอาหารสำหรับบริโภคในชุมชน และสนับสนุนการแปรรูปเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์เป็นการเพิ่มมูลค่าเพื่อพัฒนาด้านเศรษฐกิจชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ขอขอบคุณ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่อนุเคราะห์สถานที่ และสนับสนุนการทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ขอขอบคุณผู้สูงอายุตำบลหมื่นไวยที่ร่วมกิจกรรมโครงการทุกท่าน ทำให้การจัดโครงการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.nso.go.th
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย 2562 “สื่อสังคม สื่อสองคม”. นครปฐม: อัมรินทรพริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลทั่วไปและสถานะสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา [อินเตอร์เน็ต] 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.korathealth.com/korathealth/download
6. กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลหมื่นไวย องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย. แผนสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย. นครราชสีมา: องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย; 2561.
7. WHO. The 1st International conference on health promotion, Ottawa, 1986 [internet]. 2020 [cite 2021 Mar 14]. Available from: https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference
7. Hungle P. Nursing research: Principles and methods. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott. 1987.
8. ชนากานต์ ชมภูนุช, ยุวดี เกตสัมพันธ์, สุทธิพล อุดมพนธุรัก, จุฬาภรณ์ พูลเอี่ยม, ปรีชญา พลเทพ, และคนอื่นๆ. ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ. เอกสารประกอบการประชุม “ชุมชนนักปฏิบัติ” คณะแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช; 2554.

9. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ [อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 14 มีนาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol21No3_11

10. วรรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม[วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2555.

11. อุมาพร นิ่มตระกูล. การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. ว.การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา 2560;7(2):63-70.

12. ฐนิต วินิจจะกลู, จินต์จุฑา ประสพธรรม, ญาณิศา พุ่มสุทัศน์, ภาสกร สุระผัด. การทบทวนความทางวิชาการเกี่ยวกับโภชนาการและการกำหนดอาหารในผู้สูงอายุ. ว.โภชนาการ 2563;55(1):41-52.

13. นิธิรัตน์ บุญตานนท์, ศินาท แขนอก, นารีรัตน์ สุรพัฒนชาติ. ประสิทธิผลของการส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. ว.ศูนย์อนามัยที่ 9: ว.ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562;13(30):1-14.

14. นันท์พัสพร สุขสานต์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคและขนาดรอบเอวของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะอ้วน. ว.แพทย์นาวี 2560;4(3):85-102.

15. กันตพร ยอดใชย, ผาณิกา ทองสง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2562;39(4):1-15.

16. ทิพย์สุคนธ์ กิจรุ่งโรจน์, พัชรี คมจักรพันธ์, แสงอรุณ อิสระมาลัย. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการเรียนรู้ด้านโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและระดับความดันโลหิตในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงไม่ได้. ว.เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2561;5(1):179-94.

17. มะลิ โพธิพิมพ์, วลัญช์ชยา เขตบำรุง, จุน หน่อแก้ว, จิรวุฒิ กุจะพันธ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ว.มฉก.วิชาการ 2561;22(43-44):86-98.

18. เรียม นมรักษ์. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุน้ำหนักเกิน. ว.พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(1):25-35.

19. ผาณิกา ทองสง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมภาวะโภชนาการต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะขาดสารอาหาร [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.

20. จันทราภรณ์ คำก๋อง, นพวรรณ เปียซื่อ, กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักโดยใช้การสนับสนุนของกลุ่มและชุมชนต่อภาวะโภชนาการและอาการปวดเข่าของผู้สูงอายุน้ำหนักเกินที่มีอาการปวดเข่า. ว.พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560;29(3):8-18.