Research article

Nutrition Literacy of Elderly People in Health Region 5

Chachadaporn Jitta[1]*, Wichian Tansuwannon[1], Chatchawan Phetkong[1]

[1] Health Promotion Center Region 5, Department of Health, Ministry of Public Health, Ratchaburi province

ABSTRACT

This study aimed to investigate nutrition literacy and the association between personal factors and nutrition literacy among elderly people who participated in the 'Quality elderly club' in Health Region 5. Three hundred and nine elderly people recruited from the quality elderly club were purposively selected for a cross-sectional descriptive study. Weight, height, and waist circumference were measured in all participants. Body mass index (BMI) and waist circumference were used to define the nutritional status of the elderly. The nutrition literacy level of participants was examined using a validated nutrition literacy questionnaire. Results: 46.6 and 45.3% of the participants had moderate and low nutrition literacy levels, respectively. Using simple correlation, individual factors that were significantly associated with nutrition literacy were: age ($p<0.05$), an education level ($p<0.01$), reading and writing ability ($p<0.01$). Participants who had normal nutritional status had significantly lower scores in interactive nutrition literacy than overweight and obese participants. There was no difference between the nutritional status of any other literacy scores. Accessibility to media significantly associated with nutrition literacy, using simple correlation, were: print media ($p<0.01$), internet ($p<0.01$), and line group ($p<0.01$). The finding from the present study could be beneficial for developing nutrition media, selecting media channels, and designing the learning process to increase nutrition literacy among the elderly for adequate nutrient intakes and preventing risks of non-communicable diseases (NCDs).

Key words: Nutrition literacy, Elderly people, Body mass index, Non-communicable diseases

Received: 24 September 2020 Accepted: 2 December 2020 Available online: 16 December 2020

*Corresponding author's email: chachadaj@gmail.com

บทความวิจัย

ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5

ชัชฎาภรณ์ จิตตา[1], วิเชียร ตันสุวรรณนนท์[1], ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง[1]

[1]ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 309 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้าในการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ทำการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อคำนวณดัชนีมวลกาย และวัดเส้นรอบเอว เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ ทดสอบความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยใช้แบบวัดความรอบรู้ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.6 ระดับต่ำ ร้อยละ 45.3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ($p<0.05$) ระดับการศึกษา ความสามารถด้านการอ่าน การเขียน ($p<0.01$) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มปกติและกลุ่มท้วม-อ้วน พบว่าความรอบรู้ด้านโภชนาการด้านการสื่อสารปฏิสัมพันธ์ ของกลุ่มปกติต่ำกว่ากลุ่มท้วม-อ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่ความรอบรู้ด้านโภชนาการด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน ช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ ($p<0.01$) อินเตอร์เน็ต ($p<0.01$) และกลุ่มไลน์ ($p<0.01$) การศึกษานี้สามารถนำไปใช้พัฒนาสื่อโภชนาการ เลือกช่องทางสื่อสาร และพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในการป้องกันความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านโภชนาการ, ผู้สูงอายุ, ดัชนีมวลกาย, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

*Corresponding author's email: chachadaj@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์รูปแบบของภาวะโรคเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากภาวะน้ำหนักตัวเกินหรือโรคอ้วน จากข้อมูลการคัดกรองภาวะโภชนาการโดยค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ 3 ปีย้อนหลังของเขตสุขภาพที่ 5 ระหว่างปี 2560-2562 พบปัญหาภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะท้วม-อ้วน(BMI ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2) ร้อยละ 26.5, 28.4 และ 28.8 ตามลำดับ จากการคัดกรองโรคของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 47.0, 20.4, 2.8 และ 2.5 ตามลำดับ[1] สอดคล้องกับรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2557 พบว่าโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียปีสุขภาวะ 5 อันดับแรก ในผู้ชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานและโรคมะเร็งตับ ส่วนเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคข้อเสื่อม ตามลำดับ[2] จะเห็นว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาทางโภชนาการและนำไปสู่การเกิดโรค ซึ่งทำความยุ่งยากในการรักษาและบั่นทอนความสุขในบั้นปลายชีวิต

จากสถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้มีการศึกษารูปแบบกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนและแนวคิดของ Nutbeam[3,4] นับเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับเป็นวงกว้าง โดยได้ให้นิยามคำว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ และแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก[5]และองค์กรนานาชาติทั่วโลก[6,7,8] ที่ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่ามีความสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพของบุคคลและการกำหนดทิศทางนโยบายสุขภาพในหลายประเทศ

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดการพัฒนาความรอบรู้ของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) โดยเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ให้ความสำคัญกับการปฏิรูปด้านสุขภาพ เพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีสุขภาพแข็งแรง สร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคล ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มีความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดโรค ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยมีเป้าหมายยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยเพิ่มร้อยละ 25 และเพิ่มอัตราการบริโภคผักผลไม้ร้อยละ 10 จากข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย พบว่า ร้อยละ 59.4 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ.2ส. และจากการสำรวจสุขภาพคนไทยครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าประชาการไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้ในปริมาณเพียงพอต่อวันตามข้อแนะนำมีเพียงร้อยละ 25.9[9]

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในภาพรวม 3อ. 2ส. ไม่ได้เน้นครอบคลุมความรอบรู้ด้านโภชนาการ (Nutrition Literacy) ซึ่งหมายถึง ขีดความสามารถทางปัญญาและสังคม ระดับปัจเจกบุคคล ที่รอบรู้แตกฉานด้านอาหารและโภชนาการ จนสามารถกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคอาหารหรือผลิตภัณฑ์อาหาร นำไปสู่การมีพฤติกรรมโภชนาการ

ให้ถูกต้องเหมาะสม มีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดี [10,11,12] ซึ่งอาหารและโภชนาการมีส่วนสำคัญต่อการดูแลสุขภาพและจำเป็นต้องมีการให้ความรู้ แต่ความเข้าใจถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพอาจมีความซับซ้อนและต้องการทักษะรับรู้ที่สูงขึ้น ดังนั้นประชาชนอาจยังมีความรอบรู้ด้านโภชนาการไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งระดับความสามารถที่จำเป็นต่อการพัฒนาการสื่อสารเริ่มลดลง การสร้างความรอบรู้แบบเดิมอาจไม่ชัดเจนเหมาะสมเพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุที่สูงวัยมาก ๆ มีความสามารถ ทักษะในการเลือกบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับสังคมปัจจุบันเป็นยุคดิจิตอลมีช่องทางการสื่อสารผ่านทางระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต มือถือ การสร้างความรอบรู้ผ่านทาง Social Network และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็ว ผ่านช่องทางสื่อสารที่หลากหลาย นับว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมแบบแผนการบริโภคอาหารของประชากรไทยทุกกลุ่มวัยในยุคสมัย 4.0 และเตรียมรองรับเข้าสู่สังคมสูงวัยได้อย่างมีความสุข ลดการตายก่อนวัยอันควร

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาพัฒนากระบวนการให้ความรู้และพัฒนาทักษะของผู้สูงอายุให้สามารถรับรู้เข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารอย่างฉลาด เพื่อสุขภาพด้วยตนเอง และการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีข้อมูลระดับความรอบรู้ของผู้สูงอายุด้านโภชนาการที่เป็นปัจจุบันในระดับเขต จึงได้ทำการศึกษาวิจัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการ เพื่อให้ทราบสถานการณ์และนำข้อมูลมาพัฒนาวางแผนสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการ เพื่อรองรับปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 ทำการสุ่มเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จังหวัดละ 1 ชมรม รวมทั้งหมด 8 ชมรม จำนวน 1,268 คน และได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างสำหรับทำการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 297 คน ตามตารางสำเร็จรูปการกำหนดตัวอย่างขนาดเล็กของ Krejcie and Morgan (1970)[13] ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 จากนั้นสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุในวันที่ดำเนินการที่ยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์และเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองเพื่อประเมินสุขภาพเบื้องต้น รวมทั้งหมดจำนวน 309 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. เครื่องมือในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ เครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอล TANITA รุ่น UM 051 อ่านค่าความละเอียดให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง ที่วัดส่วนสูง (SENAR MEDIKA รุ่น SH-2A GEA) เป็นเซนติเมตร อ่านค่าความละเอียดให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง สายวัดรอบเอวแบบพลาสติกเป็นเซนติเมตร อ่านค่าความละเอียดให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง นำค่าน้ำหนักและส่วนสูงมาคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย หน่วยเป็น กิโลกรัม/เมตร^2

2. แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ลักษณะงานหรืออาชีพ โรคประจำตัว ความสามารถที่จำเป็นต่อการพัฒนาความรอบรู้ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านโภชนาการ มี 5 หัวข้อ พัฒนาสร้างข้อคำถามมาจาก

แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย[14] ที่ประยุกต์มาจากแนวคิดของ Nutbeam [3,4] ดังนี้

1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน มีตัวเลือกในลักษณะของมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ไม่ได้ทำเลย เท่ากับ 0 คะแนน ทำเป็นบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน ทำทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการประเมินตนเองด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการ และรู้วิธีการค้นหาและรู้เท่าทันสื่อ สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโภชนาการที่สื่อนำเสนอ เปรียบเทียบและประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลแนวทางการปฏิบัติเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี

2) ความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ มี 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนนแต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ,ไม่ใช่, ไม่ทราบ โดยตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการถามความรู้ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับการกินอาหารที่มีประโยชน์ตามคำแนะนำธงโภชนาการ และข้อคำถามเกี่ยวกับการลดอาหารหวาน มัน เค็มเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี

3) การสื่อสาร/ตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยน/บอกต่อข้อมูลด้านโภชนาการ มี 6 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน มีตัวเลือกในลักษณะของมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ไม่ได้ทำเลย เท่ากับ 0 คะแนน ทำเป็นบางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน ทำทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการถามเรื่องความสามารถในการพูด อ่าน เขียน ตอบโต้ซักถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านโภชนาการ และความสามารถในการสื่อสาร การโน้มน้าวชักชวนเกี่ยวกับข้อมูลด้านโภชนาการและการกินอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี

4) การตัดสินใจปฏิบัติตนเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี มี 5 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนนกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน ไม่แน่ใจ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นการถามเรื่องความสามารถในการกำหนดทางเลือกวิธีการปฏิบัติที่ดี การใช้เหตุผลวิเคราะห์ผลดีผลเสียเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี

5) การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร มี 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน กรณี ตอบทุกครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน บางครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้ทำเลย เท่ากับ 0 คะแนน ยกเว้น ข้อ 5 ให้คะแนนกลับกัน ลักษณะคำถามเป็นการถามเรื่องความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแผนที่กำหนด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี

โดยในแต่ละหัวข้อจะมีการจำแนกข้อคำถามวัดความรอบรู้ด้านโภชนาการในแต่ละด้านเป็น 3 ระดับ ได้แก่ วัดความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับพื้นฐาน (Functional Literacy) วัดความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive/Communicative Literacy) และวัดความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับวิจารณญาณ (Critical Literacy)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือส่วนที่ 2 ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ได้สร้างข้อคำถาม หาความตรง (Validity) ความสอดคล้องของเนื้อหาการปฏิบัติตนเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี เน้น ลดหวาน มัน เค็ม หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ในช่วง 0.67-1 แก้ไขปรับปรุง และได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้(try out) หาความเที่ยง (Reliability) ปรับปรุงข้อความและใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ฯ โดยใช้สูตรการทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.855 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นของแต่ละองค์ประกอบของความรอบรู้ ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.717

2) ความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ทดสอบวัดความคงที่ของผลที่ได้จากการวัดซ้ำโดยใช้สูตร Kuder Richardson 20 (KR-20) คำนวณจากสัดส่วนการตอบถูกหรือผิด มีคะแนนเป็น 0 และ 1 เท่านั้น ซึ่งได้เท่ากับ 0.791

3) การสื่อสาร/ตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านโภชนาการและการบอกต่อ ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาชเท่ากับ 0.900

4) การตัดสินใจบริโภคอาหารเพื่อโภชนาการที่ดี ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.714

5) การจัดการตนเองด้านการบริโภคอาหาร ทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟ่าของครอนบาช เท่ากับ 0.768

การแปลความหมายระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับความรอบรู้	ร้อยละ ของคะแนนเต็ม
ระดับดี	≥80
ระดับปานกลาง	60-79
ระดับต่ำ	<60

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2563 โดยทีมผู้วิจัยได้ประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่ และประธานชมรมผู้สูงอายุก่อน และลงพื้นที่เพื่อประชุมชี้แจง วัตถุประสงค์ และอธิบายรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง และตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบสอบถามเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างการศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภาคกลาง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตามเอกสารรับรองเลขที่ 11/2562 ลงวันที่ 26 กันยายน 2562 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนการสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเป็นอย่างดีก่อนทำการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 21.0 โดยประมวลผลและแสดงผลข้อมูลในรูปแบบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการปกติกับกลุ่มตัวอย่างท้วม-อ้วน(ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2) โดยเปรียบเทียบค่ากลางของคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการด้วยสถิติ nonparametric tests (Mann-Whitney U test) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล ดัชนีมวลกาย และช่องทางการเข้าถึงข้อมูลโภชนาการกับความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยใช้ Spearman Correlation ระบุนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.8 มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 66.0 (อายุเฉลี่ย 68 ปี และอายุมากที่สุด 89 ปี) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.3 ส่วนมากอยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพหรือเป็นแม่บ้านร้อยละ 44.3 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.4 ด้านความสามารถที่จำเป็นต่อการพัฒนาความรอบรู้พบว่าส่วนใหญ่มองเห็นไม่ค่อยชัดเจน ร้อยละ 41.1 รองลงมาคือ ได้ยินไม่ชัดเจน และเขียนหนังสือไม่เป็นคิดเป็นร้อยละ 14.6 และ 7.1 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=309)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	44	14.2
หญิง	265	85.8
อายุ		
60 - 69 ปี	204	66
70 - 79 ปี	82	26.5
80 - 89 ปี	23	7.4
อายุเฉลี่ย = 68 ปี		
อายุสูงสุด = 89 ปี		
อายุต่ำสุด = 60 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	3.9
ประถมศึกษา	174	56.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	28	9.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	38	12.3
อนุปริญญาหรือปวส.	7	2.3
ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี	50	16.2
อาชีพ		
ใช้แรงงาน เช่น ทำไร่ทำสวน รับจ้าง	75	24.3
ค้าขาย/ทำธุรกิจ	70	22.7
ข้าราชการบำนาญ	27	8.7
อยู่บ้านไม่ได้มีอาชีพ/แม่บ้าน	137	44.3
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	110	35.6
มีโรคประจำตัว	199	64.4
ความสามารถของผู้สูงอายุที่จำเป็นต่อการพัฒนาความรอบรู้		
มองเห็นไม่ค่อยชัดเจน	127	41.1
ได้ยินไม่ชัดเจน	45	14.6
ไม่ค่อยพูด/พูดไม่ค่อยเก่ง	21	6.8
อ่านหนังสือไม่ออก	20	6.5
เขียนหนังสือไม่เป็น	22	7.1

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีมวลกายและค่าเส้นรอบเอว จำแนกตามอายุ

	อายุ (ปี)			รวม	ร้อยละ
	60-69	70-79	80-89		
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI*)					
ผอม (<18.5 กก./ม^2)	5	5	-	10	3.2
ปกติ (18.5-22.9 กก./ม^2)	57	23	7	87	28.2
ท้วม (23.0-24.9 กก./ม^2)	53	27	4	84	27.2
อ้วน (25-29.9 กก./ม^2)	69	24	9	102	33.0
อ้วนมาก (≥30 กก./ม^2)	20	3	3	26	8.4
ค่าเส้นรอบเอว (Waist circumference; WC)					
ชาย ≤ 90 ซม., หญิง ≤ 80 ซม.	148	60	15	223	72.2
ชาย > 90 ซม., หญิง > 80 ซม.	56	22	8	86	27.8

* เกณฑ์ค่า BMI อ้างอิงจากมาตรฐานอาเซียน [15]

จาก**ตารางที่ 2** กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม^2) ร้อยละ 41.4 และภาวะผอม (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม^2) ร้อยละ 3.2 และเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ในเพศชาย และมากกว่า 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง ร้อยละ 27.8 โดยพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นกลุ่มที่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม^2) มากที่สุด ร้อยละ 43.6

แหล่งข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงมากที่สุด ลำดับที่ 1 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 72.2 ลำดับที่ 2 คือ ประธาน/แกนนำ/เพื่อนชมรมผู้สูงอายุ/พระสงฆ์ ร้อยละ 34 และลำดับที่ 3 คือ โทรทัศน์ ร้อยละ 25.6 ขณะที่การสื่อสารผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ ช่องทางวิทยุและหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน/ชุมชน ยังเป็นช่องทางที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้สื่อสารกันในปัจจุบันเช่นกัน สำหรับช่องทางการเข้าถึงผ่านทางอินเตอร์เน็ตและกลุ่มไลน์ ซึ่งเป็นการสื่อสารช่องทางใหม่ในยุคดิจิตอล 4.0 พบว่า การสื่อสารทางอินเตอร์เน็ต ลำดับ 1, 2 และ 3 ร้อยละ 2.9, 9.7 และ 7.1 ตามลำดับ และกลุ่มไลน์ ลำดับที่ 1, 2, และ 3 ร้อยละ 1.3, 1.9 และ 7.8 ตามลำดับ ดังแสดงใน**ตารางที่ 3**

ตารางที่ 3 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการสื่อสารด้านโภชนาการที่กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงมาก 3 ลำดับแรก

แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการสื่อสาร	ลำดับที่ 1		ลำดับที่ 2		ลำดับที่ 3	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	223	72.2	18	5.8	25	8.1
ประธาน/แกนนำ/เพื่อนชมรมผู้สูงอายุ/พระสงฆ์	17	5.5	105	34	24	7.8
สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ	14	4.5	49	15.9	57	18.4
อินเตอร์เน็ต	9	2.9	30	9.7	22	7.1
หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน/ชุมชน	6	1.9	26	8.4	34	11
โทรทัศน์	22	7.1	57	18.4	79	25.6
วิทยุ	14	4.5	18	5.8	44	14.2
กลุ่มไลน์	4	1.3	6	1.9	24	7.8

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการจำแนกตามลักษณะข้อคำถามระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณของกลุ่มตัวอย่าง จาก**ตารางที่ 4** พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการระดับพื้นฐานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.8 ระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 56.2 และระดับวิจารณญาณอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 59.9

ความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.6 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 45.3 และระดับดีเพียง ร้อยละ 8.1 ดัง**ตารางที่ 4** เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความรอบรู้ด้านโภชนาการพบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 38.2 ด้านความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 46.3 ด้านการสื่อสารตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยนข้อมูลและบอกต่อ ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 62.8 ด้านการตัดสินใจกินอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.2 และด้านการจัดการปฏิบัติตนตามแนวทางโภชนาการที่ดี ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 51.1

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการตามลักษณะข้อคำถามระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณ และระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อคำถามความรอบรู้ด้านโภชนาการ	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านโภชนาการ						ระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการ		
	ระดับพื้นฐาน		ระดับปฏิสัมพันธ์		ระดับวิจารณญาณ		ต่ำ	ปานกลาง	ดี
	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อ	4.0	2.7 (68.3)	4.0	2.2 (55.4)	2.0	1.6 (57.61)	118 (38.2)	87 (28.2)	104 (33.7)
2. ความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ	3.0	2.3 (76.4)	3.0	2.0 (49.8)	4.0	2.7 (66.9)	88 (28.5)	78 (25.2)	143 (46.3)
3. การสื่อสารตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยนข้อมูลและบอกต่อ	4.0	2.5 (63.3)	4.0	2.3 (57.9)	4.0	2.3 (56.7)	194 (62.8)	68 (22.0)	47 (25.2)
4. การตัดสินใจกินอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี	2.0	1.6 (81.4)	4.0	2.6 (61.1)	4.0	2.5 (62.9)	90 (29.1)	88 (28.5)	131 (42.2)
5. การจัดการปฏิบัติตนตามแนวทางโภชนาการที่ดี	4.0	2.5 (61.7)	8.0	3.9 (49.1)	8.0	4.4 (55.4)	158 (51.1)	117 (37.9)	34 (11.0)
รวม	17.0	11.7 (68.8)	23.0	12.9 (56.2)	22.0	13.2 (59.9)	140 (45.3)	144 (46.6)	25 (8.1)
แปลผลภาพรวม	ปานกลาง		ต่ำ		ต่ำ		-	-	-

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการ

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์ (r)	*p* value
อายุ	-0.137	0.016*
ระดับการศึกษา	0.257	0.000**
อาชีพ	0.010	0.857
โรคประจำตัว	0.038	0.538
ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI)	-0.016	0.779
เส้นรอบเอว (Waist circumference; WC)	0.018	0.758
ความสามารถของผู้สูงอายุที่จำเป็นต่อการพัฒนาความรอบรู้		
- การมองเห็น	-0.017	0.763
- การได้ยิน	0.088	0.123
- การพูด	-0.018	0.756
- การอ่าน	0.161	0.005**
- การเขียน	0.149	0.009**
ช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการ		
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.063	0.269
- ประธาน/แกนนำ/เพื่อนชมรมผู้สูงอายุ/พระสงฆ์	0.088	0.124
- สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ	0.151	0.008**
- อินเตอร์เน็ต	0.199	0.000**
- หอกระจายข่าวของหมู่บ้าน/ชุมชน	0.065	0.256
- โทรทัศน์/คลิปวีดีโอ	0.091	0.109
- วิทยุ	0.097	0.089
- กลุ่มไลน์	0.220	0.000**

ใช้สถิติ Spearman Correlation ระดับนัยสำคัญ *p<0.05; **p<0.01

จาก**ตารางที่ 5** พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (r = -0.137, p<0.01) ระดับการศึกษา (r = 0.257, p<0.01) ด้านความสามารถของผู้สูงอายุที่จำเป็นต่อการพัฒนาความรอบรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การอ่าน (r = 0.161, p<0.01) การเขียน (r = 0.149, p<0.01) และด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สื่อเอกสาร (r = 0.151, p<0.010) อินเตอร์เน็ต (r = 0.199, p<0.01) กลุ่มไลน์ (r = 0.220, p<0.01) อย่างไรก็ตามพบว่าตัวแปรอื่น ๆ เช่น อาชีพ โรคประจำตัว ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวไม่มีความสัมพันธ์กับภาพรวมคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการ

การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มภาวะโภชนาการปกติและกลุ่มท้วม-อ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2) จาก**ตารางที่ 6** พบว่า กลุ่มภาวะโภชนาการปกติ มีความรอบรู้ด้านโภชนาการด้านการสื่อสาร

ปฏิสัมพันธ์หรือการสื่อสารตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยนข้อมูลและบอกต่อ ต่ำกว่ากลุ่มท้วม-อ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

อภิปรายผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 68 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.3 ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 3.9 ผลการวัดระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการ พบว่า อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 46.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 45.3 เป็นส่วนใหญ่ ระดับดีเพียงร้อยละ 8.1 และเมื่อพิจารณาตามลักษณะข้อคำถามความรอบรู้ทางโภชนาการขั้นพื้นฐานพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง แต่ลักษณะข้อคำถามความรอบรู้ทางโภชนาการขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณญาณยังอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับข้อมูลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ประชาชนมีคะแนนน้อย คือเรื่องทักษะการสื่อสาร ยังมีปัญหาในด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียน และการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าใจในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเอง ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีทักษะการสื่อสารเรื่องสุขภาพไม่ดีพอ รองลงมาคือเรื่องการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมีประชาชน ร้อยละ 65.0 ยังมีปัญหาในการแสวงหาข้อมูลและบริการสุขภาพจากหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือเพียงพอ ต่อการตัดสินใจ ซึ่งส่งผลไปถึงเรื่องการจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อซึ่งทำให้ประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่ดีพอ[16] ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ถึง ปานกลาง จึงอาจเนื่องมาจากความแตกต่างจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และความสามารถของผู้สูงอายุที่จำเป็นต่อการพัฒนาความรู้ในด้านการอ่าน และการเขียน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สื่อเอกสาร อินเตอร์เน็ต กลุ่มไลน์ สอดคล้องกับผลการศึกษาอีกหลายการศึกษา ที่พบว่า อายุ[17,18,19] ระดับการศึกษา[17,18,19] และความสามารถในการพัฒนาความรู้[17] เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของสุขภาพร่างกายตามวัย เช่น หู ตา ทำให้ไม่สามารถอ่านข้อมูลตัวอักษรต่างๆ ได้อย่างชัดเจน การทำงานของระบบประสาทลดลงเมื่ออายุมากขึ้น มีผลต่อการจดจำของผู้สูงอายุ อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง การเรียนรู้สิ่งใหม่อาจต้องใช้เวลามากขึ้นแต่จดจำสิ่งที่รับรู้ในปัจจุบันได้น้อยและลืมได้เร็ว ความจำเกี่ยวกับตัวเลขและความสามารถในการคำนวณเริ่มลดลง ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดในการอ่านและเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ รวมถึงการเขียนก็เป็นความสามารถในการอธิบายเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ที่ได้รับมา การจดบันทึกเรื่องราวต่าง ๆ จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถเขียนได้คล่องจะมีความสามารถในการเรียนรู้ดีกว่าผู้ที่เขียนไม่คล่อง

ในขณะที่ระดับการศึกษาพบว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นจะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีความสามารถในการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ การสื่อสารตอบโต้ซักถามแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจกินอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี การจัดการปฏิบัติตนตามแนวทางโภชนาการที่ดีและการเข้าถึงสื่อได้ดีกว่า Oreonez TNและคณะ[20] ได้ศึกษาผลของดิจิตอลโปรแกรมต่อสมรรถนะการรับรู้ของผู้สูงอายุ 42 คนแบ่งเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการฝึกปฏิบัติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์(Elderly Online)เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยทดสอบสมรรถนะการรับรู้พบว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกปฏิบัติมีสมรรถนะการรับรู้ 5 มิติ ได้แก่

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มภาวะโภชนาการปกติและกลุ่มท้วม-อ้วน (ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2)

องค์ประกอบความรอบรู้ด้านโภชนาการ	ภาวะโภชนาการปกติ (n = 87)			กลุ่มท้วม-อ้วน (n = 212)			*p* value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน	
1. การเข้าถึงข้อมูลและการรู้เท่าทันสื่อ	6.1	2.6	6	6.2	2.6	6	0.610
2. ความรู้และความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ	7	2.4	7	6.9	2.3	7	0.806
3. การสื่อสารตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยนข้อมูลและบอกต่อ	6.7	2.2	6	7.3	2.3	7	0.018*
4. การตัดสินใจกินอาหารเพื่อภาวะโภชนาการที่ดี	6.8	2.4	7	6.8	2.5	7	0.875
5. การจัดการปฏิบัติตนตามแนวทางโภชนาการที่ดี	10.9	3.9	12	10.9	3.8	11	0.889
โดยภาพรวม	37.4	9.0	39.0	38.1	9.0	38	0.562

ใช้สถิติ Mann-Whitney U test ระดับนัยสำคัญ *p<0.05

ความสนใจคำแนะนำ ความจำ ทักษะการพูด การใช้ภาษา ทักษะด้านมิติสัมพันธ์หรือความสามารถการรับรู้ภาพในการมองโดยใช้จินตนาการจากประสาทสัมผัสที่สัมพันธ์กับสิ่งต่างๆรอบตัว ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการฝึกปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสรุปว่าการเรียนรู้สิ่งใหม่และใช้เครื่องมือใหม่เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลระบบอินเตอร์เน็ต เป็นการช่วยให้การรับรู้ของผู้สูงอายุเพิ่มได้ ซึ่งความบกพร่องด้านนี้เป็นสิ่งที่จำเป็นที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกระทำและเรียนรู้สิ่งรอบตัวได้เต็มศักยภาพ ซึ่งหลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 5 ก็ได้มีแผนการเรียนที่มีเนื้อหาการสอนการใช้คอมพิวเตอร์ในชีวิตประจำวันเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม[21]

การเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการ พบว่าช่องทางสื่อสิ่งพิมพ์ อินเตอร์เน็ต และกลุ่มไลน์มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการโดยรวม ซึ่งการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการของผู้ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีการเข้าถึงหรือค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากรูปแบบการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการ ในปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอยู่ในรูปของสื่อสารสนเทศมากยิ่งขึ้น เช่น แอพพลิเคชั่น หรือในรูปแบบของเว็บบราวเซอร์ที่ต้องมีการใช้อินเตอร์เน็ต ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อความรู้ได้อย่างจำกัดผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรือสื่อสารสนเทศ เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ ทำให้เข้าถึงสื่อความรู้ได้อย่างไม่เต็มที่ หากผู้สูงอายุมีโอกาสได้เข้าถึงข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ข้อมูลจำเพาะเกี่ยวกับอาหาร โภชนาการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และได้รับแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ ก็จะช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการมากยิ่งขึ้น[19,22] อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 16.2 มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 12.3 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 9.1 อนุปริญญาหรือปวส. ร้อยละ 2.3 ภาพรวม ร้อยละ 39.9 ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งมี ร้อยละ 60.2 ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างภาวะโภชนาการปกติ มีความรอบรู้ด้านโภชนาการด้านการสื่อสารปฏิสัมพันธ์หรือการสื่อสารตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยนข้อมูลและบอกต่อต่ำกว่ากลุ่มท้วม-อ้วน(ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากกลุ่มท้วม-อ้วน(ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2) มีความสนใจเห็นปัญหาของการมีน้ำหนักตัวเกินจึงได้ค้นหาตรวจสอบให้รู้ถึงข้อมูลที่ถูกต้อง โดยขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลโภชนาการมากกว่ากลุ่มภาวะโภชนาการปกติ ซึ่งความรอบรู้ด้านโภชนาการมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างซับซ้อนหลายด้าน [22] และการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวางจึงเป็นข้อจำกัดที่ต้องศึกษาถึงความเป็นเหตุเป็นผลของผลการศึกษาที่พบต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้ คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 85.8) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 14.2) และเป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จึงอาจไม่ได้สะท้อนระดับความรอบรู้ของประชากรผู้สูงอายุภาพรวมเขตได้ทั้งหมด รวมถึงกลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีการจำเพาะภาวะสุขภาพ ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้จึงควรคำนึงถึงภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วย

บทสรุป

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการระดับปานกลางและต่ำ ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาความสามารถด้านการอ่าน การเขียน เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านโภชนาการระหว่างกลุ่มภาวะโภชนาการปกติและกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน

(ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร^2) พบว่าภาพรวมของความรอบรู้ด้านโภชนาการไม่แตกต่างกันยกเว้นองค์ประกอบความรอบรู้ด้านการสื่อสารตอบโต้ซักถาม/แลกเปลี่ยนข้อมูลบอกต่อ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่องทางการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ อินเตอร์เน็ต และกลุ่มไลน์ ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ควรคำนึงถึงลักษณะของผู้สูงอายุแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน สื่อสิ่งพิมพ์ควรใช้รูปภาพ ขนาดอักษรที่ชัดเจน สื่อคลิปวิดีโอสั้น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจและทบทวนได้ด้วยตนเอง ส่งเสริมการใช้กลุ่มไลน์และพัฒนาโปรแกรมอำนวยความสะดวกเพื่อสื่อสารกิจกรรมแบบออนไลน์ให้ผู้สูงอายุสนใจสามารถเข้าถึงโต้ตอบซักถามส่งข่าว และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล นำเสนอกิจกรรมและรูปภาพได้ด้วยตนเอง ด้านหน่วยบริการสาธารณสุขควรพิจารณาปรับกระบวนการสอนธงโภชนาการแบบมีส่วนร่วมส่งเสริมให้มีกิจกรรมกลุ่มช่วยกันคิดวิเคราะห์แลกเปลี่ยนซักถามเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น การให้คำแนะนำอาจใช้เวลาอธิบายมากขึ้น ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นต้น ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปใช้พัฒนาสื่อโภชนาการ เลือกช่องทางสื่อสาร และวางแผนพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในการป้องกันความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความเสี่ยงจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาพัฒนากิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมที่สอดคล้องวิถีชีวิตและบริบทของพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. ข้อมูลประชากร ประมวลผลจากโปรแกรม HDC. [อินเทอร์เน็ต].สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2562; [เข้าถึง เมื่อ 10 ก.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0
2. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทยพ.ศ.2557. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2560.
3. Nutbeam, D. Health Literacy as a public health goal. A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21st century. Health Promotion International. Great Britain; 2000.
4. Nutbeam, D. Health Literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research. Oxford University Press; 2008.
5. World Health Organization. Health literacy and health behavior [December 9, 2010.]. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/.
6. U.S. Department of Health and Human Services OoDPaHP. National Action Plan to Improve Health Literacy. Washington, DC: Author; 2010.
7. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: where have we been and where should we go? Can J Public Health. 2005; 96(Suppl 2):S62-77.
8. Statistics ABo. Health Literacy, Australia. Canberra: National Information and Referral Service; 2006.
9. คณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 2563; 1-34.
11. Silk KJ, Sherry J, Winn B, Keesecker N, Horodynski MA, Sayir A. Increasing nutrition literacy: testing the effectiveness of print, web site, and game modalities. J Nutr Educ Behav. 2008; 40:3–10.
12. Carbone, E.T., & Gibbs, H.D. Measuring nutrition literacy: Problems and potential solutions. J Nutr Disord Ther. 2013; 3:e105.
13. Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970; 30:607–610.
14. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 2563; 1-34.
15. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ.นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557.
16. วิมล โรมา, ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, มธุรส ทิพยมงคลกุล, ณัฐนารี เอมยงค์, นรีมาลย์ นีละไพจิตร, มุกดา สำนวนกลางและคณะ. โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 กรมอนามัย; 2561.
17. วรรณศิริ นิลเนตร. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
18. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิริยา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คาธนะ, นงณภัทร รุ่งเนย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี 2562. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2562; 6 (ฉบับพิเศษ): 129-141.
19. อังธนา จุลสุคนธ์, นพวรรณ เปียซื่อ, วราภรณ์ ทิพย์สุวรรณกุล, จิราพร ไลนิงเกอร์. ความรอบรู้ด้านโภชนาการและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสภาการพยาบาล 2562; 34 (4),120-135.
20. Oreonez TN, Yassuda MS, Cachioni M. Elderly online: effects of a digital inclusion program in cognitive performance. Arch Gerontol Geriatr. 2011 [cited 2011 Oct 20]; Sep-Oct; 53(2):216-9. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494310002852
21. ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรโรงเรียนผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 5. ศูนย์ อนามัยที่ 5 ราชบุรี; 2559.
22. นฤมล ใจดี, รัฐฐา ระมั่ง, นวลจันทร์ กวินวาณิช, ราตรี โพธิ์ระวัช. ความฉลาดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6.กำแพงเพชร:สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร; 20 ธันวาคม 2562: 1312-1323.