

การพัฒนาแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส

DEVELOPMENT OF A FOOD LITERACY PROMOTION MODEL AMONG ELDERLY MUSLIMS IN NARATHIWAT PROVINCE

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

รูซอมนัน อาแวเงาะ¹

Ruzuman Awangoh¹

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ศึกษาสถานการณ์ บริบท และพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม 389 คน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและดูแลรับผิดชอบชมรม 20 คน พร้อมนำข้อมูลมาร่างรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ทดลองพัฒนาในกลุ่มขนาดเล็ก 2 ครั้งรวม 10 คนได้ผลตามจุดมุ่งหมาย ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กิจกรรมการเรียนรู้ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ 1. การสื่อสารวัฒนธรรมใหม่ใส่ใจสุขภาพ 2. ปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพ และ 3. เส้นทางเครือข่ายสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คนเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในมิติของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มกับเวลา โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องหลังได้รับโปรแกรม ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อขยายผลไปยัง 13 อำเภอ พบว่า ความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 หลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่า โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 4 เดือน และหลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 8 เดือน มีค่าคะแนนมากที่สุดในทุกด้าน และผลต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 30.61 ในปีปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1,466 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.21 โดยลดลงจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 22.40

คำสำคัญ: ความรู้ด้านอาหาร ผู้สูงอายุมุสลิม

ABSTRACT

This research and development study aimed to develop a model to promotion food literacy among elderly Muslims in Narathiwat Province. The study was conducted in three phases. Phase 1 synthesizing a food literacy promotion model by examining the situation, context, and dietary behaviors of 389 Muslim older adults and 20 relevant personnel responsible for elderly clubs, and using the findings to draft the prototype. Phase 2 developing the food literacy promotion model through two small-group trials involving a total of 10 participants, which achieved the research objectives. Phase 3 evaluated the effectiveness of the food literacy promotion model, consisting of three models: (1) Culture-Based Health Communication, (2) Modify Behavior, Improve Health, and (3) Health Network Pathways. The sample comprised an experimental group and a comparison group, with 30 participants in each group, over an 8-week period. Data were analyzed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance.

¹ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุไหงโก-ลกนราธิวาส

The results of the repeated measures analysis of variance indicated that the mean scores of food literacy and eating behaviors differed significantly across groups, over time, and in the interaction between group and time. The experimental group demonstrated a continuous increase in scores following the intervention, whereas no significant change was observed in the comparison group. Furthermore, when the study was expanded to 13 districts, it was found that the food literacy of elderly Muslims in Narathiwat Province, from February 2026 to June 2026, after 8 months of implementation, was at the highest level overall and in each aspect. A comparison of food literacy of elderly Muslims in Narathiwat Province, from February 2026 to June 2026, before implementation, after 4 months, and after 8 months, showed statistically significant differences at the .05 level. The scores after 8 months were the highest in all aspects. Regarding the impact on the health status of the elderly, it was found that the group at risk of chronic diseases accumulated an average of 30.61% per year. In the current year, there were 1,466 elderly people at risk of non-communicable diseases, representing 8.21%, a decrease from the group at risk of chronic diseases accumulated an average of 22.40% per year.

Keywords: food literacy, Muslim older adults

บทนำ

ในบริบทของผู้สูงอายุมุสลิมในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย ปัจจัยด้านภาษา วัฒนธรรม ศาสนา และการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้สูงอายุบางส่วนใช้ภาษามลายูถิ่นเป็นหลัก ขณะที่ข้อมูลสุขภาพส่วนใหญ่นำเสนอในภาษาไทย นอกจากนี้ความเชื่อและวิถีชีวิตตามหลักศาสนาอิสลามยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิม โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อยู่ในระดับไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (functional health literacy) แต่ยังมีข้อจำกัดในระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ (interactive และ critical health literacy) ซึ่งเป็นทักษะสำคัญในการประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพ¹ นอกจากนี้พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุมุสลิมยังอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านภาษา วัฒนธรรม และศาสนา ส่งผลให้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มนี้จำเป็นต้องคำนึงถึงบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่เป็นสำคัญ²

จังหวัดนราธิวาสเป็นหนึ่งในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมเฉพาะ โดยมีประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยมุสลิม คิดเป็นร้อยละ 82.5 ของประชากรทั้งหมด³ ลักษณะดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และรูปแบบการบริโภคอาหารได้รับอิทธิพลจากหลักศาสนาอิสลามและวัฒนธรรมท้องถิ่นอย่างชัดเจน ในด้านสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดนราธิวาสมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยข้อมูลจากระบบรายงานสุขภาพจังหวัด ปี 2566 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีจำนวน 38,742 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 ของประชากรในช่วงวัยดังกล่าว ขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 21,385 คน คิดเป็นร้อยละ 13.6 ซึ่งสะท้อนภาระโรคเรื้อรังที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การควบคุมปริมาณพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียม ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ครอบคลุม และสอดคล้องกับบริบทของตนเอง โดยเฉพาะในประเด็นด้านโภชนาการ ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของ

การออกแบบการสื่อสารสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทมุสลิม โดยเฉพาะในประเด็นการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับวัย เช่น การเลือกชนิดอาหาร การควบคุมปริมาณอาหาร และวิธีการประกอบอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และไขมันในเลือด

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านภาษาและระดับการศึกษายังเป็นข้อจำกัดสำคัญ เนื่องจากประชาชนส่วนหนึ่งใช้ภาษาอาหรับเป็นภาษาหลักในการสื่อสาร ส่งผลให้ข้อมูลสุขภาพที่เผยแพร่ในภาษาไทยกลางหรือใช้ศัพท์วิชาการอาจไม่สามารถถ่ายทอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับข้อเสนอของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ⁴ ที่ระบุถึงปัญหาภาวะ “ข้อมูลท่วมท้น” (information overload) ซึ่งแม้ว่าประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลจำนวนมาก แต่ยังคงขาดทักษะในการวิเคราะห์ ประเมิน และนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จึงจำเป็นต้องบูรณาการบริบททางศาสนา วัฒนธรรม ภาษา และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่เหมาะสม เข้าใจง่าย และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การควบคุมโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และการยกระดับคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน⁶

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารในผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส โดยประยุกต์ใช้แนวคิด V-shape ความรอบรู้สุขภาพ ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล นักพัฒนาชุมชน ประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการ

วิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผลการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้จริงและขยายผลได้ในระดับชุมชน อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง การลดภาระโรคเรื้อรัง และการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมุสลิมอย่างยั่งยืน ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับชุมชนและระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม
 2. เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม
 3. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรู้ด้านอาหารผู้สูงอายุมุสลิม
- ### สมมติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัย ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและการพัฒนา (Research and Development) ต้องการศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส ตามแนวคิดการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย V-shape ของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบบจำลอง V-Shape มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึง การสื่อสาร การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อ⁶

ด้านสถานที่ ดำเนินการวิจัยในพื้นที่ จังหวัดนราธิวาส

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส จำนวน 162 ชมรม สมาชิกทั้งหมด 21,239 คน⁷

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ และกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส (Phase of Synthesis a Draft Prototype)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย

1) สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 10 ชมรม จำนวน 383 คน

2) เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและดูแลรับผิดชอบชมรม จำนวน 20 คน ประกอบด้วยนายกองค์การบริหารส่วนตำบล สาธารณสุขอำเภอ นักพัฒนาชุมชน ผู้อำนวยการกองสวัสดิการ ประธานชมรม ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส (Phase of Developing a Prototype)

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอแว้ง 1 ชมรม กลุ่มละ 3-5 คนต่อการพัฒนา 1 รอบ(ไม่ซ้ำกับระยะที่ 1)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้

ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส (Phase of Testing a Prototype)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอแว้ง ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568-เมษายน พ.ศ. 2569 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การทบทวนวรรณกรรมรวบรวมเอกสารและการสร้างเครื่องมือและดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2568-ตุลาคม 2568

ระยะที่ 1 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส เดือนพฤศจิกายน 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส เดือนธันวาคม 2568

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส มกราคม 2569-กุมภาพันธ์ 2569

ประโยชน์ที่ได้รับ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ในครั้งนี้เพื่อ

ได้รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

เป็นแนวทางในการปฏิบัติในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

รูปแบบงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาสเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีระยะเวลาในการศึกษา 2 ระยะ มีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน เมษายน ถึง - กรกฎาคม 2569 รวม 4 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส
ทั้งหมด 89,301 คน⁷

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

ประชากร คือ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เป็น
มุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 162 ชมรม สมาชิก
ทั้งหมด 21,239 คน

กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 1 สักระยะรูปแบบ
การส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ
มุสลิม จังหวัดนราธิวาส ช่วงเวลาดำเนินการ
พฤศจิกายน 2568 จากการคำนวณจะได้ผู้ให้ข้อมูล
สำคัญจำนวน 348.1 คน ผู้วิจัยได้ป้องกันการ
สูญเสียของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จึงได้เพิ่ม
ขนาดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ร้อยละ 10 เท่ากับ 34.8
คน ผู้วิจัยทำการปัดเป็น 35 คน รวมทั้งหมด 383
คน ให้สอดคล้องกับการจัดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างใน
6 ตำบล เพื่อเก็บรวบรวมแบบลงตัวโดยวิธีตอบ
แบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน
(Multistage random sampling)

2. การขยายผลและประเมินประสิทธิภาพ
รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของ
ผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส โดยคัดกรองตาม
เกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก ดังนี้

- 1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)
 - (1) อายุไม่เกิน 65 ปี
 - (2) อาศัยในอำเภอเมืองสตูลมาอย่างน้อย 6 เดือน
 - (3) นับถือศาสนาอิสลาม
 - (4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
 - (5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนาม
ในใบยินยอม
- 2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)
 - (1) มีโรคเรื้อรัง
 - (4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการ
แทรกแซงได้อย่างสม่ำเสมอ
 - (5) อยู่ในสถานสงเคราะห์หรือไม่มีที่อยู่
อาศัยที่แน่นอน

และสามารถจำแนกผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง
ตามเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออก เป็นรายอำเภอ
จำนวน 15,973 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่

1.1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส มีขั้นตอนหรือกิจกรรมการพัฒนา
รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 4
ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 สักระยะรูปแบบการ
ส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม
จังหวัดนราธิวาส เดือนพฤศจิกายน 2568

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริม
ความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัด
นราธิวาส เดือนธันวาคม 2568

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมิน
ประสิทธิภาพรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้าน
อาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส
มกราคม 2569-กุมภาพันธ์ 2569

ระยะที่ 4 การขยายผลรูปแบบการ
ส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม
จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน
2569

1.2 รูปแบบความรู้ เป็นแนวทาง
หรือวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาและส่งเสริม
ความสามารถของบุคคล 6 องค์ประกอบของความ
รู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

1. ความรู้ความเข้าใจด้านอาหาร
2. การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหาร
3. การสื่อสารข้อมูลด้านอาหาร
4. การตัดสินใจด้านอาหาร
5. การจัดการตนเองด้านอาหาร
6. การรู้เท่าทันสื่อด้านอาหาร เพื่อ
ให้เกิดพฤติกรรมมารับประทานอาหาร โดยใช้
กิจกรรมเรียนรู้ 3 กิจกรรม^{8,9} คือ

กิจกรรมที่ 1 การสื่อสารวัฒนธรรมใหม่ใส่ใจสุขภาพ หมายถึง แนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการเข้าใจ การเข้าถึง และการสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์

กิจกรรมที่ 2 การปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพ หมายถึง แนวทางหรือวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาและส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการจัดการตนเอง และการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน

กิจกรรมที่ 3 เส้นทางเครือข่ายสุขภาพ หมายถึง แนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารที่มุ่งเน้นการสร้าง ความร่วมมือและการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืนในประชากรเป้าหมาย¹⁰

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการสร้างเครื่องมือ

ขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1) การศึกษาแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพด้านอาหารของ V - Shape

2) ผู้วิจัยโดยประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 6 อำเภอ และดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.1) ศึกษาความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส 383 คน

2.2) สัมภาษณ์บริบทของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารเจ้าหน้าที่ที่ดูแลรับผิดชอบ 20 คน

3) การพัฒนาร่างรูปแบบความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส (Draft prototype) 3 รูปแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามวัดความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามวัดความรู้ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 : แบบสอบถามความรู้ด้านอาหาร ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจด้านอาหาร จำนวน 7 ข้อ การเข้าถึงข้อมูลด้านอาหาร จำนวน 8 ข้อ การสื่อสารข้อมูลด้านอาหาร จำนวน 6 ข้อ การจัดการตนเองด้านอาหาร จำนวน 5 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศด้านอาหาร จำนวน 6 ข้อ การตัดสินใจด้านอาหาร จำนวน 10 ข้อ ใช้ มาตรฐานวัดประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 4 ระดับ(Four-point Likert-type Scale)^{11,12}

1 คะแนน หมายถึง
ยากมาก

2 คะแนน หมายถึง
ยาก

3 คะแนน หมายถึง
ง่าย

4 คะแนน หมายถึง
ง่ายมาก

การแปลความหมายคะแนน

< 2.00 หมายถึง ระดับไม่เพียงพอ (Likely Inadequate HL) มีทักษะน้อย

2.00–2.99 หมายถึง ระดับมีปัญหา (Likely Problematic HL) มีทักษะปานกลาง

3.00–4.00 หมายถึง ระดับเพียงพอ (Likely Sufficient HL) มีทักษะดี

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามสถานการณ์เพื่อสร้างรูปแบบความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 4 ประเด็น ได้แก่

1. บริบทของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

2. สำหรับงานระดับปฏิบัตินั้น โรงเรียนผู้สูงอายุได้นำนโยบายดังกล่าวไปสู่กิจกรรมการดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารผู้สูงอายุ

3. ผู้นำชุมชน/อ.ส.ม. ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานดำเนินงานด้านการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ

4. ท่านมีแนวคิดในการสร้างรูปแบบความรู้สุขภาพด้านอาหารของผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นหลังจากผ่านการตรวจสอบและความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว นำแบบสอบถามทำการประเมินความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหรือความสอดคล้องระหว่างข้อความที่เขียนขึ้นในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

2. ประเมินคุณภาพขั้นต้นของแบบทดสอบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อและครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับที่จะวัด ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

พบว่า แบบสอบถามความรู้ด้านอาหาร และแนวคำถามสถานการณ์ มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67- 1.00 ปรับปรุงแก้ไขเพื่อความชัดเจนของภาษาตามข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญ

3. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับ

ผู้สูงอายุตำบลขอละละ จำนวน 35 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามความเหมาะสมของข้อคำถามและนำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่า 0.765

การสร้างแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยมีการเตรียมความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ จรรยาบรรณของนักวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการสัมภาษณ์ และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในระเบียบวิธีวิจัยอย่างถูกต้องและครอบคลุมมากขึ้น และทำการสร้างแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ โดยการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นิยามตัวแปร และคำจำกัดความ รวมทั้งดำเนินการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์โดยลักษณะของคำถามจะเป็นคำถามแบบปลายเปิดและสามารถเสนอข้อมูลต่าง ๆ ได้ อย่างเต็มที่ เพื่อให้ครอบคลุมกับขอบเขตและวัตถุประสงค์ในการวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ร่างได้มาทำการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ให้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และดำเนินการแก้ไขตามข้อเสนอ ซึ่งผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ นำมาสรุปความสอดคล้องกัน รายละเอียดการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบสามเส้า ด้านข้อมูล โดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน โดยถ้าข้อมูลต่างเวลากันจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ เมื่อเสร็จสิ้นการสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยขออนุมัติการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ

ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติประจำ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ จำนวน 18 ข้อ¹⁰ แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ)

การแปลความหมายคะแนน

17-39 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในควรปรับปรุง

40-62 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง

63-85 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส จำนวน 14 ข้อ สำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Rating Scale) วัดเป็น 5 ระดับ กำหนดการให้คะแนนและความหมายดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมากที่สุด

2 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมาก

3 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับปานกลาง

4 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับน้อย

5 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ใน ระดับน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล ดำเนินการโดยนำค่าคะแนนที่ได้ไปหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยมี เกณฑ์การแปลผล ดังนี้¹³

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง มีพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ทำการประเมินความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาหรือความสอดคล้องระหว่างข้อความที่เขียนขึ้นในแบบสอบถามกับนิยามศัพท์ที่กำหนดไว้ โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC ทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

1. ประเมินคุณภาพขั้นต้นของแบบทดสอบ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญช่วยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของคำถามแต่ละข้อและครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับที่จะวัด ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้ ข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

ความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Validity) ของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน มีค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ระหว่าง 0.60 - 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ จำนวน 35 ราย เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามตามความเหมาะสมของข้อคำถาม และนำแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เกณฑ์การแปลผลค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ระหว่าง 0.00 - 1.00 เกณฑ์การแปลผลความ

เชื่อมั่น ผลการทดลองใช้ แบบสอบถามพฤติกรรม การรับประทานอาหาร ความเชื่อมั่นทั้งฉบับ เท่ากับ 0.841 ตามลำดับ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา รหัส โครงการวิจัย 02/2569 ให้การรับรองวันที่ 29 ตุลาคม 2568 หมดอายุ 28 กันยายน 2569

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปและใช้สถิติ เชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความ แตกต่างของ คะแนนเฉลี่ย (Compare means) ภายในกลุ่มด้วยสถิติเชิงอนุมานคือ Paired Samples t-test ในการเปรียบเทียบ ความรอบรู้ ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของ ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการดำเนินงาน และ F – test ด้วยเทคนิค One Way ANOVA ในการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อ เสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของ ผู้สูงอายุและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อ รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ ของผู้สูงอายุ ระหว่างอำเภอ กำหนด นัยสำคัญที่ระดับ .05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์ เชิงพรรณนาโดยใช้เทคนิควิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเตรียมสร้างรูปแบบจาก ข้อมูลที่ได้มาทั้งหมด ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารด้วยการ ตีความและเรียบเรียงตรวจสอบร่วมกัน และ สังเคราะห์ การอธิบาย การวิพากษ์ การวิจารณ์ และการแสดงความคิดเห็น

2.2 การวิเคราะห์บอกเล่าจากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนา แล้ววิเคราะห์เรียบเรียง นำไปสู่กระบวนการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลสำคัญ

2.3 การตีความข้อมูล เป็นการพยายาม ตีความหมายออกจากข้อมูลที่มีอยู่เพื่อทำความเข้าใจข้อมูล

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการ ขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย ด้วยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วย V-shape ของ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข มาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้าน อาหาร ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เมื่อขยายผลพบว่า ก่อนดำเนินการ หลัง ดำเนินการ 4 เดือน และหลังดำเนินการ 8 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 8 เดือน มีค่าคะแนน มากที่สุดในทุกด้าน

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนา ความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมสามารถ ตอบโจทย์ปัญหาและอุปสรรคที่มีความซับซ้อนทั้ง ด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ และการขยายผล โดยรูปแบบทั้ง 3 ที่พัฒนาขึ้นมีบทบาทสำคัญใน การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับ บริบททางวัฒนธรรมและสังคม ส่งผลให้การ ส่งเสริมสุขภาพเกิดความเหมาะสมและยั่งยืน คือ

1. ความท้าทายด้านการสื่อสารสุขภาพใน บริบทวัฒนธรรม สู่ ‘รูปแบบการสื่อสารวัฒนธรรม ใหม่ใส่ใจสุขภาพ’ การออกแบบการสื่อสารสุขภาพ ที่คำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และบริบทของ ชุมชน ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจ เข้าถึง และ การสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความ มั่นใจในการเรียนรู้และนำข้อมูลไปใช้

2. ความท้าทายด้านการตัดสินใจและการเปลี่ยนพฤติกรรมผู้บริโภค สู่ ‘รูปแบบปรับพฤติกรรม เปลี่ยนสุขภาพ’ เสริมสร้างทักษะการตัดสินใจ ร่วมกับการเสริมสร้างแรงจูงใจ การสนับสนุนทางสังคม และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารได้อย่างเหมาะสม เสริมบทบาทผู้สูงอายุให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และแบบอย่างด้านการบริโภคอาหาร นำไปสู่การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

3. ความท้าทายด้านการขยายผลและความยั่งยืนของการเรียนรู้ สู่ ‘รูปแบบเส้นทางเครือข่ายสุขภาพ’ เสริมบทบาทผู้สูงอายุให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และแบบอย่างด้านการบริโภคอาหาร สร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน นำไปสู่ความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิม **สรุปและอภิปรายผล**

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาสมีระดับความรู้ด้านอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะความเข้าใจในประเด็นพื้นฐาน เช่น อาหารฮาลาล ประโยชน์ของผักผลไม้ และความเสถียรของอาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งผู้สูงอายุตอบถูกในสัดส่วนค่อนข้างสูง อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดเชิงโภชนาการหลายประการ เช่น ความสามารถในการแยกแยะอาหารที่มีโซเดียมสูง การอ่านฉลากโภชนาการ และการรู้เท่าทันอาหารแปรรูป ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุด แสดงถึงช่องว่างสำคัญของความรู้ด้านอาหาร⁹ ที่มีผลโดยตรงต่อการเลือกอาหารและพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน เมื่อพิจารณาจากการเข้าถึงข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สื่อออนไลน์หรือเทคโนโลยีสารสนเทศในการแสวงหาความรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sørensen et al.⁹ ที่ชี้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านทักษะการเข้าถึงและตีความข้อมูลสุขภาพ ส่งผลให้ต้องพึ่งพาการสื่อสารจากแหล่งข้อมูลในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำศาสนา และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นหลัก ผลในระยะที่ 1 นี้ ยืนยันว่า การออกแบบรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุมุสลิมต้องใช้สื่อรูปภาพ เนื้อหาที่สั้น กระชับ และกิจกรรมปฏิบัติจริงมากกว่าเอกสารที่ซับซ้อนหรือข้อมูลออนไลน์”

ผลการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิมจังหวัดนราธิวาส 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 ถาม-ตอบเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 เปลี่ยนพฤติกรรม เริ่มจากจานอาหาร และกิจกรรมที่ 3 เล่าให้ฟัง เล่าให้คิด และการสังสรรค์กลุ่ม 2 ครั้งที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในประเด็นปัญหาหรือมีประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับฉลากอาหาร รายการอาหารที่มีการเปลี่ยนแปลง และการรู้เท่าทันสื่อ ผลการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านอาหาร กลุ่มทดลองมีความรอบรู้และพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดีขึ้น ตามวัตถุประสงค์ของโปรแกรม สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในมิติของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Group) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 339.281, p < .001$) ซึ่งสะท้อนถึงผลการพัฒนาองค์ประกอบของความรู้ด้านอาหารของโปรแกรม ทำให้โดยภาพรวมกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านอาหารแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจนตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา

เมื่อพิจารณาในส่วนของผลภายในกลุ่มตามเวลา (Time) พบว่าระยะเวลาที่มีผลต่อความรู้

ด้านอาหาร คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละช่วงเวลา ($F = 572.264, p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาในทุกองค์ประกอบของความรู้ด้านอาหาร ตั้งแต่ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 โดยเฉพาะคะแนนหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย และไม่พบการเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลาการติดตาม แสดงให้เห็นว่าคะแนนความรู้ด้านอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป โดยเฉพาะภายหลังการได้รับโปรแกรม

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group $\times$ Time) พบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 607.477, p < .001$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีแนวโน้มคะแนนความรู้ด้านอาหารเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาของการทดลอง ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้กลุ่มทดลองมี รูปแบบการพัฒนาความรู้ด้านอาหารที่ก้าวหน้าขึ้นตามระยะเวลาแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารรายคู่ตามเวลา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธี Bonferroni (Post-Hoc Tests) พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{d} = 35.767, p < .001$) และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยิ่งขึ้น ($\bar{d} = 71.900, p < .001$) อีกทั้งคะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 8 ยังสูงกว่าสัปดาห์

ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{d} = 36.133, p < .001$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาความรู้ด้านอาหารอย่างต่อเนื่องภายหลังการได้รับโปรแกรม ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และไม่พบความแตกต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($p > .05$) สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความรู้ด้านอาหารในกลุ่มเปรียบเทียบเป็นไปในระดับต่ำและไม่มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

ผลการวิจัยกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ด้านอาหารหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 1 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ด้านอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่คำนึงถึงระดับศักยภาพของผู้สูงอายุ เน้นการสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย สอดคล้องกับบริบทศาสนาและวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และผู้นำศาสนาในกระบวนการเรียนรู้ซึ่งช่วยเสริมแรงการเรียนรู้และเอื้อต่อการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลด้านอาหาร ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินความเหมาะสมของข้อมูล และนำไปใช้ในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพของตนเอง ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับรูปแบบการส่งเสริมดังกล่าวยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านอาหาร ผลลัพธ์ดังกล่าวสนับสนุนแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพที่ชี้ว่าการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพโดยเฉพาะในพื้นที่พหุวัฒนธรรม เป็นผลลัพธ์ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างทักษะของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์

สุขภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมทั้งที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืนและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติได้จริง¹⁴

2. ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนการทดลอง หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในมิติของกลุ่ม เวลา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา

เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Group) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 43.03, p < .001$) ซึ่งสะท้อนถึงผลการพัฒนาองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านอาหารของโปรแกรมที่นำมาใช้ในการวิจัยช่วยกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทำให้โดยภาพรวม กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบตลอดช่วงเวลาการศึกษา

เมื่อพิจารณาในส่วนของผลภายในกลุ่มตามเวลา (Time) พบว่าระยะเวลามีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแต่ละช่วงเวลา ($F = 32.67, p < .001$) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในทิศทางที่เหมาะสมมากขึ้นหลังได้รับโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 4 และการคงอยู่ตามระยะเวลาในสัปดาห์ที่ 8 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเพียงเล็กน้อยตลอดระยะเวลาการติดตาม

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลา (Group $\times$ Time) พบ

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มและเวลาอย่างมีนัยสำคัญ ($F = 20.68, p < .001$) ซึ่งบ่งชี้ว่า รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารในช่วงเวลาดังกล่าวแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการรับประทานอาหารในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลา ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงในระดับที่น้อยกว่า แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ก้าวหน้าขึ้นตามระยะเวลา แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารรายคู่ตามเวลา ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยวิธี Bonferroni (Post-Hoc Tests) พบว่า ภายในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{d} = 13.13, p < .001$) และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 8 สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยิ่งขึ้น ($\bar{d} = 19.80, p < .001$) นอกจากนี้ คะแนนเฉลี่ยในสัปดาห์ที่ 8 ยังสูงกว่าสัปดาห์ที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\bar{d} = 6.67, p < .001$) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในทิศทางที่เหมาะสมและมีความต่อเนื่องตามระยะเวลา ในขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบ ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และไม่พบความแตกต่างระหว่างสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ($p > .05$) สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารของกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัดตลอดระยะเวลาการติดตาม

ผลการวิจัยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องตามสมมติฐานข้อ 2 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอาหารดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ด้านอาหารไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อระดับความรู้และความเข้าใจเท่านั้น หากแต่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้จริง โดยเฉพาะเมื่อกระบวนการเรียนรู้ถูกออกแบบให้เชื่อมโยงกับบริบทชีวิตประจำวัน ความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมการบริโภคของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ดีขึ้น กระบวนการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นช่วยเสริมทักษะการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้านอาหาร และการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการเลือกอาหาร สามารถปรับเมนูอาหารให้สอดคล้องกับหลักศาสนา ความคุ้นเคย และข้อจำกัดด้านสุขภาพ เช่น โรคเรื้อรังหรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ จึงเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และผู้นำศาสนา ยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมแรงเชิงสังคม (social reinforcement) ช่วยสร้างบรรทัดฐานทางสังคมด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และลดอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมเอื้อต่อการปฏิบัติ ผู้สูงอายุจึงสามารถนำความรู้ไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารอย่างเป็นระบบ ยังคงมีข้อจำกัดในการเชื่อมโยงข้อมูลด้านอาหารกับการปฏิบัติจริง ส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Institute of Medicine¹⁴ ที่มองว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้และสั่งสมทักษะ (Skill Acquisition) โดยในช่วงแรกกลุ่มตัวอย่างอาจเพียงแค่รับรู้ข้อมูล

(Knowledge) แต่เมื่อเวลาผ่านไปจากการวัดครั้งที่ 1 ไปถึงครั้งที่ 3 การทำซ้ำและประสบการณ์ในชีวิตประจำวันช่วยเปลี่ยนความรู้ให้กลายเป็นทักษะ (Functional Literacy) ทำให้พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภาพรวมนี้แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาเป็นปัจจัยสำคัญในการบ่มเพาะพฤติกรรมใหม่

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม ที่คำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพของบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม ความเหมาะสมเชิงแนวคิดและศักยภาพกลไกสำคัญในการนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสื่อสารวัฒนธรรมใหม่ใส่ใจสุขภาพ กระบวนการสื่อสารด้านอาหารและโภชนาการที่สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลามและบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่น เน้นการปรับเนื้อหา การใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับระดับการศึกษาและความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุ โดยการบูรณาการเนื้อหาโภชนาการและสุขภาพเข้ากับกิจกรรมทางศาสนาและวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำความเข้าใจข้อมูลอาหารโภชนาการ และผลกระทบต่อสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีความหมาย เช่น การสอดแทรกสาระด้านอาหารในกิจกรรมมัสยิดหรือกิจกรรมชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึง การยอมรับ และการนำไปปฏิบัติของผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

การปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพ มุ่งเน้นการนำความรู้ด้านอาหารไปสู่การปฏิบัติจริง ผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ การสะท้อนประสบการณ์ และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมการตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านโภชนาการ และเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ

เส้นทางเครือข่ายสุขภาพ สร้างและเชื่อมโยงเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

สาธารณสุข องค์กรชุมชน ครอบครัว และผู้นำศาสนา กลไกสำคัญในการการถ่ายทอดความรู้ การจัดกิจกรรม และการติดตามผลการส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านอาหารอย่างต่อเนื่อง เครือข่ายดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ สร้างความต่อเนื่องของการเรียนรู้ และเสริมความยั่งยืนของรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านอาหารในระดับชุมชน เช่น การให้ความรู้ผ่านผู้นำศาสนา โต๊ะอิหม่าม หรือกิจกรรมในมัสยิด เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้การสังสรรค์กลุ่ม 2 ครั้งในระหว่างการติดตาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Interactive Health Literacy) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะเชิงปฏิสัมพันธ์ สร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านอาหาร สร้างการเรียนรู้ร่วมกันและการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมในระดับชุมชน

นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อขยายผลไปยัง 13 อำเภอ พบว่า ความรอบรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 หลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่าโดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด การเปรียบเทียบความรู้ด้านอาหารของผู้สูงอายุมุสลิม จังหวัดนราธิวาส กุมภาพันธ์ 2569 – มิถุนายน 2569 ก่อนดำเนินการ หลังดำเนินการ 4 เดือน และหลังดำเนินการ 8 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการ 8 เดือน มีค่าคะแนนมากที่สุดในทุกด้าน และผลต่อสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปีร้อยละ 30.61 ในปีปัจจุบันมีผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1,466 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.21 โดยลดลงจากกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังสะสมเฉลี่ยต่อปี ร้อยละ 22.40

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการสื่อสารสุขภาพที่คำนึงถึงวัฒนธรรมและบริบทของชุมชนมุสลิม โดยสนับสนุนการพัฒนาสื่อสุขภาพที่ใช้ภาษา รูปแบบ และเนื้อหาที่สอดคล้องกับความเชื่อและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ความเข้าใจ และความไว้วางใจต่อข้อมูลสุขภาพ

2) บูรณาการนโยบายส่งเสริมโภชนาการ ผู้สูงอายุเข้ากับ การสร้างทักษะการตัดสินใจและการเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ โดยเน้นกระบวนการเสริมพลัง (empowerment) และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำศาสนา และชุมชน เพื่อสนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

3) ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนา เครือข่ายสุขภาพระดับชุมชน โดยให้บทบาทผู้สูงอายุเป็นแกนกลางในการถ่ายทอดความรู้และเป็นแบบอย่างด้านการบริโภคอาหาร นำไปสู่ความยั่งยืนของการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิม

ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติการ

1) บุคลากรด้านสุขภาพควรออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้านโภชนาการที่ใช้กระบวนการสื่อสารเชิงวัฒนธรรม เช่น การเล่าเรื่องจากประสบการณ์จริง การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และการเปิดพื้นที่ให้ผู้สูงอายุซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการเรียนรู้และการนำความรู้ไปใช้

2) จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการตัดสินใจและการเปลี่ยนพฤติกรรมโภชนาการ โดยใช้การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง การสนับสนุนจากเพื่อนผู้สูงอายุ และการสะท้อนผลลัพธ์ของพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและยั่งยืน

3) ส่งเสริมบทบาทผู้สูงอายุในฐานะ แกนนำสุขภาพหรือผู้ถ่ายทอดความรู้ เพื่อขยายผลการเรียนรู้สู่ครอบครัวและชุมชน ผ่านกิจกรรม

เครือข่ายสุขภาพ การเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน และการเชื่อมโยงกิจกรรมสุขภาพกับกิจกรรมทางศาสนาและวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษารูปแบบการสื่อสารสุขภาพเชิงวัฒนธรรมกับรูปแบบการสื่อสารทั่วไป เพื่อประเมินผลต่อความรอบรู้สุขภาพ การมีส่วนร่วมและความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ของผู้สูงอายุ

2) ศึกษากลไกและปัจจัยที่ส่งผลต่อการขยายผลและความยั่งยืนของเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น บทบาทผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา และครอบครัว รวมถึงการถอดบทเรียนเพื่อนำไปพัฒนา

เป็นรูปแบบหรือโมเดลที่สามารถประยุกต์ใช้กับชุมชนวัฒนธรรมอื่นได้

3) ควรเพิ่มระยะเวลาการศึกษาเพื่อติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และระยะเวลาในการศึกษา เพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์ใช้ปัญญาประดิษฐ์และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้งควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมและเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้อุปสรรค และประโยชน์ของการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้มีความเหมาะสมกับบริบทของในแต่ละพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Song, K., Panuthai, S., & Nanasilp, P. (2022). Health literacy and health promoting behaviors among Muslim older adults. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 83–94.
2. Binbai, S., & Chiangkhong, A. (2024). Health information seeking behaviors among Muslim elderly in Pattani Province. *Journal of Information and Learning*, 35(3), 25–37.
3. กรมการปกครอง. (2566). รายงานสถิติประชากรตามศาสนา. กระทรวงมหาดไทย.
4. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564). รายงานสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
5. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.
6. วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. กรมอนามัย.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2567). รายงานข้อมูลชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส.
8. Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
9. Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2015). Measuring health literacy. *International Journal of Public Health*, 60, 777–787.
10. กรมอนามัย. (2564). โภชนาการผู้สูงอายุ: แนวทางการดูแลด้านอาหารเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน. กรมอนามัย.
11. Boone, H. N., & Boone, D. A. (2012). Analyzing Likert data. *Journal of Extension*, 50(2).
<https://www.joe.org/joe/2012april/tt2.php>
12. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1–55.
13. Best, J. W., & Kahn, J. V. (1986). *Research in education* (5th ed.). Prentice-Hall.
14. Institute of Medicine. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. National Academies Press.