



การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ
ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย¹

PATH ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR
AND NUTRITIONAL STATUS OF THE HOME-BOUND AND BED-BOUND ELDERLY
IN MUEANG DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

สุกัญญา บัวศรี²
Sukanya Buasri

รัชชานา นน่อคำ³
Ranchana Nokham

มูทิตา พันภัยพาล²
Muthita Ponpaipan

อนงค์ สุนทรานนท์²
Anong Suntranon

¹การวิจัยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากวิทยาลัยเชียงราย

This research was funded by Chiang Rai College

²อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เชียงราย 57000

Nursing Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, 57000, Thailand

³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย เชียงราย 57000

Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College, Chiang Rai, 57000, Thailand

Corresponding author Email: sukanya.buasri@crc.ac.th

Received: January 21, 2021

Revised: May 22, 2021

Accepted: May 31, 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง โดยใช้การวิเคราะห์เส้นทาง ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ที่ได้มาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 135 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ 1) ปัจจัยนำที่แบ่งเป็นความรู้และการรับรู้ประโยชน์ 2) ปัจจัยเอื้อ 3) ปัจจัยเสริม 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 5) แบบประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้และการรับรู้ประโยชน์ที่เป็นค่า KR-20 เท่ากับ .84 และ .96 ตามลำดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม 2-5 เท่ากับ .87, .87, .74 และ .85 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ กุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เส้นทาง

ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อภาวะโภชนาการโดยมีค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลเท่ากับ .74 2) ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการผ่านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และตัวแปรทั้งหมดร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้ร้อยละ 55 ดังนั้น ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ตีความคู่กับการส่งเสริมปัจจัยนำที่เป็นความรู้และการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อให้มีภาวะโภชนาการดีต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: การวิเคราะห์เส้นทาง, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, ภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

Abstract

The objective of this research was to study factors affecting the food consumption behavior and the nutritional status of the home-bound and bed-bound elders by using path analysis. The samples were the home-bound and bed-bound elders in Mueang District, Chiang Rai Province selected by random sampling in amount of 135 elders. Research instruments were questionnaires: 1) the predisposing factors that divided into knowledge and benefit perception, 2) the enabling factors, 3) the reinforcing factors, 4) the food consumption behavior, and 5) the nutritional status assessment form. They were tested for content validity by 5 experts. The reliability of the knowledge and benefit perception questionnaires were measured by KR-20 and the reliability coefficient were found .84. and .96, respectively. The reliability with Cronbach's alpha coefficient of the other questionnaires were .87, .87, .74, and .85, respectively. The data were collected between February - July 2020. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation and path analysis.

The results were found that: 1) the food consumption behavior had positively direct influences on the nutritional status with the influence coefficient was .74; 2) the predisposing factors, the enabling factors, and the reinforcing factors had indirect influences on the nutritional status by transmission of the food consumption behavior. All variables explained the variance of nutritional status of the home-bound and bed-bound elders at 55 percent. Therefore, the home-bound and bed-bound elders should be promoted about the good food consumption behavior along with the predisposing factors that are knowledge and benefit perception, the enabling factors, and the reinforcing factors in order to have the good nutritional status in the future.

Keywords: path analysis, food consumption behavior, nutritional status, home-bound and bed-bound elder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปรากฏการณ์การเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นทั่วโลก ทำให้หลาย ๆ ประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินสัดส่วนร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ (United Nations, 2015) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17 และจากการคาดการณ์สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ

ต่อประชากรรวม พบว่า จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นร้อยละ 22.5 ในปี พ.ศ. 2565 และเป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 (Office of the National Economic and Social Development Council, 2015)

สังคมผู้สูงอายุในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ การแพทย์ การศึกษา และโภชนาการ (Gray, Pattaravanich, Chamchan, & Suwannoppakao, 2013) แต่สิ่งที่ทุกประเทศจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ ผลกระทบ

จากความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะเปราะบางซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ลดลง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมทั้งโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สูงอายุที่อาศัยตามลำพังหรืออยู่ กับผู้สูงอายุด้วยกัน มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องติดบ้าน ติดเตียง เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2559 มีรายงานสถิติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ติดเตียง จำนวน 417,000 คน คิดเป็นอัตราความชุกร้อยละ 3.8 และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2580 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 (Aekplakom, Pukcharoen, Thaikla, & Sathiennoppaklao, 2016) ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาวจากบุคคลในครอบครัวและสังคม (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2019) เพราะถ้าไม่ได้รับการดูแลจะเกิดผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และงบประมาณของประเทศ

เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ติดบ้าน ติดเตียง คือ ให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างสมศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Department of Health, 2020) ซึ่งการจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพราะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ (Muurinen, Soini, Suominen, & Pitkälä, 2010) โดยภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมด้านร่างกาย ทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง เนื้อเยื่อที่ปราศจากไขมันลดลง ประสิทธิภาพในการย่อย และการดูดซึมในระบบทางเดินอาหารลดลง เกิดภาวะเบื่ออาหาร ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Panutat, Chuto, Nuntawan, Pumsrisawat, & Pruksacheva, 2017) ร่างกายจึงเกิดการเสื่อมถอย ยิ่งไปกว่านั้น ถ้าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับยาหลายชนิด ทำให้เกิดการขัดขวางการย่อย การดูดซึม และ

การเผาผลาญสารอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Rourke, 2015) ดังนั้น การประเมินภาวะโภชนาการและการคัดกรองตั้งแต่แรกเริ่มจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญ เนื่องจากช่วยในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ทำให้สามารถวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทั่วถึง (Skates & Anthony, 2012)

การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า นิยมใช้เครื่องมือ Mini Nutritional Assessment (MNA) ซึ่งมีความไว ความเฉพาะเจาะจง และมีความน่าเชื่อถือเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน โรงพยาบาล สถานพยาบาล และสถานบริการสุขภาพ เครื่องมือ MNA นี้ถูกพัฒนาขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญทางผู้สูงอายุจากศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีความสามารถในการจำแนกภาวะโภชนาการออกเป็นภาวะโภชนาการปกติ หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร หรือมีภาวะขาดสารอาหาร (Abellan & Vellas, 2011; Agarwalla, Saikia, & Baruah, 2015)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุติดเตียงในจังหวัดอ่างทองมีภาวะทุพโภชนาการมากที่สุดร้อยละ 84.3 รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านร้อยละ 7.1 (Ponpai, Techakriengkrai, & Limsuwan, 2016) ซึ่งภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมในระดับปานกลาง และมีภาวะพร่องโภชนาการร้อยละ 29.6 มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 32.9 และพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Duangjina,

Panuthai, & Suwankruhasn, 2020) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจะตียังขึ้นกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ (Mekwimon, 2012) และจากการศึกษาของ Suntorn, Mitrakol, and Jitaram (2012) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบ่อ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้ทัศนคติ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคและการศึกษาของ Sriaugsorn and Kamjanawasi (2009) พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ดังนั้น การศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในชุมชนจะช่วยให้ทราบผลที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีย่อมส่งผลต่อการมีภาวะโภชนาการที่ดี

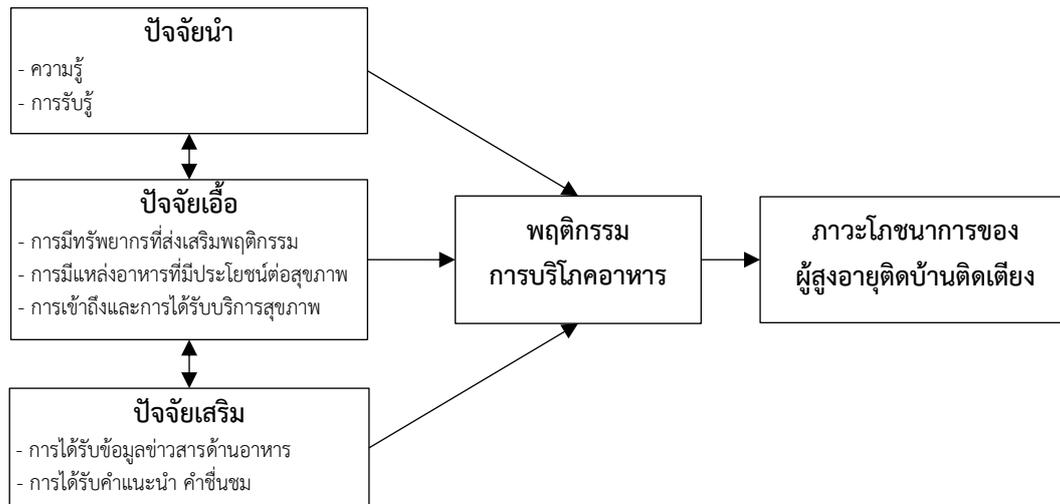
จังหวัดเชียงรายเป็นจังหวัดที่มีการดูแลผู้สูงอายุแบบระยะยาวตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2545 - 2564 ปัจจุบันมีผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายจำนวน 182,586 คน แต่มีผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงถึง 5,295 คน คิดเป็นร้อยละ 2.9 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งจังหวัด พบมากที่สุดในเขตอำเภอเมืองจำนวน 900 คน คิดเป็นร้อยละ 16.99 ของจำนวนผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงทั้งจังหวัด (Chiang Rai Provincial Public Health Office, 2016) ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ

ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตามแบบจำลอง PRECEDE Model ของ Green and Kreuter (2005) ที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยปัจจัยนำ (predisposing factors) ตามการทบทวนวรรณกรรมในการวิจัยนี้ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ส่วนปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ประกอบด้วย การมีทรัพยากร การเข้าถึงแหล่งอาหารที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำ คำชื่นชมจากสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน ซึ่งปัจจัยทั้งหมดนี้จะสามารถอธิบายพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้ ต้องอาศัยการวิเคราะห์เส้นทางอิทธิพล (path analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการส่งอิทธิพลที่จะทำให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปออกแบบแนวทางการจัดกิจกรรมหรือโครงการส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการที่เหมาะสมในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในจังหวัดเชียงรายต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 733 คน

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย การวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) ควรมีขนาดตัวอย่าง 10 - 20 เท่าของจำนวนตัวแปรสังเกตได้ (Kline, 2015) การวิจัยนี้มีตัวแปรสังเกตได้จำนวน 5 ตัวแปรตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนั้น จึงควรมีตัวอย่างอย่างน้อย 50-100 คน ซึ่งผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างจากประชากรผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง 16 ตำบลด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 สุ่มได้ตัวอย่างจำนวน 5 ตำบล แล้วครั้งที่ 2 สุ่มตัวอย่างได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 ตำบล แต่ละ รพ.สต. ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างตามบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงตามสัดส่วนผู้สูงอายุ ติดบ้าน : ติดเตียง ในอัตราส่วน 3 : 1 เพราะมีประชากร 733 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน 566 คน และติดเตียงจำนวน 167 คน ดังนั้น ตัวอย่างทั้งหมดที่ได้จากการสุ่มทั้งหมดที่กล่าวมามีจำนวนเท่ากับ 135 คน ซึ่งเพียงพอต่อการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยการวิเคราะห์เส้นทาง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังมีการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) มีรายชื่อเป็นผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่อยู่ในฐานระบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย 3) มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย 5) มีระดับภาวะสมองปกติ โดยผ่านการคัดกรองด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ด้วยคะแนนมากกว่า 14 คะแนนในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่า 17 ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับประถมศึกษา และคะแนนมากกว่า 22 ในผู้สูงอายุที่เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา (Ministry of Public Health, 2021)

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยกะทันหัน หรือนอนโรงพยาบาล และ 2) ผู้สูงอายุย้ายบ้านออกจากพื้นที่ที่ทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การพักอาศัย รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวและยาที่รับประทาน

2. แบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น

2.1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีทั้งหมด 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ (1 คะแนน) และไม่ใช่ (0 คะแนน) คะแนนรวมมีตั้งแต่ 0-15 คะแนน แปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ 0 - 5 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย 6 - 10 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และ 11 - 15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ระดับมาก แบบทดสอบนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เท่ากับ .86 และมีค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบในกลุ่มที่คล้ายกับตัวอย่างวิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่า KR-20 เท่ากับ .84

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีทั้งหมด 8 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ตอบเห็นด้วย เท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ดังนี้ 0-2.67 หมายถึง มีการรับรู้ระดับน้อย 2.68-5.32 หมายถึง มีการรับรู้ระดับปานกลาง และ 5.33-8 หมายถึง มีการรับรู้ระดับมาก แบบสอบถามส่วนนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 1.00 และ .96 ตามลำดับ

2.2 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ แบ่งเป็น มากเท่ากับ 3 ปานกลางเท่ากับ 2 น้อยเท่ากับ 1 ไม่มีเลยเท่ากับ 0 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย แบบสอบถามส่วนนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 1.00 และ .87 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 3 ระดับ แบ่งเป็น ได้รับประจำ เท่ากับ 2 ได้รับ

นาน ๆ ครั้ง เท่ากับ 1 และไม่ได้รับเลย เท่ากับ 0 แบบสอบถามส่วนนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 1.00 และ .87 ตามลำดับ

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารพัฒนาโดย Maneerat, Laowongsa, Kunaan, Paisam and Leumteum (2017) ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมทางบวก 15 ข้อ และพฤติกรรมทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อมีลักษณะเป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ ได้แก่ ประจำ/ปฏิบัติทุกวัน เท่ากับ 4 บ่อยมาก/ปฏิบัติ 5 - 6 ครั้งต่อสัปดาห์เท่ากับ 3 เป็นบางครั้ง/3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์เท่ากับ 2 นาน ๆ ครั้ง/1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากับ 1 และ ไม่เคยปฏิบัติเลย/น้อยกว่า 1 ครั้งต่อเดือน เท่ากับ 0 แปลผลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ค่าเฉลี่ย 2.68 - 4.00 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย 1.34 - 2.67 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 0.00 - 1.33 หมายถึง การปฏิบัติอยู่ในระดับไม่ดี แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88 และ .74 ตามลำดับ

4. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment: MNA[®]) พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุจากศูนย์วิจัยเนสท์เล่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (Ministry of Public Health, 2021) ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 0 - 14 คะแนน แปลผลโดยใช้คะแนนรวม ดังนี้ 12 - 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะโภชนาการปกติ 8 - 11 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และ 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีภาวะขาดสารอาหาร มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85

5. เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ เครื่องวัดความหนาของชั้นไขมัน (skinfold caliper) ซึ่งผ่านการทดสอบเทียบค่ามาตรฐานก่อนนำไปใช้ และการวิจัยนี้มีการใช้ตลับเมตรในการวัดความสูงของเข่า และใช้สายวัดที่เป็น

ไฟเบอร์กลาสในการวัดความยาวรอบบ้องและรอบแขน เพื่อทดสอบความแม่นยำโดยวัดเทียบกับตลับเมตร เนื่องจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงไม่สามารถยืนเพื่อวัดความสูงได้ จึงใช้วิธีการวัดสัดส่วนร่างกาย เพื่อนำไปคำนวณโดยใช้สมการทำนายส่วนสูงและน้ำหนัก แล้วคำนวณเป็นค่าดัชนีมวลกาย เพื่อนำไปแทนค่าในแบบประเมินภาวะโภชนาการ (Dudex, 2018; World Health Organization, 2004)

การพิทักษ์สิทธิ์ การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เลขที่รับรอง 1/2563 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2563 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ตัวอย่างรับทราบ โดยตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายหลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่และลงตีพิมพ์แล้ว เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิ์ของตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. ขั้นเตรียมการ ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยนำจดหมายขออนุญาตเก็บข้อมูลส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย

2. ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 คัดกรองตัวอย่างวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้าและการคัดออก

2.2 เก็บข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสอบถามโดยใช้การสัมภาษณ์และสอบถามผู้สูงอายุ แล้วจัดบันทึกข้อมูล

2.3 ประเมินภาวะโภชนาการโดยการสัมภาษณ์และการตรวจร่างกาย ได้แก่ การวัดส่วนสูงและชั่งน้ำหนักเพื่อหาค่าดัชนีมวลกายในกรณีที่ไม่สามารถชั่งน้ำหนักหรือวัดส่วนสูงได้ ให้วัดความสูงเข้าด้วยตลับเมตร โดยวัดในท่าชันเข่าตั้งฉาก 90 องศาทั้ง 2 ข้าง (Duangjina & Panuthai,

2020) และวัดเส้นรอบวงแขน เส้นรอบวงบ้องด้วยสายวัดไฟเบอร์กลาสทั้ง 2 ข้าง แล้วหาค่าเฉลี่ย หลังจากนั้น บันทึกความหนาของไขมันใต้ผิวหนังด้วย skinfold caliper บริเวณ กล้ามเนื้อ biceps, triceps, sub-scapular, และ supra-iliac ซึ่งในการวิจัยนี้ทำการวัดแต่ละตำแหน่งซ้ำ 2 ครั้ง แล้วจึงหาค่าเฉลี่ย เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดไปคำนวณในสมการหาความสูงและน้ำหนัก จะได้ค่าดัชนีมวลกายแล้วนำไปแทนค่าในแบบประเมินภาวะโภชนาการ (MNA) เพื่อคัดกรองภาวะโภชนาการ ซึ่งการวิจัยนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 – 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis)

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน 135 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 63 มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.10 สถานภาพสมรส ร้อยละ 54.07 พักอาศัยร่วมกับบุตรหลานและญาติ ร้อยละ 81.48 มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาท ต่อเดือนร้อยละ 94.81 มีโรคประจำตัว 1 - 3 โรค ร้อยละ 60.74

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยนำพบว่าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับมาก ($M = 13.29$, $SD = 1.37$) และมีการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 7.96$, $SD = .21$)

ปัจจัยเอื้อพบว่าผู้สูงอายุมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในระดับมาก ($M = 9.26$, $SD = 1.74$) โดยชุมชนมีแหล่งจำหน่ายหรือผลิตน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอต่อการบริโภคในแต่ละวันในระดับมากร้อยละ 67.41 มีแหล่งจำหน่ายอาหารที่สามารถเข้าถึงในเวลาไม่เกิน 20 นาที หรือในระยะทางไม่เกิน 1 กิโลเมตรในระดับมากร้อยละ 65.19 ได้รับสวัสดิการงบประมาณจากชุมชน หน่วยงานของ

ภาครัฐและเอกชนสนับสนุนอย่างเพียงพอในระดับปานกลางร้อยละ 55.56 และในชุมชนมีร้านจำหน่ายสินค้าอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 40.74 ส่วนการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $SD = .19$) ส่วนใหญ่ประกอบอาหารเอง ด้านการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 10.05$, $SD = 3.15$) โดยที่พักอาศัยอยู่ไกลจากสถานบริการสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 67.41 ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 54.81 ได้รับการดูแลในระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) อย่างต่อเนื่อง โดยทีมเยี่ยมบ้านจากสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัวในระดับปานกลางร้อยละ 52.59 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือมาตรวจตามนัด หรือการได้รับยาประจำตัว อย่างต่อเนื่องในระดับปานกลางร้อยละ 51.85 ไม่เคยได้รับการอบรมให้ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง การจัดสวัสดิการและการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้สูงอายุในระดับปานกลางร้อยละ 51.11 มีอุปสรรคและความยากลำบากในการเดินทางเพื่อเข้าไปรับบริการด้านสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 49.63 และได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนและอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (care giver) อย่างต่อเนื่องในระดับมากร้อยละ 49.63

ปัจจัยเสริมพบว่าผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำคำชี้แจงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = 1.77$) และได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครผู้สูงอายุหรือ อสม.เป็นประจำร้อยละ 56.30 รองลงมา คือ เพื่อนบ้านและบุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง หรือบุตรหลาน ร้อยละ 55.56 และ 53.33 ตามลำดับ ส่วนด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการจากสื่อต่าง ๆ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 4.12$

, $SD = 2.65$) ได้รับจากโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมา คือ อสม. ผู้ดูแล ประชาชนชาวบ้าน เจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพ วิทยุกระจายเสียงในชุมชน และโปสเตอร์ ป้ายประกาศ แผ่นพับต่าง ๆ

พฤติกรรมบริการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีพฤติกรรมบริการบริโภคอาหารโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.78$, $SD = .29$)

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบว่ามีภาวะขาดสารอาหารมากที่สุดร้อยละ 80.00 รองลงมา คือ เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 16.30 และมีภาวะโภชนาการปกติเพียงร้อยละ 3.70

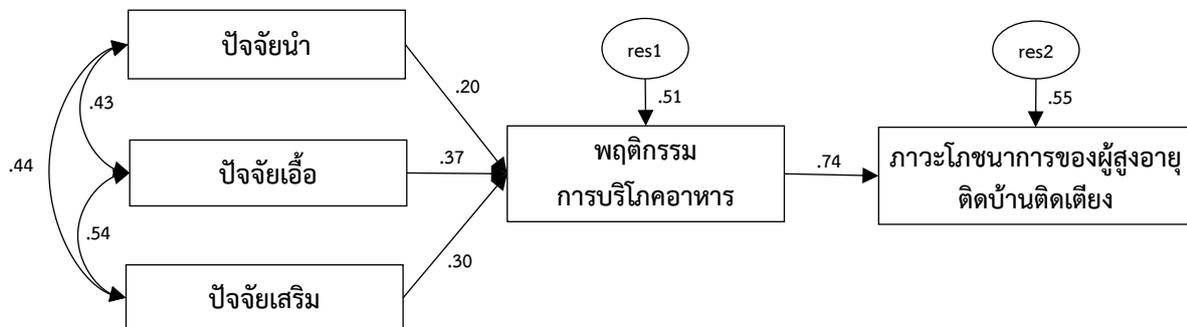
ผลการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย (Path analysis) ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตามแนวคิดทฤษฎีของ PRECEDE Model พบว่าโมเดลปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 = 5.837$, $\chi^2/df = 1.946$, $p = .120$, $CFI = .990$, $GFI = .983$, $RMSEA = .084$) (ภาพ 2) เพราะค่า χ^2/df น้อยกว่า 2.00 ค่าดัชนี CFI และ GFI มีค่าเข้าใกล้ 1.00 ค่าดัชนี $RMSEA$ มีค่าอยู่ในช่วงระหว่าง .05 – 1.00 (Hox, Moerbeek, & van de Schoot, 2018) ดังนั้น ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมบริการบริโภคอาหารสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้ ร้อยละ 55

เมื่อพิจารณาขนาดอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง พบว่า พฤติกรรมบริการบริโภคอาหารมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อภาวะโภชนาการด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลของพฤติกรรมบริการบริโภคอาหารเท่ากับ .74 ($p < .001$) หมายความว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมบริการบริโภคอาหารที่ดีจะมีภาวะโภชนาการที่ดี ส่วนอิทธิพล

ทางอ้อม พบว่า ปัจจัยนำมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อภาวะโภชนาการ โดยส่งผ่านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .15 ($p < .01$) ส่วนปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อภาวะโภชนาการโดยส่งผ่านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .27 ($p < .001$) ปัจจัยเสริมมีอิทธิพลทางอ้อมเชิงบวกต่อภาวะโภชนาการผ่านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ .22 ($p < .001$) หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้และการรับรู้ที่ดี ได้รับปัจจัยเอื้อ

และมีปัจจัยเสริมที่ดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี และส่งผลต่อภาวะโภชนาการที่ดี ดังตาราง 1

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากภาพ 2 พบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง โดยปัจจัยนำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสริม และปัจจัยนำมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยเสริมด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .43, .54 และ .44 ตามลำดับ



$$\chi^2 = 5.837, \chi^2/df = 1.946, p = .120, CFI = .990, GFI = .983, RMSEA = .084$$

หมายเหตุ: การวิจัยนี้วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Amos เวอร์ชัน 17.0

res1 คือ ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
res2 คือ ความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีต่อภาวะโภชนาการ

ภาพ 2 โมเดลเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง

ตาราง 1 อิทธิพลของเส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ ($n = 135$)

ปัจจัย	พฤติกรรม การบริโภคอาหาร			ภาวะโภชนาการ		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE
ปัจจัยนำ	.20***	-	.20***	-	.15**	.15**
ปัจจัยเอื้อ	.37***	-	.37***	-	.27***	.27***
ปัจจัยเสริม	.30***	-	.30***	-	.22***	.22***
พฤติกรรม การบริโภคอาหาร	-	-	-	.74***	-	.74***

$$\chi^2 = 5.837, \chi^2/df = 1.946, p = .120, CFI = .990, GFI = .983, RMSEA = .084$$

** $p < .01$, *** $p < .001$, DE = อิทธิพลทางตรง, IE = อิทธิพลทางอ้อม, TE = อิทธิพลรวม

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ได้รับข้อมูลสุขภาพผ่านช่องทางโทรทัศน์ที่ผู้สูงอายุเข้าถึงได้เป็นประจำ ส่วนสาเหตุที่การรับรู้ในระดับมากอาจเนื่องจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในการวิจัยนี้ได้รับการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนมีระดับภาวะสมองปกติและมีความจำดีทำให้กระบวนการรับรู้และความรู้ที่อยู่ในระดับมากเช่นกัน

ปัจจัยเอื้อพบว่าผู้สูงอายุมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่การเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในการศึกษานี้อยู่ในเขตเมืองจึงมีโอกาสเข้าถึงแหล่งอาหารที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้ง่าย เช่น ตลาด ร้านอาหาร หรือการประกอบอาหารเอง ชุมชนมีแหล่งจำหน่ายหรือผลิตน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอต่อการบริโภคในแต่ละวัน รวมถึงการได้รับสวัสดิการ งบประมาณจากชุมชนหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนสนับสนุนอย่างเพียงพอ อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการสุขภาพและการได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสหสาขาวิชาชีพหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง ยังมีอุปสรรคและผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเดินทางเพื่อเข้าไปรับบริการสุขภาพ โดยในเขตเมือง จังหวัดเชียงรายมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทในการจ่ายยาโรคประจำตัวจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือจากโรงพยาบาลศูนย์ให้กับผู้สูงอายุที่บ้านได้ จึงช่วยลดอุปสรรคในการเดินทาง ประกอบกับเป็นช่วงที่มีการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อสม. จึงมีบทบาทช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนได้

ค่อนข้างมาก ดังนั้นการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจึงอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยเสริมพบว่าผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำคำชี้แจงชมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในระดับมาก เนื่องจากในเขตเมือง จังหวัดเชียงรายมีการเยี่ยมบ้านจากสหสาขาวิชาชีพ และทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับมีการเสริมพลังด้วยคำชี้แจงจึงทำให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับกำลังใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ พบว่าบางชุมชนมีการมอบรางวัลหรือประกาศเกียรติคุณให้กับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีอายุ 90 ปีขึ้นไปแสดงถึงการได้รับปัจจัยเสริมที่ดี แต่ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและโภชนาการจากสื่อต่าง ๆ ที่อยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในวัยที่ร่างกายมีการเสื่อมถอย บางรายอาจมีข้อจำกัดในการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ แม้ว่าจะได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์มากที่สุดก็ตาม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารพบว่าผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Duangjina et al. (2020) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบทั้งหมดจะมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ในการวิจัยนี้ยังพบว่าการที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายโรคอาจทำให้เป็นข้อจำกัดในการรับประทานอาหารจึงส่งผลต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหารมากที่สุด รองลงมา คือ เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และมีภาวะโภชนาการปกติน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Torres et al. (2014) และ Ponpai et al. (2016) ที่พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงจะมีภาวะทุพโภชนาการและมีความสามารถในการบริโภคอาหารจำกัดเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันที่เสื่อมตามวัย

รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยและส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง อาจทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มติดบ้านติดเตียงได้รับพลังงาน และสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีนไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย (Heather, Carrier, Slaughter, Lengyel, & Steele, 2017) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีโรคประจำตัว 1 - 3 โรค ทำให้ต้องรับประทานยาโรคประจำตัวจำนวนมาก จึงมีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการได้เช่นกัน (Tamang et al., 2019)

2. ผลการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุตามแบบจำลอง PRECEDE Model โดยมีปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้ภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี โดยมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเป็นตัวส่งผ่านความสำเร็จ ซึ่งตัวแปรทั้งหมดในโมเดลการวิจัยนี้ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้มากถึงร้อยละ 55 อาจเนื่องจากผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในการวิจัยนี้อาศัยอยู่ในเขตเมือง การเข้าถึงองค์ความรู้ด้านโภชนาการสามารถเข้าถึงสื่อที่หลากหลายจากช่องทางต่าง ๆ รวมทั้งการที่ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเอื้อ ทำให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหาร การมีแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

เมื่อพิจารณาเส้นทางอิทธิพลจากโมเดลในภาพ 2 และ ตาราง 1 พบว่า ปัจจัยนำประกอบด้วยความรู้และการรับรู้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการโดยส่งผ่านพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า ความรู้และการรับรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญต่อการแสดงพฤติกรรม และมีผลต่อภาวะโภชนาการของ

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยความรู้เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรม ส่วนการรับรู้คือ การที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระทบประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วเกิดการส่งสัญญาณไปแปลผลที่สมองซึ่งการรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลต่อการกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Green & Kreuter, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กันและสามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุได้ (Chumkaew & Rungsayatom, 2014; Mekwimon, 2012; Pruksa, 2016; Sriaugsorn & Kamjanawasi, 2009; Suntorn et al., 2012)

ปัจจัยเอื้อประกอบด้วยการมีทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสามารถส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการผ่านพฤติกรรมบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลรวมสูงที่สุดในบรรดา 3 ปัจจัยที่ส่งผ่านพฤติกรรมบริโภค ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเข้าถึงทรัพยากรที่เอื้อต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีความจำเป็นต่อการแสดงพฤติกรรม การที่บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการใช้ทรัพยากรจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน ซึ่งในการศึกษานี้ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมืองจึงมีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Mekwimon (2012) พบว่าทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้สูงอายุและกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริมประกอบด้วยการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและการได้รับคำแนะนำคำชื่นชมมีอิทธิพลทางอ้อมต่อภาวะโภชนาการ ผ่านพฤติกรรมบริโภค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเป็นลำดับรองลงมา อาจเนื่องจาก ผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ได้รับปัจจัยเสริมที่ดีจากการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อโทรทัศน์มากที่สุด และการได้รับคำแนะนำคำชี้แจงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จากสาขาวิชาชีพ เพื่อนบ้าน ชุมชน ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriaugsorn and Karnjanawasi (2009) ที่พบว่าปัจจัยเสริมด้านครอบครัว และเพื่อนสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ และการศึกษาของ Rojpaisamkit (2016) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้น กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนควรมีการออกแบบและวางแผนร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีอิทธิพลทางตรงต่อภาวะโภชนาการ ด้วยค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลขนาดมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงด้วย สอดคล้องกับ Duangjina and Panuthai (2020) ที่กล่าวถึงความสำคัญของการประเมิน การคัดกรอง และการใช้กลยุทธ์ส่งเสริมภาวะโภชนาการ โดยผู้สูงอายุจะไม่เกิดภาวะทุพโภชนาการหากได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี

ดังนั้น ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงควรได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ควบคู่กับการส่งเสริมปัจจัยนำที่เป็นความรู้ และการรับรู้ประโยชน์ รวมทั้งปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อให้ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีภาวะโภชนาการดีและมีคุณภาพชีวิตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลชุมชนควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพให้มากขึ้น ร่วมกับการให้รางวัล ประกาศเกียรติคุณ หรือคำชมให้กับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและมีภาวะโภชนาการที่ดีเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมในระยะยาว
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานภาครัฐ เอกชนที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำแผนงานและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ รวมทั้งโอกาสในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Abellan, G. V., & Vellas, B. (2011). Is the mini nutritional assessment an appropriate tool to assess frailty in older adults. *Journal of Nutrition, Health & Aging, 15*(3), 159-160.
- Agarwalla, R., Saikia, A. M., & Baruah, R. (2015). Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. *Journal of Family and Community Medicine, 22*(1), 39-43.
- Aekplakom, W., Pukcharoen, H., Thaikla, K., & Sathiennoppaklae, W. (2016). *The 5th National Health Examination Survey in Thailand 2014*. Nonthaburi: Health System Research Institute.
- Chiang Rai Provincial Public Health Office. (2016). *Elderly statistics*. Retrieved from http://61.19.32.29/hdc/main/index_pk.php
- Chumkaew, K., & Rungsayatorn, S. (2014). Knowledge, attitude, and food consumption behavior of the elderly in Songkhla province. *Kasetsart Journal of Social Sciences, 35*(1), 16-29.
- Department of Health. (2020). *Long term care*. Retrieved from <http://eh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=LongTremCare>
- Duangjina, T., & Panuthai, S. (2020). Nursing intervention for improving nutritional status in older persons. *Nursing Journal, 47*(3), 469-480.
- Duangjina, T., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2020). Food consumption behaviors and nutritional status in dependent older persons. *Nursing Journal, 47*(1), 231-241.
- Dudex, S. G. (2018). *Nutrition essential for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.

- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2019). *Situation of Thai elderly 2016*. Bangkok: Deuan Tula Printing House.
- Gray, R., Pattaravanich, U., Chamchan, C., & Suwannopkiao, R. (2013). *New concept of older persons: The psychosocial and health perspective*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and environmental approach* (4th ed). New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Heather, H. K., Carrier, N., Slaughter, S. E., Lengyel, C., & Steele C. M. (2017). Prevalence and determinants of poor food intake of residents living in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(11), 941-947.
- Hox, J. J., Moerbeek, M., & van de Schoot, R. (2018). *Multilevel analysis: Quantitative methodology series, techniques and applications* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY: Guilford publications.
- Maneerat, W., Laowongsa, J., Kunaan, K., Paisarn, S., & Leumteum, K. (2017). Food consumption behavior of the elderly: Case study of Mae Khaw Tom sub-district, Muang district, Chiang Rai Province. *Kasalongkham Research Journal, 11*(3), 135-143.
- Mekwimon, W. (2012). *Factors related to food consumption behavior of the elderly in Samutsongkram Province* (Research Report). Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University.
- Ministry of Public Health. (2021). *Manual for screening and assessing elderly health 2021*. Retrieved from http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf
- Muurinen, S., Soini, H., Suominen, M., & Pitkälä, K. (2010). Nutritional status and psychological well-being. *e-SPEN, the European e-Journal of Clinical Nutrition and Metabolism, 5*(1), 26-29.
- Office of the National Economic and Social Development Council. (2015). *Population statistics*. Retrieved from <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=social>
- Panutat, S., Chuto, C., Nuntawan, C., Pumsrisawat, A., & Pruksacheva, T. (2017). Caring for the elderly with malnutrition. *Journal of Ratchathani Innovative Health Sciences, 1*(1), 1-15.
- Ponpai, S., Techakriengkrai, T., & Limsuwan, T. (2016). Nutritional status of well elder, home bound elder and bed bound elder at Wiset Chai Chan District, Ang Thong Province. *Journal of Home Economics, 59*(3), 48-60.
- Pruksa, S. (2016). *Factors affecting food consumption behaviors of elderly in Northeast Thailand*. Retrieved from <https://doi.thaihealth.or.th/Media/Index/775b682f-4446-ea11-80e8-00155d09b41f#>
- Rojpaisarnkit, K. (2016). Factors Influencing health promoting behaviors of Thai elderly: A case study of middle old age in Samut Prakan Province. *Journal of nursing Science Chulalongkorn University, 28*(3), 68-83.
- Rourke, K. M. (2015). Nutrition. In S. E. Meiner (Ed.). *Gerontological nursing* (5th ed.) (pp.181-201). Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Skates, J. J., & Anthony, P. S. (2012). Identifying geriatric malnutrition in nursing practice The Mini Nutritional Assessment (MNA®)-An evidence-based screening tool. *Journal of Gerontological Nursing, 38*(3), 18-27.
- Sriaugsorn, T., & Karnjanawasi, T. (2009). Factors related to food consumption behavior of the elderly in Bangkok. *Journal of Sport Science and Health, 10*(3), 57-65.
- Suntorn, S., Mitrakol, P., & Jitaram, P. (2012). *Factors related to food consumption behavior of the elderly in Nongbho subdistrict, Song Phi Nong district, Suphan buri province*. Suphanburi: Sirindhorn College of Public Health.
- Tamang, M. K., Yadav, U. N., Hosseinzadeh, H., Kafle, B., Paudel, G., Khatiwada, S., & Sekaran, V. C. (2019). Nutritional assessment and factors associated with malnutrition among the elderly population of Nepal: A cross-sectional study. *BMC research notes, 12*(1), 1-5.
- Torres, M. J., Dorigny, B., Kuhn, M., Berr, C., Barberger-Gateau, P., & Letenneur, L. (2014). Nutritional status in community-dwelling elderly in France in urban and rural areas. *PLOS ONE, 9*(8), 1-8.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2015). *World population prospects: The 2015 revision*. Retrieved from https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf
- World Health Organization. (2004). Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *The Lancet, 363*(9403), 157-163.