

พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง Food Consumption Behaviors and Nutritional Status in Dependent Older Persons

ฐิตินันท์	ดวงจินา *	Thitinan	Duangjina *
ศิริรัตน์	ปานอุทัย **	Sirirat	Panuthai **
ณัฐยานันท์	สุวรรณคฤหาสน์ **	Nattaya	Suwankruhasn **

บทคัดย่อ

ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 88 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายน พ.ศ. 2560 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกภาวะโภชนาการ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการทดสอบซ้ำ เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ เครื่องวัดความหนาของชั้นไขมันที่ถูกทดสอบเทียบโดยใช้บล็อกมาตรฐาน และสายวัดที่ถูกทดสอบเทียบโดยใช้ตลับเมตร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเกือบทั้งหมดมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง (ร้อยละ 94.3) มีเพียงร้อยละ 2.3 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมาก และร้อยละ 3.4 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาวะโภชนาการปกติ (BMI 18.5-22.9 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 37.5 และภาวะโภชนาการเกิน (BMI > 23 กก./ตร.ม.) ร้อยละ 32.9 ขณะที่ร้อยละ 29.6 มีภาวะพร่องโภชนาการ (BMI < 18.5 กก./ตร.ม.)
3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .233$ $p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทางสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

Malnutrition is a problem found in dependent older persons. This research study aimed to explore food consumption behaviors, nutritional status and to find the relationships among these variables. The sample included 88 dependent older persons residing in the Mueang district of

* พยาบาลวิชาชีพ

* Registered Nurse, hip_nim@hotmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 18 พฤศจิกายน 2559 วันที่แก้ไขบทความ 10 เมษายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 4 กรกฎาคม 2560

Chiang Mai province, from February to April 2017. Purposive sampling was used. Data were collected using a demographic data recording form, a nutritional recording form, food consumption behaviors of dependent older persons questionnaire tested quality of instrument by using content validity and test-retest reliability and equipment including a skin fold caliper calibrated by using standard block and measuring tape calibrated by using steel measuring tape. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson product-moment correlation statistics.

The results showed that:

1. Almost all dependent older persons (94.3%) were found to have a moderate level of food consumption behaviors. Only 2.3% and 3.4% of dependent older persons reported most appropriate and low level of food consumption behaviors.
2. Dependent older persons have normal nutritional status (BMI 18.5-22.9 kg/m²) 37.5% and over nutritional status (BMI > 23 kg/m²) 32.9 %, while 29.6% were under nutritional status (BMI < 18.5 kg/m²).
3. Food consumption behaviors of dependent older persons were slightly and positively correlated with nutritional status ($r = .233$ $p < .05$).

These study results may be beneficial to both health personnel working in hospitals and in the community in promoting nutritional status of dependent older persons by modifying food consumption behaviors for improvement.

key word: Food Consumption Behaviors, Nutritional Status, Dependent Older Persons

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์ทั่วโลกพบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (World Health Organization [WHO], 2015) จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมตามกระบวนการสูงวัยหรืออาจร่วมกับการมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้มีภาวะพึ่งพิงเกิดขึ้น จากรายงานสถานการณ์ความต้องการการดูแลระยะยาวของไทย ในปี พ.ศ. 2556 พบสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 20.5 และสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งหนึ่งในสามเป็นผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 75 ปี ทั้งนี้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นโดยเพิ่มจาก 1.96 ล้านคน ในปี 2557 เป็น 2.78 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2567 โดยที่ร้อยละ 90 เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง

บางส่วน และร้อยละ 10 เป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด (Srithamrongsawat, Bundhamcharoen, Sasat, Odton, & Ratkjaroenkhajorn, 2009) จะเห็นได้ว่าจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจึงเป็นปัญหาที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญ

ภาวะพึ่งพิง (dependency) เป็นภาวะที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งต้องการความรัก ความอบอุ่น และความเอาใจใส่ดูแลโดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วยกิจกรรมในบ้าน ได้แก่ การเคลื่อนที่ในบ้าน การล้างหน้าแปรงฟัน การอาบน้ำ การใช้ห้องน้ำ การลุกนั่ง การสวมเสื้อผ้า การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ การขึ้นลงบันได และการรับประทาน (Wade & Collin, 1988) ซึ่งการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทาง

กายลดลง ประกอบกับการที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้อาจมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการ (nutritional status) หมายถึง ภาวะร่างกายของบุคคลอันเป็นผลมาจากสารอาหารต่าง ๆ ที่ร่างกายได้รับจากการบริโภคหรือระดับสารอาหารในร่างกายและความสามารถของสารอาหารที่จะรักษาสมดุลของการเผาผลาญให้เป็นปกติ (Bender, 2009) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะโภชนาการปกติ (normal nutrition) และภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ภาวะโภชนาการปกติ หมายถึง ภาวะร่างกายอันเป็นผลมาจากการได้รับสารอาหารจากการบริโภคที่เหมาะสม และร่างกายสามารถใช้ประโยชน์จากสารอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนภาวะทุพโภชนาการประกอบด้วย ภาวะพร่องโภชนาการ (under nutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (over nutrition) ภาวะโภชนาการเกินเกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหารเกินความต้องการ ส่วนภาวะพร่องโภชนาการเกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ โดยเฉพาะโปรตีนและพลังงาน (Mann & Truswell, 2017)

ภาวะโภชนาการปกติเป็นความสมดุลของพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวันกับพลังงานที่ได้รับ ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเกิดความไม่สมดุลได้จากพลังงานที่ใช้ไปในแต่ละวันลดลง เนื่องจากการมีกิจกรรมทางกายที่ลดลงเพราะมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้เสี่ยงต่อการมีภาวะโภชนาการเกิน (Bernstein & Munoz, 2019) ส่วนพลังงานที่ได้รับต่อวันอาจไม่สมดุล เนื่องจากได้รับปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมกับสภาวะของร่างกาย ซึ่งอาจเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ความชอบ ชนิด ปริมาณและความถี่ในการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถเดินหรือการเคลื่อนที่ออกจากบ้าน ไม่สามารถใช้บริการรถโดยสาร ออกนอกบ้านด้วยตนเองหรือการที่ไม่สามารถหาเงินได้ ทำให้การออกไปซื้ออาหารด้วยตนเองมีความยากลำบากมากขึ้นและอาจทำให้เข้าไม่ถึงอาหารที่มีคุณภาพ

ประกอบกับการที่ไม่สามารถเตรียมหรือปรุงอาหารเองได้จึงทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารที่ตนเองต้องการส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง (Mattayaruk, 2014) อีกทั้งมีความไม่แน่นอนว่าจะรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่ต่อวันหรือไม่ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางโรค เช่น โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายซึ่งอาจสูญเสียโปรตีนจากการฟอกเลือด หากบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอก็อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้นได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมนำมาสู่การได้รับปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอ และไม่ครบถ้วน จนกระทั่งอาจทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ (Mann & Truswell, 2017)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (food consumption behaviors) หมายถึง การกระทำของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริโภคอาหาร รวมทั้งกระบวนการตัดสินใจที่เกิดขึ้นก่อนและปัจจัยที่ทำให้เกิดการตัดสินใจขึ้น (Wannawong, 2009) ประกอบด้วย จำนวนมื้ออาหารที่บริโภค ลักษณะอาหารที่บริโภค อาหารที่งดหรือหลีกเลี่ยงรสชาติอาหาร ชนิดและปริมาณในการบริโภคอาหารในแต่ละวัน ซึ่งการจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีนั้น ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารมีลักษณะน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ลักษณะอาหารควรเป็นอาหารที่เคี้ยวและย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันในปริมาณที่มาก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียม และอาหารไม่ควรมีรสจัด อาหารที่ควรรับประทาน เช่น อาหารคาร์โบไฮเดรตควรมาจากข้าวกล้องหรือธัญพืช โปรตีนควรมาจากเนื้อปลา ถั่วเหลือง และควรรับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (World Health Organization [WHO], 2002) ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้นจึงขึ้นอยู่กับชนิด ความถี่ และลักษณะของอาหารที่บริโภคที่ต้องง่ายต่อการเคี้ยวและกลืนจึงจะทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายสามารถใช้ประโยชน์จากสารอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเก็บสะสมเป็นมวลของร่างกาย หรืออาจกล่าวได้ว่าหากมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีคือถูกต้องตามหลัก

โภชนาการและเหมาะสมกับโรคแล้วก็จะทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามไปด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุทั่วไป และพบความสัมพันธ์ทางบวกดังศึกษาการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารกลุ่มแป้งและน้ำตาลมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (Phantha, 2009) และการศึกษาของ Howarth, Huang, Roberts, Lin, & McCrory (2007) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการรับประทานอาหารและดัชนีมวลกายในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การบริโภคอาหารที่ให้พลังงานและความถี่ในการบริโภคอาหารมากกว่า 3 ครั้งต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับดัชนีมวลกาย ดังนั้นจะเห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีผลโดยตรงกับภาวะโภชนาการและมีความแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่นขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียม ประเพณี และความเชื่อ (Ma, 2015) จึงทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในต่างประเทศและในประเทศไทยมีความแตกต่างกันซึ่งอาจทำให้มีภาวะโภชนาการที่มีความแตกต่างกันด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นพบเพียงการศึกษาในต่างประเทศ ส่วนในประเทศไทยนั้นยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่พบในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดีและเจ็บป่วยในชุมชน และผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมภาวะโภชนาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถออกไปซื้ออาหารหรือประกอบอาหารได้ด้วยตนเองส่งผลให้ไม่ได้รับอาหารที่ตนเองต้องการและไม่สามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพจึงทำให้เสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมได้ ซึ่งการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของอาหารที่บริโภคที่ต้องครบถ้วนและเหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ ความถี่ในการบริโภคอาหารซึ่งผู้สูงอายุควรเพิ่มความถี่ของมื้ออาหารจึงจะทำให้ได้รับปริมาณสารอาหารที่เพียงพอเนื่องจากผู้สูงอายุมีการหลั่งฮอร์โมนจากลำไส้เล็กลดลง ทำให้ระยะเวลาอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น กระเพาะอาหารยืดขยายได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงรู้สึกอิ่มเร็ว ส่วนลักษณะของอาหารต้องเคี้ยวและกลืนง่ายเนื่องจากจำนวนฟันและคุณภาพฟันลดลง ผู้สูงอายุจึงรับประทานอาหารประเภทกากใยและเนื้อสัตว์ได้ลำบากซึ่งอาจทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน ประกอบกับการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการกลืนลดลง ผู้สูงอายุจึงกลืนอาหารได้ลำบาก ดังนั้นลักษณะอาหารจึงต้องมีความชุ่มชื้น เพื่อให้ผู้สูงอายุกลืนได้ง่ายจึงจะได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอ กล่าวคือการรับประทานอาหารที่มีชนิดของอาหาร ความถี่ และลักษณะที่เหมาะสม รวมทั้งปริมาณอาหารที่เพียงพอ

พอ คือการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายสามารถใช้ประโยชน์จากสารอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเก็บสะสมเป็นมวลของร่างกายในปริมาณที่พอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีตามมาด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะพึ่งพิง อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ คือมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน และผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง คือมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5-11 คะแนน ประเมินโดยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เรลเอ็ดแอลของ Department of Health, Ministry of Public Health (n.d.) และอาศัยอยู่กับผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการเลือกซื้อและประกอบอาหารโดยผู้ดูแลมีคุณสมบัติคือ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ประเมินโดยใช้แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญา (mental status questionnaire) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck (1960) ต้องได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบ (power analysis) จากการเปิดตาราง (Polit & Beck, 2008) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 88 คน กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 48 คน และกลุ่มติดเตียง 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ชุด ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น (2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม

การบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถามปลายปิดจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ ชนิดของอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง 9 ข้อ ความถี่ในการบริโภคอาหาร 1 ข้อ ปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน 7 ข้อ และลักษณะอาหารที่บริโภค 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-72 คะแนน แบ่งกลุ่มคะแนนทั้งหมดออกเป็น 3 ช่วงโดยใช้วิธีการหาอันตรภาคชั้น (Jirojkul, 2005) ได้แก่ คะแนนรวม 49-72 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมาก คะแนนรวม 25-48 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง คะแนนรวม 0-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (3) เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ ได้แก่ เครื่องวัดความหนาของชั้นไขมัน และสายวัด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถยืนเพื่อชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้จึงใช้วิธีวัดสัดส่วนต่าง ๆ แล้วเข้าสมการทำนายส่วนสูงและน้ำหนักเพื่อนำไปคำนวณดัชนีมวลกาย (4) แบบบันทึกภาวะโภชนาการ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นซึ่งเป็นการบันทึกสัดส่วนต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณใต้กระดูกสะบักขวา ส่วนสูงของเข่าซ้าย เส้นรอบกึ่งกลางแขนซ้ายส่วนบน และเส้นรอบวงน่องซ้าย เพื่อประมาณน้ำหนักและส่วนสูง โดยนำน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองได้เป็นค่าดัชนีมวลกายแปลความหมายตาม Institute of Geriatric Medicine (2004) และ Thai Health Promotion Foundation (2012)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้แก่ (1) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมได้ 0.97 และตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการทำ test-retest reliability ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.83 (2) เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ แบบสายวัดเป็นไฟเบอร์กลาส ตรวจสอบ

ความแม่นยำโดยวัดเทียบกับตลับเมตรในผู้สูงอายุจำนวน 20 คน ส่วนเครื่องวัดความหนาไขมันใต้ผิวหนังใช้แรงกด 10 กรัม/มิลลิเมตร ทำการทดสอบเทียบก่อนนำไปใช้โดยการใช้อีกมาตรฐาน และผู้วิจัยได้ทดสอบการวัดสัดส่วนต่าง ๆ กับผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความเชื่อมั่น inter-rater reliability เท่ากับ 1.0 (3) สมการทำนายส่วนสูงได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำโดย Chumlea, Roche, & Steinbaugh (1985) และสมการทำนายน้ำหนักได้รับการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำโดย Chumlea, Guo, Roche, & Steinbaugh (1988)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยและชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ และการดำเนินการวิจัยนี้ไม่เป็นการให้บริการทางสาธารณสุข ผู้สูงอายุและผู้ดูแลจะไม่เสียประโยชน์ใด ๆ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างรวมถึงการรักษาพยาบาลที่ได้รับในปัจจุบัน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลลงนามในใบยินยอมหรือพิมพ์ลายนิ้วมือเพื่อเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถซักถามได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการวิจัย
2. ผู้วิจัยได้เข้าพบพยาบาลผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สักรวรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามภาวะพึ่งพิงในระบบฐานข้อมูล และนัดหมายวันเวลาเพื่อพบผู้สูงอายุที่บ้าน
3. ผู้วิจัยและ อสม. เข้าพบผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอคำยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล

4. ผู้วิจัยทำการประเมินภาวะพึ่งพิงซ้ำในผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอ็ดแอลของกรมอนามัย และประเมินสติปัญญาในผู้ดูแล เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

4.1 ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

4.2 ผู้วิจัยวัดความหนาของชั้นไขมันใต้กระดูกสะบักขวา ส่วนสูงของเข่าซ้าย เส้นรอบวงกึ่งกลางแขนซ้ายส่วนบน และเส้นรอบน่องซ้ายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 3 ครั้ง นำมาหาค่าเฉลี่ยแล้วเข้าสมการประมาณหาน้ำหนักและส่วนสูง จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสำหรับคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ นำข้อมูลที่ได้ทุกชุดไปทดสอบการแจกแจงด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) พบว่ามีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติจึงได้ใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ในการหาความสัมพันธ์ และโดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ของ Burns & Grove (2009)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิงร้อยละ 58.00 เพศชายร้อยละ 42.00 อายุเฉลี่ย 76 ปี (SD= 11.52) โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปีถึงร้อยละ 38.60 กลุ่มตัวอย่างกว่า

ครึ่งมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 52.30) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (ร้อยละ 58.00) ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลักเป็นบิดาหรือมารดา (ร้อยละ 56.80) และสถานภาพสมรส หม้ายหรือหย่า (ร้อยละ 63.60) มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน, > 4 คน, และ 1-2 คน ร้อยละ 50.00, 26.10, และ 23.90 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยของตนเองต่อเดือน 3,437.50 บาท (SD= 6,107.74) และส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท (ร้อยละ 84.10) แหล่งที่มาของรายได้มาจากเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 63.60 รองลงมาคือมาจากเบี้ยยังชีพและบุตรหลาน ร้อยละ 21.60 และแหล่งที่มาของอาหารคือประกอบเองและซื้อ ร้อยละ 48.80

ข้อมูลความเจ็บป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.10) ร้อยละ 14.80 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 13.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคอื่น ๆ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวทั้งหมดได้รับยาและได้ยารับประทานมากกว่า 5 ชนิดขึ้นไป ร้อยละ 27.30 รองลงมาคือได้รับยารับประทาน 3 ชนิด ร้อยละ 21.60 ส่วนใหญ่ได้รับยาลดความดันโลหิต (ร้อยละ 75.70) และรองลงมาได้รับยากลุ่มวิตามิน/แร่ธาตุ (ร้อยละ 50.00) ประมาณหนึ่งในสามได้รับยาลดไขมัน (37.80) และด้านการแข็งตัวของเลือด (33.80) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 83.00) และได้รับการเยี่ยมบ้าน (ร้อยละ 87.50) โดยผู้เยี่ยมเป็น อสม. พยาบาล และนักกายภาพบำบัด ร้อยละ 94.80, 76.60, และ 13.00 ตามลำดับ ซึ่งร้อยละ 36.40 ได้รับการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้งใน 2 สัปดาห์ กิจกรรมที่ได้รับคือ คำแนะนำ (ร้อยละ 100.00) มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน (ร้อยละ 13.00) และทำแผล (ร้อยละ 2.60)

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$ = 36.38, SD= 7.07) เมื่อพิจารณาคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจำแนกตามกลุ่มพบว่า กลุ่มติดบ้านมีคะแนน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}$ = 38.13, SD= 7.09) และกลุ่มติดเตียงมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลางเช่นกัน ($\bar{X}$ = 35.20, SD= 6.80) หากพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง และด้านลักษณะอาหารที่บริโภคอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ส่วนด้านความถี่ในการบริโภคอาหาร และด้านปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวันอยู่ในระดับไม่เหมาะสม หากจำแนกคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลัก พบว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลักเป็นบิดามารดามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสูงที่สุด คือ 37.02 รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลักเป็นญาติ นายจ้าง และคู่สมรส คือ 36.87 36.80 และ 36.40 ตามลำดับ หากจำแนกคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84.10) มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ 37.50 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ($\bar{X}$ = 33.07) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าเมื่อจำแนกคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามแหล่งที่มาของอาหาร กลุ่มที่ประกอบอาหารเองและซื้อ กลุ่มที่ประกอบอาหารเอง และกลุ่มที่ซื้ออาหารเพียงอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ 37.97 36.51 และ 33.90 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ภาวะโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะโภชนาการปกติ (BMI = 18.5-22.9) เมื่อเทียบกับค่าดัชนีมวลกาย โดยพบว่ามีค่า BMI เฉลี่ย 20.85 กก./ตร.ม. (SD= 6.44) ซึ่งกลุ่มติดบ้านมีค่า BMI เฉลี่ย 21.77 กก./ตร.ม. (SD= 4.45) และกลุ่มติดเตียง มีค่า BMI เฉลี่ย 19.74 (SD= 8.14)

เมื่อพิจารณาระดับความอ้วนและผอมตามดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่น้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 37.50 อ้วน ร้อยละ 22.70 และผอมระดับ 3 ร้อยละ 19.40

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ จากการทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov test พบว่ามีการกระจายของคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ (ค่าดัชนีมวลกาย) เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันในการหาความสัมพันธ์ พบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าดัชนีมวลกายในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .233$ $p < .05$)

การอภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.30) อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{X}=36.80$, $SD=7.07$) อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกว่าครึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลหลักเป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 56.80) ซึ่งในวัฒนธรรมไทยมักปลูกฝังเรื่องความกตัญญูต่เวทีจึงทำให้ลูกต้องดูแลพ่อแม่เมื่อสูงอายุเพื่อเป็นการทดแทนบุญคุณ ซึ่งเป็นแบบอย่างปฏิบัติกันมาจากการที่เห็นพ่อแม่ปฏิบัติต่อบุญตายาย ดังนั้นผู้ดูแลหลักที่เป็นบุตร/หลานของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมักจะเลือก ประุง และจัดหาอาหารที่ถูกหลักโภชนาการให้กับผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่เป็นบิดา/มารดาของผู้ดูแลหลักมีค่าสูงกว่ากลุ่มอื่น ($\bar{X}=37.02$) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มที่เป็นคู่สมรส ญาติ และนายจ้างของผู้ดูแลหลัก คือ 36.40, 36.87, และ 36.80 ตามลำดับ จากการศึกษาอื่นพบว่าหากผู้ดูแลหลักมีความคิดความเชื่อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทางบวก คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นคนที่มีความค่าต่อตนเองและต่อครอบครัว เป็นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นผู้ที่มีพระคุณต่อผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลก็จะให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (Sawatphol, Pengpinit, Senanikorn, & Srisuraphol, 2015) โดยการจัดหาอาหารที่ดีหรือที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ จัดอาหาร

ที่เหมาะสมกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุรวมทั้ง หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันในปริมาณที่มากเกินไปโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว หลีกเลี่ยงอาหารและผลไม้ที่มีรสหวานจัด และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง ดังนั้นโรคประจำตัวก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารคือ 37.50 และกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ย 33.07

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารรายด้านพบว่าชนิดอาหารที่ควรบริโภคและชนิดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และด้านลักษณะอาหารที่บริโภคอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ดูแลทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรคอยู่แล้ว และส่วนใหญ่ประกอบอาหารเอง จึงสามารถเลือกวัตถุดิบและชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ รวมถึงสามารถควบคุมระยะเวลาในการปรุงอาหารให้นานขึ้น จึงทำให้อาหารมีลักษณะอ่อนนุ่ม ทำให้เคี้ยวและกลืนง่าย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่ประกอบอาหารเองและซื้อและกลุ่มที่ประกอบอาหารเองเพียงอย่างเดียว มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร คือ 37.97 และ 36.51 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ซื้ออาหารมีคะแนนเฉลี่ย 33.90 ด้านความถี่ในการบริโภคอาหาร และด้านปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวันนั้นอยู่ในระดับไม่เหมาะสม อาจเนื่องจากผู้ดูแลคิดว่าการจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงบริโภค 3 มื้อเพียงพอกับความต้องการของผู้สูงอายุแล้ว และไม่ทราบว่าควรแบ่งอาหารเป็นมื้อละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งหรือเพิ่มความถี่ของมื้ออาหารให้กับผู้สูงอายุจึงจะทำให้ได้รับปริมาณอาหารที่เพียงพอเพราะการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราทำให้ผู้สูงอายุมีการหลั่งฮอร์โมนจากลำไส้เล็กลดลง ระยะเวลาที่อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารจึงนานขึ้น ประกอบกับกระเพาะอาหารยืดขยายได้น้อยลงผู้สูงอายุจึงรู้สึกอิ่มเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 72.75 รับประทานอาหาร 3 มื้อ (Thanasansakolpob,

2010) นอกจากนี้จากการพูดคุยกับผู้ดูแลยังพบว่า แม้ผู้ดูแลจะจัดหาชนิดของอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และจัดอาหารที่มีลักษณะที่เคี้ยวง่าย กลืนง่าย และกระตุ้นความอยากอาหารให้กับผู้สูงอายุ แต่ปริมาณการบริโภคอาหารในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุเอง อาจเนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่สามารถเดินหรือการเคลื่อนที่ออกจากบ้าน ทำให้ไม่สามารถออกไปซื้ออาหารได้ด้วยตนเอง ประกอบกับผู้สูงอายุไม่สามารถเตรียมอาหารหรือปรุงอาหารเองได้จึงอาจทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารที่ตนเองต้องการส่งผลให้ความอยากอาหารลดลง (Mattayaruk, 2014) ทำให้บริโภคอาหารน้อยกว่าปริมาณที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคต่อวัน (Ministry of Public Health, 2005) โดยผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มติดเตียงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารคือ 35.20 และกลุ่มติดบ้านมีคะแนนเฉลี่ยคือ 38.13 ด้วยเหตุนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงอาจมีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวันอยู่ในระดับไม่เหมาะสม

ส่วนภาวะโภชนาการนั้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ ร้อยละ 37.50 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 29.60 มีภาวะพร่องโภชนาการ และร้อยละ 32.90 มีภาวะโภชนาการเกิน อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ยังมีภาวะโภชนาการที่ดี บางส่วนมีภาวะโภชนาการเกินและพร่องโภชนาการ เนื่องจากภาวะโภชนาการปกติเป็นความสมดุลของอัตราการเผาผลาญพลังงานหรือความต้องการใช้พลังงานกับการบริโภคอาหาร ซึ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้มีกิจกรรมทางกายน้อย ประกอบความต้องการใช้พลังงานที่ลดลงในผู้สูงอายุซึ่งจะลดลง 100 กิโลแคลอรีทุก 10 ปีที่อายุเพิ่มขึ้น (Bernstein & Munoz, 2019) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวันอยู่ในระดับไม่เหมาะสม ซึ่งจากสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารน้อยกว่าปริมาณที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้บริโภคต่อวัน

(Ministry of Public Health, 2005) จึงอาจกล่าวได้ว่า แม้จะบริโภคอาหารในปริมาณที่น้อย แต่ความต้องการใช้พลังงานหรือการเผาผลาญพลังงานก็น้อยลงตามไปด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ยังมีภาวะโภชนาการปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่มีภาวะโภชนาการปกติ ได้แก่ การศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุชุมชนสันนาสูง ตำบลวัดเกต อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 55.80 (Phantha, 2009) ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ร้อยละ 32.90) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ซึ่งยังสามารถดื่อกอาหารที่ผู้ดูแลเตรียมไว้รับประทาน หรือหยิบอาหารว่างที่ผู้ดูแลวางไว้รับประทานเอง โดยส่วนใหญ่เป็นประเภทเบเกอรี่ ทำให้อาจได้รับปริมาณสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตและไขมันมากเกินไป จึงมีภาวะโภชนาการเกินได้ ส่วนกลุ่มที่มีภาวะพร่องโภชนาการ (ร้อยละ 29.60) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ซึ่งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้เลย การเตรียม ปรุงอาหาร และจำนวนมื้ออาหารจึงขึ้นอยู่กับผู้ดูแล แต่เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถบอกความต้องการได้จึงอาจทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารที่ตนเองต้องการ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่ในการศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารกับดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $.05$ ($r = .233$ $p < .029$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมที่เหมาะสมปานกลางส่งผลให้ร่างกายสามารถใช้ประโยชน์จากสารอาหารได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเก็บสะสมเป็นมวลของร่างกายซึ่งสามารถประเมินได้จากการวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายในรูปของน้ำหนักและส่วนสูง และนำมาหาสัดส่วนระหว่างน้ำหนักและส่วนสูงเป็นค่าดัชนีมวลกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะผิ่ผิ่แม้จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมที่ดี แต่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายลดลง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลง

ในผู้สูงอายุที่มีมวลกระดูกลดลงทำให้ส่วนสูงลดลง จึงทำให้ค่าดัชนีมวลกายสูง ในขณะที่คะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารก็สูงตามเช่นกัน จึงกล่าวได้ว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อพิจารณาทางด้านพบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้านปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน และด้านความถี่ในการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่เหมาะสม อาจทำให้แม้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมเหมาะสมปานกลาง แต่ก็ยังคงมีบางส่วนที่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่ จึงอาจกล่าวได้ว่าแม้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจะมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการแต่ก็มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลจากการวิจัยใช้เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และสามารถนำผลการวิจัยด้านโภชนาการไปใช้เพื่อการเฝ้าระวังการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากภาวะทุพโภชนาการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

- Bender, D. A. (2009). *A dictionary of food and nutrition*. New York: Oxford University Press.
- Bernstein, M., & Munoz, N. (2019). *Nutrition for the older adult* (3th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Chumlea, W. C., Guo, S., Roche, A. F., & Steinbaugh, M. L. (1988). Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *Journal of the American Dietetic Association*, 88(5), 564-568.
- Chumlea, W. C., Roche, A. F., & Steinbaugh, M. L. (1985). Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *Journal of The American Geriatrics Society*, 33(2), 116-120. doi:10.1111/j.1532-5415.1985.tb02276.x
- Department of Health, Ministry of Public Health. (n.d.). *Assessment form for the elderly based on the ability to perform activities of daily living (Barthel Activities of Daily Living [ADL])*. Retrieved from http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=508. (In Thai)
- Howarth, N. C., Huang, T. T., Roberts, S. B., Lin, B. H., & McCrory, M. A. (2007). Eating patterns and dietary composition in relation to BMI in younger and older adults. *International Journal of Obesity*, 31(4), 675-684.
- Institute of Geriatric Medicine. (2004). *Nutrition assessment guide for elderly*. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand. (In Thai)
- Jirojkul, P. (2005). *Nursing research, philosophy, principles and practices* (2nd ed.). Bangkok: Academic Welfare Project, Praboromarajchanok Institute. (In Thai)

- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117(4), 326-328.
- Ma, G. (2015). Food, eating behavior, and culture in Chinese society. *Journal of Ethnic Foods*, 2(4), 195-199.
- Mattayarak, S. (2014). *Nutritional Status and Factors Related to Nutritional Status in Chronically Ill Older Persons Attended Outpatient Clinic at A Secondary Hospital* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- Mann, J., & Truswell, A. S. (Eds.). (2017). *Essentials of human nutrition*. Oxford: Oxford University Press.
- Ministry of Public Health. (2005). *Guide for recording and evaluating general food intake and calcium sources*. Bangkok: Veterans Relief Organization Printery. (In Thai)
- Phantha, A. (2009). *Food consumption and nutritional status of the elderly* (Master's thesis, Chiangmai University). (In Thai)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thai Health Promotion Foundation. (2012). *Overweight and obesity*. Retrieved from <http://www.thaihealth.or.th/Content/20399-overweight-and-obesity.html>. (In Thai)
- Thanasansakolpob, S. (2010). *Food consumption behavior and health of the elderly in Pathum thani province* (Master's thesis, Kasetsart University). (In Thai)
- Sawatphol, C., Pengpinit, T., Senanikorn, A., & Srisuraphol, W. (2015). Care and development elderly by communities in Northeast of Thailand. *Humanities and Social Sciences Journal, Ubon Ratchathani Rajabhat University*, 7(1), 187-199. (In Thai)
- Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S., Odton, P., & Ratkjaroenkhajorn, S. (2009). *Projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand*. Nonthaburi: Health Insurance System Research Office.
- Wade, D. T., & Collin, C. (1988). The Barthel ADL index: A standard measure of physical disability? *International Disability Studies*, 10(2), 64-67.
- Wannawong, C. (2009). *Factors related to food consumption behaviors of the elderly in Mueang district, Yasothon province* (Master's thesis, Ramkhamhaeng University). (In Thai)
- World Health Organization. (2002). *Keep fit for life: Meeting the nutritional need of older persons*. Malta: Malta Interprint Limited.
- World Health Organization. (2015). *Ageing and health*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>