ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19

กัญชลี ไวว่อง

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันรับ 24 มีนาคม 2564, วันแก้ไข 23 กรกฎาคม 2564, วันตอบรับ 16 สิงหาคม 2564

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) และปัญหาด้านโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ จึงเกิดการศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จำนวน 1,477 คน สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และบันทึกคำตอบในระบบ Google form โดยแบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารที่พัฒนามาจากกระบวนการเรียนรู้สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ V-Shape 6 ขั้นตอน ของกรมอนามัย มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หลายตัวแปรโดยใช้การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 อายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 53.1 มีโรคเรื้อรังมากถึง ร้อยละ74.1 และต้องดูแลตนเอง ร้อยละ 57.4 ส่วนใหญ่ปลูกพืชผักสวนครัวที่บ้าน ร้อยละ 65.7 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม อยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 80.4 อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 19.6 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน และปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ แหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารช่วงการแพร่ระบาดโควิด-19 ดังนั้นควรส่งเสริมการสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการได้ง่ายและสะดวก ในเรื่องการเลือกทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ หรือการเลือกทานอาหารและสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการป้องกันโรคได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19

คำสำคัญ : การบริโภคอาหาร ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โควิด-19

Nutrition Literacy of Elderly People in Region Health 2 under the COVID-19 epidemic

Kanchalee Vaivong

Regional Health Promotion Center 2

Received 24 March 2021, Revised 23 July 2021, Accepted 16 August 2021

Abstract

Since Thailand is an aging society, and nutritional problems can lead to health concerns of elderly people, a study on nutrition literacy of elderly people in Regional Health Promotion Center 2 during the COVID-19 pandemic was conducted. This cross-sectional study aimed to investigate nutrition literacy of elderly people and to explore factors affecting nutrition literacy of 1,477 elderly people which was selected by multi-stage sampling. The data was collected by an interview and recorded on google forms. The questionnaire consisted of 2 parts: general information and nutrition literacy adopted from health literacy model (V shape Model) of Department of Health, with a reliability of 0.84. Descriptive statistics and multinomial logistic regression were the parameters used for statistical analysis. The results revealed that the majority or 70.5% of the sample was female and 53.1% aged between 60-69 years old. The data also shown that 74.1% of the sample had chronic diseases, 57.4% was self-cared and 65.7% grew vegetables at home. Moreover, 80.4% of the sample had limited overall nutrition literacy, while 19.6% had adequate nutrition literacy. The factors that had statistically significant effects on nutrition literacy of elderly people were demographic characteristic factors including age, level of education, level of income, source of income and income sufficiency, family factors including numbers of elderly people in a household and environmental factors including places to purchase food ingredients during the COVID-19 pandemic. Therefore, nutrition literacy should be promoted to elderly people by providing easy and accessible nutrition information about how to select nutritious foods or herbs that can help to prevent several common illnesses in order to promote health and boost immune system against COVID-19.

Keywords : food consumption, health literacy, COVID-19

■ บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ และในปี 2562 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 16.73 ของประชากรทั้งประเทศ โดยคาดว่าจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete - Aged Society) ในปี 2564 เมื่อสัดส่วนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20[1] จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพโดยรวม

การเตรียมการเพื่อรองรับสถานการณ์สังคมสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพที่เรื้อรัง และจากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application H4U ในปี 2561–2563 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แนวโน้มลดลง คือ ร้อยละ 54.4, 52.0, 49.6 ตามลำดับ[2] และเมื่อพิจารณาในระดับเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์รวม 5 ด้าน ร้อยละ 35.6[3] ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 60 โดยข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งปัญหาด้านโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังเผชิญกับปัญหาชีวิต สภาพความเป็นอยู่ และความมั่นคงทางด้านรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาจากพื้นฐานครอบครัวที่ยากจน และที่สำคัญผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการพัฒนาทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ[1] เพื่อนำไปสู่การสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารตามกระบวนการเรียนรู้สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ V-Shap[4] ที่มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ เพื่อเกิดผลลัพธ์ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ สามารถจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปัจจุบัน กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูง หากมีการติดเชื้อจะมีอาการจะรุนแรงมากกว่าในวัยอื่นๆ และมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าคนทั่วไป เนื่องด้วยสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลง โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น ทั้งนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุบางส่วน คือ ปัจจัยด้านโภชนาการ เมื่อพิจารณาค่าดัชนีมวลกายผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าดัชนีมวลกายปกติเพียงร้อยละ 43.0 อยู่ในเกณฑ์ไม่ปกติหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 57.0[2] ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและนอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้อิ่มท้องและความอร่อย ไม่ได้คำนึงถึงผลเสียต่อสุขภาพจนเมื่อมีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยกะทันหัน จึงสนใจและปรับปรุงพฤติกรรมการกิน ดังนั้นการศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสุขภาพจึงมีความจำเป็นแก่ผู้สูงอายุ ในการเลือกรับประทานอาหารที่สะอาดถูกสุขลักษณะ รสชาติไม่หวานหรือเค็มเกินไป เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูงเสริมภูมิคุ้มกันแก่ร่างกายเพื่อลดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. ศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง

(Cross-sectional Study) ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2563 – เดือนกันยายน 2563

● **ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ จังหวัดพิษณุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ จำนวน 652,828 คน[3]

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) กลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ

● **วิธีการสุ่มตัวอย่าง**

1. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีที่ประชากรมีจำนวนแน่นอน (Finite population)[5] ด้วยสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}p(1-p)}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}p(1-p)}$$

จากสูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 1,178 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (missing data) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณ 25%[6] รวมเป็น 1,477 คน

2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละจังหวัด คือ จำนวนประชากรสูงอายุต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (442 : 1 คน) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดตาก 288 คน พิษณุโลก 291 คน สุโขทัย 284 คน อุตรดิตถ์ 328 คน เพชรบูรณ์ 286 คน

ขั้นที่ 2 สุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจังหวัดละ 2 อำเภอคือ อำเภอเมือง และอำเภอที่มีพื้นที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านหรือเขตสุขภาพข้างเคียง ทั้ง 5 จังหวัด รวม 10 อำเภอ ดังนี้

จ.ตาก : อ.เมือง และ อ.แม่สอด ซึ่งติดกับประเทศพม่า

จ.อุตรดิตถ์ : อ.เมือง และ อ.บ้านโคก ซึ่งติดกับประเทศลาว

จ.พิษณุโลก : อ.เมือง และ อ.ชาติตระการ ซึ่งติดกับประเทศลาว

จ.เพชรบูรณ์ : อ.เมือง และ อ.วิเชียรบุรี ซึ่งติดกับเขตสุขภาพที่ 3 และ 4

จ.สุโขทัย : อ.เมือง และ อ.ศรีสัชนาลัย ซึ่งติดกับเขตสุขภาพที่ 1

ขั้นที่ 3 สุ่มชุมชนตัวอย่างใน 10 อำเภอ อำเภอละ 2 ชุมชน คือชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยเลือกพื้นที่ชุมชนเมือง ตามเขตการปกครองของเทศบาลนคร เทศบาลเมือง หรือเทศบาลตำบล ตามลำดับ จำนวน 10 แห่ง และสุ่มเลือกพื้นที่ชุมชนชนบทด้วยการสุ่มอย่างง่าย โดยการกำหนดตัวเลข 1, 2, 3,...91 ตามรายชื่อ อบต. ใน 10 อำเภอ ด้วยการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ในการสุ่มหมายเลข จำนวน 10 แห่ง ดังนั้นจึงได้พื้นที่ในการเก็บข้อมูลรวมเป็น 20 ชุมชน

ขั้นที่ 4 สุ่มแบบเฉพาะเจาะจงกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มติดสังคมในชมรมผู้สูงอายุ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ทั้ง 20 ชุมชน

● **เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา**

1. แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร ด้านครอบครัว ด้านสภาพแวดล้อม และด้านสุขภาพ

2. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ จำแนกตาม 6 ขั้นตอนใน V-Shape คือ

แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจจำนวน 10 ข้อ แบบสัมภาษณ์การตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 3 ข้อ และการบอกต่อ จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ง่ายมาก ง่าย ยาก ยากมาก

แบบสัมภาษณ์การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 3 ข้อ และการซักถาม จำนวน 3 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

จากนั้นนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็นอันดับสเกล (Ordinal scale) โดยใช้เกณฑ์ของ Best[7] คือ ระดับสูง (ช่วงคะแนน 2.01-3.00) ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 1.01-2.00) ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0.00-1.00)

และคะแนนรวมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในภาพรวมแบ่งระดับตามเกณฑ์ของ วิมล โรมา และคณะ[8] เป็น 2 ระดับ คือ ระดับไม่เพียงพอ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 75) และระดับเพียงพอ (คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75)

● **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบพบหน้า (face-to-face) และบันทึกคำตอบในระบบ Google form

● **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรได้เท่ากับ 1.0 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งไม่ใช่พื้นที่วิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.84

● **การวิเคราะห์ข้อมูล** สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) วิเคราะห์หลายตัวแปรโดยใช้การถดถอยโลจิสติก (logistic regression analysis) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (p-value < 0.05)

● **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 28/2563 วันที่ 14 สิงหาคม 2563

■ ผลการศึกษา

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.5 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 53.1 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.2 เรียนจบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.1 มีรายได้อยู่ในระดับ 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 45.0 โดยมีแหล่งที่มาของรายได้มากที่สุดจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุร้อยละ 91.3 รองลงมาคือ บุตรหลาน ร้อยละ 33.9 ประกอบอาชีพ ร้อยละ 29.7 และเงินบำเหน็จบำนาญ ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ ซึ่งความเพียงพอของรายได้ คือ เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 47.1 และมีค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารต่อเดือนเพียงพอ ร้อยละ 67.8

ปัจจัยด้านครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 74.3 มีผู้สูงอายุในครัวเรือนจำนวน 2-3 คน ร้อยละ 72.2 และผู้สูงอายุดูแลตนเอง ร้อยละ 57.4

ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเมือง ร้อยละ 54.2 โดยมีแหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบเครื่องปรุง เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ ในการประกอบอาหาร ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (เดือนเมษายน – เดือนพฤษภาคม 63) คือการปลูก

พืชผักสวนครัว/แลกเพื่อนบ้านมากที่สุด ร้อยละ 65.7 รองลงมา คือ ตลาดสด ร้อยละ 55.9 ร้านขายของชำ 32.6 ตลาดนัด 19.2 รถพุ่มพวง ร้อยละ 15.4 ห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 8.7 จากแหล่งอื่นๆ ร้อยละ 1.6 และสั่งออนไลน์ ร้อยละ 0.7 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารผ่านสื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 64.3

ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI 18.5–22.9 kg/m^2) ร้อยละ 61.9 มีภาวะอ้วนลงพุงที่อยู่ในภาวะเสี่ยง (รอบเอว ชาย >90 cm./หญิง > 80 cm.) ร้อยละ 53.8 และมีโรคเรื้อรัง ร้อยละ 74.1 แสดงดังตารางที่ 1

2. ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ($\overline{X}$=35.96, S.D.=10.11) ขั้นตอนที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($\overline{X}$=2.60, S.D.= 0.38) และขั้นตอนที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ($\overline{X}$=1.35, S.D.=0.84) แสดงดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

3. เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19 มาปรับค่าความสัมพันธ์ พบว่า อัตราส่วนออดอย่างหยาบ (Crude odds ratio: Crude-OR) หลังจากตัดอิทธิพลตัวแปรกวนจะมีการเปลี่ยนแปลงหลังปรับระดับความสัมพันธ์ (Adjusted odds ratio: Adjusted OR) โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพียงพอกว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป อยู่ 1.90 เท่า (Adj. OR=1.90; 95% CI=1.04-3.45) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพียงพอกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อยู่ 3.17 เท่า (Adj.OR=3.17; 95% CI= 1.38-7.27) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000 บาท และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000-10,000 บาท มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพียงพอกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท อยู่ 1.72 เท่า (Adj.OR=1.72; 95% CI= 1.11-2.65) และ 2.85 เท่า (Adj.OR=2.85; 95% CI= 1.55-5.24) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีรายได้จากบำเหน็จ/บำนาญ จะมีโอกาสมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้จากแหล่งอื่น 0.36 เท่า (Adj.OR=0.36; 95% CI= 0.14-0.90) รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บและรายได้เพียงพอเหลือเก็บ มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพียงพอกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อยู่ 1.86 เท่า (Adj.OR=1.86; 95% CI= 1.17-2.97) และ 2.60 เท่า (Adj.OR=2.60; 95% CI= 1.48-4.55) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน จำนวน 4 คนขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพียงพอกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในครัวเรือน 1 คน อยู่ 2.35 เท่า (Adj.OR=2.35; 95% CI=1.21-4.56) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การเลือกซื้อจากตลาดนัด มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพียงพอกว่าผู้ที่ไม่ซื้อจากตลาดนัด อยู่ 1.77 เท่า (Adj.OR=1.77; 95% CI= 1.19-2.64) และจากการปลูกพืชผักสวนครัว/แลกเพื่อนบ้าน มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเพียงพอกว่าผู้ที่ไม่ปลูก อยู่ 0.55 เท่า (Adj.OR=0.55; 95% CI= 0.40-0.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน้อยกว่าการเลือกซื้อจากห้างสรรพสินค้า อยู่ 0.68 เท่า (Adj.OR= 0.68; 95% CI= 0.42-1.09) และการเลือกซื้อจากรถพุ่มพวง อยู่ 0.66 เท่า (Adj.OR= 0.66; 95% CI= 0.44-1.00) แต่มากกว่าการสั่งออนไลน์ 0.31 เท่า (Adj. OR=0.31; 95% CI= 0.07-1.40) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านครอบครัว ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม และข้อมูลด้านสุขภาพ (n=1,477)

	ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนบุคคล	**เพศ**		
	ชาย	436	29.5
	หญิง	1,041	70.5
	กลุ่มอายุ		
	60-69 ปี (วัยต้น)	784	53.1
	70-79 ปี (วัยกลาง)	557	37.7
	80 ปีขึ้นไป (วัยปลาย)	136	9.2
	สถานภาพสมรส		
	โสด	74	5.0
	สมรสหรืออยู่ด้วยกัน	801	54.2
	หม้าย	535	36.2
	หย่าร้างหรือแยกกันอยู่	67	4.6
	ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	105	7.1
	ประถมศึกษา	1,153	78.1
	มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	125	8.5
	อนุปริญญา หรือ ปวส.	21	1.4
	ปริญญาตรี	73	4.9
	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
	ต่ำกว่า 1,000 บาท	569	38.5
	1,000 – 5,000 บาท	664	45.0
	5,000 – 10,000 บาท	123	8.3
	10,000 บาทขึ้นไป	121	8.2
	แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ	1348	91.3
	บุตร / หลาน / ญาติ / พี่น้อง	500	33.9
	บำเหน็จ / บำนาญ	99	6.7
	ประกอบอาชีพ	439	29.7
	ความเพียงพอของรายได้ (ค่าใช้จ่ายภายในบ้าน)		
	เพียงพอไม่เหลือเก็บ	695	47.1
	เพียงพอเหลือเก็บ	296	20.0
	ไม่เพียงพอ	486	32.9
	ค่าใช้จ่ายในการรับประทานอาหารต่อเดือน		
	เพียงพอ	1,002	67.8
	ไม่เพียงพอ	475	32.2

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านครอบครัว ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม และข้อมูลด้านสุขภาพ (n=1,477) (ต่อ)

	ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ด้านครอบครัว	**ประเภทของครอบครัว**		
	ครอบครัวเดี่ยว	1,097	74.3
	ครอบครัวขยาย	380	25.7
	จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน		
	1 คน	342	23.2
	2–3 คน	1,067	72.2
	4 คนขึ้นไป	86	4.6
	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
	ดูแลตนเอง	848	57.4
	มีญาติดูแล	625	42.3
	ไม่ใช่ญาติ	4	0.3
ด้านสภาพแวดล้อม	**ที่อยู่อาศัย**		
	ชุมชนเมือง	800	54.2
	ชุมชนชนบท	677	45.8
	แหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบการประกอบอาหาร ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	ปลูกพืชผักสวนครัว/แลกเพื่อนบ้าน	970	65.7
	ตลาดสด	826	55.9
	ร้านขายของชำ	482	32.6
	ตลาดนัด	283	19.2
	รถพุ่มพวง	228	15.4
	ห้างสรรพสินค้า	128	8.7
	สั่งออนไลน์	10	0.7
	อื่นๆ	24	1.6
ด้านสุขภาพ	**ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)**		
	ปกติ (18.5–22.9 kg/m^2)	914	61.9
	ไม่ปกติ (<18.5 kg/m^2 หรือ >22.5 kg/m^2)	563	38.1
	ภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว)		
	ปกติ (ชาย ≤90 cm./หญิง ≤80 cm.)	683	46.2
	มีภาวะเสี่ยง (ชาย >90 cm./หญิง >80 cm.)	794	53.8
	การมีโรคเรื้อรัง		
	ไม่มี	383	25.9
	มี	1,094	74.1

ตารางที่ 2 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามระดับคะแนนความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารภาพรวมของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 (n=1,477)

ระดับความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารภาพรวม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เพียงพอ (คะแนนน้อยกว่า 75%)	1,187	80.4
เพียงพอ (คะแนน 75% ขึ้นไป)	290	19.6
$\overline{X}$ ± SD = 35.96 ± 10.11		
Median (IQR) = 37.0 (30.0, 42.0)		

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 จำแนกตาม 6 ขั้นตอนใน V-Shape และการแปลผล

ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	2.60	0.38	สูง
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	1.35	0.84	ปานกลาง
การสื่อสารเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหาร	1.41	0.89	ปานกลาง
การตัดสินใจในการเลือกบริโภคอาหารที่ถูกต้อง	1.89	0.64	ปานกลาง
การเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง	1.97	0.63	ปานกลาง
การบอกต่อเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	1.88	0.77	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวม	**35.96**	**10.11**	**ไม่เพียงพอ**

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19

	ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
ส่วนบุคคล	**เพศ** (ref. = ชาย)		
	หญิง	0.84(0.64-1.11)	0.91(0.65-1.26)
	กลุ่มอายุ (ref. = >80)		
	60-69 ปี	2.01(1.18-3.44)*	1.90(1.04 -3.45)*
	70-79 ปี	1.50(0.86-2.60)	1.52(0.83-2.76)
	ระดับการศึกษา (ref. = ไม่ได้เรียน)		
	ประถมศึกษา	0.16(0.08-0.33)*	1.89(0.92-3.90)
	มัธยมศึกษา ขึ้นไป	0.36(0.26-0.49)*	3.17(1.38-7.27)*
	ระดับรายได้ (ref. = <1,000)		
	1,000 – 5,000 บาท	0.23(0.14-0.36)*	1.72(1.11-2.65)*
	5,000 – 10,000 บาท	0.49(0.32-0.74)*	2.85(1.55-5.24)*
	10,000 บาทขึ้นไป	0.98(0.58-1.65)	1.34(0.64-2.80)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19 (ต่อ)

	ปัจจัย	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
	แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ/ผู้พิการ (ref.=ไม่ได้รับเบี้ยฯ)	0.51(0.34-0.75)*	0.45(0.19-1.05)
	บุตร/ญาติ/พี่น้อง (ref.=ไม่ได้รับจากบุตรฯ)	0.85(0.65-1.11)	1.35(0.95-1.93)
	บำเหน็จ/บำนาญ (ref.=ไม่ได้รับบำเหน็จฯ)	0.28(0.19-0.43)*	0.36(0.14-0.90)*
	ประกอบอาชีพ (ref.=ไม่ประกอบอาชีพ)	0.72(0.55-0.94)*	1.28(0.87-1.88)
	ความเพียงพอของรายได้ (ref. = ไม่เพียงพอ)		
	เพียงพอไม่เหลือเก็บ	1.97(1.46-2.67)*	1.86(1.17-2.97)*
	เพียงพอเหลือเก็บ	0.41(0.29-0.59)*	2.60(1.48-4.55)*
	ค่าอาหารต่อเดือน (ref. = ไม่เพียงพอ)		
	เพียงพอ	0.47(0.35-0.65)*	0.91(0.59-1.41)
ครอบครัว	**จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน** (ref. = 1 คน)		
	2-3 คน	0.90(0.66-1.22)	0.98(0.67-1.44)
	4 คนขึ้นไป	2.02(1.15-3.57)*	2.35(1.21-4.56)*
สภาพแวดล้อม	**เขตที่อยู่อาศัย** (ref. = ชุมชนชนบท)		
	ชุมชนเมือง	0.76(0.58-0.98)*	1.25(0.90-1.75)
	แหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
	ปลูกพืชผัก/แลกเพื่อนบ้าน (ref.=ไม่ปลูก)	0.58(0.44-0.78)*	0.55(0.40-0.77)*
	ตลาดนัด (ref.=ไม่ซื้อจากตลาดนัด)	1.61(1.12-2.31)*	1.77(1.19-2.64)*
	รถพุ่มพวง (ref.=ไม่ซื้อจากรถพุ่มพวง)	0.80(0.57-1.12)	0.66(0.44-1.00)
	ห้างสรรพสินค้า (ref.=ไม่ซื้อจากห้าง)	0.41(0.28-0.60)*	0.68(0.42-1.09)
	สั่งออนไลน์ (ref.=ไม่สั่งออนไลน์)	9.76(2.51-3.79)*	0.31(0.07-1.40)
สุขภาพ	**ภาวะอ้วนลงพุง** (ref. = ปกติ)		
	มีภาวะเสี่ยง (ชาย >90 cm./หญิง >80 cm.)	0.81(0.63-1.05)	0.94(0.70-1.27)

* Statistically significant with p-value < 0.05

95% CI = 95% confidence interval

■ อภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี และคณะ[9] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมีปัญหา อธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม[10] โดยความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสำคัญในการดำรงชีวิต คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และให้พลังงานในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ[9] เมื่อพิจารณา

ถึงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ร้อยละ 7.1 ไม่ได้เรียนหนังสือและร้อยละ 78.1 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่รู้หนังสือน้อยหรือมีระดับการรู้หนังสือต่ำ (Low Literacy) จะส่งผลทางตรงและทางอ้อมต่อสภาวะสุขภาพ เนื่องมาจากการอ่านออกและเขียนได้ ทำให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถที่จะค้นหาหรือแสวงหาข้อมูลทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ส่งผลให้มีความสามารถในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีผลต่อผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง มีโรคประจำตัว และติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องกักตัวอยู่ในบ้าน (Stay home) ลดการเข้าร่วมกิจกรรม และหลีกเลี่ยงการเดินทางไปสถานที่แออัด โดยเมื่อพิจารณาแหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบ เครื่องปรุง เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ ในการประกอบอาหารช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนเลือกซื้ออาหารแบบออนไลน์และมีบุตรหลานหรือญาติ ซื้ออาหารมาให้ อธิบายได้ว่าญาติหรือบุตรหลานที่อยู่ในบ้านมีส่วนร่วมในการดูแลเรื่องการดูแลสุขภาพและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมากขึ้น[11]

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19

ระดับการศึกษา อธิบายได้ว่า ผู้ที่เรียนหนังสือ จะสามารถอ่านออกและเขียนได้[9] ส่งผลให้มีความสามารถในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพได้หลายช่องทาง และทำให้บุคคลมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้[12] กล่าวคือการศึกษาทำให้บุคคลมีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับ เข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับบุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี[13] พบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความฉลาดทางสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า

ระดับรายได้ต่อเดือน อธิบายได้ว่า รายได้เป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งเลือกซื้ออาหารหรือวัตถุดิบต่างๆ ในการประกอบอาหารได้ง่ายขึ้น เมื่อพิจารณาจากแหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบ เครื่องปรุง เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ ในการประกอบอาหาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปลูกพืชผักสวนครัว/แลกเพื่อนบ้าน และเลือกซื้อจากตลาดสด ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแหล่งเลือกซื้อดังกล่าวเป็นวิถีการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคลที่มีรายได้ไม่มากพอ ทำให้การเลือกซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารแต่ละครั้งต้องคำนึงถึงความคุ้มค่ากับค่าใช้จ่าย ดังนั้นระดับของรายได้จึงส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณี พฤกษา[14] ที่ศึกษาในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าระดับรายได้มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 อธิบายได้ว่า บุคคลที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงจะมีค่านิยมในการเข้าถึงแหล่งเลือกซื้ออาหารได้มากกว่า เช่น การเลือกซื้อวัตถุดิบในการ

ประกอบอาหารจากห้างสรรพสินค้า การสั่งอาหารออนไลน์ หรือการเลือกบริโภคอาหารปรุงสำเร็จจากร้านอาหารหรือร้านอาหารในห้างสรรพสินค้า รวมถึงการเลือกบริโภคอาหารเสริมต่างๆ เป็นต้น

ความเพียงพอของรายได้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้สำหรับค่าใช้จ่ายภายในบ้านที่เพียงพอ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารมากกว่า กล่าวคือ การมีภาระค่าใช้จ่ายภายในบ้านที่นอกเหนือจากอาหารการกินในชีวิตประจำวันมากจนไม่พอ อาจส่งผลให้บุคคลเลือกรับประทานอาหารเพื่อความอยู่ท้องโดยไม่ได้คำนึงถึงการเลือกทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายหรือเพื่อสุขภาพของตนเอง ดังนั้นค่าใช้จ่ายภายในบ้านจึงส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณศิริ นิลเนตร[12] ที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความเพียงพอของรายได้มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือน อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในครัวเรือนหลายคน อาจจะเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในช่วง Traditional Generation และ Baby Boomer Generation ซึ่งบุคคลที่มีอายุในช่วงนี้จะเป็นกลุ่มที่มีทัศนคติที่ดีต่อการจับจ่ายใช้สอยสินค้าอุปโภค บริโภค ที่ดีมีประโยชน์เพื่อสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัวด้วย ดังนั้นจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือน จึงส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19

กลุ่มอายุ อธิบายได้ว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะร่างกายจะมีการเสื่อมเพิ่มขึ้น เกิดโรคเรื้อรังได้ง่าย และทานอาหารได้น้อยลง จึงส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจนเกิดภาวะขาดสารอาหารขึ้น ส่วนทางสังคมทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง หรือเกิดการบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร เช่น ได้ยินไม่ชัดเจน พูดช้า ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นอายุจึงส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุคงเจริญ และคณะ[15] ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา พบว่าอายุมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบ เครื่องปรุง เนื้อสัตว์ ผักต่างๆ ในการประกอบอาหารในช่วงสถานการณ์โควิด-19 (เดือนเมษายน-เดือนพฤษภาคม 63) อธิบายได้ว่า การเลือกแหล่งเพื่อซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารจากตลาดซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่มีทางเลือกของการบริโภคที่หลากหลาย[14] ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนการโต้ตอบซักถาม ซึ่งเป็นการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) ที่ทำให้บุคคลรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[12] ดังนั้นแหล่งในการเลือกซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารในช่วงสถานการณ์โควิด-19 จึงส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณี พฤกษา[14] ที่ศึกษาในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าแหล่งในการจัดเตรียมหรือสรรหาวัตถุดิบในการประกอบอาหาร มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

แหล่งที่มาของรายได้ อธิบายได้ว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับเงินบำเหน็จ/บำนาญ ซึ่งเป็นบุคคลที่เคยประกอบอาชีพรับราชการ หรือเป็นบุคคลที่มีรายได้มั่นคงจะมีความสามารถในการอ่าน เข้าใจ ค้นหา และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่า ดังนั้นแหล่งที่มาของรายได้จึงส่งผลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์โควิด-19

■ สรุปผล

ประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ (Aging Society) และปัญหาด้านโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้สูงอายุ จึงเกิดการศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จำนวน 1,477 คน จากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ โดยอายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนผู้สูงอายุในครัวเรือน และแหล่งเลือกซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารช่วงการแพร่ระบาด โควิด-19 มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ภายใต้สถานการณ์ โควิด-19

■ ข้อเสนอแนะ

● ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กำหนดนโยบายสนับสนุนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุ ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 แบบเชิงรุก โดยบูรณาการร่วมกับ CM และ CG ในชุมชน ภายใต้มาตรการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารครบทั้ง 3 ระดับ คือ ขั้นพื้นฐาน ขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณญาณ

2. กำหนดนโยบายสนับสนุนการจัดทำแผนการเรียนการสอนในโรงเรียนหรือชมรมผู้สูงอายุ ถึงวิธีการเลือกทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับในแต่ละวัน เพื่อมีสุขภาพดีและเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มแก่ร่างกายในการลดการติดเชื้อ COVID-19

● ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย และอาศัยอยู่ในครัวเรือนคนเดียว ตามบริบทในพื้นที่ และเหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2. ควรมีกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการอ่านฉลากโภชนาการ การเลือกทานอาหารที่ให้สารอาหารทดแทนกันได้ รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องไปเลือกซื้ออาหารจากตลาดผ่านสื่อต่างๆ ที่เหมาะสมกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงข้อมูล

3. ควรจัดทำเมนูแนะนำอาหารที่มีส่วนผสมของสมุนไพรชนิดต่างๆ และมีสรรพคุณในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ ให้ผู้สูงอายุเลือกทานได้แบบหลากหลาย และเหมาะสมกับช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

● **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคในการตัดสินใจ ตามกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์โควิด-19

2. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2563.
2. กรมอนามัย. ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ปี 2561-26563. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/elderlybehav?year=2020.
3. ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก.จำนวนประชากรและร้อยละผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 2 ปี พ.ศ. 2559 – 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://hpc2.anamai.moph.go.th/ltcdata/ltcdata1.
4. วชริะ เพ็งจันทร์. กรอบคิด Health Literacy ของกรมอนามัย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. เนตรดาว ตันตรานนท์. ความรู้ทางโภชนาการ ภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านต้นผึ้ง ตำบลสันทราย อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
6. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์; 2552.
7. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
8. วิมล โรมา, มุกดา สำนวนกลาง, สายชล คล้อยเอี่ยม. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) กรมอนามัย; 2561 หน้า. 20-23.
9. ศรีเสาวลักษณ์ อุ่นพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, ยุพาพร หอมสมบัติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563;14(33):88-106.
10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
11. สุทธีพร มูลศาสตร์. แนวโน้มการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความหลากหลายวัฒนธรรมในประเทศไทย หลังการระบาดทั่วโลกของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารพยาบาล 2563;69(3):44-52.
12. วรรณศิริ นิลเนตร. ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
13. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) และสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการต่างประเทศ; 2556.
14. สุพรรณี พฤกษา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ; 2559.
15. เกศราพรรณ พันธุ์ศรีเกตุคงเจริญ, นันทิมา นาคาพงศ์. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา. วารสารสังคมศาสตร์วิชาการ 2562;12(2): 239-47.

HEALTH