

ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม
ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับความเข้มข้นของโลหิต
ในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก*
**Effects of Health Belief Model and Social Support on
Eating Behavior and Hematocrit of Older Adults Having
Iron Deficiency Anemia***

วรนุช วงษ์จำนงค์, พย.ม.** , สุวรรณ จันทรประเสริฐ, ส.ด.***, ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, ปร.ด.****

*วิทยาลัยนิตยภัตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายเกาะ อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

***รองศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Waranuch Wongjumnong M.N.S. , Suwanna Junprasert Dr.P.H.*** ,**

Chanandchidadussadee Toonsiri , Ph.D. , *****

** Tambol Taykoa Health Promotion Hospital, Sam Khok district, Pathumthani province

*** , ****Faculty of Nursing, Burapha University

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่อาศัยอยู่ในอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานีที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (โดยมีระดับความเข้มข้นของโลหิตระหว่าง 31-38 mg% ในเพศชายและ 31-35 mg% ในเพศหญิง) จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มควบคุม 25 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนร่วมกับจับคู่ตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กลุ่มทดลองมีการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และแบบบันทึกระดับความเข้มข้นของโลหิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีค่าความเชื่อมั่นระดับปานกลาง ($\alpha = .70$) วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับความเข้มข้นของโลหิตก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการรับประทานอาหารหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของโลหิตหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งกลุ่มทดลองมีระดับความเข้มข้นของโลหิตมากกว่ากลุ่มควบคุม ข้อเสนอจากการวิจัยครั้งนี้ คือ การนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการให้แรง สนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกครอบครัวและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ แรงสนับสนุนทางสังคม/ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร/ ผู้สูงอายุ/ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

Abstract

This study was a quasi-experimental study with 2 groups, pretest-posttest design. The purpose of the study was to determine the effects of the health belief model and social support theory on eating behavior and hematocrit of older adults having iron deficiency anemia. The sample was older adults having iron deficiency anemia who lived in Sam Khok district, Pathumthani province. There were 50 older adults divided into experimental and control group, 25 persons for each group. Multistage random sampling techniques and matched by sex, age, education and income were used. The experimental group received the intervention based on the health belief model and social support theory. Duration of the intervention was 12 weeks. The control group received usual care. Instruments used for collecting data were general demographic characteristics questionnaires, eating behaviors structured interview guidelines, and hematocrit record form created by the researcher. The reliability of eating behavior was at median level ($\alpha = .70$). Statistical analysis used in the study were frequency, percentage, mean, standard deviation; and Chi-square and analysis of covariance were used compare the eating behavior and hematocrit change between pre-post test.

The results showed that eating behavior and hematocrit level of the experimental group had significantly different from the control group ($p < .05$). Both of eating behavior and hematocrit level among older adults in the experimental group was higher than those in the control group ($p < .05$). These findings suggested that this concept the health belief model and social support by family members and

community nursing practice applied to the elderly with iron deficiency anemia in other communities.

Keywords : Health belief model , Social support , Eating behavior , Older adults , Iron deficiency anemia

บทนำ

ปัจจุบันหลาย ๆ ประเทศกำลังประสบปัญหาการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกพบว่า มีประชากรสูงอายุมากกว่า 600 ล้านคนในปี ค.ศ. 2000 คาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็น 1,200 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 และเพิ่มถึง 2,000 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 ดังนั้นในหลาย ๆ ประเทศจึงต้องเผชิญกับความท้าทายต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย¹ สหประชาชาติให้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปมีสัดส่วนร้อยละ 10.3 ปี พ.ศ. 2553 เพิ่มเป็นร้อยละ 11.7 ซึ่งมักมีปัญหาทางสุขภาพกายจิต สังคมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้และเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ² อายุที่มากขึ้นความเสื่อมของร่างกายก็ยิ่งเพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยอาจกลายเป็นอาการหนักยากต่อการเยียวยา ซึ่งหากผู้สูงอายุมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กร่วมด้วยก็จะยิ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุเกิดจาก 3 สาเหตุได้แก่ (1) ภาวะโลหิตจางจากการเสียเลือด/ การขาดสารอาหาร (2) ภาวะโลหิตจางเรื้อรัง/ การอักเสบติดเชื้อหรือโรคไตวาย (3) ไม่ทราบสาเหตุ โดยพบว่า การขาดสารอาหารโดยเฉพาะธาตุเหล็กเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด รองลงมา คือ การเสียเลือดจากระบบทางเดินอาหาร เช่น เลือดออกในกระเพาะจากการใช้ยาแก้ปวดข้อ³ ภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการกินอาหารไม่ถูกส่วนพบได้ร้อยละ 34 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซีด⁴ ด้วยผู้สูง

อายุรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์และวิตามินน้อยลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงความสามารถการทำงานของร่างกายที่ลดลงตามวัย การดูดซึมธาตุเหล็กกับหน้าที่ของเอนไซม์ และ โคเอนไซม์ ระบบทางเดินอาหารมีการหลั่งของกรดเกลือในกระเพาะอาหารน้อยลง การดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้ทำได้น้อยกว่าในวัยหนุ่มสาวจึงทำให้ปริมาณธาตุเหล็กลดต่ำลงมาก^{5, 6, 7, 8}

จากการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุปี 2554 อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานีผู้สูงอายุ 1,450 คน ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ 970 คน พบมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 340 คน คิดเป็นร้อยละ 35.05 เป็นเพศชายจำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 41.47 เพศหญิงจำนวน 199 คิดเป็นร้อยละ 58.52⁹

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว รบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดอาการอ่อนแรง อ่อนเพลีย มึนงง ความสามารถในการทำหน้าที่และสมรรถนะด้านร่างกายลดลง^{10,11,12} การป้องกันและควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการเสริมธาตุเหล็กอย่างเหมาะสม¹³ ผู้สูงอายุเรื่องการรับประทานอาหารนั้น มีทั้งรับประทานไม่ได้ รับประทานไม่เพียงพอ ปัญหานี้สามารถแก้ไขได้ด้วยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง^{14,15} ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีประสบการณ์ และ ความเชื่อ ซึ่งอาจมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ความเชื่อและความเข้าใจจะเป็นตัวผลักดันทำให้แสดงพฤติกรรม

ออกมา ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรคในผู้สูงอายุได้¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์และไมแมน (1975)¹⁶ และแรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (1981)¹⁷ มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยสร้างให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมในการดำเนินชีวิต สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ สร้างการรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สร้างการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งการศึกษาของ ธัญลักษณ์ โมราษฎร์ (2548)¹⁸ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเมื่อรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยทำให้มีการดูแลตนเองโดยเลือกรับประทานอาหารที่ดี หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่มีประโยชน์ถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยสมาชิกในครอบครัวและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ให้ข้อมูลข่าวสาร กำลังใจ โดยในภาวะที่มีสุขภาพดีครอบครัวช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพและป้องกันโรค เมื่อเจ็บป่วยครอบครัวจะช่วยให้การรักษาและฟื้นฟูสภาพ จากการศึกษาของ พิกุล ตินามาส (2550)¹⁹ นำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมศึกษาพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาครั้งนี้มีการควบคุมปัจจัยได้แก่ อายุ^{20,21} เพศ²¹ การศึกษา^{22,23} และรายได้^{20,23,24} ผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ พยาบาลเวช

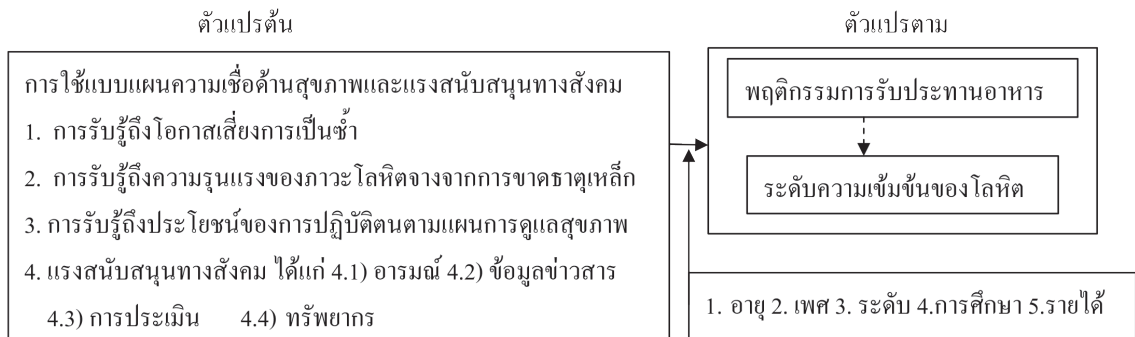
ปฏิบัติชุมชนหน่วยบริการปฐมภูมิในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพดีและเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้สามารถดูแลตนเอง ช่วยลดความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กของผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยนำแนวคิดของ เบคเกอร์และไมแมน (1975)¹⁶ มาใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นกรอบแนวคิด โดยสร้างให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นซ้ำ การเกิดโรคแทรกซ้อนซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมของ เฮ้าส์ (1981)¹⁷ โดยสมาชิกในครอบครัวและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสนับสนุน อารมณ์ การประเมิน ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร โดยควบคุม ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารและระดับความเข้มข้นของโลหิตได้แก่ อายุ^{20,21} เพศ²¹ การศึกษา^{22,23} และรายได้^{20,23,24} ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group pretest-posttest design) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และอาศัยอยู่ในอำเภอ สามโคก จังหวัดปทุมธานี ซึ่งได้รับการคัดกรองตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต¹⁰ พบว่า มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จำนวน 340 คน⁹

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 2) ระดับความเข้มข้นของโลหิตระหว่าง 31-38 mg% ในเพศชาย และ 31-35 mg%¹⁰ ในเพศหญิง 3) ไม่ป่วยด้วยโรคที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซีด ได้แก่ โรคไต โรคธาลัสซีเมีย ไม่มีโรคแทรกซ้อนขั้นรุนแรง โรคติดต่อร้ายแรง โรคประจำตัวที่อาจเป็นอุปสรรค ได้แก่ โรคหัวใจ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจากแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลปทุมธานีที่มาตรวจในวันคลินิกโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายเกาะ 4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยแบบประเมินสภาพจิตจุฬา¹⁴ โดยคะแนน ≥ 16 คะแนน 5) สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 6) ยินยอม

ให้ความร่วมมือในการวิจัย 7) อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (Effect Size) เพื่อใช้ใน Power Analysis ที่ใช้กับสถิติการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม ใช้สูตรของ Glass²⁵ โดยศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่นของ ัญญลักษณ์ โมราษฏร์¹⁸ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน นำค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวดูแลตนเองเกี่ยวกับโภชนาการที่เกิดจากการทดลองมาคำนวณขนาดอิทธิพล คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 50 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคัดเลือกอาสาสมัครโดยจัดให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยสุ่มตำบลที่มีลักษณะพื้นที่ใกล้เคียงกันคือ เป็นพื้นที่ที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท มีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่มจากทั้งหมด 7 ตำบล ดังนี้ ตำบลบางกระบือ ตำบลบางโพธิ์เหนือ ตำบลท้ายเกาะ ตำบลสามโคก ตำบลบางเตย ตำบลกระแซง ตำบลคลองควาย จับสลากมา 2 ตำบล จากนั้นสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่มิฉะนั้นลักษณะดังนี้ เพศอยู่ในกลุ่มเดียวกัน อายุกำหนดเป็นช่วงอายุ ดังนี้ 60 - 64 ปี, 65 - 69 ปี, 70 - 74 ปี, 75 - 80 ปี ระดับ

การศึกษาแบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา, จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รายได้กำหนดเป็นช่วง ดังนี้ (1) ต่ำกว่า 1,000 บาท (2) 1,000 - 3,000 บาท (3) สูงกว่า 3,000 บาท ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คู่ ทำบัญชีข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรายคู่ไว้ จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยจับสลากจำนวน 25 คู่ ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มแล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้ง โดยในการจับสลากครั้งแรกเป็นกลุ่มทดลอง ได้แก่ ตำบลท้ายเกาะ จับสลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ได้แก่ ตำบลบางกระบือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ คู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและครอบครัว เป็นเอกสารเนื้อหาสั้น ๆ มีภาพประกอบที่จำเป็นต่อทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และใช้กิจกรรมการทดลองซึ่งมี กิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง ครั้งที่ 1 สานสัมพันธ์ ใส่ใจในอาหารพิชิตโรค ครั้งที่ 2 ทบทวน รู้จริง อาหารสู้โรค ครั้งที่ 3-7 เป็นการติดตามกระตุ้นเตือนที่บ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ระดับความเข้มข้นของโลหิตโดยเป็นคำถามปลายเปิดให้ใส่ข้อมูลจริง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากตำราและเอกสาร ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 21 ข้อประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก ทางลบ ดังนี้ (1) ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน เท่ากับ 3 คะแนน (2) ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ บ่อยครั้งทำ 3 - 6 วันใน 1 สัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน (3) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ นาน ๆ ครั้งทำ 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์

เท่ากับ 1 คะแนน (4) ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ เลย เท่ากับ 0 การแปลผลคะแนนโดยผลรวมของคะแนนทุกข้อจะเป็นพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 คะแนน แบ่งค่าของคะแนน²⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.00 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ถูกต้องในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ถูกต้องในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 0.50-1.49 หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ ถูกต้องในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 0.00-0.49 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องนั้น ๆ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกระดับความเข้มข้นของโลหิต บันทึกผลโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งเจาะเลือดจากปลายนิ้ว ใช้เครื่องตรวจของบริษัท เจมมี อินดัสเทรียล ชื่อเครื่อง เคเอชที - 400 มีใบแสดงผลผ่านเกณฑ์การตรวจมาตรฐาน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะได้รับการตรวจก่อนและหลังการทดลอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .77 ความเชื่อมั่นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าระดับปานกลาง ($\alpha = .70$)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายเกาะ และตำบลบางกระบือ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การถอน

ตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัย

การดำเนินการทดลอง ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ทดลองรวม 7 ครั้ง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 กิจกรรม สานสัมพันธ์ ใส่ใจในอาหารพิชิตโรค เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพผู้วิจัย นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ ถึงโอกาสเสี่ยงการเป็นไข้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ถึง ความรุนแรงโดยให้ข้อมูลผลกระทบที่ร้ายแรงทั้งต่อตัวผู้ สูงอายุและครอบครัวรวมถึงประเทศชาติ การรับรู้ถึง ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ โดยเสนอแนวทางในการดูแลและป้องกันรักษา การจัดอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในเรื่อง ปริมาณอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แนะนำอาหารที่มี ธาตุเหล็กสูง ข้าวสารเสริมธาตุเหล็ก อาหารที่ช่วยส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก ความสำคัญของวิตามินซี อาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก ผู้วิจัยเตรียม ความพร้อมให้กับสมาชิกในครอบครัวในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ให้มีการปฏิบัติตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการสนทนาซักถามสร้างความพร้อมในการรับรู้ ดังนี้ 1) การรับรู้ถึงโอกาสการเกิดภาวะโลหิตจาง ไข้ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความเชื่อ ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบต่อร่างกาย โอกาสที่จะเป็นไข้ ผู้วิจัยเชื่อมโยงความคิดเห็นที่ถูกต้อง สรุปปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องโดยให้ ข้อเท็จจริง 2) การรับรู้ความรุนแรงของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยใช้ภาพประกอบที่สื่อถึงผลกระทบที่รุนแรงของโรค ต่อตนเองและผลกระทบต่อครอบครัว 3) การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการดูแลสุขภาพ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยชักจูงให้เชื่อ ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีโอกาสหายป่วยเป็นปกติได้โดยให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ผู้วิจัยแนะนำสมาชิกในครอบครัวให้ แรงสนับสนุน ทางด้านอารมณ์โดยให้ความรัก ความเอาใจใส่ ด้านการประเมินค่าโดยสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ กับครอบครัวและสังคมตามความเหมาะสม รับ ฟังความคิดเห็นของผู้สูงอายุแสดงออกว่าผู้สูงอายุ เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ด้านข้อมูลข่าวสาร แนะนำการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ด้านทรัพยากรโดยเลือกอาหารที่เหมาะสมกับผู้ สูงอายุ ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการประกอบ อาหารและการเอาใจใส่ในเรื่องการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ผู้วิจัยให้แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดย กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจผู้สูงอายุรวมทั้งกระตุ้น เตือนสมาชิกในครอบครัวในการให้แรงสนับสนุน ทางสังคม ด้านการประเมินค่า โดยสอบถามสิ่ง เปลี่ยนแปลงทั่วไปที่เกิดขึ้น ปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนให้เข้าร่วม กิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมตามความเหมาะสม ด้าน ข้อมูลข่าวสาร โดยให้คำแนะนำเมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับ การปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลสุขภาพ และ สนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็ก ด้านทรัพยากร โดยแนะนำข้าวสารเสริม ธาตุเหล็ก จากนั้นผู้วิจัยสาธิตเกี่ยวกับสัดส่วนอาหาร ที่เหมาะสมให้กลุ่มตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัว ฝึกปฏิบัติการเลือกชนิดอาหารที่สมจริงโดยให้ยก ตัวอย่างเมนูอาหารใน 1 มื้อ ร่วมวิเคราะห์ว่าอาหาร ที่เลือกเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีชีวิตเดิมหรือไม่ เพื่อทบทวนความเข้าใจ สรุปประโยชน์ที่ได้รับจาก การเลือกรับประทานอาหารโดยแทรกวิธีการให้การ สนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 2 กิจกรรมทบทวน รู้จริง อาหารสู้โรค ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเล่า ประสบการณ์การดูแลตนเองในช่วงที่ผ่านมา อภิปรายร่วมกันถึงปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยนัดหมายเวลาเยี่ยมบ้านอีก 5 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 สัปดาห์ ที่ 4 สัปดาห์ที่ 6 สัปดาห์ที่ 8 สัปดาห์ที่ 10

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 3 กิจกรรมการติดตาม

กระตุ้นเตือนที่บ้าน ผู้วิจัยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ ผู้สูงอายุเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ได้เหมาะสม ต่อเนื่อง ทบทวนการรับรู้ถึงโอกาสการ เกิดภาวะโลหิตจางซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของภาวะ นี้ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการ ดูแลสุขภาพ ทบทวนบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ กระตุ้น สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ให้กำลังใจแก่ผู้สูง อายุอย่างสม่ำเสมอ

สัปดาห์ที่ 4 ครั้งที่ 4, สัปดาห์ที่ 6 ครั้งที่ 5, สัปดาห์ที่ 8 ครั้งที่ 6, สัปดาห์ที่ 10 ครั้งที่ 7 กิจกรรมการติดตามกระตุ้นเตือนที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 12 ผู้วิจัยสัมภาษณ์พฤติกรรม การรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็ก ตรวจระดับความเข้มข้นของโลหิต นี้ตรวจสุขภาพจากแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้ายเกาะ ขอบคุณกลุ่ม ตัวอย่างและสมาชิกในครอบครัวที่ให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์และการวิเคราะห์ ความแปรปรวนร่วม โดยใช้โปรแกรม สำเร็จรูป กำหนดทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56) มีอายุระหว่าง 75-80 ปี (ร้อยละ 32) รองลงมา

คือ อายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี ซึ่งมีจำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 24) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการ ศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เท่ากัน (ร้อยละ 100) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีรายได้ 1,000-3,000 บาท เท่ากัน (ร้อยละ 76)

ในกลุ่มทดลองมีสถานภาพ หม้าย/ แยก (ร้อยละ 48) รองลงมา คือ สถานภาพคู่ (ร้อยละ 32) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 96) มีบุตรจำนวน 1-3 คน (ร้อยละ 72) สมาชิกในบ้านเดียวกันมีจำนวน 1-3 คน (ร้อยละ 52) บุคคลที่ดูแลผู้สูงอายุ คือ บุตร (ร้อยละ 52) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 100) มีการรับ ประทาน ยาแก้ปวดเมื่อย (ร้อยละ 52) ไม่มีปัญหา เกี่ยวกับการเคี้ยวหรือกลืนอาหาร (ร้อยละ 96)

สำหรับกลุ่มควบคุมมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 64) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 88) มีบุตรจำนวน 1-3 คน (ร้อยละ 80) สมาชิกในบ้านเดียวกันมี จำนวน 1-3 คน (ร้อยละ 52) บุคคลที่ให้การดูแลผู้ สูงอายุคือ สามี (ร้อยละ 36) รองลงมา คือ ภรรยา (ร้อยละ 24) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72) ไม่รับ ประทานยาแก้ปวดเมื่อย (ร้อยละ 56) ไม่มีปัญหา เกี่ยวกับการเคี้ยวหรือกลืนอาหาร (ร้อยละ 80) เมื่อ ทำการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปทั้งกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่าง กัน ยกเว้นเรื่อง การมีโรคประจำตัวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมนั้น แตกต่างกันอย่าง อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีอัตรา ผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.420	
ชาย	11	44	11	44		
หญิง	14	56	14	56		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	(M = 69.88 ปี, SD = 6.30 ปี)		(M = 70.56 ปี, SD = 21.60 ปี)			
60 - 64 ปี	6	24	6	24		
65 - 69 ปี	6	24	6	24		
70 - 74 ปี	5	20	5	20		
75 - 80 ปี	8	32	8	32		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาปีที่ 4	25	100	25	100		
รายได้	(M = 2,020.00 บาท, SD = 886.00 บาท)		(M = 1,862.00 บาท, SD = 1,004.00 บาท)			
ต่ำกว่า 1,000 บาท	2	8	2	8		
1,000 - 3,000 บาท	19	76	19	76		
สูงกว่า 3,000 บาท	4	16	4	16		
สถานภาพสมรส					6.13	.06
โสด	5	20	1	4		
คู่	8	32	16	64		
หม้าย/แยก	12	48	8	32		
อาชีพ					1.08	.31
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	24	96	22	88		
ทำสวน/ ค้าขาย	1	4	3	12		
จำนวนบุตร	(M = 0.96, SD = 0.73)		(M = 1.28, SD = 0.79)		3.44	1.79
ไม่มีบุตร	5	20	1	4		
1 - 3 คน	18	72	20	80		
4 - 9 คน	2	8	4	16		
จำนวนสมาชิกในบ้านเดียวกัน	(M = 1.52, SD = 0.59)		(M = 1.64, SD = 0.76)		2.27	.32
1 - 3 คน	13	52	13	52		
4 - 6 คน	11	44	8	32		
7 - 9 คน	1	4	4	16		
บุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ					6.69	.08
บุตร	13	52	5	20		
สามี	5	20	9	36		
ภรรยา	2	8	6	24		
หลาน/พี่/น้อง	5	20	5	20		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
โรคประจำตัว	(M = 3.36, SD = 1.89)		(M = 2.60, SD = 1.63)		8.14	.01
ไม่มี	0	0	7	28		
มี (อาจมีมากกว่า 1 โรค)	25	100	18	72		
โรคความดันโลหิตสูง	21	63.63	21	60.00		
โรคเบาหวาน	9	27.27	13	37.14		
ภาวะไขมันในเลือดสูง	3	9.09	1	2.85		
การรับประทานยาแก้ปวดเมื่อย					0.32	.39
ไม่รับประทาน	12	48	14	56		
รับประทาน	13	52	11	44		
ปัญหาเกี่ยวกับอาการเคี้ยว/กลืนอาหาร					3.30	.09
ไม่มี	24	96	20	80		
มี (ฟันปลอมหลวม)	1	4	5	20		

การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุ เหล็กภายหลังการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กมีพฤติกรรมกรรมการรับประทาน อาหารถูกต้องก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม กรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 32.84 ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 2.98 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารเท่ากับ 39.12 ค่า เบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.75 ส่วนกลุ่มควบคุม มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารถูกต้องก่อนการ ทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร เท่ากับ 33.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.96 และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการรับ รับประทานอาหารเท่ากับ 33.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.82 เมื่อควบคุมอิทธิพลของพฤติกรรมกร รับประทานอาหารก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารถูกต้องเท่ากับ

39.25 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 33.22 ดังรายละเอียด ใน ตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความเข้มข้น ของโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็กภายหลังการใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีระดับความเข้มข้น ของโลหิตก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.36 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.65 หลังการทดลองมี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.52 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระดับความเข้มข้นของโลหิต ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.12 ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐานเท่ากับ 1.92 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 33.92 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.56 เมื่อควบคุมอิทธิพลของระดับความเข้มข้นของโลหิต ก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเข้ม ข้นของโลหิตเท่ากับ 36.44 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 34.03 ดังรายละเอียดใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถูกต้องของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปรตาม	กลุ่มทดลอง (n = 25)				กลุ่มควบคุม (n = 25)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
พฤติกรรมมารับประทานอาหาร	32.84	2.98	39.12	2.75	33.60	2.92	33.38	2.82
ระดับความเข้มข้นของโลหิต	34.36	1.65	36.56	1.52	34.12	1.92	33.92	2.56

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ระดับความเข้มข้นของโลหิต หลังใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) พบว่า พฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนการทดลองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารหลังการทดลอง และเมื่อควบคุมอิทธิพลของพฤติกรรมมารับประทานอาหารก่อนการทดลองแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,47} = 64.62, p < .05$)

โดยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมมารับประทานอาหารถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ระดับความเข้มข้นของโลหิตพบว่า ระดับความเข้มข้นของโลหิตก่อนการทดลองมีอิทธิพลต่อระดับความเข้มข้นของโลหิตหลังการทดลอง เมื่อควบคุมอิทธิพลของระดับความเข้มข้นของโลหิตก่อนการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความเข้มข้นของโลหิตภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{1,47} = 48.56, p < .01$) โดยกลุ่มทดลองมีระดับความเข้มข้นของโลหิตมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และระดับความเข้มข้นของโลหิตภายหลังการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ตัวแปร	Adj.Mean	F	df	p
พฤติกรรมมารับประทานอาหาร				
กลุ่มทดลอง	39.25	64.62	(1, 47)	<.01
กลุ่มควบคุม	33.22			
ระดับความเข้มข้นของโลหิต				
กลุ่มทดลอง	36.44	48.56	(1, 47)	<.01
กลุ่มควบคุม	34.03			

อภิปรายผล

1. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารถูกต้องกว่ากลุ่มควบคุม อธิบายได้ว่า การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมของ เบคเกอร์และ ไมแมน (1975)¹⁷ มีผลทำให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองเนื่องจาก พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงและเกิด ความรุนแรงจากการมีภาวะโลหิตจางจากการขาด ธาตุเหล็กได้ ภาวะนี้มีผลกระทบที่ร้ายแรงต่อตัว ผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยเสนอแนวทางแก้ไข แนะนำอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับใน 1 วัน คือ อาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ส่งเสริมการดูด ซึมธาตุเหล็ก เช่น มื้อเช้ารับประทานข้าวต้มหมู ใส่น้ำมัน ข้าวสวย ต้มเลือดหมู เป็นต้น มื้อกลางวัน เป็น ข้าวสวย ผักยอคคะน้ำ ส้มเขียวหวาน หรือ เป็นก๋วยจั๊บ ก๋วยจั๊บ สำหรับมื้อเย็นเป็นข้าวสวย น้ำ พริกกะปิ ปลาทูทอด แกงเลี้ยง มะละกอสุก หรือ เป็นข้าวสวย แกงส้มผักรวม ปลาตุ๋นปลิง สับประรด เป็นต้น แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงส่งผลให้กลุ่ม ทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารถูกต้อง มากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ ัญญลักษณ์ โมราษฎร์¹⁸ ศึกษาผลของการใช้ โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูง อายุโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุเลือกรับ รับประทานอาหารถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และผู้วิจัย ตามแนวคิดของเฮ้าส์¹⁷ ซึ่งจะช่วย ความช่วยเหลือ สนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร สิ่งของ อารมณ์ โดยส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวร่วมวางแผนจัด อาหารในแต่ละวัน พุดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ในการปฏิบัติตน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม บ้านเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนผู้สูงอายุ จึงส่งผลให้ กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมรับประทานอาหารถูก ต้องกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการ ศึกษาของ

พิกุล ดินามาส¹⁹ ได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ เพื่อศึกษาพฤติกรรมรับประทาน อาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นเวลา 9 สัปดาห์ ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวได้รับความรู้เรื่องโรค หลอดหลอดเลือดหัวใจและพฤติกรรมรับประทาน อาหารที่เหมาะสม สมาชิกในครอบครัวให้การสนับสนุน พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง พบว่าหลัง การทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเลือกรับ รับประทานอาหารถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความ เข้มข้นของโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอธิบายได้ว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติ ตนเพื่อป้องกันโรค โดยเกิดพฤติกรรมเลือกรับ รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง มีการรับประทานเนื้อ สัตว์ และผลไม้เพิ่มขึ้นธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบที่ สำคัญของฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นสารที่อยู่ในเม็ดเลือด แดง ทำหน้าที่นำออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ของ ร่างกาย เก็บเอาของเสีย คือ คาร์บอนไดออกไซด์มา คืนให้ปอด ดังนั้น ธาตุเหล็กจึงเป็นตัวสร้างคุณภาพ ของเลือดจึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีระดับความ เข้มข้นของโลหิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมโดยเนื้อสัตว์มีธาตุ เหล็กที่ร่างกายสามารถดูดซึมไปใช้ประโยชน์ได้ดีถึง ร้อยละ 10-30²⁰ สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญ ลักษณ์ โมราษฎร์¹⁸ ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรง พยาบาลขอนแก่น พบว่าการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม หลีกเลี่ยง อาหารไม่มีประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ผลดี ของการปฏิบัติตัวในการควบคุมภาวะการเจ็บป่วยที่ พบบ่อยในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุน จากสมาชิกในครอบครัว และผู้วิจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ เกิดพฤติกรรมรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับ ตนเอง และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ประจำวัน จึงทำให้เกิดความต่อเนื่อง ส่งผลในระดับความ เข้มข้นของโลหิตเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบกิจกรรม การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้เรื่อง ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ภัยเงียบในผู้สูงอายุ ผลเสียของภาวะนี้ แนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง อาหารที่ช่วยส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก และคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและครอบครัว ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ การจัดการนี้ช่วยลดผลกระทบต่อสุขภาพและชะลอการเสื่อมถอย ความสามารถในการทำหน้าที่ ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่าย และเวลาที่ต้องเสียไปกับการดูแลลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะตามมาทั้งยังเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ด้วยการศึกษานี้ให้ประสิทธิผลดีภายในระยะเวลา 12 สัปดาห์ แต่ในระยะยาวควรมีการกำกับติดตามประเมินผลต่อไปอีกเป็นระยะเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ควรนำการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารและระดับความเข้มข้นของโลหิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ไปศึกษาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุพื้นที่อื่น ๆ เพื่อศึกษาว่าสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยได้ทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ อาจารย์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้และผู้ที่มีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนทุกท่านในงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. Ageing. [online] 2009 [cited 2009 August

- 10]. Available from <http://www.who.int/ageing/en/index.html>.
2. ศรีประภา ลุนละวงศ์. มองไปข้างหน้า...ถึงเวลาแล้วเตรียมพร้อมรับ..สังคมผู้สูงอายุ. เพื่อนสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5 2555; 6(6):1.
3. นภชาญ เอื้อประเสริฐ และอุดมศักดิ์ บุญวรเศรษฐ์. Essential Hematology for General Practitioners. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
4. ยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม และจรรยา ภัทรอาชาชัย. ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2547. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550; 1(2), 98-17.
5. Beghe C, Wilson A, Ershler WD. Prevalence and outcome of anemia in geriatrics: A systematic review of the literature. The American Journal of Medicine 2004; 116(7A) 3-7.
6. Gabrilove J. Anemia and the elderly: Considerations. Best Practice & Research Clinical Hematology 2005; 18(3): 417-5.
7. Lash A, Coyer SM, Anemia in older adults. Medsurg Nursing 2008; 17(5): 298-6.
8. Andres E, Federici L, Seeraj K, Kaltenbach G. Update of nutrient-deficiency anemia in elderly patients. European Journal of Internal Medicine 2008; 19: 488-5.
9. สาธารณสุขอำเภอสามโคก. รายงานผลงานประจำปี. อำเภอสามโคก: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามโคก. 2554.
10. วิชัย ประยูรวิวัฒน์. โลหิตวิทยาเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2549.
11. Guralnik JM, Eisentaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. Prevalence

- of anemia in persons 65 years and older in the United States: Evidence for a high rate of unexplained anemia. *Blood* 2004; 104(Suppl. 8): 2263-5.
12. Penninx WJH, Pluijm MF, Lips P, Woodman R, Miedema K, Guralnik JM, et al. Late-Life Anemia Is Associated with Increased Risk of Recurrent Falls. *American Geriatrics Society* 2005; 53(12): 2106-53.
 13. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2537.
 14. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สามดีการพิมพ์; 2549.
 15. จินตนา สุวิทวัส. การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
 16. Becker MH, Maiman LM. Socio behavioral determinant of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 13: 10-2.
 17. House JE. The association of social relationship and activities with mortality: Community health study. *American Journal Epidemiology* 1981; 10(1): 12-8.
 18. ัญลักษณ์ โมราษฎร์. ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
 19. พิกุล ดินามาส. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
 20. ภูวดล พลศรีประดิษฐ์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะโลหิตจางในผู้สูงอายุบ้านสุขัง ตำบลตะคุ อำเภอบึงโขงพยุง จังหวัดนครราชสีมา. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
 21. ชลธิชา จันทศิริ. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม ณ สวนลุมพินี กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
 22. กรมณี ชินสุนทร. ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมไทเก๊ก. (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
 23. จารุณี จันท์เปล่ง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดปทุมธานี. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
 24. ภราดา บุราณสาร. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2546.
 25. บุญใจ ศรีสถิตยน์รฎากร. ระเบียบวิธีการวิจัย

ทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.

26. สุนทรา พรายงาม. ผลการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี.(วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา; 2545.
27. สิริพันธ์ จุลรังคะ. โภชนศาสตร์เบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.2550.

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University