

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

วันทนีย์ ชัยฤทธิ์* พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

นพวรรณ เปี้ยชื่อ** Ph.D. (Nursing), APN/NP

สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ*** Ph.D. (Life Science and Human Technology)

บทคัดย่อ: การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความมั่นคงทางอาหาร และความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคมกับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 194 ราย เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม การประเมินภาวะโภชนาการด้วยดัชนีมวลกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย ไคสแควร์ และสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความมั่นคงทางอาหารมีค่อนข้างน้อย ร้อยละ 6.7 เมื่อวิเคราะห์รายมิติพบปัญหาด้านคุณภาพอาหารมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านความปลอดภัยของอาหาร และปริมาณอาหารตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาวะสุขภาพ รายได้ของครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับปัญหาความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ มีรายได้ครอบครัวน้อย และการสนับสนุนทางสังคมน้อย

คำสำคัญ: ความมั่นคงทางอาหาร ผู้สูงอายุ ชุมชนชนบท

*พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง และนักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

**Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,
E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องของจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานเสื่อมลง ทำให้ระบบการย่อย การดูดซึม และความอยากอาหารลดลง (วันดี โภคะกุล และอุบลพรรณ จุฑาสมิท, 2547; Browine, 2006; Chen, Schilling, & Lyder, 2001) อีกทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้ ต้องพึ่งพาบุตรหลานในการประกอบอาหาร รวมทั้งการซื้อหาอาหาร การได้มาซึ่งอาหารของผู้สูงอายุจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทำให้เกิดความวิตกกังวลในการได้มาซึ่งอาหาร ทั้งในด้านปริมาณที่เพียงพอ คุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร ประชากรผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อการเข้าไม่ถึงระบบอาหาร และเกิดปัญหาความมั่นคงทางอาหารได้ง่าย ส่งผลให้เกิดปัญหาทุโภชนาการสองด้าน ทั้งการขาดสารอาหาร และการได้รับสารอาหารเกิน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2545) โดยในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศฟิลิปปินส์พบความชุกของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในเขตชนบทที่ยากจน และพบความชุกของการมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มากขึ้นในเขตเมืองที่ร่ำรวย ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Jenkins, Johnson, & Ofstedal, 2007) มักเกิดการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (Pieterse, Manandhar, & Ismail, 2002) โดยหากปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้น จะรุนแรงมากเมื่อเทียบกับกลุ่มวัยอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ (Hall & Brown, 2005)

ความมั่นคงทางอาหาร เป็นความสามารถของบุคคลทั้งในด้านเศรษฐกิจและกายภาพ ที่จะเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ ถูกหลักโภชนาการ และมีความปลอดภัย (Food and Agriculture Organization of the United Nation,

2006) ปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารก่อให้เกิดภาวะทุโภชนาการสองด้าน ทั้งการขาดสารอาหาร และการได้รับสารอาหารเกิน จนเกิดปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา (สาคร ธนมิตร, 2545) ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งแผนยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 มีทิศทางการพัฒนาประเทศซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ให้สร้างความมั่นคงทางอาหารให้กับคนไทยทุกคนเนื่องจากความไม่มั่นคงทางอาหารกำลังเป็นปัญหาสำคัญของประชากรโลก รวมถึงแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการ

เนื่องจาก ผู้สูงอายุในชุมชนชนบทยังมีปัญหาทางด้านโภชนาการ อีกทั้งประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษาความมั่นคงทางอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีจำกัด โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบททางภาคใต้ ซึ่งถือเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อความไม่มั่นคงทางอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ผลผลิตต่างๆ ต้องพึ่งพาธรรมชาติ หากเกิดภัยธรรมชาติก็จะเกิดความสูญเสียของรายได้ สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุที่ยากจนอยู่ในชนบทมากกว่าในเมืองถึง 7 เท่า โดยส่วนใหญ่มีพื้นฐานการศึกษาน้อย เป็นเกษตรกร และไม่มีรายได้จากการทำงาน (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2552) ส่งผลให้ความสามารถในการเข้าถึงอาหารไม่เท่าเทียมกันจากความแตกต่างของรายได้ (คณะทำงานยกร่างและจัดทำแผนยุทธศาสตร์, 2545) จึงพบความชุกของการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมือง

อำเภอกงหรา เป็นชุมชนชนบท ในจังหวัดพัทลุง มีจำนวนประชากรทั้งหมด 36,824 คน เป็นผู้สูงอายุ

ทั้งหมด 4,994 คน นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 57.11) ใกล้เคียงกับศาสนาพุทธ (ร้อยละ 42.89) โดยรวมผู้สูงอายุยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรส และบุตรหลาน ได้รับการศึกษาค่อนข้างน้อย ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นหลัก (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอสงขลา, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมศักดิ์ ชุมหรัศมี (2552) ส่วนใหญ่พบมีโรคประจำตัว และอยู่ในสถานะที่ต้องพึ่งพาครอบครัวเนื่องจากมี รายได้น้อย หรือไม่มีรายได้ จากเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นในการศึกษาความมั่นคงทางอาหารและ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของ ผู้สูงอายุในบริบทชุมชนชนบททางภาคใต้นี้ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และรายได้ของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านครอบครัว และ สังคม ได้แก่ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูล พื้นฐานและเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความมั่นคง ทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว และปัจจัยด้านสังคมกับความมั่นคง ทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดของการศึกษาคั้งนี้ ประยุกต์จาก ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner's ecological framework) ปี ค.ศ. 1997

เนื่องจากเป็นกรอบแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับบุคคล ร่วมกับระดับความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่บุคคล อาศัยอยู่ ซึ่งในแต่ละระดับมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ของมนุษย์ และปฏิสัมพันธ์ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ล้วนมีผลต่อพัฒนาการและพฤติกรรม ของบุคคล การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในระบบหนึ่ง ย่อมมีผลต่อสิ่งแวดล้อมอีกระบบหนึ่ง (Paquette & Ryan, 2001) ระบบนิเวศวิทยาประกอบด้วย 5 ระบบ (Bronfenbrenner, 2005) คือ 1) ไมโครซิสเต็ม (microsystem) เป็นระดับบุคคลคือ ผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และรายได้ของผู้สูงอายุ รวมทั้ง ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท ญาติ และมัลลิต ที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ของบุคคลกับ สิ่งแวดล้อมจะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัวมีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุก็มีผลต่อความเชื่อและพฤติกรรม ของครอบครัวเช่นกัน เรียกลักษณะนี้ว่า อิทธิพลแบบ สองทิศทาง (bi-directional influences) ซึ่งเกิดขึ้นใน แต่ละระดับของสิ่งแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ของโครงสร้าง ในระดับเดียวกันและในแต่ละระดับเป็นสิ่งที่สำคัญ ของทฤษฎีนี้ ในระดับของไมโครซิสเต็มนั้น อิทธิพล แบบสองทิศทางมีความสำคัญ และการมีปฏิสัมพันธ์ ในแต่ละระดับยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างภายใน ระบบด้วย (Paquette & Ryan, 2001) 2) เมโสซิสเต็ม (mesosystem) เป็นระดับที่แสดงความเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว ได้แก่ รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว 3) เอ็กโซซิสเต็ม (exosystem) เป็นโครงสร้างทางสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม รวมถึงสถานที่ทำงาน ชุมชน กองทุนหมู่บ้าน องค์กรต่าง ๆ และรัฐบาล 4) แมโครซิสเต็ม (macrosystem) ประกอบด้วยความเชื่อ ค่านิยม ธรรมเนียม ปฏิบัติกฎหมาย และ 5) ครอนอนซิสเต็ม (chronosystem) การเปลี่ยนแปลงมิติของเวลา (Bronfenbrenner, 2005)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

ดังนั้นทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา จึงเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ในการศึกษาความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ เนื่องจากความมั่นคงทางอาหารจัดเป็นปัจจัยระดับบุคคลซึ่งกล่าวถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงอาหาร (Food and Agriculture Organization of the United Nation, 2006) อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความมั่นคงทางอาหารของครอบครัวมีผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพโดยรวมของครอบครัว (Piaseu, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของกรีน (Green, 2008) พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงอาหารมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทั้ง 5 ระดับ ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาหารของบุคคล เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบอาหารได้จากการเสื่อมตามวัย ภาวะเจ็บป่วย หรือการมีรายได้น้อย จึงต้องพึ่งพาหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในระดับอื่นๆ เพื่อการดำรงชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ กรอบแนวคิดของการศึกษาประกอบด้วย 3 ระบบคือ ไมโครซิสเต็ม (microsystem), เมโสซิสเต็ม (mesosystem) และเอ็กโซซิสเต็ม (exosystem) เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกัน อีกทั้งบริบทของสังคมผู้สูงอายุในชุมชนชนบทของอำเภอหงษามีความคล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านการเมือง เศรษฐกิจ กฎหมายท้องถิ่น นโยบายประเทศ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงไม่ได้ทำการศึกษาในระดับของแมโครซิสเต็ม (macrosystem) และ ครอนโนซิสเต็ม (chronosystem)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบท ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหงษา อำเภอหงษา จังหวัดพัทลุง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตชุมชนชนบท ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหงษา อำเภอหงษา จังหวัดพัทลุง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2554

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มจากการสุ่มแบบแบ่งชั้น (stratified random sampling) (ยูวดี ภาษา และคณะ, 2540) จาก ทั้งหมด 5 หมู่บ้าน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหงษาในสัดส่วนที่เท่ากัน หลังจากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลหงษา อำเภอหงษา จังหวัดพัทลุง มีการรับรู้อุปการะแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) มีคะแนนรวมมากกว่า 15 ขึ้นไป ช่วยเหลือตัวเองได้ดี และสามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง และยินดีเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคอกเครน (Cochran, 1977) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 185 ราย และเพื่อทดแทนในกรณีที่ได้อัฒมไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 โดยประมาณ ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 204 ราย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมินการรู้คิด โดยมีคะแนนมากกว่า 15 คะแนนขึ้นไป อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุที่ไม่อยู่รอการสัมภาษณ์ 4 ราย และตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน 6 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 194 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และครอบครัว ดัดแปลงจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสุนีย์ อังศุภาสกร (2554) ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลครอบครัวและสังคมของผู้สูงอายุ รวมคำถามทั้งหมด 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร พัฒนาโดย นพวรรณ เปี้ยชื่อ และสุรัตน์ โคมินทร์ (2551) ดัดแปลงโดยสุนีย์ อังศุภาสกร (2554) ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอนคือ ตอนที่ 1 เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อคัดกรองความมั่นคงทางอาหารเบื้องต้น จำนวน 1 ข้อ และตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านอาหารในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ประกอบด้วยเนื้อหา 4 มิติคือ ปริมาณอาหาร (7 ข้อ) คุณภาพอาหาร (12 ข้อ) ความปลอดภัยของอาหาร (9 ข้อ) และความวิตกกังวลเรื่องอาหาร (5 ข้อ) รวม 33 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยเกิดขึ้นเลย (0 คะแนน) ถึง เกิดขึ้นบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ในการศึกษาครั้งนี้ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนนเฉลี่ย 0-0.67 หมายถึง มีความมั่นคงทางอาหารมาก คะแนนเฉลี่ย 0.68-1.32 หมายถึง มีความมั่นคงทางอาหารน้อย และคะแนนเฉลี่ย 1.33-2.00 หมายถึง มีความมั่นคงทางอาหารน้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของไซเมทและคณะ (Zimet, Dahlem, Zimet, & Farley, 1988) แปลและดัดแปลงโดย นพวรรณ เปี้ยชื่อ (Piaseu, 2003) เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม 3 องค์ประกอบคือ ครอบครัว (4 ข้อ) เพื่อน/เพื่อนบ้าน (4 ข้อ) และองค์กรต่างๆ (4 ข้อ) รวม 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-48 คะแนน คะแนนน้อย หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนมาก หมายถึง ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ปรับข้อความ จำนวน 8 ข้อ เพื่อเพิ่มความชัดเจนและความสอดคล้องกับบริบท

ชุมชนชนบททางภาคใต้ ในการศึกษาครั้งนี้การแปลผลข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระดับคือ คะแนนเฉลี่ย 0-2.0 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.1-4.0 หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของแวร์และคณะ (Ware, Kosinski, & Gandek, 2000) ดัดแปลงโดยนพวรรณ เปี้ยชื่อและคณะ (2551) จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่สุขภาพไม่ดีเลย (0 คะแนน) ถึง สุขภาพดีมาก (4 คะแนน) คะแนนน้อย หมายถึง สุขภาพไม่ดี คะแนนมาก หมายถึง สุขภาพดีมาก

คุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามต้นฉบับและดัดแปลงได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านชุมชนและนักโภชนาการชุมชน โดยแบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) เท่ากับ .94 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .84 -.92 แบบสอบถามภาวะสุขภาพได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .78-.95 และแบบสอบถามทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย แบบสอบถามความมั่นคงทางอาหาร ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 และในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .84 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ .85 และในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ มีค่าความเที่ยงจากการวัดซ้ำ (test-retest reliability) โดยใช้แบบทดสอบชุดเดียวกัน ทดสอบกับกลุ่มเดิมสองครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .95

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบสภาพจิตใจ (Chula Mental Test) เป็นแบบทดสอบสภาพสมองของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) เพื่อประเมินความผิดปกติของภาวะสมองเสื่อม เบื้องต้น จำนวน 13 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-19 คะแนน คะแนนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 15 แสดงว่ามีความผิดปกติในการรับรู้ คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป แสดงว่ามีการรับรู้ปกติ

ส่วนที่ 6 เครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการ มี 3 ประเภทดังนี้ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง และเครื่องวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเครื่องมือทั้ง 3 ประเภท ใช้เครื่องเดียวกันตลอด การเก็บข้อมูล

1. เครื่องชั่งน้ำหนักเป็นแบบระบบดิจิตอล รุ่น Tanita UM-018 ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องโดยการสอบเทียบกับเครื่องชั่งน้ำหนักมาตรฐาน มีวิธีการวัดและตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนักให้แสดงเลขศูนย์ก่อนชั่งน้ำหนักทุกครั้ง

2. เครื่องวัดส่วนสูงเป็นแบบสเกล มีความละเอียดวัดได้ถึง 1 มิลลิเมตร ตัวเลขชัดเจน พร้อมใช้งาน มีวิธีการวัดโดยตั้งแถบสเกลวัดส่วนสูงพร้อมตรวจสอบความถูกต้องก่อนวัดทุกครั้ง

3. เครื่องมือ Harpenden handgrip dynamometer ที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ โดยเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ และมาตรฐาน ISO มีวิธีการวัดโดยตรวจสอบเครื่องก่อนวัดทุกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรอง เลขที่ 2554/226 ผู้วิจัยชี้แจงและอธิบายวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถแจ้งขอยุติการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ได้ก่อนการวิจัยสิ้นสุดลงโดยมีต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งไม่มีผลอย่างใดต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2554 โดยมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 14 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 9 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 5 คน ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม และ 2) อสม. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก พร้อมมอบหมายให้ในวัน เวลา สถานที่เก็บข้อมูลและการปฏิบัติตัวแก่กลุ่มตัวอย่างในวันทันตหมาย เพื่อให้ได้ค่าน้ำหนักที่แท้จริง รวมทั้งอธิบายวิธีการประเมินภาวะโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คำนวณดัชนีมวลกาย และการบันทึกค่าที่วัดได้ตามขั้นตอน พร้อมทั้งสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับ เพื่อให้เข้าใจและได้ข้อมูลตรงกัน

2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอประชุมหมู่บ้านหรือที่ทำการกำนันตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง ในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ ในช่วงเช้า วันละ 10-15 ราย รวมระยะเวลา 1 เดือน ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีดำเนินการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา จึงเก็บข้อมูลเริ่มจากฐานที่ 1 (ลงทะเบียนและประเมินการรู้จัก) โดยผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบ เมื่อเสร็จสิ้นจึงไปยังฐานที่ 2 (ประเมินภาวะโภชนาการ) โดย อสม. 1 คน เป็นผู้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ฐานที่ 3 (สัมภาษณ์จากแบบสอบถาม) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ รวม 3 คนเป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 25-30 นาทีต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย ประกอบด้วย การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมกับความมั่นคงทางอาหาร โดยใช้สถิติ Chi-square ได้แก่ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ รายได้ของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว และใช้สถิติ Spearman rank correlation ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความมั่นคงทางอาหาร

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 194 ราย มากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิงร้อยละ 59.8 (n = 116) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 61.3 (n = 119) อายุเฉลี่ย 68.8 ปี (SD = 6.2) อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 86 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 69.6 (n = 135) อาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 72.2 (n = 140) จบการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 71.1 (n = 138) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.8 (n = 114) มีรายได้มาจากตนเอง ร้อยละ 50 (n = 97) มีรายได้ 1,001-3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.7 (n = 77) ซึ่งเป็นความถี่สูงสุด กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง ร้อยละ 46.9 (n = 91)

มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 62.4 (n=121) ไม่มีสมาชิกครอบครัวที่เป็นเด็ก (แรกเกิด-15 ปี) เกือบครึ่ง ร้อยละ 43.3 (n = 84) มีรายได้ของครอบครัว 3,001-7,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 18 (n = 35) มีรายได้ของครอบครัว 1,001-3,000 บาท ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง ร้อยละ 47.9 (n = 93) มีโรคประจำตัว 1-3 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดผิดปกติ เกือบครึ่งของผู้ที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.2 (n = 43) รับประทานยา มากกว่า 3 ชนิด มากกว่าครึ่ง ร้อยละ 56.7 (n = 110) มีฟันแท้มากกว่า 3 ซี่ขึ้นไป ผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 ร้อยละ 38.1 (n = 74) มีดัชนีมวลกายเกิน และร้อยละ 19.6 (n = 38) มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ โดยเพศหญิงมีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์มากกว่าเพศชาย ค่าเฉลี่ยคือ 21.9 กก./ม² (SD = 4.0) กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 59.8 (n=116) มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อปกติ โดยเพศหญิงมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อปกติมากกว่าเพศชาย ค่าเฉลี่ยคือ 19.5 กก. (SD = 5.4) ร้อยละ 66.5 (n = 129) มีภาวะสุขภาพดี โดยในกลุ่มที่มีความมั่นคงทางอาหารน้อยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพพอใช้และไม่ดี และกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.74 (SD = .32) โดยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.80 (SD = .328) รองลงมาคือ เพื่อน/เพื่อนบ้าน ค่าเฉลี่ย 3.76 (SD = .40) และองค์กรต่าง ๆ ค่าเฉลี่ย 3.66 (SD = .40) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

ตารางที่ 1 ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ (N = 194)

ตัวแปร	ชาย	หญิง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ย = 21.9 กก/ม ² (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.0)			
ต่ำกว่าเกณฑ์ (< 18.5 กก/ม ²)	13 (16.7)	25 (21.6)	38 (19.6)
ปกติ (18.5-22.9 กก/ม ²)	43 (55.1)	39 (33.6)	82 (42.3)
เกินเกณฑ์ (≥ 23 กก/ม ² ขึ้นไป)	22 (28.2)	52 (44.8)	74 (38.1)
ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ย = 19.5 กก (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.4)			
ปกติ (ชาย = 23.6, หญิง = 14.5)	37 (47.4)	79 (68.1)	116 (59.8)
น้อยกว่าปกติ (ชาย < 23.6, หญิง < 14.5)	41 (52.6)	37 (31.9)	78 (40.2)
ภาวะสุขภาพ			
สุขภาพดี			129 (66.5)
สุขภาพพอใช้			60 (30.9)
สุขภาพไม่ดี			5 (2.6)
แรงสนับสนุนทางสังคม ค่าเฉลี่ย = 3.74 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = .32)			
น้อย (คะแนนเฉลี่ย 0-2.0)			-
มาก (คะแนนเฉลี่ย 2.1-4.0)			194 (100.0)

ผลการศึกษาจากคำถามคัดกรองความมั่นคงทางอาหารพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.7 (n = 145) มีอาหารรับประทานอย่างเพียงพอแต่ไม่ครบทุกชนิดของอาหารที่จำเป็นต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอ รองลงมาคือ ร้อยละ 19.1 (n = 37) มีอาหารรับประทานอย่างเพียงพอและมีอาหารชนิดต่าง ๆ ที่จำเป็นต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอ มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นร้อยละ 3.1 (n = 6) ที่บางครั้งมีอาหารไม่เพียงพอที่จะรับประทาน และร้อยละ

3.1 (n = 6) ที่บ่อยครั้งมีอาหารไม่เพียงพอที่จะรับประทาน ผลการวิเคราะห์ความมั่นคงทางอาหารพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.3 (n = 181) มีคะแนนความมั่นคงทางอาหารน้อย เมื่อพิจารณาตามเพศ พบว่าเพศหญิงมีคะแนนความมั่นคงทางอาหารมากกว่าเพศชายเล็กน้อย หญิง ร้อยละ 6.9 (n = 8) และ ชาย ร้อยละ 6.4 (n = 5)

ตารางที่ 2 คะแนนความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ (N = 194)

เพศ	คะแนนความมั่นคงทางอาหาร	
	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)
ชาย	73 (93.6)	5 (6.4)
หญิง	108 (93.1)	8 (6.9)
รวม	181 (93.3)	13 (6.7)

เมื่อวิเคราะห์แยกเป็นรายมิติพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนความมั่นคงทางอาหารด้านคุณภาพอาหารสูงที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = .63, SD = .31) รองลงมาคือด้านความปลอดภัยของอาหาร (คะแนนเฉลี่ย = .44, SD = .24) และด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหาร (คะแนนเฉลี่ย = .31, SD = .46; ค่ามัธยฐาน = 0) ตามลำดับ และด้านปริมาณอาหารมีคะแนนต่ำที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = .05, SD = .21; ค่ามัธยฐาน = 0)

เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายกลุ่มตามคะแนนความมั่นคงทางอาหาร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 93.3 (n = 181) อยู่ในกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงทางอาหารน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านปริมาณอาหารต่ำที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 0, SD = 0) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดไม่เคยรู้สึกหิว ไม่เคยงดอาหารบางมื้อและมีอาหารรับประทานทุกมื้อ อย่างไรก็ตามพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงทางอาหารด้านคุณภาพอาหารสูงที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = .56, SD = .22) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุกินอาหารชนิดเดิมซ้ำ

มากที่สุด รองลงมาคือ กินอาหารที่เหลือน้ำค้างจากวันก่อน ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาจากคุณภาพอาหารคือด้านความปลอดภัยของอาหาร (คะแนนเฉลี่ย = .42, SD = .24) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินอาหารที่ใส่ผงชูรสมากที่สุด รองลงมาคือ กินอาหารที่มีสารกันบูด

ผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ร้อยละ 6.7 (n = 13) อยู่ในกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นคงทางอาหารมาก โดยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหารมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 1.57, SD = .42) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุกังวลว่าอาหารที่กินจะไม่สะอาดปลอดภัยมากที่สุด รองลงมาคือ กังวลว่าอาหารที่กินจะมีคุณภาพไม่ดี ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมาจากด้านความวิตกกังวลคือ ด้านคุณภาพอาหาร (คะแนนเฉลี่ย = 1.47, SD = .09) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่กินอาหารชนิดเดิมซ้ำๆ รองลงมาคือ กินอาหารที่เหลือน้ำค้างจากวันก่อน อย่างไรก็ตามพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยด้านความปลอดภัยของอาหารต่ำที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = .71, SD = .15) (ตารางที่ 3)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

ตารางที่ 3 มิติความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ (N=194)

มิติ	ความมั่นคงทางอาหาร						การแปลผล ความมั่นคงทางอาหาร
	คะแนนน้อย		คะแนนมาก		โดยรวม		
	(n = 181)	(n = 13)	(N = 194)				
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ปริมาณอาหาร	.00	.00	.79	.24	.05	.21	มาก
คุณภาพอาหาร	.56	.22	1.47	.09	.63	.32	มาก
ความปลอดภัยของอาหาร	.42	.24	.71	.15	.44	.24	มาก
ความวิตกกังวลเรื่องอาหาร	.22	.30	1.57	.42	.31	.46	มาก

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมกับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ) และปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม (รายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว)

กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุด้วยสถิติไคสแควร์พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) อย่างไรก็ตาม เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมกับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ (N = 194)

ปัจจัย	คะแนนความมั่นคงทางอาหาร		ค่าสถิติ	p-value
	น้อย	มาก		
เพศ			$\chi^2_{cor} = 0$	1.000
ชาย	73 (93.6)	5 (6.4)		
หญิง	108 (93.1)	8 (6.9)		
การศึกษา			Fisher ' s Exact	.744
ไม่ได้ศึกษา	46 (92.0)	4 (8.0)		
ศึกษา	135 (93.8)	9 (6.3)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมกับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุ (N = 194) (ต่อ)

ปัจจัย	คะแนนความมั่นคงทางอาหาร		ค่าสถิติ	p-value
	น้อย	มาก		
สถานภาพสมรส			Fisher ' s Exact	.520
โสด หม้าย หย่า แยก	51 (96.2)	2 (3.8)		
คู่	131 (92.2)	11 (7.8)		
รายได้ของผู้สูงอายุ (บาท/เดือน)			Fisher ' s Exact	.610
≤ 7,000	164 (92.7)	13 (7.3)		
> 7,000	17 (100)	-		
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)			Fisher ' s Exact	.005
≤ 7,000	114 (89.8)	13 (10.2)		
> 7,000	67 (100)	-		
จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว			Fisher ' s Exact	.138
1-2 คน	69 (97.2)	2 (2.8)		
3 คนขึ้นไป	112 (91.1)	11 (8.9)		

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัวและสังคมกับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุด้วยสถิติสหสัมพันธ์ สเปียร์แมน พบว่าความมั่นคงทางอาหารมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.22, p = .002$) และภาวะสุขภาพ ($r = -.21, p = .004$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ดัชนีมวลกาย และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การอภิปรายผล

ผู้สูงอายุในการศึกษาคั้งนี้ มีคะแนนความมั่นคงทางอาหารน้อย แสดงว่ามีความมั่นคงทางอาหารมาก (ตารางที่ 2) อาจเป็นไปได้ว่าผู้สูงอายุจำนวนกว่าครึ่งอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น สถานภาพสมรสคู่ ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก แม้ว่าจะมีรายได้น้อย และได้รับการศึกษาน้อย อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีอาหารจำเป็นในครัวเรือนที่ไม่เคยหมดลง มีอาหารรับประทานทุกมื้อ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

ไม่เคยประสบกับเหตุการณ์ที่ต้องงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่ง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ อังศุภาสกร (2554) ที่ศึกษาในบริบทของชุมชนแออัด เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความมั่นคงทางอาหารมาก ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความมั่นคงทางอาหารน้อยกว่าเพศชายเล็กน้อย (ตารางที่ 2) เช่นเดียวกับการศึกษาของ นพวรรณ เปียชื่อ (Piaseu, 2005) และสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่เพศหญิงส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารในครอบครัว เมื่ออยู่ในสถานการณ์จำกัดเรื่องอาหาร จึงมีความเสี่ยงต่อความไม่มั่นคงทางอาหารมากกว่าเพศชาย

เนื่องจากสังคมชุมชนชนบทแห่งนี้ เพศชายและเพศหญิงยังมีบทบาทในการรับผิดชอบเรื่องอาหารร่วมกัน ซึ่งแตกต่างกับสังคมเมืองที่เพศหญิงต้องรับผิดชอบเรื่องอาหารในครอบครัว และเมื่อเกิดข้อจำกัดทางอาหารจะเสียสละอาหารให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ เสมอ เพศหญิงจึงเสี่ยงต่อการเข้าถึงอาหารมากกว่าเพศชาย (Piaseu, 2005) (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณารายมิติพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความมั่นคงทางอาหารมาก มีความมั่นคงทางอาหารด้านปริมาณอาหารมากที่สุด (ตารางที่ 3) โดยไม่เคยรู้สึกหิว ไม่เคยงดอาหารบางมื้อ และมีอาหารรับประทานทุกมื้อ รองลงมาคือ ความวิตกกังวลเรื่องอาหาร ความปลอดภัยของอาหาร และคุณภาพของอาหาร ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความมั่นคงทางอาหารน้อย มีความมั่นคงทางอาหารด้านความวิตกกังวลเรื่องอาหารน้อยที่สุด ส่วนใหญ่เป็นความวิตกกังวลว่าอาหารที่กินจะไม่สะอาดปลอดภัย และอาหารที่กินจะมีคุณภาพไม่ดี แสดงให้เห็นว่าเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ความไม่มั่นคงทางอาหารเป็นระยะเวลาจะส่งผลต่อความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาคือ การลดคุณภาพอาหาร ปริมาณอาหาร และความปลอดภัยของอาหาร ตามลำดับ

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (จินตนา สุวิทวัส,

ภัทรระ แสนไชยสุริยา, และเกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤกษ์, 2552; สุนีย์ อังศุภาสกร, 2554) พบว่าญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านหรือวัดให้ความช่วยเหลือเรื่องอาหาร เมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องอาหารหรือการเงิน ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ซึ่งจัดหาและช่วยดูแลเรื่องอาหาร

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในผู้ใหญ่ (Harrison, Sharp, LeClair, Ramirez, & McGarvey, 2007) และการศึกษาของแอนเดอร์สัน (Anderson, 1990) ที่พบว่าความไม่มั่นคงทางอาหารมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความมั่นคงทางอาหารน้อย ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพพอใช้และไม่ดีเลย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความเสื่อมตามวัย

รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของปิยนถ อิมดี (2547) พบว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีความเป็นไปได้ที่จะเข้าถึงอาหารได้มากกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ค่าฐานนิยามรายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,000-7,000 บาท ซึ่งต่ำกว่าค่ามัธยฐานรายได้ครอบครัวต่อเดือนของประชากรไทยเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้ จึงใช้จุดตัดที่ 7,000 บาทต่อเดือน เป็นตัวชี้บอกถึงฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัว โดยรายได้ครอบครัวที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7,000 บาทต่อเดือน แสดงว่าครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมากกว่าหรือเท่ากับ 7,001 บาทขึ้นไป แสดงว่าครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจดี พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความมั่นคงทางอาหารน้อย มีข้อจำกัดทางการเงิน

ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าว สามารถอธิบายความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหาร ได้ด้วยทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 2005) เนื่องจากความมั่นคงทางอาหารไม่ได้เกี่ยวข้องกับเฉพาะตัวบุคคลหรือตัวผู้สูงอายุอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมระดับอื่น ๆ เช่น ระดับครอบครัว ชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในระดับอื่น ๆ เพื่อการดำรงชีวิต ดังนั้นการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งจากเพื่อนบ้าน วัด ชุมชน หรือรัฐบาล และการมีรายได้ของครอบครัวที่ดี บ่งบอกถึงความสามารถในการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพ มีความหลากหลาย และการได้รับอาหารปริมาณที่เพียงพอ (Han, Li, & Zheng, 2008) มีภาวะโภชนาการที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีตามมา

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ความมั่นคงทางอาหารมีความสัมพันธ์กับเพศ (Duerr, 2006; Piaseu, 2005) รายได้ของผู้สูงอายุ (Hall & Brown, 2005; Lee & Frongillo, 2001a; Piaseu, 2005; Piaseu & Mitchell, 2004; Townsend, Peerson, Love, Achterberg, & Murphy, 2001) การศึกษา (วัฒนาวิดี คุ่มทองมาก, 2548) สถานภาพสมรส (Nord et al., 2003, cited in Hall & Brown, 2005) ดัชนีมวลกาย (Lee & Frongillo, 2001b; Townsend et al., 2001) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Pieterse et al., 2002) และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (สุธานี มะลิพันธ์, 2552)

เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส ดัชนีมวลกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ รายได้ของผู้สูงอายุ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบนิเวศวิทยาของบรอนเฟนเบรนเนอร์ (Bronfenbrenner, 2005) ว่า บริบทของชุมชนชนบทแห่งนี้ ผู้สูงอายุไม่ว่าเพศใด มีสถานภาพสมรส การศึกษา

รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว หรือภาวะโภชนาการระดับใด เกือบทั้งหมดยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว จึงสามารถพึ่งพาครอบครัวในเรื่องอาหารและเศรษฐกิจได้ ซึ่งการพึ่งพา หรือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสิ่งแวดล้อมในระดับเดียวกันและในแต่ละระดับที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ทั้งในปัจจุบันระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม ถือเป็นแรงสนับสนุนที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมในระบบหนึ่ง ย่อมมีผลต่อสิ่งแวดล้อมอีกระบบหนึ่ง ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงอาหารได้ทั้งในด้านปริมาณของอาหาร คุณภาพของอาหาร ความปลอดภัย ปราศจากความวิตกกังวลเรื่องอาหาร กล่าวคือมีความมั่นคงทางอาหาร และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยของต่างประเทศ ศึกษาในสังคมตะวันตกหรือสังคมเมือง อย่างไรก็ตามในบริบทของผู้สูงอายุไทย แม้จะฐานะไม่ดี ยากจน อยู่ห่างไกล หรือแม้จะอยู่ในชุมชนแออัด ก็พบว่ามีความมั่นคงทางอาหารมาก เพราะแรงสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และองค์กรอยู่ในระดับสูง (สุนีย์ อังศุภาสกร, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของนภาพร โชยวรรณ (2542) และการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุไทยในชนบทส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ได้รับการสนับสนุนทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การดูแลทางกาย จิตใจ และอาหาร โดยบุตรหลานจะจัดหาและจัดเตรียมอาหารให้ อีกทั้งสามารถหาอาหารได้จากแหล่งอาหารตามธรรมชาติ เช่น ห้วยหนอง คลอง นา หรือจากผักข้างรั้ว ปัจจัยดังกล่าวจึงไม่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหาร

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและทีมสุขภาพควรให้การดูแลเฝ้าระวังปัญหาความมั่นคงทางอาหารในผู้สูงอายุที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ มีปัญหาสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนชนบททางภาคใต้

2. ด้านการวิจัย ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเชิงทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความมั่นคงทางอาหาร เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยครอบครัวและสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และรายได้ของครอบครัว รวมทั้งการศึกษาเชิงทดลองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ หรือมีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสมาคมศิษย์เก่าบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้ให้ทุนอุดหนุนวิจัยบางส่วนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อำเภอองครักษ์. (2554). *สรุปข้อมูลและผลการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2554*. (เอกสารอัดสำเนา)
- คณะทำงานยกร่างและจัดทำแผนยุทธศาสตร์. (2545). *ข้อเสนอแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านความมั่นคงทางอาหาร*. นนทบุรี.
- จินตนา สุวิทวัส, ภัทระ แสนไชยสุริยา, และเกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤษ. (2552). การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 4(2), 11-19.
- นพวรรณ เปี้ยชื่อ, และสุรัตน์ โคมินทร์. (2551). *การพัฒนาเครื่องมือความไม่มั่นคงทางอาหาร*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร ซิววรรณ. (2542). ภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*, 15(1), 1-35.
- ปิยนาด อ้อมดี. (2547). *ความมั่นคงทางอาหารของชุมชนชนบท: ศึกษาเฉพาะกรณีบ้านป่าคา หมู่ที่ 2 ตำบลบ่อสวก อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2545). ภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ. *วารสารแพทยศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 3(1), 36-59.
- ยุวดี ภาชา, มาลี เลิศมาสึงค์, เยาวลักษณ์ เล่าหะจินดา, วิไล สุวรรณ, พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, และรุจิเรศ ธนุรักษ์. (2540). *วิจัยทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สยามศิลปการพิมพ์.
- วัฒนาวดี คุ่มทองมาก. (2548). *ผลกระทบของการขยายตัวของประชากรชาวกะเหรี่ยงที่มีต่อการใช้ทรัพยากรเพื่อการเกษตรและความมั่นคงทางด้านอาหาร: กรณีศึกษาหมู่บ้านเมืองแพม จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วันดี โภคะกุล, และอุบลพรรณ จุฑาสมิต. (2547). *อาหารเพื่อวัยสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิชัย เอกพลาการ, เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรพณแก้ว, และกนิษฐา ไทยกล้า. (2554). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2*. นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.
- สาคร ธนมิตรดี. (2545). การลงทุนด้านอาหารและโภชนาการมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ. ใน *สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ (บก.)*, *อาหาร-โภชนาการสำคัญในการพัฒนา* (หน้า 46-49). นครปฐม: สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุธานี มะลิพันธ์. (2552). *ความมั่นคงทางอาหารของชาวไร่บ้านป่าก่า อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี.
- สุนีย์ อังศุภาสกร. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Anderson, S. A. (1990). Core indicators of nutritional state for difficult-to-sample populations. *American Institute of Nutrition*, 120, 1559-1600.

- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Browine, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 110-118.
- Chen, C. C., Schilling, L. S., & Lyder, C. H. (2001). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 36(1), 131-142.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). New York: Wiley & Sons.
- Duerr, L. (2006). Food security status of older adult home-delivered meals program participants and components of its measurement. *Journal of Nutrition for the Elderly*, 26(1-2), 1-26.
- Food and Agriculture Organization of the United Nation. (2006). Food security. *Policy Brief, Issue 2*. Retrieved May 9, 2012, from FAO Agriculture and Development Economics Division Website: <http://www.fao.org/es/esa/>
- Green, R. J. (2008). *Assessing nutrition food: The realities of lone senior woman in urban Nova Scotia*. Unpublished master of science thesis, Faculty of Graduate Studies, Mount Saint Vincent University.
- Hall, B., & Brown, J. L. (2005). Food security among older adults in the United States. *Topics in Clinical Nutrition*, 20(4), 329-338.
- Han, Y., Li, S., & Zheng, Y. (2008). Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan China. *Public Health Nutrition*, 12(8), 1189-1196.
- Harrison, G. G., Sharp, M., LeClair, G. M., Ramirez, A., & McGarvey, N. (2007). Food security among California's low-income adults improves, but most severely affected do not share in improvement. *A Publication of the UCLA Center for Health Policy Research*, 1-11.
- Jenkins, K. R., Johnson, N. E., & Ofstedal, M. B. (2007). Patterns and associations of body weight among older adults in two Asian societies. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22, 83-99.
- Lee, J. S., & Frongillo, E. A., Jr. (2001a). Factors associated with food insecurity among U.S. elderly persons: Importance of functional impairments. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56B(2), S94-S99.
- Lee, J. S., & Frongillo, E. A., Jr. (2001b). Nutritional and health consequences are associated with food insecurity among U.S. elderly persons. *Journal of Nutrition*, 131(5), 1503-1509.
- Paquette, D., & Ryan, J. (2001). *Bronfenbrenner's ecological systems theory*. Retrieved March 12, 2012, from <http://pt3.nl.edu/paquetteryanwebquest.pdf>
- Piaseu, N. (2003). *Food insecurity and health among low income families living in crowded urban areas in Thailand*. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Graduate Studies, Washington University.
- Piaseu, N. (2005). Management of food insecurity among urban poor families in Bangkok. *Thai Journal of Nursing Research*, 9(3), 155-168.
- Piaseu, N., & Mitchell, P. (2004). Household food insecurity among urban poor in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 115-121.
- Pieterse, S., Manandhar, M., & Ismail, S. (2002). The association between nutritional status and handgrip strength in older Rwandan refugees. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 933-936.
- Townsend, M. S., Peerson, J., Love, B., Achterberg, C., & Murphy, S. P. (2001). Food insecurity is positively related to overweight in women. *Journal of Nutrition*, 131, 1738-1745.
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., & Gandek, B. (2000). *SF-36 health survey: Manual & interpretation guide* (2nd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(51), 31-41.

Factors Related to Food Security among Older Adults in a Rural Community of Southern Thailand

Wantanee Chairit* M.N.S. (Community Health Nurse Practitioner)

Noppawan Piaseu** Ph.D. (Nursing), APN/NP

Suchinda Jarupat Maruo *** Ph.D. (Life Science and Human Technology)

Abstract: This correlational study aimed to examine food security and investigated correlations between personal, family, social factors, and food security among older adults living in a rural community, Southern Thailand. The sample included 194 older adults aged 60 years and over. Through purposive sampling, the sample was selected according to inclusion criteria. Data were collected by interview from questionnaires and nutritional assessment using body mass index and hand grip strength. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and Spearman rank correlations. Results revealed that only a small proportion of older adults (6.7%) had problems with food security. Subscale analysis found that food quality was at the highest level, followed by food safety and food quantity, respectively. Correlational analysis reported that health status, family income, and social support were negatively associated with food security problem. Results suggested that community nurse practitioners should promote food security for older adults particularly for those with health problems, low family income, and social support.

Keywords: Food security, Older adults, Rural community

*Professional Nurse, Office of Family and Community Practitioner, Kong Ra Hospital, Phatthalung Province and Master Student, Master of Nursing Science Program (Community Health Nurse Practitioner), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: noppawan.pia@mahidol.ac.th

***Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University