

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นสิ่งสำคัญเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาประเทศ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการเอาใจใส่ดูแลและพัฒนาคุณภาพของประชากร ดังจะเห็นได้จากนโยบายของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้สุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวมดีขึ้น แต่จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงของประชากรที่สืบเนื่องมาจากการลดอัตราการเกิดและอัตราการตาย มีผลให้แนวโน้มของโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้นเป็นลำดับ และจากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ.2557 สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 10,014,715 คน และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.9 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงขึ้นค่อนข้างรวดเร็วมาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ภาวะประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากสัดส่วนผู้ที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 7 จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ประมาณ 4,638,000 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 65,938,000 คน โดยมีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุเร็วกว่าการเพิ่มของประชากรโดยรวมปี พ.ศ. 2535 – 2563 สถานะทางสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันที่พบคือ ภาวะทุพพลภาพหรือภาวะบกพร่องทางร่างกาย โดยเกือบร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการปฏิบัติการกิจส่วนตัว ร้อยละ 15 ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อออกจากเคหะสถาน ร้อยละ 45 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการใช้ขนส่งสาธารณะ นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2548 พบว่า จำนวนผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพที่อยู่ในลำดับต้น ๆ ได้แก่ โรคที่เกี่ยวข้องกับสายตาและการมองเห็น โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ โรคข้อกระดูก โดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อมโรคความดันโลหิตสูง ภาวะทุโภชนาการและโลหิตจาง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดและโรคหัวใจ โรคติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไปสู่ความจำเป็นของความต้องการดูแล ปัญหาที่สำคัญอีกอย่างผู้สูงอายุต้องรับภาระในการดูแลครอบครัวหรือพึ่งพาตนเองจะเพิ่มมากขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความสำคัญของประเด็นผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างเดียวแต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย จากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การกินผักผลไม้และการดื่มน้ำสะอาด ในการสำรวจครั้งนี้ได้สอบถามผู้สูงอายุถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระหว่าง 6 เดือนว่าได้มีการออกกำลังกาย (รวมการทำงานที่ใช้แรงกาย) การกินผัก/ผลไม้ การดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าการดื่มน้ำสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่เป็นประจำหรือไม่ พบว่า ร้อยละ 32.4 ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอโดยผู้สูงอายุ

ชาย ออกกำลังกายเป็นประจำมากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 38.4 และร้อยละ 27.4 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุวัยต้นออกกำลังกายเป็นประจำสูงกว่าวัยกลางและวัยปลาย (ร้อยละ 37.3 ร้อยละ 29.9 และร้อยละ 17.4 ตามลำดับ) นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 34.2 และร้อยละ 29.8 ตามลำดับ) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552)

เมื่อแนวโน้มของผู้สูงอายุในประเทศไทยสูงขึ้น การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาต่าง ๆ ย่อมตามมาทั้งปัญหาทางด้านสังคม เศรษฐกิจ หรือปัญหาทางโภชนาการ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญเพราะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ควรตระหนักและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพราะสูงอายุควรได้รับการเอาใจใส่เป็นพิเศษ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า อาหารและการบริโภคที่ถูกต้องจะนำไปสู่การพัฒนาสติปัญญาและร่างกายให้แข็งแรง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกคนและทุกวัน โดยเฉพาะวัยผู้สูงอายุ เมื่อเราพ้นวัยผู้ใหญ่จะมีการเสื่อมสลายเซลล์มากกว่าการสร้างทำให้วัยจะต่าง ๆ ทрудโทรมลงและร่างกายแก่ลง ผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย ดื่มน้ำทำงานหนัก หรือน้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป จะทำให้แก่เร็วการกินอาหารที่ถูกหลักโภชนาการในผู้สูงอายุมักจะเนื่องมาจากการบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุบางคนยึดมั่นอยู่กับการบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องมาตั้งแต่อายุน้อย และยังเป็นการยากลำบากที่จะเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้สูงอายุชอบกินอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากเคี้ยวง่าย มีความรู้สึกว่านุ่มเป็นอาหารสำหรับเด็กเท่านั้น ผู้สูงอายุจึงไม่นิยมดื่มนม การบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องจึงเป็นสาเหตุของปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ ไม่ใช่เพียงสาเหตุการบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องเท่านั้น ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ซึ่งอาจพบในผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่มีงานทำ กำลังการซื้ออาหารจึงไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารได้ สาเหตุอื่น ๆ เกิดจากการย่อย การดูดซึมเสื่อมประสิทธิภาพหรือความผันแปรทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากผันแปรเหตุการณ์ในชีวิต เช่น มีการพลัดพราก การปลดเกษียณ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดเหงา หมดหวัง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้มีผลให้ผู้สูงอายุไม่อยากกินอาหาร ซึ่งนำไปสู่การขาดสารอาหารได้ (อบเชย วงศ์ทอง, 2551)

จากการสำรวจข้อมูลในหลายแห่งพบได้ว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญมากแม้ปัจจุบันจะพบว่าผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการดูแลตนเองที่ดีขึ้น การสร้างสุขภาพที่ดีจึงมีความสำคัญมากกว่าการซ่อมสุขภาพเพราะจะช่วยลดงบประมาณของประเทศพฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติทั้งพฤติกรรมที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องล้วนส่งผลต่อสุขภาพทั้งนั้น อาจส่งผลในทางบวกหรือทางลบก็ได้ ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องจะช่วยเสริมสร้างและป้องกันโรคได้ แต่ถ้าเป็นพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ก็ส่งผลต่อสุขภาพและทำให้เกิดโรคได้ การมีสุขภาพที่ดีเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ กฤติน ชุมแก้ว และชีพสมน รั้งสยาธร (2557) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาเกือบสามในสี่เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 67.03 ปีและมีรายได้เฉลี่ย 9,012.27 บาทต่อเดือน ประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะโภชนาการเกิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร

อยู่ในระดับดีและผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตัวแปรความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมี 6 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกคือ ไม่กินอาหารเค็มจัดกินข้าวกล้อง ถั่วเมล็ดแห้งกินแทนเนื้อสัตว์ได้ไม่ควรกินเนื้อสัตว์ติดมันกินข้าวเป็นอาหารหลักและกินอาหารให้ครบ 5 หมู่และมีเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ไม่ควรกินอาหารทะเลและตัวแปรทัศนคติต่อการบริโภคอาหารที่มีอิทธิพลต่อการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารมี 6 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกคือไม่ควรกินเนื้อสัตว์ติดมันควรกินข้าวกล้อง ดื่มนมพร่องมันเนย กินข้าวเป็นอาหารหลักไม่ดื่มสุราและไม่กินอาหารเค็มจัด จังหวัดตรังมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 84,404 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 37,122 คน และเพศหญิง จำนวน 47,282 คน ดัชนีการสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 65.8 ซึ่งมีประชากรผู้สูงอายุอยู่ในลำดับสูง จะเห็นได้ว่าการมีอายุยืนของผู้สูงอายุมีความน่าสนใจต่อการดูแลตนเองอย่างมีอายุยืนยาวและสร้างให้เกิดการดูแลและส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมากในสังคมปัจจุบันต้องได้รับการดูแลและเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยเฉพาะอาหารเพื่อสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและอยู่ได้โดยการลดการพึ่งพาจากสังคมและญาตินำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีสุขภาพจิตที่ดีและอารมณ์ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำวิจัยศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาคูณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา

เนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้โมเดล PRECEDE MODEL เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดตรัง จำนวน 84,404 คน (ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

2. ขนาดตัวอย่างและวิธีการคัดเลือกตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เชิงปริมาณโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในจังหวัดตรัง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose Sampling) โดยคำนวณจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง จำนวน 75,456 คน (ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) เมื่อทำการคำนวณตามสูตรทาโรยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 90 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จำนวน 400 ตัวอย่าง

เชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ Interview Guide สัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุจำนวน 30 คน

3. เวลาที่ใช้ในการศึกษา 1 ปี

คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดตรัง

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารโดยมีการปฏิบัติจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรคสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

อาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง อาหารที่ท่านเข้าไปแล้วสามารถสร้างประโยชน์แก่ร่างกายและส่งผลไปยังจิตใจของผู้บริโภคได้ ดังนั้น อาหารเพื่อสุขภาพจึงควรมีลักษณะของไขมัน/คอเลสเตอรอลต่ำ มีเส้นใยอาหารสูง เป็นอาหารปลอดสารพิษหรือมีสารพิษน้อยที่สุด เป็นอาหารสมุนไพรเป็นอาหารที่มีการกระจายคุณค่าทางโภชนาการอย่างถูกต้อง เป็นอาหารที่ไม่สร้างปัญหาหรือทำลายสิ่งแวดล้อม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง
2. เพื่อทราบคุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาสูตรอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้ประกอบการหรือนักการตลาดในการนำเสนอสินค้าหรือบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดประเด็นในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. โภชนาการของผู้สูงอายุ
4. รูปแบบจำลอง PRECEDE MODEL
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ราชบัณฑิตยสถาน (2542, น.11 - 12) พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

World Health Organization (1972, p. 647) อธิบายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติกี่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่ารับประทานหรือไม่ รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมื้อที่รับประทานอาหาร อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังรับประทานอาหาร

Kalosa (1982, pp. 15 - 31) กล่าวถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของมนุษย์ว่าขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละบุคคล ได้แก่ คำกล่าวในอาหารที่บอกเล่าต่อกันมา การที่คนรับรู้อะไรกินได้หรือไม่นั้น บางครั้งไม่รู้ว่ากินแล้วดี มีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร ไม่ตั้งใจที่จะรู้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของอาหารนั้น ๆ เพราะโดยทั่วไปมักจะพอใจในรสชาติอาหารมากกว่าความสนใจในประโยชน์หรือคุณค่าของโภชนาการของอาหาร ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พบในแต่ละสังคมจึงไม่จำเป็นพฤติกรรมที่ถูกและสอดคล้องกับหลักวิชาการทางโภชนาการเสมอไป

Pender (1996) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นหนึ่งในมโนคติสื (Meta Paradigm) ทฤษฎีการพยาบาล ในปี ค.ศ. 1000 ได้ปรากฏภูมิการเขียนคำว่า “Health” เป็นครั้งแรกโดยมาจากคำเก่าแก่ในภาษาอังกฤษ ซึ่งมีความหมายว่า ปกติสุข (Sound) และทุกส่วนของร่างกายจนกระทั่งปี 1974 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายที่เน้นความ “ครบถ้วน” หรือ “สมบูรณ์” (Wholeness) และคุณภาพทางบวกของสุขภาพ คือ “สุขภาพเป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและอยู่ในสังคมได้

อย่างมีความสุข ไม่เพียงแต่ปราศจากโรค และไม่แข็งแรงเท่านั้น จึงได้วิเคราะห์ความหมายของ สุขภาพในเชิงของประสบการณ์ของมนุษย์ในทางบวก ซึ่งประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ 1) สะท้อนให้เห็นบุคคลทั้งคน 2) จัดเรื่องของสุขภาพให้อยู่ในบริบทของสิ่งแวดล้อม 3) มอง สุขภาพในเชิงของผลผลิตและมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขและความเจ็บป่วย อยู่ในทิศทางตรงกันข้ามกัน แต่มีความต่อเนื่องกันตลอด

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของ คำว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือ อากาที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

เฉลิมพล ต้นสกุล (2541) พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำซึ่ง อาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้ อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่ สามารถสังเกตได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การเดิน การพูด ความคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น

ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2546) ให้ความหมายของพฤติกรรมว่า หมายถึง การแสดงออกของ สิ่งมีชีวิตในลักษณะต่าง ๆ ตามสถานการณ์ สภาวะแวดล้อมและสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้า สำหรับ พฤติกรรมของคนสามารถจำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือ พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งเป็น พฤติกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้ แต่พร้อมที่จะแสดงออกมา เช่น สัญชาตญาณ ความรู้สึกนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) เป็นพฤติกรรมที่คนแสดงออกมาให้ เห็นหรือสังเกตได้ เช่น การปฏิบัติ การไม่ปฏิบัติ รวมทั้งการพูดการเขียนที่แสดงความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ เจตคติและที่ทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

สุขภาพ จึงหมายถึง สุขภาวะของร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา ที่แสดงออกของ สิ่งมีชีวิตในลักษณะต่าง ๆ ตามสถานการณ์ สภาวะแวดล้อมและสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าทั้งที่เกิดขึ้น ภายในและภายนอกของมนุษย์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

Walker (1990) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพว่า เป็นการกระทำทางบวกของชีวิต และมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความปรารถนาของบุคคล

Palank (1991) พฤติกรรมดูแลสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ริเริ่มโดยกลุ่มบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง

การพักผ่อนการมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียดและการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

วิภากร ศิลสว่าง และคณะ (2545) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพว่า ประกอบไปด้วยกิจกรรมซึ่งช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้น และมีความผาสุกเกิดศักยภาพที่ถูกต้องหรือสูงสุดของบุคคล ครอบครัว กลุ่มชนและสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยเกี่ยวข้องกับดำรงชีวิตประจำวัน และช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี ทั้ง 3 ด้าน คือ จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะของชีวิตที่ดี โดยพฤติกรรมเหล่านี้มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552) จัดทำการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 ในด้านการบริโภคอาหาร เช่น การบริโภคอาหารมื้อหลัก การบริโภคอาหารว่าง รสชาติอาหาร และวิธีการปรุงอาหารที่รับประทานเป็นประจำ และความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละประเภท ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวมีผลต่อภาวะสุขภาพของประชากรโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 จากประชากรจำนวน 67,700 คนในทุกจังหวัด ทั่วประเทศ ในการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้กำหนดประเด็นของพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ดังนี้

1. การบริโภคอาหารมื้อหลัก จากผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 87.1 ของคนไทยรับประทานอาหารมื้อหลักในแต่ละวันครบ 3 มื้อ รองลงมา คือ ผู้ที่ทานอาหาร 2 มื้อและทานมากกว่า 3 มื้อ (ร้อยละ 8.0 และร้อยละ 4.7 ตามลำดับ) ส่วนผู้ที่รับประทานเพียง 1 มื้อมีเพียงร้อยละ 0.2 ประชากรวัยเด็ก (6-14 ปี) มีสัดส่วนของการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อสูงสุด (ร้อยละ 90.1) รองลงมา คือ วัยสูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) วัยเยาวชน (15-24 ปี) และต่ำสุดคือ วัยทำงาน (25-59 ปี) ร้อยละ 86.0

2. การบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อ เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2548 พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.9 คือ จากร้อยละ 82.2 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 87.1 ในปี พ.ศ. 2552 ประชากรวัยเด็ก ซึ่งมีสัดส่วนการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อสูงสุดนั้น มีสัดส่วนของการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2.9 ส่วนกลุ่มอายุอื่น ๆ พบว่า มีสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะเยาวชน (15-24 ปี) และผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) คือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.9 และ 5.8 ตามลำดับ

3. รสชาติอาหารมื้อหลักที่รับประทานเป็นประจำ รสชาติอาหารที่ทานเป็นประจำพบว่า ประชากรส่วนใหญ่รับประทานรสจัดมากที่สุด (ร้อยละ 36.8) รองลงมา คือ รสเผ็ด (ร้อยละ 28.7)

รสเค็ม (ร้อยละ 13.0) รสหวาน (ร้อยละ 11.2) และรสอื่น ๆ เช่น รสเปรี้ยวและรสชาติกลาง ๆ (ร้อยละ 10.3) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคมีลักษณะแตกต่างกันตามวัย คือ วัยเด็กเกินกว่าครึ่งหนึ่งบริโภคอาหารรสจัดเป็นประจำรองลงมา คือ รสหวาน ส่วนเยาวชนและวัยทำงานบริโภคอาหารรสเผ็ดมากขึ้นและรสจืดน้อยลง แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะบริโภคอาหารรสจืดมากขึ้นและรสเผ็ดลดลง

4. วิธีปรุงอาหารที่รับประทานเป็นประจำ ประชากรไทยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 57.7) รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีต้มหรือลวกสุก รองลงมา คือ ผัดทอดปิ้ง/ย่างตุ๋น/นึ่ง และวิธีอื่น ๆ ประชากรในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมัน ได้แก่ อาหารประเภทผัดและทอดสูงกว่าภาคอื่น ๆ (ร้อยละ 48.5 และร้อยละ 41.9 ตามลำดับ) สำหรับภาคใต้ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มากกว่าร้อยละ 60 ที่ทานอาหารปรุงด้วยวิธีต้มหรือลวกสุก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีปิ้ง/ย่างพบสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 6.8)

5. ความถี่การบริโภคอาหารแต่ละกลุ่ม เมื่อจำแนกอาหารเป็น 8 กลุ่ม พบว่า ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกัน ดังนี้ 5.1 การบริโภคอาหารกลุ่มที่ร่างกายต้องการเป็นประจำ ได้แก่ กลุ่มเนื้อสัตว์และกลุ่มผัก/ผลไม้สดผู้ที่รับประทาน 3-4 วันขึ้นไป/สัปดาห์ มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 79.7 และร้อยละ 90.4) โดยเฉพาะกลุ่มผัก/ผลไม้สดมีผู้ที่รับประทานทุกวันเกินครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 58.0) 5.2 กลุ่มอาหารที่รับประทานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและกลุ่มแร่ธาตุวิตามิน พบว่า มีเพียงร้อยละ 9.2 และ 11.7 ที่ทานโดยกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) มีสัดส่วนของการทานอาหารกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและกลุ่มแร่ธาตุวิตามินสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (ร้อยละ 15.8 และร้อยละ 17.0) 5.3 อาหารในกลุ่มที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพหากบริโภคมากเกินไป ได้แก่ กลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง กลุ่มขนมสำหรับทานเล่น/ขนมกรุบกรอบ กลุ่มอาหารประเภทจานด่วนทางตะวันตก และกลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม/เครื่องดื่มที่มีรสหวาน พบว่าในกลุ่มอาหารที่มีไขมันสูงส่วนใหญ่คนไทยรับประทาน 1-2 วัน/สัปดาห์ (ร้อยละ 47.3) รองลงมา คือ ทาน 3-4 วัน/สัปดาห์ และมีประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่ทาน ดังนั้น อาหารแต่ละอย่างประกอบด้วยสารอาหารหลาย ๆ อย่าง ในปริมาณไม่เท่ากันสารอาหารแต่ละอย่างให้ประโยชน์แก่ร่างกายแตกต่างกัน ไม่มีอาหารชนิดใดชนิดเดียวที่ประกอบไปด้วยสารอาหารทุกอย่างที่ร่างกายต้องการในปริมาณเพียงพอและได้สัดส่วนปริมาณของสารอาหารในอาหารแต่ละชนิดจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของอาหารวิธีการปรุงอาหาร และวิธีการเก็บรักษายังมีผลทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารบางชนิดได้ ดังนั้น การรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดีจึงควรรับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิดในปริมาณที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ได้มีมาแต่กำเนิดแต่เกิดจากการเรียนรู้เลียนแบบจากครอบครัวและสภาวะแวดล้อม

จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้และประการสำคัญ คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อโภชนาการของบุคคลหรือกลุ่มคนนั้น เราต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกันหลายปัจจัยด้วยกัน เริ่มต้นจากการผลิตอาหารทางการเกษตรจะได้ผลดีหรือไม่ต้องขึ้นกับองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ความสมบูรณ์ของพื้นที่ในการปลูกว่ามีความเหมาะสมเพียงใด น้ำเพียงพอหรือไม่ ผลผลิตต่าง ๆ จะผ่านกระบวนการเก็บเกี่ยวการขนส่งและการแปรรูปจึงไปสู่ระบบตลาดเพื่อประชาชนได้มีโอกาสเลือกซื้อ ประชาชนจะเลือกซื้ออาหารทั้งในปริมาณและคุณภาพ อย่งไรนั้น ก็ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เมื่ออาหารมาสู่ผู้บริโภคก็จะผ่านกระบวนการเตรียมอาหารเพื่อให้เหมาะสมกับการบริโภคอาหารของแต่ละท้องถิ่น ขนบธรรมเนียม ประเพณีและความเชื่อต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคลหรือชุมชน ดวงจันทร์ เพชรานนท์ (2557) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเลือกซื้ออาหาร ผู้ที่มีรายได้น้อยและยากจนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนต้องขาดอาหารเนื่องจากขาดเงินที่จะซื้ออาหารที่จำเป็นมาบริโภคจนเกิดภาวะการขาดอาหาร ครอบครัวที่มีรายได้น้อยในเมืองมักจะขาดอาหารมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยในชนบทที่มีเศรษฐกิจแบบช่วยเหลือตัวเองได้ คือ ในชนบทสามารถผลิตและทำอาหารบริโภคเองได้ เช่น การปลูกผัก เลี้ยงปลา หมู ไก่ เป็ด ฯลฯ นอกจากนี้ ยังรู้จักถนอมอาหารตามฤดูกาลไว้บริโภคสำหรับคนที่รายได้น้อยในเมืองไม่มีพื้นที่เพียงพอ ในการผลิตอาหารด้วยตนเอง นอกจากต้องซื้ออาหารทุกอย่างในตลาด

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการกินอาหาร ดังนี้

1. รายได้ครอบครัว มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญกับการกินอาหาร บางครอบครัวมีเงินมากพอ ก็อาจจะไม่ได้กินอาหารที่ดีมีประโยชน์ต่อร่างกายและครบทั้ง 5 หมู่ แต่ก็ยังมีโอกาสดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อยไม่พอที่จะซื้ออาหาร รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเลือกซื้อดังนี้

1.1 การเลือกซื้ออาหารทั้งในด้านชนิดและปริมาณอาหารจะขึ้นอยู่กับรายได้ของครอบครัว อันจะมีผลต่อการได้รับสารอาหารของสมาชิกในครอบครัวโดยตรง

1.2 ครอบครัวที่มีรายได้มากจะซื้ออาหารที่มีคุณภาพประโยชน์ได้ครบถ้วนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย

1.3 ครอบครัวเกษตรกรเป็นครอบครัวที่สามารถผลิตอาหารได้เองหรือหาอาหารจากธรรมชาติมาบริโภคได้ง่าย รายจ่ายสำหรับค่าอาหารจึงไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้ของครอบครัว

ตรงข้ามกับครอบครัวที่อยู่ในเมืองซึ่งได้อาหารจากการซื้อที่ตลาดเท่านั้น ดังนั้น รายจ่ายสำหรับค่าอาหารจะมีความสัมพันธ์กับรายได้เป็นอย่างมาก

1.4 สารอาหารที่มีความสัมพันธ์กับรายได้อย่างมาก คือ วิตามินซี ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีรายได้มากจะซื้อผักและผลไม้ เช่น ส้ม องุ่น ซึ่งเป็นแหล่งที่ให้สารอาหารดังกล่าวเพิ่มขึ้นตามรายได้ที่เพิ่มขึ้น

1.5 สารอาหารที่ไม่มีความสัมพันธ์กับรายได้ คือ ไทอามีน ทั้งนี้เพราะครอบครัว ที่มีรายได้มากและรายได้น้อยจะบริโภคเนื้อหมูและธัญพืช ซึ่งเป็นแหล่งอาหารที่ให้ไทอามีน ปริมาณที่ไม่แตกต่างกันมากนัก (ในข้อนี้อาจจะไม่ตรงกับลักษณะของคนไทยเพราะคนไทยผู้ที่มีรายได้น้อย จะบริโภคข้าวเป็นปริมาณมากแต่จะบริโภคเนื้อสัตว์น้อยตรงข้ามกับผู้ที่มีรายได้มาก จะบริโภคข้าวในปริมาณน้อยแต่บริโภคเนื้อสัตว์มาก)

2. ราคาของอาหาร ราคาของอาหารมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการซื้ออาหาร ถ้าอาหารใดมีราคาของอาหารจะถูก อาหารใดมีน้อย ราคาของอาหารจะแพงผู้ที่ฉลาดในการซื้อก็อาจจะซื้ออาหารของที่มีราคาไม่แพงมาก และใช้ศิลปะในการปรุงแต่งอาหารช่วยซึ่งทำให้ได้อาหารที่มีคุณภาพดี และราคาไม่แพงบางครั้งราคาของอาหารจะแพงขึ้นตามค่าเงินที่ตกต่ำลง จึงเป็นเรื่องที่ควรระวังว่าจะใช้อาหารสิ่งใดที่มีราคาพอสมควรทดแทนอาหารที่มีราคาแพงกว่าได้ และเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์ แก่ร่างกายอาหารที่ผลิตได้ในท้องถิ่นที่มีราคาถูกกว่าอาหารที่ต้องนำมาจากแดนไกล เพราะหาได้ง่ายกว่าและเสียค่าขนส่งมาจากตลาด อาหารท้องถิ่นมีคุณค่าของอาหารก็จะดีกว่าเพราะไม่ถูกเก็บไว้นาน และไม่บอกข่าวจากการเดินทาง แต่อาหารบางชนิดแม้จะผลิตได้ในท้องถิ่นนั้น แต่คนในท้องถิ่น อาจจะไม่ได้อินก็ได้ เพราะขาดกำลังซื้อ หมายความว่า การผลิตอาหารบางอย่างถ้าผู้ผลิตอาหารหลายชนิดที่ผู้ผลิตตั้งใจผลิต เพื่อนำไปขายที่อื่น เช่น การเลี้ยงปลาไหลเพื่อส่งขายประเทศญี่ปุ่น การปลูกมะม่วงพันธุ์ดีเพื่อส่งขายสิงคโปร์ เป็นต้น ในกรณีเช่นนี้แม้ว่าอาหารจะผลิตได้มาก แต่ราคาในประเทศจะไม่ต่ำลงและอาจจะไม่เพียงพอที่จะจำหน่ายในประเทศด้วย

ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม

ปัจจัยในด้านสังคมและวัฒนธรรมอาจทำให้บุคคลกินอาหารบางอย่างไม่ได้ทั้ง ๆ ที่อาหารมีมาก มีคุณภาพดีและราคาไม่แพง ศาสนาบางศาสนาห้ามกินอาหารบางชนิด ทั้ง ๆ ที่เป็นอาหารมีคุณภาพดี เช่น คนฮินดูไม่กินเนื้อวัว คนอิสลาม ไม่กินเนื้อหมู เป็นต้น บางครั้งไม่ใช่เรื่องของศาสนา แต่เป็นเรื่องของวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ บางคนมีรายได้ดีแต่อาจกินอาหารไม่ได้ ไม่ใช่เพราะความตระหนี่แต่เป็นเพราะความไม่รู้ คุณค่าของอาหารเพราะกินไม่เป็น เนื่องจากไม่ถูกหัดให้กินมาตั้งแต่เด็ก ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อการกินของบุคคลหรือกลุ่มชน ดังนี้

1. การศึกษา มีความสำคัญมากเกี่ยวกับปัญหาในเรื่องการกินอาหาร ผู้ที่มีการศึกษาดี ก็จะมีความรู้ในเรื่องอาหารการกินอย่างถูกต้อง คือรู้ว่าอาหารสิ่งใดที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ควรเลือกซื้อมา

บริโภค อาหารสิ่งใดไม่มีประโยชน์และควรละเว้น ถ้าเป็นผู้ที่มีการศึกษาดี แต่ขาดความรู้ทางโภชนาการ ก็สามารถหาเอกสารในเรื่องนี้มาอ่านได้ การฟังวิทยุหรือการดูโทรทัศน์ที่มีรายการเกี่ยวกับเรื่องราวทางโภชนาการอาจจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนนิสัยในเรื่องอาหารบางประเภทได้ด้วยการปรุงอาหาร สามารถเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย ทำให้เป็นผู้ที่มีสุขภาพอนามัยที่ดี มีความเชื่อในเรื่องอาหารที่ถูกต้องต่อไป

2. อาชีพ ความต้องการอาหารของคนเรานั้นไม่เหมือนกัน ไม่ใช่เพราะความแตกต่างในเรื่องขนาดของร่างกายเพศหรืออายุเท่านั้น ที่สำคัญต้องขึ้นอยู่กับลักษณะของอาชีพด้วย ความต้องการอาหารของคนจะขึ้นอยู่กับชนิดของแรงงาน

3. ขนาดของครอบครัว มีผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพของอาหารที่คนในครอบครัวกินนั้น ครอบครัวใหญ่มีสมาชิกครอบครัวหลายคน ค่าใช้จ่ายในเรื่องอาหารสูงแต่คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อคนน้อย รายได้ส่วนใหญ่หมดไปในเรื่องอาหารการกิน ทำให้ค่าใช้จ่ายในเรื่องอื่น ๆ ต้องลดลง แต่ขนาดครอบครัวใหญ่ขึ้น คือมีสมาชิกมากขึ้น อาหารที่รับประทานก็จะเป็นอาหารที่มีราคาถูกลงและด้อยในด้านคุณภาพ ซึ่งเป็นผลกระทบไปถึงสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทุกคน ขนาดของครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งต่อการได้รับอาหารของสมาชิก จึงขอยกตัวอย่างข้อสรุปการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างขนาดของครอบครัวกับการบริโภคอาหาร พบว่า

3.1 ในครอบครัวที่มีขนาดใหญ่ มีสมาชิกตั้งแต่ 6 คน หรือมากกว่าขึ้นไปนั้น คนในครอบครัวยากที่จะได้รับสารอาหารโปรตีนในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

3.2 ครอบครัวที่มีขนาดใหญ่หรือจะเล็กจะได้รับไทอามีนในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ทั้งนี้เพราะสมาชิกทุกคนกินข้าวหรือธัญพืชอื่น ๆ เป็นอาหารหลัก

3.3 ครอบครัวที่มีขนาดใหญ่ ยากที่จะได้รับแคลเซียมจากอาหารเพียงพอทั้งเด็กและผู้ใหญ่

4. สถานภาพทางครอบครัวกับการกิน ในครอบครัวของทุกสังคม คนทุกคนจะมีสถานภาพแตกต่างกันในครอบครัว เช่น เป็นสามีภรรยา เป็น พ่อ แม่ ลูก เป็นพี่ชาย น้องสาว เป็นผู้ใหญ่ เด็ก เป็นเจ้าของบ้าน เป็นต้น อาหารการกินที่จัดขึ้นจึงมักจะจัดขึ้นตามฐานะที่เกี่ยวข้องในครอบครัวมากกว่าที่จะเป็นการจัดตามปริมาณและคุณค่าอาหารที่แต่ละคนต้องการจริง

5. จิตวิทยาเกี่ยวกับการกินอาหาร การกินอาหารมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ของคน บุคคลจะมีความชอบอาหารชนิดใด หรือมีวิธีการกินอาหารอย่างไร นั้นอยู่กับวิธีที่เขาได้รับการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เด็ก การที่คนชอบอาหารบางชนิดสืบเนื่องมาจากความรู้สึกทางด้านจิตใจที่ไม่ยอมรับอาหารนั้น ทั้งนี้เนื่องมาจากสาเหตุต่างกัน เช่น

- อาหารที่เป็นข้อห้ามทางวัฒนธรรม
- อาหารที่เป็นข้อห้ามทางศาสนา

- อาหารที่เป็นข้อห้ามทางครอบครัว
- อาหารที่เป็นข้อห้ามแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ยังพบว่า คนไม่ชอบอาหารที่ทำให้เกิดความรู้สึกในทางที่ไม่ดีอีกด้วย

- อาหารที่มีกลิ่นเน่าเสีย
- อาหารที่มีสีไม่ดี
- อาหารที่มีรสชาติไม่ดี
- อาหารที่มีเนื้อสัมผัสที่ไม่ดี

6. ศาสนาและขนบธรรมเนียมประเพณี พิธีกรรมทางศาสนามักจะมีการใช้อาหารเป็นสัญลักษณ์ เช่น ในประเทศทางตะวันตก จะมีการใช้จะมีการใช้ไก่วงเป็นอาหารเฉพาะโอกาสพิเศษในวันตรุษหรือเทศกาลของฝรั่ง ศาสนาคริสต์มีการใช้ขนมปังรับประทานในวันระลึกถึงวันสิ้นพระชนม์ของพระเยซู เกือบทุกศาสนาต่างก็มีกฎเกณฑ์พิธีและข้อห้ามเกี่ยวกับอาหารซึ่งมีผลต่อวัฒนธรรมการกินอาหารของบุคคลทั้งสิ้น

ปัจจัยด้านทางครอบครัว ด้านศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละสังคมผิดแผกกันออกไป ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกซื้อการจัดอาหารและแบบอย่างการกินอาหารเป็นอย่างมาก

ปัจจัยส่วนบุคคล

สภาพส่วนบุคคลตัวแปรเหตุที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่คุณลักษณะของปัจเจกส่วนบุคคลและการยอมรับสิ่งใหม่ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของประชาชนในสังคมโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการแสวงหาสิ่งต่าง ๆ มาตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สภาพภาพสมรส ดังนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้านค่านิยม นอกจากนี้ เพศยังเป็นค่าในการกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพภายในครอบครัวชุมชนและสังคมด้วย (Orem, 1980, p. 220) ซึ่งเพศยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งการมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน บทบาทของเพศย่อมมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยเราเพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นผู้ดูแล จึงพบว่าในยามเจ็บป่วยเพศหญิงสามารถที่จะดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างทางการพัฒนาการทั้งในด้านการดูแลร่างกายและ

ความรู้สึกนึกคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ ซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น (Orem, 1980)

3. ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของบุคคล ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำให้มีสติปัญญา สามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกับข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งมีข้อจำกัดในการรับรู้และเรียนรู้ ตลอดจนโอกาสในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองด้วย ดังนั้นบุคคลที่มีการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ดีกว่ามีการศึกษาน้อย (Orem, 1980)

4. รายได้ รายได้เป็นตัวกำหนดสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ทำให้ทุกคนสามารถกำหนดคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ตามมาตรฐานของครอบครัว

5. สถานภาพสมรส คู่สมรสนั้น จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจากคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีสัมพันธ์กันที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เอาใจใส่เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพผู้ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือจากคู่สมรส จะทำให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาสุขภาพ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Orem, 1980) กล่าวว่า สถานภาพสมรสจัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลช่วยสนับสนุน ส่งเสริม ให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพราะผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกันกับคู่สมรสและบุตรหลาน จะได้รับความช่วยเหลือจากคู่สมรสและบุตรหลาน

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลายปัจจัย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และแรงสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเลือกซื้อและบริโภคอาหาร เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม

แรงสนับสนุนของครอบครัว

แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวการดูแลตนเอง และการเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกัน (มาริสซา หวังเจริญ, 2558) ดังต่อไปนี้

1. แรงสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย ประเด็นย่อย คือ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ในการสนับสนุนแบบแผนของแรงสนับสนุนจากครอบครัว และผลจากแรงสนับสนุนจากครอบครัว

การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว การดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวในการปฏิบัติตน

2. การดูแลตนเอง โดยมี 3 ประเด็นย่อยคือ เรียนรู้ในการยอมรับความเจ็บป่วยซึ่งเมื่อผู้สูงอายุยอมรับในการเจ็บป่วยของตนจะเกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเองการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและกิจวัตร

3. การเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกันและกันแรงสนับสนุนจากครอบครัวในการช่วยเหลือผู้สูงในการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้สูงอายุ การแลกเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกันซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวจะมากหรือน้อยขึ้นกับระดับการดูแลของผู้สูงอายุนอกจากนี้เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัวในด้านอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงและพึ่งพาซึ่งกันและกัน (reciprocity)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาและมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างออกไปจากประชากรกลุ่มอื่น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ เอาใจใส่ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนอง สภาพปัญหาและความต้องการ นอกจากนั้นครอบครัวให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุแล้ว ในทางกลับกันผู้สูงอายุก็มีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลในครอบครัวด้านต่าง ๆ เช่น เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทุกข์ใจหรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งต่าง ๆ ของเครื่องใช้เงินทองตลอดจนรับฟังปัญหาให้คำปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัวลักษณะของครอบครัว

จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ขนาดของครอบครัวได้ลดลง โดยเฉพาะในเขตชนบท ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว หรืออยู่กับหลานและบุตรหลานยังย้ายถิ่นออกไปตั้งถิ่นฐานในถิ่นอื่นอีก เนื่องมาจากเหตุผลต่าง ๆ เช่น เหตุผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ขาดผู้ดูแล ส่งผลให้สภาพจิตใจเสื่อมไปด้วย ปัจจัยด้านครอบครัวน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว ขนาดของครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุ (มาริสซา หวังเจริญ, 2558) ได้แก่

1. ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว สังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คู่สมรสและบุตรหลานในครอบครัว สามารถเป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจและกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัวโดยเฉพาะคู่สมรสที่ช่วยตนเองได้น้อยลง เนื่องจากปัญหาสุขภาพ พบว่า คู่สมรสที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

2. ขนาดของครอบครัว สังคมไทยเป็นสังคมที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ทำให้ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวมากเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า โดยเฉพาะในสังคมชนบทที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และสิ่งแวดล้อม นั่นคือต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลง ประชาชนวัยแรงงานย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ ทั้งให้เด็กและผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว่ ขาดคนเข้าใจ

3. การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาและมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างออกไปจากประชากรกลุ่มอื่น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ เอาใจใส่ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนอง ตามสภาพปัญหาและความต้องการเหล่านั้น อันจะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต บุคคลที่ตอบสนองในสิ่งเหล่านี้ให้ผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ บุตร หลาน ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวและการดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ยังมีความสัมพันธ์กับลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว ขนาดของครอบครัวและการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลกระทบต่อตารางชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

อาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารและสารอาหารเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ จะแตกต่างกันในลักษณะและปริมาณของอาหาร ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการพลังงานวันละ 1,600 กิโลแคลอรี โดยนำหลักการจัดอาหารจากธงโภชนาการมาใช้ในการกำหนดปริมาณอาหารของผู้สูงอายุที่ควรกินใน 1 วัน ได้แก่ ข้าว – แป้ง 8 ทัพพี ผัก 6 ทัพพี ผลไม้ 4 ส่วน โดยผลไม้ 1 ส่วนเท่ากับ กล้วย น้ำว้า 1 ผล กล้วยหอม ½ ผล ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ เงาะ 4 ผล ถ้าเป็นผลไม้ที่มีผลใหญ่ ได้แก่ มะละกอ สับปะรด ประมาณ 6 – 8 คำ เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว นม 1 แก้ว และน้ำมัน น้ำตาลเกลือ ควรบริโภคเท่าที่จำเป็น (ทัศนีย์ วิฑูริ์ศานต์, 2546)

เมื่อทราบปริมาณของกลุ่มอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวันแล้ว สามารถนำมากำหนดรายการอาหารสำหรับผู้สูงอายุใน 1 วัน ซึ่งประกอบด้วย 3 มื้อหลัก และอาหารระหว่างมื้อ ดังตัวอย่างรายการอาหาร (อบเชย วงศ์ทอง, 2551) ดังนี้

1. มื้อเช้า ได้แก่ แกงจืดตำลึงหมูสับ ส้มเขียวหวาน และวุ้นแช่ได้แก่ ขนมกล้วย นมพร้อมมันเนย

2. มื้อกลางวัน ได้แก่ ผัดซีอิ้วเส้นใหญ่ มะม่วงสุก และว่างบ่าย ได้แก่ ขนมเปียกปูน เงาะ
3. มื้อเย็น ได้แก่ ข้าว แกงส้มผักรวม เต้าหู้ทรงเครื่อง มะละกอ

นอกจากนี้ อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานต้องเป็นอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ เพราะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและช่วยให้ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารได้มากขึ้น ดังนั้น เราจึงควรจัดอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งอาหารที่ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุมียุหลายจำพวกดังต่อไปนี้ (ธวัช ประสาทฤทธา, 2548)

1. จำพวกข้าว ได้แก่ ข้าวสุก ข้าวกล้องนิ่ม ๆ ข้าวต้ม ข้าวต้มทรงเครื่อง หรือ โจ๊ก เป็นต้น
2. จำพวกเครื่องแกง ได้แก่ แกงส้ม แกงคั่ว แกงเลียง ควรทำให้ผักนุ่ม จะทำให้เคี้ยวง่ายขึ้น
3. จำพวกน้ำพริก ได้แก่ น้ำพริกปลาหู ผักต้ม น้ำพริกต่าง ๆ และควรระวังอย่าให้รสจัดเกินไป
4. จำพวกแกงจืด ได้แก่ แกงจืดหมูสับกับผักนุ่ม ๆ แกงจืดเต้าหู้ หรือแกงจืดผัก ตำลึง ผักกาดขาว
5. จำพวกเนื้อสัตว์ ได้แก่ ปลานึ่ง ปลาทอดไม่กรอบ หมู ไก่ ตับ เนื้อ โดยนำมาต้ม ทอด ตุ่น ให้มีลักษณะนุ่ม
6. จำพวกไข่ ได้แก่ ไข่ต้ม ไข่ดาว ไข่ตุ๋น ไข่เจียว ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันในปริมาณมากในการปรุง
7. จำพวกผลไม้ ได้แก่ ส้ม กล้วยหอม มังคุด มะละกอ ละครุด แตงโม มะม่วงสุก เป็นต้น โดยควรกินผลไม้ที่มีลักษณะเนื้อสัมผัสอ่อนนุ่ม
8. จำพวกขนม ได้แก่ กล้วยนึ่ง ฟักทองนึ่ง ถั่วเขียวต้ม ควรหลีกเลี่ยงกะทิที่เข้มข้น และ รสหวานจัด
9. จำพวกเครื่องดื่ม ได้แก่ โอวัลติน น้ามะตูม น้ำชিং น้ำกระเจี๊ยบ ชา น้้ำส้มคั้น น้ำฝรั่ง น้ำ สับปะรด ควรหลีกเลี่ยงนมข้นหวานและน้ำตาล
10. จำพวกนม ได้แก่ นมพร่องมันเนย โยเกิร์ต นมถั่วเหลือง

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
วัยผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลงแต่ความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ยังคง เดิม ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ได้นำหลักการจัดอาหารมาจากองค์โภชนาการมาใช้ เช่นเดียวกับ วัยอื่น ๆ โดยมีหลักการจัดเตรียมอาหารในหมู่ต่าง ๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2552) ดังนี้

1. อาหารหมู่ที่ 1 เนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ
เนื้อสัตว์ ควรทำให้สะดวกต่อการเคี้ยว โดยสับให้ละเอียดหรือต้มให้เปื่อย อาหารประเภท ปลาจะเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ควรเลือกกำจัดออกให้หมด

ไข่ เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพราะมีคุณค่าทางโภชนาการสูงมาก ในไข่แดงมีแร่ธาตุหลักในปริมาณสูง ไข่ เป็นอาหารที่นุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อย และดูดซึมได้ดี โดยปกติผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาไขมันเลือดสูง ควรบริโภคไข่ สัปดาห์ละ 3 – 4 ฟอง โดยต้มหรือทอดจนสุก หรือผสมกับอาหาร ถ้าผู้สูงอายุที่มีไขมันในเลือดสูง ควรเลือกกินเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น

นม เป็นอาหารที่มีแคลเซียมและโปรตีนสูง ผู้สูงอายุควรดื่มวันละ 1 แก้ว สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องไขมันในเส้นเลือดสูง หรือมีน้ำหนักตัวมาก อาจดื่มนมพร่องมันเนยหรือนมถั่วเหลืองแทนได้

ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูงและมีราคาถูก ใช้แทนอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ก่อนการบริโภคควรนำมาปรุงให้มีลักษณะนุ่มเสียก่อน ถั่วเมล็ดแห้งนำไปประกอบเป็นทั้งอาหารคาวและอาหารหวานได้หรือบริโภคในรูปของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น เต้าหู้ เต้าเจี้ยว เป็นต้น

2. อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน

อาหารหมู่นี้เป็นอาหารที่ให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุควรกินในปริมาณที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ไม่ควรกินมากเกินไป ควรบริโภคข้าวกล้องแทนข้าวขาว และใช้น้ำตาลไม่ฟอกสีแทนน้ำตาลทรายขาว

3. อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่าง ๆ

เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุเลือกกินได้ค่อนข้างมากเพราะเป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ มากมาย ทั้งผักสีเขียว และผักสีเหลือง เป็นแหล่งของวิตามินเอ วิตามินซี เป็นต้น ผู้สูงอายุควรเลือกกินผักหลายชนิดสลับกัน แต่ควรเป็นผักที่ต้มสุก หรือึ่งจนสุกนุ่ม ไม่ควรบริโภคผักดิบเพราะย่อยยาก และจะทำให้เกิดปัญหาแก๊ส ท้องอืด ท้องเฟ้อได้

4. อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่าง ๆ

ผลไม้เป็นอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกายคล้ายกับอาหารหมู่ที่ 3 มีวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ มากมายและมีปริมาณของน้ำอยู่มาก ทำให้ร่างกายสดชื่น ผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้ได้ทุกชนิดและควรกินผลไม้ทุกวัน เพื่อจะได้รับวิตามินซีและใยอาหาร ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ได้แก่ มะละกอ กล้วยสุก ส้ม ควรดื่มน้ำผลไม้คั้น วันละ 1 – 2 ครั้ง ยกเว้นที่อ้วนมากหรือเป็นโรคเบาหวาน ไม่ควรกินผลไม้รสหวานจัดมากนัก เช่น ลำไย ทูเรียน ขนุน น้อยหน่า

5. อาหารหมู่ที่ 5 ไขมันจากสัตว์และพืช

อาหารหมู่นี้ช่วยให้พลังงานแก่ร่างกาย และจะช่วยดูดซึมวิตามินบางชนิดแม้ว่าจะมีความสำคัญ แต่ก็ไม่ควรกินมาก เพราะจะทำให้อ้วน และเกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือดได้ นอกจากนี้ไขมันยังทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อหลังอาหารได้ ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยงใช้ไขมันจากสัตว์และน้ำมันมะพร้าว

2.แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง บรรลุ ศิริพานิช (2557) ได้แบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง และผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่ง อุบลรัตน์ เฟิงสถิตย์ (2551) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ที่ประสบการณ์ในชีวิตสะสมไว้มากมาย การนิยามของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันไปเมื่อพิจารณาจากแง่มุมต่าง ๆ อาทิ ทางชีววิทยาประชากรศาสตร์ การจ้างงาน และทางสังคมวิทยา ในทางสถิติมักถือว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ศิริพันธ์ ถาวรทวิวงษ์ (2557) ได้แบ่งการสูงอายุของบุคคลเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสูงตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่า ใครมีอายุมากน้อยเพียงใด
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนไป เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลมาจากความเสื่อมโทรมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่การรับรู้ ความคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวปัญญาและลักษณะบุคลิกภาพ ที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิต แต่ละคนที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้นเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม ประเทศไทยกำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งนี้ผู้สูงอายุไม่ได้แบ่งเกณฑ์เหมือนกัน แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุสอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงในวัยของผู้สูงอายุ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554) กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยในวัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางเสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญปัจจัยแรก คือ กรรมพันธุ์โรคหรือความเจ็บป่วย ปัจจัยที่สองสิ่งแวดล้อม เช่น ดิน ฟ้า อากาศ และปัจจัยสุดท้ายสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น การรับประทานอาหาร การประกอบอาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ปัจจัย 3 ประการหลักถ้าหาก

ผู้สูงอายุดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง จะสามารถลดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

ผู้สูงอายุที่ใช้เกณฑ์ผู้ที่มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ยังสามารถแบ่งกลุ่มวัยออกได้เป็น 2 กลุ่ม (living in aging world) คือ วัยสูงอายุตอนต้น (young – old) อายุ 60 – 69 ปี วัยสูงอายุตอนกลาง (Medium – old) อายุ 70 – 79 ปี และวัยสูงอายุมาก (old – old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่าและในประเทศที่ประชากรมีอายุยืนยาวมากยิ่งขึ้นเรียกผู้ที่มีอายุเกินร้อยปีขึ้นไปว่า centenarian (Eliopoulos, 2010) ความสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของมนุษย์และสัตว์ที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ตามกาลเวลา แม้ไม่ได้เป็นผลที่เกิดขึ้นจากโรคหรือการบาดเจ็บ แต่ก็สามารถที่จะทำให้มนุษย์และสัตว์มีโอกาสเสียชีวิตได้เมื่อมีอายุมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนัง ลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ จึงเกิดอาการลมแดดได้ง่ายในเวลาอากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงานน้อยลง ผิวหนังแห้ง และแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลง แต่มีรังควัตถุสะสมเป็น แห่ง ๆ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมและขนทั่วไปสีจางลง หรือเป็นสีขาวและจำนวนลดลง การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิการสัมผัสเย็น และความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น นอกจากจะพบความเปลี่ยนแปลงภายนอกแล้วยังพบการเปลี่ยนแปลงในร่างกาย ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554)

1. ระบบประสาทและประสาทสัมผัสขนาดของสมองในผู้สูงอายุลดลง น้ำหนัก สมองลดลง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ ความจำเสื่อม โดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่า ได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น การมองเห็นไม่ดี รูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาการตอบสนอง ของรูม่านตาต่อแสงลดลง หนังตาตก แก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดต่อกระจกตา กระจกตา จะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทาลานสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไว ในการมองเห็นลดลง สายตายาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดีต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะเสีย การได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำเสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียงและสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว มีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัวการดมกลิ่น ไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกการรับรสของลิ้น

เสียไป ต่อมารับรสทำหน้าทีลดลง โดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขม หรือรสเค็ม เป็นผลให้ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร

2. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกผู้สูงอายุจะมีจำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อ ลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ไม่คล่องตัว กระดูกมีน้ำหนักลดลง เพราะแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง หมอนรองกระดูกบางลง หลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลงประมาณ 3-5 นิ้ว น้ำไขข้อลดลงกระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อมมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการดึงแข็งอักเสบและติดเชื้อง่าย ข้อที่พบเกิดความเสื่อมได้มาก คือ ข้อเข่าข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

3. ระบบการไหลเวียนเลือดขนาดของหัวใจในผู้สูงอายุอาจโตขึ้นผนังหัวใจ ห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวและอัตรา การเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในเวลา 1 นาที ลดลงประมาณ 1% ต่อปี กำลังสำรองของหัวใจลดลง จึงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการส่งนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจไม่ดี เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเกิดการปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าของหัวใจอย่างสมบูรณ์ได้ หลอดเลือดเกิดภาวะเสื่อม ผนังหลอดเลือดสูญเสียความยืดหยุ่น มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัวและความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์ เพราะและเกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เป็นผลให้เกิดการตายและการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ได้ จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลงทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกายทำงานลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และอาจเกิดโรคแพ้ภูมิตนเองมากขึ้น

4. ระบบทางเดินหายใจผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น ขยายตัวได้น้อยลง เยื่อหุ้มปอดแห้ง การขยายและการหดตัวของปอดลดลง ทำให้เกิดอาการหายใจลำบากได้ง่าย จำนวนถุงลมลดลงแต่ขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่ายจึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลง ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง สำหรับทางเดินหายใจ การทำงานของเซลล์ขน ตลอดทางเดินหายใจลดลง การทำงานของฝาปิดกล่องเสียงมีความไวลดลง รีเฟล็กซ์การขย้อนและรีเฟล็กซ์การไหลลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมไม่ดี จึงเกิดการสำลักและติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

5. ระบบทางเดินอาหารฟันของผู้สูงอายุมีก็ไม่ค่อยดีเคลือบฟันจะมีสีคล้ำขึ้นและบางลง แดงง่าย เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีฟัน ต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทาน อาหารอ่อนและย่อยง่าย ทำให้เกิด

ภาวะขาดอาหาร ต่อมาน้ำลายทำงานน้อยลง การผลิต น้ำลายและเอนไซม์ลดลง การกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้นและปากแห้ง เกิดการติดเชื้อ ทางปากได้ การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง และหลอดอาหารกว้างขึ้น ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและ ทำงานลดลง ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะเข้าสู่หลอดลมได้ จึงทำให้เกิดอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอกและเกิดอาการสำลักได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร ลดลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น จึงทำให้รู้สึกหิวบ่อยลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวน้อยลง เกิดอาการ ท้องผูกได้ง่าย การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อม ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง เกิดภาวะขาดสารอาหารได้กล้ามเนื้อหูรูดที่ทวารหนักหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ ขนาดของตับเล็กลง ประสิทธิภาพในการทำลายพิษ ของตับลดลง ปริมาณน้ำดีรวมลดลง แต่ระดับคอเลสเตอรอลและความหนืดของน้ำดีมากขึ้น จึงเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ น้ำหนักและขนาดของตับอ่อนลดลง การผลิตเอนไซม์ลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพแต่ยังมีเพียงพอแก่ความต้องการ

6. ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ผู้สูงอายุมีน้ำหนักและขนาดของไต ลดลง การไหลเวียนเลือดในไตลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ขนาดของกระเพาะ ปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ดังนั้น หลังถ่ายปัสสาวะจึงมีปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ในผู้ชายต่อมลูกหมากมักโต เป็นผลให้ถ่ายปัสสาวะลำบากได้ ลูกอัณฑะเหี่ยวและมีขนาด เล็กลง ผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างกายของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง ความสามารถ ในการผสมกับไข่ลดลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ช่องคลอด แคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลง ทำให้เกิดอาการอักเสบและติดเชื้อง่าย กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

7. ระบบต่อมไร้ท่อของผู้สูงอายุ ผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลงทำให้เกิดโรคของ ต่อมไร้ท่อเช่น เบาหวานมากขึ้น จะเห็นได้ว่า กระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นเรื่องสลับซับซ้อน ความเสื่อมถอยในส่วนต่าง ๆ ของอวัยวะภายในร่างกายอาจมองเห็นว่าเป็น เรื่องปกติ เป็นสภาพตามธรรมชาติที่จะต้องเกิดขึ้น แต่ย่อมส่งผลกระทบต่อตามมาในลักษณะ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและหลีกเลี่ยงไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ว่าอย่างไรก็ดี ความแตกต่างในผู้สูงอายุแต่ละคนขึ้นอยู่กับปัจจัยกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหาร การประกอบอาชีพ ความเครียดการออกกำลังกายการพักผ่อน ถ้าหากผู้สูงอายุอายุดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและ ปฏิบัติตนอย่างถูกต้องจะสามารถลดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในช่วงที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

นักวิชาการได้มองความแตกต่างของความสูงอายุต่างกันออกไป ดังนี้ ยรรยง มณีวงศ์ (2554) ได้สรุปแนวคิดและทฤษฎีการสูงอายุดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (biological theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า มนุษย์ประกอบด้วย องค์ประกอบใหญ่ 3 ประการคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเอง และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์จากทฤษฎีทางชีววิทยาของการสูงอายุจะพบว่าในแต่ละทฤษฎีนั้น ได้พยายามที่จะค้นหาความจริงเพื่อนำมาอธิบายว่า การสูงอายุหรือความแก่ กระบวนการชราภาพ หรือความแก่ของเซลล์ต่าง ๆ เป็นปฏิกิริยาซับซ้อนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเผาผลาญฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะ

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับกลไกการเจริญทางจิตวิทยา ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีอายุในจิตวิทยา ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการมีอายุในจิตวิทยาในเรื่อง เซอร์ปัญญา พบว่า ไม่อาจสรุปได้ว่า เซอร์ปัญญาจะเสื่อมลงตามวัย ส่วนในเรื่องความจำและการเรียนรู้ได้มีการศึกษาถึงความจำและการเรียนรู้เป็นสิ่งที่จะต้องควบคู่กันไป จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับคนอ่อนวัยแต่ต้องใช้เวลาานานกว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้คือความเครียด อันเป็นผลมาจากระบบประสาทและสรีระของบุคคล การสูญเสียความจำและความสามารถในการเข้าใจและแรงจูงใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงจูงใจในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่นเลย แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีเซลล์ประสาทในสมองตายเป็นจำนวนมากแต่ขณะเดียวกันก็สะสมประสบการณ์ที่ดีในอดีตได้รับการยอมรับดี สภาพอารมณ์ที่มั่นคงก็จะส่งผลต่อวัยที่สูงขึ้น ทำให้มีความสุขรอบคอบตามขึ้นด้วย

แนวคิดทางจิตวิทยา ได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องกัน โดยเสนอว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมที่คนชรา นั้น ๆ อาศัยอยู่

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงชีวิตหรือเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตามไปด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุใน

สังคมนั้น ล้วนแล้วแต่มองความสูงอายุจากสถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง แต่ผู้สูงอายุกยังคงต้องการบทบาทเดิมจึงเกิดความเครียดส่งผลให้เกิดกรอนตัวออกจากสังคม แต่การใช้ชีวิตในช่วงอายุให้มีความสุขนั้นต้องคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้แต่ควรอยู่ในระดับที่เหมาะสม

4. ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (disengagement theory) เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ.1950 ยรรยง มณีวงศ์ (2554) กล่าวถึงผู้สูงอายุเกี่ยวกับการถอยห่างออกจากสังคมของ Cumming and Henry ที่พิมพ์ครั้งแรกในหนังสือเรื่อง Growing Old: The Process of Disengagement เมื่อปี ค.ศ. 1961 มีใจความว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน อย่างค่อยเป็นค่อยไปตามความต้องการของร่างกายและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ โดยสรุปกระบวนการถอยห่างเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะดังนี้

1. เป็นกระบวนการพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป
2. เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้
3. เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุพึงพอใจ
4. เป็นสากลของทุกสังคม
5. เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เพื่อรักษาสมดุลของมนุษย์

3. โภชนาการของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการที่ดีจะทำให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพที่ดี และการมีโภชนาการที่ดีต่อผู้สูงอายุจะทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง แต่ในทางตรงกันข้ามกันหากโภชนาการไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่ไม่ดีตามมาจากการภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางร่างกายในทางเสื่อมลงโดยเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการสลายมากกว่าการสร้างคุณสมบัติ ทำให้สมรรถนะการทำงานของร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมและทำงานได้ลดน้อยลง

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ ทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะการเกิน ถ้ามีภาวะโภชนาการที่ดีก็จะช่วยลดปัญหาความเจ็บป่วย ดังนั้น การประเมินภาวะโภชนาการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้ทราบถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุสามารถดำเนินการแก้ไขภาวะ

โภชนาการได้อย่างทันท่วงทีที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วย กระทรวงสาธารณสุข (2552) วิธีการประเมินที่ใช้ในปัจจุบันมีดังนี้

1. การประเมินอาหารที่บริโภค (Dietary assessment) โดยการซักประวัติอาหาร ซึ่งวิธีการที่ใช้บ่อยคือ การประเมินปริมาณอาหารที่รับประทาน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (24 – hour recall) ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ต้องอาศัยความจำ ซึ่งผู้สูงอายุมีปัญหาหากลืมหลังนั้นได้ไม่ดี สำหรับการจดบันทึกรายการอาหารที่รับประทานน้อยกว่าผู้หญิงและผู้ถูกประเมินที่เป็นคนอ้วนพบว่าจะจดยรายการอาหารต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นการประเมินวิธีนี้อาจไม่เป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนของการรับประทานอาหารของบุคคลนั้น ๆ หากเป็นข้อมูลจากอาหารที่บริโภคแต่เพียงวันเดียว จึงต้องดำเนินการประเมินซ้ำ ๆ เป็นเวลาหลายวัน และจะต้องใช้วิธีการประเมินอื่น ๆ ควบคู่กับการประเมินโดยวิธีนี้ด้วย สำหรับการแปลผลจะทำโดยการนำบันทึกอาหารที่บริโภคมาคำนวณปริมาณสารอาหารโดยใช้ตารางแสดงคุณค่าสารอาหารของอาหารชนิดต่าง ๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อกำหนดความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุว่า ได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่

2. การวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometric assessment) การวัดสัดส่วนของร่างกายที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการประกอบด้วย ส่วนสูง น้ำหนักการวัดส่วนรอบวง อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (body circumferences) และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skinfold thickness) การวัดสัดส่วนของร่างกายผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเพิ่มหรือการลดการสะสมไขมัน (body fat) หรือโปรตีน (กล้ามเนื้อ) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของร่างกายและติดตามการประเมินการเพิ่มหรือ ลดน้ำหนักในสภาวะต่าง ๆ หรือในสภาวะที่มีพยาธิสภาพ

2.1 น้ำหนักตัวและส่วนสูง เป็นการวัดภาวะโภชนาการที่นิยมใช้กันมาก เพราะทำได้ง่ายและไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษ จากน้ำหนักตัวและส่วนสูงสามารถนำมาหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index, BMI) ได้ โดยคำนวณได้จากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{BMI} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{ส่วนสูงเป็นเมตร}}$$

(ส่วนสูงเป็นเมตร)

2.2 การวัดความหนาไขมันใต้ผิวหนัง (skinfold thickness) การวัดความหนาไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อ Triceps และบริเวณ subscapular เป็นการวัดองค์ประกอบของร่างกายที่เป็นไขมันและพลังงานที่สะสมไว้ในร่างกาย การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณใต้กระดูกสะบัก ทำได้โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า caliper

2.3 การวัดเส้นรอบวงของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย (body circumferences) เป็นดัชนีชี้วัดในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการวัดที่แขน ขา เอว สะโพก เทปหรือสายวัดที่ใช้สำหรับการวัดจะต้องมีความคงตัวไม่ยืดหรือหักในขณะที่วัด

2.3.1 การวัดเส้นรอบวงของน่อง (calf circumferences) เป็นดัชนีที่ใช้วัดภาวะการสูญเสียปริมาณของกล้ามเนื้อ (muscle loss) จากการทำกิจกรรมของร่างกายลดลง (physical activity)

2.3.2 การวัดเส้นรอบแขน (midarm circumferences, MAC) ตำแหน่งที่ใช้วัด คือ จุดกึ่งกลางของแขนส่วนบน ระหว่างจุดที่ไหล่ (acromion) ถึงข้อศอก (olecranon)

2.3.3 การวัดเส้นรอบเอวและสะโพก เป็นดัชนีวัดรูปแบบการกระจายเนื้อเยื่อไขมันในร่างกาย ใช้วิธีคำนวณเป็นสัดส่วนระหว่างเส้นรอบเอวและเส้นรอบสะโพก (waist/hip ratio) ค่าปกติของเส้นรอบเอวต่อสะโพก คือ น้อยกว่า 0.8 และ 1 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ (Bell, 1997) ลักษณะของไขมันในรูปแบบนี้จะเป็นปัจจัยที่บอกถึงภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ นิ้วในถุงน้ำดีและโรคเบาหวาน

3. การประเมินสภาพทางคลินิก (clinical assessment) การตรวจพบสภาพหรือลักษณะผิดปกติของร่างกายบางประการจะช่วยบ่งบอกชนิดของสารอาหารเฉพาะที่ขาดไปได้ (ตารางที่ 3) การตรวจร่างกายควรทำควบคู่กับการประเมินด้วยอาหารและชีวเคมีไปพร้อม ๆ กัน

4. วิธีวิเคราะห์ทางชีวเคมี (biochemical assessment) เป็นตัวบ่งชี้ที่แม่นยำถูกต้องกว่าการบ่งชี้ทางคลินิก ค่ามาตรฐานที่ใช้ประเมินชีวเคมีสำหรับผู้สูงอายุจะใช้ค่าเดียวกับที่ใช้ในวัยผู้ใหญ่

ปัญหาการกินของผู้สูงอายุ

อบเชย วงศ์ทอง (2551) กล่าวว่า ปัญหาการกินของผู้สูงอายุ มักเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน ดังนี้

1. ปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน การสูญเสียฟัน ฟันผุ ล้วนแล้วแต่ทำให้หมดความรู้สึกอยากรับประทานอาหารทั้งสิ้น เพราะเคี้ยวอาหารลำบาก มีความเจ็บปวดในการเคี้ยวอาหารทำให้กินแต่อาหารเหลวหรืออาหารที่นิ่มไม่มีกาก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแป้ง น้ำตาลและไขมัน จึงทำให้ขาดสารอาหารบางชนิด เช่น โปรตีน เหล็ก และอาหารจำพวกไฟเบอร์ เช่น การกินผักลดลง มีผลทำให้ท้องผูก

2. การรับรสชาติอาหารจะลดลง ทั้งนี้เพราะปุ่มรับรสชาติที่ลิ้นเสื่อมและจำนวนก็ลดลงทำให้ต้องกินอาหารรสจัดขึ้น เช่น อาหารเค็มจัด ทำให้มีอาการบวม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีการขับถ่ายเกลือโซเดียมลดลง การกินเค็มจัดยังเป็นสาเหตุสำคัญของความดันโลหิตสูง

3. การรับกลิ่นอาหารอันชวนรับประทานลดลง ผู้สูงอายุ ปลายประสาทรับกลิ่นในจมูกทำหน้าที่ไม่ดี และเสื่อมลง ทำให้คามอยากอาหารลดลงเพราะไม่อยากสูดกลิ่นอันหอมชวนรับประทานของอาหารบางชนิดที่เคยชอบรับประทานได้เหมือนเดิม

4. นิสัยการกินที่ไม่ถูกต้อง นิสัยการกินของผู้สูงอายุเป็นนิสัยที่ติดตัวมาตั้งแต่เด็ก จึงยากที่จะเปลี่ยน ไม่ควรพยายามเปลี่ยนแปลงในทีเดียว แต่พยายามตั้งต้นจากที่กินอยู่แล้ว โดยการหาทางเพิ่มเติมหรือตัดแปลงเพื่อให้ได้สารอาหารต่าง ๆ ครบตามความต้องการ

5. ความกังวลในจิตใจของผู้สูงอายุ มีความกังวลจิตใจ ทำให้เบื่อและไม่อยากกินอาหาร ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เนื่องจากขาดสารอาหารเบื้องต้น สิ่งที่ทำให้เกิดความกังวลใจและความเศร้า ได้แก่ การสูญเสียบุคคลซึ่งเคยเป็นที่รักที่เคยได้ช่วยกันทำอาหารหรือรับประทานร่วมกัน อันเป็นสาเหตุทำให้เบื่อ ซึมเศร้า และไม่อยากกลับไปทำอาหารเพื่อตนเอง ซึ่งจะกินเพียงคนเดียวจึงกลับไปหาอาหารง่าย ๆ กิน อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ขาดแคลอรีและสารอาหารที่สมดุล

6. ความกังวลใจในด้านเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว เมื่อถึงอายุที่จำเป็นต้องออกจากงานโดยเฉพาะในผู้ที่ไม่เคยเตรียมใจที่จะรับสภาพเช่นนั้นมาก่อน พร้อมทั้งผู้ที่ไม่เคยได้คิดเตรียมไว้ล่วงหน้าว่าเมื่อถึงอายุอันควรแล้ว จะทำงานอะไรที่ถนัดและเหมาะสมกับวัยของตนเอง สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความกังวลสับสนในจิตใจจนเบื่ออาหารไม่ยอมรับประทาน ทำให้ขาดสารอาหารได้

7. อุปสรรคทางกาย ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้กระฉับกระเฉงเหมือนคนหนุ่มสาว จึงไม่สามารถทำอาหารได้ด้วยตนเอง เพราะสายตาไม่ดี หรืออาจมีอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น โรคข้อเข่าอักเสบ ผู้สูงอายุจึงไม่สามารถซื้อและปรุงอาหารได้ด้วยตนเอง ถ้าหากไม่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือย่อมเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหารหนึ่ง การที่ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อยลงยังมีผลทำให้การขาดสารอาหารเพื่อเสริมสร้างภายในร่างกายเป็นไปได้น้อยลง

โภชนาบำบัด 9 ประการหรือข้อปฏิบัติกรกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

โภชนาบำบัด 9 ประการหรือข้อปฏิบัติกรกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หมายถึงรูปแบบการบริโภคอาหารที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้สูงสุดกับสุขภาพของร่างกายและถูกต้องตามหลักโภชนาการ ซึ่งปัจจุบันคนไทยประสบปัญหาโภชนาการเป็นจำนวนมาก ทั้งปัญหาการขาดสารอาหารและในขณะเดียวกันภาวะโภชนาการเกินกำลังเป็นปัญหาใหม่ที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เนื่องจากคนไทยส่วนมากยังได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมกรกินอาหารที่ถูกต้องจึงทำให้ขาดความรู้และเจตคติที่ดีต่อการบริโภคอาหารเพื่อการมีภาวะโภชนาการและสุขภาพอนามัยที่ดี

หลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ เป็นข้อควรปฏิบัติในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งมีรายละเอียดตามที่ กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) กำหนดดังต่อไปนี้

1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัวใน 1 วันเราควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ดังนี้ อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ เครื่องในสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง ผลิตภัณฑ์จากนม อาหารหมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าวต่าง ๆ อาหารทำจากแป้ง เผือก มัน อาหารหมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักใบเขียวและผักต่าง ๆ อาหารหมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ อาหารหมู่ที่ 5 ได้แก่ ไขมันจากสัตว์และไขมันจากพืช เราควรเลือกรับประทานอาหารในแต่ละหมู่ให้หลากหลายไม่ซ้ำซ้อน และที่สำคัญ คือ ควรหมั่นดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานให้เหมาะสมตามวัย

2. รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวจัดเป็นอาหารหลักของคนไทย ซึ่งมีคุณค่าทางโภชนาการมากโดยเฉพาะข้าวที่ผ่านการขัดสีน้อย เช่น ข้าวซ้อมมือ หรือที่ปัจจุบันเรียกว่า “ข้าวกล้อง” ซึ่งนอกจากให้สารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตแล้ว ยังมีวิตามินที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายมากอีกด้วย หากเบื่อข้าวก็สามารถรับประทานอาหารประเภทแป้งอื่น ๆ สลับเป็นบางมื้อได้ เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมปัง เป็นต้น คุณค่าของอาหารเหล่านี้จะน้อยกว่าการได้รับจากข้าว

3. รับประทานอาหารผักให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้เป็นอาหารที่ให้สารอาหารที่จำเป็นแก่ร่างกาย คือวิตามินและแร่ธาตุเป็นอาหาร เป็นอาหารที่ช่วยในการป้องกันโรค นอกจากนี้ ยังมีใยอาหารที่ให้ปริมาณสูงช่วยทำให้ขับถ่ายสะดวก ช่วยกวาดเศษอาหารในลำไส้ออกมา ลดการดูดน้ำและช่วยทำให้ท้องไม่ผูก

4. รับประทานเนื้อปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ อาหารข้างต้นเป็นอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนเป็นสำคัญยิ่งช่วยในการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ เป็นสารอาหารที่จำเป็นอย่างยิ่ง

5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมเป็นอาหารที่มีประโยชน์ตั้งแต่วัยทารกเป็นอาหารที่ย่อยง่าย อุดมไปด้วยสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น โปรตีน แคลเซียม วิตามิน ต่าง ๆ เด็กในวัยเรียนมีความต้องการสารอาหารเหล่านี้มากเพราะอยู่ในวัยเจริญพันธุ์

6. รับประทานอาหารที่มีไขมันพอควร ไขมันจากพืชและสัตว์เป็นอาหารที่ใช้พลังงานที่สูงที่สุดแก่ร่างกาย และเป็นตัวละลายวิตามินเอ ดี อี และเค ให้แก่ร่างกายนำไปใช้ประโยชน์ได้ แต่ต้องรับประทานในปริมาณที่พอเหมาะ ควรใช้ไขมันจากพืชในการปรุงอาหารมากกว่าไขมันจากสัตว์ และไม่ควรงิน 3 ซ้อนโต๊ะ ต่อวัน หากรับประทานไขมันในปริมาณที่มากเกินไป จะทำให้เกิดการสะสมในร่างกายโดยถ้าสะสมในหลอดเลือดจะทำให้เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นอันตรายต่อหัวใจและสมองและถ้าสะสมตามร่างกายจะทำให้เกิดโรคอ้วนได้

7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานและเค็มจัดอาหารที่มีรสหวานจัดนั้นมีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบของอาหารมาก การรับประทานน้ำตาลในปริมาณมากจะทำให้ร่างกายเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการรับประทานอาหารรสเค็มจัด ซึ่งมีส่วนประกอบของเกลือโซเดียมสูง อาจจะทำให้เกิดอันตรายต่อไต และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

8. รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน นอกจากอาหารจะมีประโยชน์ต่อร่างกายแล้ว ถ้าอาหารเหล่านั้นเกิดการปนเปื้อนจากเชื้อโรคและสารเคมีต่าง ๆ ก็จะทำให้เกิดโทษต่อร่างกายได้ ดังนั้น เราควรเลือกรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ สดสะอาด ปราศจากสัตว์นำโรค และแมลงวันตอม รวมทั้งอาหารที่มีสีสังเคราะห์ก็ไม่ควรรับประทานเช่นกัน

9. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เครื่องดื่มมีนเมา เช่น สุรา ยาตอง เหล้า เบียร์ ไวน์ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างยิ่ง ทำให้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง มะเร็งตับ เป็นต้น จึงควรเลือกเครื่องดื่มเฉพาะที่มีประโยชน์เท่านั้น เช่น น้ำผัก น้ำผลไม้

การมีภาวะโภชนาการและสุขภาพที่ดีต้องคำนึงถึงหลักปฏิบัติใหญ่ ๆ คือ รับประทานอาหารเช้าครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลายทานข้าวเป็นหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นมื้อในแต่ละมื้ออาหารควรมีผักให้มาก และผลไม้เป็นประจำ ดื่มนม รับประทานอาหารที่มีไขมันพอควร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด รับประทานอาหารที่สะอาด งดเครื่องดื่มของมีนเมา เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

ปัญหาด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ

ปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุมักจะเริ่มจากสาเหตุ คือร่างกายได้รับสารอาหารไม่สมบูรณ์ มีการเปลี่ยนแปลงภาวะร่างกายตามวัย อบเชย วงศ์ทอง (2551) ดังนี้

1. ภาวะการขาดสารอาหาร (Nutrition deficiency) ทำให้น้ำหนักไม่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย เจ็บป่วยง่าย ขาดวิตามิน ที่พบบ่อยคือ วิตามินบี 1 ทำให้เป็นโรคเหน็บชา โรคขาดวิตามินบี 2 ทำให้เป็นแผลที่มุมปาก โรคขาดวิตามินซี ขาดแร่ธาตุ เป็นต้น

2. การมีภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition) ทำให้เป็นโรคต่อไปนี้

2.1 โรคอ้วน (obesity) เกิดจากการมีภาวะไขมันสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมากกว่าปกติ เพราะผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการกินอาหารที่ให้พลังงานสูง

2.2 โรคเบาหวาน (diabetes) เกิดจากการที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ จนทำให้ขับออกมาในปัสสาวะ ส่วนมากมักเกิดจากกรรมพันธุ์ คนอ้วนมาก

2.3 โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) เกิดจากการกินอาหารเค็มจัด กินเนื้อสัตว์ ไขมัน มาก สูบบุหรี่ เครียด กินไขมันและน้ำตาลมาก ตลอดจนการอดนอน ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว และเลือด

ไปเลี้ยงหัวใจไม่พอทำให้เกิดการขาดเลือด จนหัวใจวายได้ มีอาการปวดศีรษะ หรืออาจจะไม่มีอาการอะไรเลยก็ได้

2.4 ภาวะโคเลสเตอรอลสูงในเลือด (hyper cholesterolemia) เกิดจากการกินอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูงเกินความต้องการ ซึ่งจะไปเกาะผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดแข็งตัว และอุดตันทำให้หัวใจขาดเลือดได้

2.5 ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด (hyper triglyceridemia) เกิดจากการกินอาหารไม่ถูกส่วน กินอาหารมากเกินไปและไขมันสูง รวมทั้งดื่มเหล้าเป็นประจำ ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว หัวใจขาดเลือด ทำให้เป็นอัมพาตได้

2.6 โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease) เป็นภาวะที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจเกิดการตีบตันและยึดหย่น ไม่ได้เต็มทีเพราะมีไขมันไปเกาะตามผนังภายในหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่สะดวก เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ

2.7 โรคเก๊าท์ (gout) เป็นโรคข้ออักเสบชนิดหนึ่ง เกิดจากการตกตะกอนของกรดยูริกในข้อกรดยูริกมาจากสารพิวรีนที่มีมากในอาหารจำพวกเครื่องในสัตว์

ปัญหาของผู้สูงอายุในเรื่องอาหารการกิน มีปัญหาทั้งกินไม่ได้และกินไม่พอจึงทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะสารพวกโปรตีน วิตามินหรือเกลือแร่บางตัวและถ้าผู้สูงอายุได้อาหารมากไปไม่ถูกส่วนหรือได้ไม่ครบ 5 หมู่ อาจเกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะชะลอหรือป้องกันได้ ถ้าผู้สูงอายุให้ความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหารเพื่อให้คุณค่าและปริมาณที่เหมาะสม โดยที่สารอาหารต่าง ๆ และพลังงานที่ได้รับควรจะสมดุลกันเพื่อที่ร่างกายได้มีโภชนาการที่ดี ไม่เป็นโรคขาดสารอาหารสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการของผู้สูงอายุ

กุลยา สุวิหัทส (2551) กล่าวว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ มีดังนี้

1. บริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องเป็นวัฒนธรรมทางสังคมที่สัมพันธ์โดยตรงกับภาวะของสุขภาพ ความคุ้นเคย ความชอบความเชื่อเกี่ยวกับอาหารในวัยที่ผ่านมา นิสัยการกินมีผลต่อผู้สูงอายุมาก เพราะเมื่ออายุมากการมองเห็นความสำคัญของอาหารจะลดลงในบางอย่าง การกินอาศัยความเชื่อ ความคุ้นเคยของร่างกาย ผู้สูงอายุจะเลือกอาหารกินเฉพาะอย่างตามที่ตนเองพอใจมากกว่าความต้องการของร่างกาย ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นได้ง่าย แต่บางคนกลับเชื่อว่า การบำรุงด้วยการกินอาหารให้มาก ๆ และอ้วน คือความสมบูรณ์ของสุขภาพ ก็จะกินมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุบางคนยึดมั่นอยู่กับบริโภคนิสัยที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องมาตั้งแต่ยังอายุน้อย และเป็นการยากลำบากที่จะเปลี่ยนแปลงบริโภคด้วยนิสัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้สูงอายุชอบกินอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากการเคี้ยวได้ง่าย มีความรู้สึกว่ามันเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุ

จึงไม่ค่อยดีมนม เมื่อพูดถึงผลไม้ก็คิดว่าต้องเปรี้ยวจึงไม่ชอบกิน บริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องนี้เป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้เกิดปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ

2. ได้รับอาหารไม่เพียงพอ อาจพบในผู้สูงอายุที่เคยทำงานมีรายได้มากพอ เมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน ไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง หรือมีแต่น้อย ไม่พอกับการดำรงชีวิตประจำวัน การยังชีพ เงินทองที่จะมีไว้ซื้ออาหารย่อยไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดหาอาหารตามที่ร่างกายต้องการได้ ไม่สามารถกินได้ตามความเหมาะสมกับปริมาณ และคุณค่าของอาหารที่ได้รับ โอกาสขาดสารอาหารต่าง ๆ จะพบได้มาก

3. ประสิทธิภาพการย่อยอาหารและการดูดซึมของกระเพาะอาหารและลำไส้การบีบตัวของกระเพาะอาหารลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง น้ำย่อยมีความเป็นกรดลดลงเป็นผลให้การดูดซึมแคลเซียม เหล็ก ซัลเฟอร์ ทำให้การย่อยอาหารไม่สมบูรณ์ เป็นผลให้ร่างกายขาดวิตามินซีและสารอาหารต่าง ๆ ได้

4. การรับรสอาหารลดลง เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการรับกลิ่นและรสจะเสียไปเนื่องจากการเสื่อมสภาพของปุ่มรับรสที่ลิ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรออร่อยในรสอาหารเท่าที่ควร ผู้สูงอายุจึงหันไปสนใจอาหารรสจัดมากขึ้น โดยเฉพาะอาหารรสหวาน จะเป็นรสที่ผู้สูงอายุรับได้ดีที่สุด

5. ความผันแปรทางอารมณ์เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ในชีวิต เช่น มีการพลัดพราก การปลดเกษียณ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเหงา หมดหวัง นอนไม่หลับ ชมเศร้า ความคิดสับสน สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากกินอาหาร ซึ่งจะนำไปสู่การขาดอาหารได้

6. ขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ โดยที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจคุณค่าอาหารกับความต้องการของร่างกายทำให้เลือกอาหารไม่เหมาะสมในแง่คุณค่า ถ้าเงินน้อยมุ่งซื้ออาหารประเภทแป้งที่ให้แต่คาร์โบไฮเดรต เพราะราคาถูก บางคนมีเงินแต่ตระหนี่ ก็จะมีลักษณะเช่นเดียวกับคนยากจน จะเลือกซื้ออาหาร ที่มีค่าน้อย ราคาถูก บางคนมีเงินมากสามารถเลือกซื้ออาหารได้ครบถ้วน แต่กินมากเกินไปเกินความต้องการ ทำให้เกิดการสะสมของไขมันเป็นโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

สรุปได้ว่า ปัญหาทางโภชนาการของผู้สูงอายุ จะเกิดจากการบริโภคนิสัยที่ติดตัวมาตั้งแต่อายุยังน้อยหรือการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ การย่อยและการดูดซึมเสื่อมประสิทธิภาพไปตามวัยและช่วงอายุ ส่งผลต่อภาวะปัญหาของสุขภาพร่างกายตามมาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงและมีอายุที่ยืนนาน

4. รูปแบบจำลอง PRECEDE MODEL

รูปแบบจำลอง PRECEDE MODEL การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ได้นำรูปแบบจำลอง PRECEDE MODEL มาใช้ในการศึกษาดังนี้

PRECEDE MODEL เป็นคำย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงาน สุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนามาโดย Lawrence W. Green ที่มีแนวคิดที่ว่า “พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple Factor)” ดังนั้นจึงมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปการวิเคราะห์ประกอบด้วย ขั้นตอนต่าง ๆ 7 ประการดังนี้
PRECEDE Framework มี 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1 : Social Diagnosis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่นผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภคสิ่งทีประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2: Epidemiological Diagnosis)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคมในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรคการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3 : Behavioral Diagnosis)

จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขภาพศึกษาจะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4 : Educational Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขภาพศึกษาโดยขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัวซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขภาพด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไปถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาจากประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่งแล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมาเป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ และความคิด ร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีส่วนกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องเป็นจริงให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้าน คือความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรคความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็อันตรายต่อสุขภาพและความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่จะได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้อง

ค่านิยม หมายถึงการให้ความสำคัญให้ความพอใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่นผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพแต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วยซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึงความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำความคิดความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชนรวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้และ

ความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคาระยะทาง เวลา ฯลฯ นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อจึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงผลพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง เช่นการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงเรียนหรือสถานศึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นนักเรียนปัจจัยเสริมที่สำคัญ ได้แก่ เพื่อนนักเรียน ครู อาจารย์ หรือบุคคลในครอบครัว เป็นต้น ปัจจัยเสริม อาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชยการยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองและอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงผลพฤติกรรมก็ได้

การดำเนินงานในขั้นตอนการวิเคราะห์ทางการศึกษาจะเป็นการพิจารณาว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และ ปัจจัยเสริมนั้นมีปัจจัยเฉพาะอะไรบ้าง ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะที่ต้องการได้ถ้าได้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงใหม่ให้เหมาะสม จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยจัดกลุ่มปัจจัย และ ความยากง่ายของการเปลี่ยนแปลงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ก็จะทำให้การวางแผนในขั้นต่อไปมีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้วขั้นต่อไปจะเป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านสุขศึกษามาใช้ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านข้างต้นด้วยเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านสุขศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกันเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6 : Administrative Diagnosis)

ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ไดวางแผนไว้โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กรดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่น ๆ และ

จะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7 : Evaluation)

ขั้นตอนนี้ไม่มีแสดงอยู่ในแผนภูมิ แต่จะมีปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานโดย ทั้งนี้ ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้วการประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือการประเมินโครงการหรือโปรแกรม สุขศึกษาการประเมินผลกระทบของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และท้ายสุด คือการประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว

โดยหลักของ PRECEDE Framework การดำเนินการในเรื่องต่าง ๆ ถ้ามีผลต่อบุคคลหรือกลุ่มเป้าหมายในลักษณะที่เป็นปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมแล้วย่อมจะมีผลต่อพฤติกรรมทั้งสิ้น เพราะเมื่อใดก็ตามปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีความเหมาะสมสอดคล้องกันทั้งในระดับและทิศทางก็จะทำให้เกิดพฤติกรรมได้ในที่สุดดังนั้นในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

5.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิภาพร ลิทธิสาตร์และสุชาดา สนวนุ่ม (2550) ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมืองจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า 1.พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือกลุ่มตัวอย่างมีการปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขทันที เมื่อมีอาการผิดปกติ ค่าเฉลี่ย 3.58 2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ มีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลือ ค่าเฉลี่ย 3.58 3. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ มีการทำกิจกรรมเพื่อยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขา ค่าเฉลี่ย 3.43 4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานอาหารรสเค็มจัด ค่าเฉลี่ย 3.80 5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ พยายามทำใหู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ค่าเฉลี่ย 3.61 และ 6. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการพัฒนา ด้านการจัดการกับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ สามารถที่จะ

เผชิญกับปัญหา ได้อย่างมีสติ ค่าเฉลี่ย 3.56 ผลการวิจัยนี้เสนอแนะให้จัดทำโปรแกรมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน มากขึ้น เน้นการปฏิบัติการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และส่งเสริมเรื่องของการจัดการ ความเครียด

เชมฤทัย จุลพันธ์ (2551) ได้ศึกษาภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนวัดลำช้าง ตำบลศรีภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว การบริโภคอาหารโดยรวมพบว่า ประชากรส่วนใหญ่บริโภคอาหารหลัก 3 มื้อ โดยบริโภคอาหารว่างปรุงอาหาร โดยการต้ม ชอบอาหารที่รสกลมกล่อมและชอบบริโภคผักและผลไม้ ดื่มน้ำ 7 - 8 แก้ว/วัน มีการบริโภคอาหารเสริม ระดับการบริโภคอาหารต่อสัปดาห์ โดยการบริโภคอยู่ในระดับดี ได้แก่ การบริโภคนม ผลไม้ ไม่บริโภคของหวาน ไม่บริโภคไขมันและเครื่องดื่ม ส่วนการบริโภคเนื้อสัตว์ ข้าว และบริโภคผักอยู่ในระดับพอใช้

พรพรรณ ป้อมสุข (2554) ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรวัยทำงานในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี จำนวน 400 คน ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีระดับของพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างคือ ปัจจัยนำด้านชีวสังคม ได้แก่ เพศ ($x^2 = 10.007$) และอายุ ($x^2 = 12.502$) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ปัจจัยนำด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้ ($r = .250$) ทักษะคิด ($r = .327$) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ปัจจัยเอื้ออำนวยด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ($r = .331$) และปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนจากบุคคล ($r = .297$) นั้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ดังนั้น ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพควรให้ความรู้ทางโภชนาการที่ถูกต้อง โดยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและมีความสอดคล้องกับวิถีชีวิต ซึ่งจะสมารถทำให้ประชาชนปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและยั่งยืน

พจนีย์ เผื่อนคำ (2554) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเชียงใหม่ต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-64 ปี การศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี อาชีพสุดท้าย คือ เจ้าของกิจการ/ค้าขาย มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ปัจจุบันอาศัยอยู่กับคู่สมรส/บุตรหลาน มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ไม่มีปัญหาสุขภาพ ถ้ามีปัญหาสุขภาพจะอยู่ในระดับความรุนแรงปานกลาง นอกจากนี้เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือผู้ร่วมงาน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีระดับ

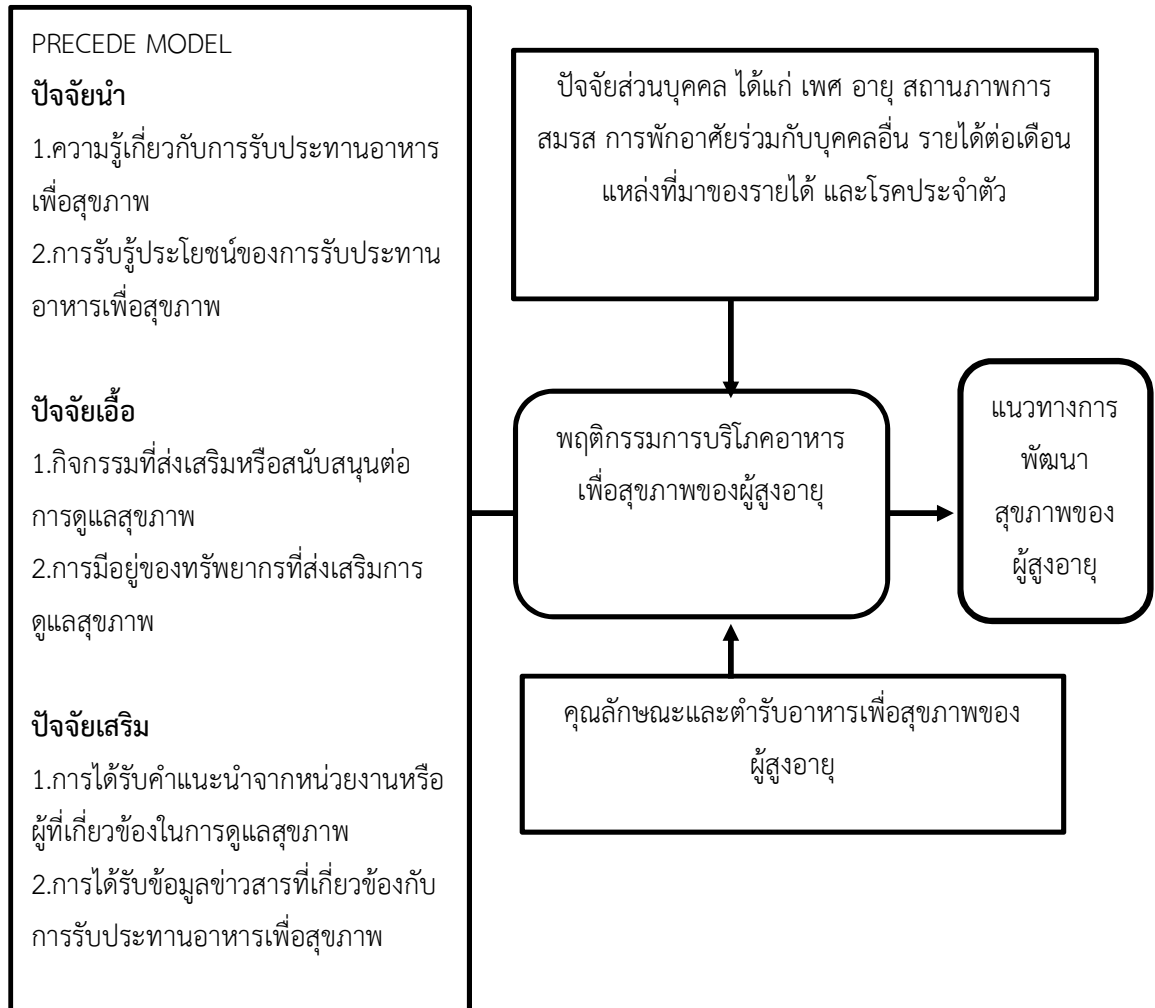
ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพโดยรวมในระดับมาก โดยมีความรู้ ความเข้าใจ 3 ลำดับแรก คือ ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด ข้าวไม่ขัดสี (ข้าวกล้อง) ให้คุณค่าทางอาหารสูง และผู้สูงอายุควรรับประทานพืช ผักและผลไม้ที่มีกากใยอาหารเป็นประจำเพื่อช่วยในระบบขับถ่าย ตามลำดับผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพโดยรวมในระดับมาก โดยประเด็นที่เห็นด้วยในระดับมาก 3 ลำดับแรก คือ ผู้สูงอายุควรกินอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาลให้น้อยลง ผู้สูงอายุควรหันมารับประทานข้าวกล้อง แทนข้าวขาวและข้าวเหนียวและผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และคาเฟอีนตามลำดับ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่บริโภคเนื้อหมู และปลา การบริโภคไข่ (บริโภคทั้งฟอง) 3 ฟอง/สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่ามีการบริโภคข้าวสวยขาว นมถั่วเหลืองและรับประทานผลไม้สด ส่วนการบริโภคขนมปัง บะหมี่ ก๋วยเตี๋ยวจะบริโภคสัปดาห์ละ 1 มื้อ มีการปรุงอาหารประเภทผัก ด้วยวิธีการผัด สัปดาห์ละ 1-2 มื้อ ส่วนการปรุงอาหารด้วยวิธีการทอด สัปดาห์ละ 3-4 มื้อ ซึ่งจะใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน และน้ำมันปาล์ม ทั้งการผัดและการทอด อีกทั้งมีการปรุงรสชาติอาหารด้วย ซอสถั่วเหลือง/ซีอิ๊ว นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่แน่นอน (ขึ้นอยู่กับโอกาส) ในส่วนของการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่าผู้ที่เคยบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมบริโภคเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ในขณะที่ผู้ไม่บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพราะ ราคาแพง

วรรณวิมล เมฆวิมล (2555) ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการวิจัยพบว่า 1) พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวาจังหวัด สมุทรสงคราม อยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ แหล่งที่มาของรายได้ ส่วน เพศ อายุ สถานภาพ การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่าง ๆ ของ ผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของผู้สูงอายุ 3) ปัจจัยนำ ซึ่งประกอบไปด้วยความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับรู้ ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 4) ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบไปด้วยทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุและกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 5) ปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบไปด้วยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจาก บุคคลต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

มนัส ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์ (2559) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มนักเรียนและนักศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เข้า

กลางวัน เย็น ที่สุดค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 รองลงมาคือ เลือกซื้ออาหารโดยพิจารณาความสะดวกของร้านและผู้ขายมากกว่าความอร่อย ค่าเฉลี่ย 3.58 และน้อยที่สุดคือ รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ค่าเฉลี่ย 2.79 ซึ่งข้อเสนอแนะจากการศึกษาคั้งนี้คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการอาหารผ่านสื่อ เพื่อให้เลือกอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายและลดการบริโภคอาหารที่จะเกิดโทษแก่ร่างกาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดตรัง จำนวน 75,456 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เชิงปริมาณโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปในจังหวัดตรัง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose Sampling) โดยคำนวณจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตรัง จำนวน 75,456 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) เมื่อทำการคำนวณตามสูตรทาโรยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (วรณีย์ แกมเกตุ, 2555: 285) ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม จำนวน 400 ตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Random Sampling) ด้วย วิธีการจับฉลากเขตในจังหวัดตรัง จำนวน 10 อำเภอ การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจะจับฉลากเพื่อเลือกอำเภอเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ 3.1 กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

อำเภอ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
เมืองตรัง	17,385	93
กันตัง	11,963	63
ย่านตาขาว	7,239	38
ปะเหลียน	8,249	42
สิเกา	3,482	19
ห้วยยอด	10,386	55
วังวิเศษ	4,284	23
นาโยง	7,366	39
รัชฎา	3,262	17
หาดสำราญ	1,840	10
รวม	75,456	400

เชิงคุณภาพ เป็นการสัมภาษณ์ (Interview Guide) ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุจำนวน 30 คนดังนี้

1.บุคลากรด้านสาธารณสุขเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นด้านการดูแล สุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพ ให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้แก่

1.1 สาธารณสุขจังหวัดตรัง 1 คน

1.2 สาธารณสุขอำเภอดีเด่น 4 คน

1.3 หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลดีเด่น 5 คน

1.4 ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่จะให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ จำนวน 15 คนในจังหวัดตรัง

1.5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน

เครื่องมือในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) มีเครื่องมือในการวิจัยดังนี้

1) การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยครั้งนี้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการวิจัยในการเก็บ รวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์จากเอกสาร ตำรา งานวิจัย ผลงานทางวิชาการต่าง ๆ

2. ศึกษาวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด และตัวแปรในการวิจัย

3. พัฒนาแบบสอบถามให้ครอบคลุมหัวข้องานวิจัย

4. ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity)

5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงไปทดลอง (try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตอำเภอ เมืองตรัง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.7888

ลักษณะของแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การอาศัยอยู่ รายได้ต่อเดือน การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา การมีโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check – List) จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 24 ข้อ และการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check – List) จำนวน 12 ข้อ

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้

1. ศึกษาวิเคราะห์จากเอกสาร ตำรา งานวิจัย และผลงานทางวิชาการต่าง ๆ
2. จัดทำประเด็นการสัมภาษณ์แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)
3. ปรับปรุงแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การวิจัยเชิงปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้จัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือจากผู้วิจัย สังกัดมหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อขอความอนุเคราะห์ข้อมูล และขออนุญาตในการแจกแบบสอบถามและเก็บข้อมูลจากประชาชนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดตรัง

2. ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามและรับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 400 ชุด

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมีขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือจากผู้วิจัย มหาวิทยาลัยสวนดุสิต เพื่อขอความร่วมมือและขออนุญาตในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

2. ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุจำนวน

30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์วิธีการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยคอมพิวเตอร์ พหุติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรังได้กำหนดระดับคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้

ระดับความเป็นจริงมากที่สุด	ให้น้ำหนัก 5 คะแนน
ระดับความเป็นจริงมาก	ให้น้ำหนัก 4 คะแนน
ระดับความเป็นจริงปานกลาง	ให้น้ำหนัก 3 คะแนน
ระดับความเป็นจริงน้อย	ให้น้ำหนัก 2 คะแนน
ระดับความเป็นจริงน้อยที่สุด	ให้น้ำหนัก 1 คะแนน

การแปลความหมายค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงชั้นที่เท่ากัน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	4.21 – 5.00	หมายถึง	ระดับความเป็นจริงมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย	3.41 – 4.20	หมายถึง	ระดับความเป็นจริงมาก
คะแนนเฉลี่ย	2.61 – 3.40	หมายถึง	ระดับความเป็นจริงปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.81 – 2.60	หมายถึง	ระดับความเป็นจริงน้อย
คะแนนเฉลี่ย	1.00 – 1.80	หมายถึง	ระดับความเป็นจริงน้อยที่สุด

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ 1. สถิติวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยนำเสนอผลการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรังและศึกษาคุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง ประกอบด้วย ข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุและคุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุปรากฏผลการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
1. ชาย	193	48.25
2. หญิง	207	51.75
อายุ		
1. 60 – 64 ปี	162	40.50
2. 65 – 69 ปี	175	43.75
3. 70 ปี ขึ้นไป	63	15.75
สถานภาพ		
1. โสด	47	11.75
2. สมรส	277	69.25
3. หม้าย/ หย่า/ แยกกัน	76	19.00
ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ		
1. อยู่คนเดียว	33	8.25
2. อยู่กับหลาน	89	22.25
3. อยู่กับญาติ	19	4.75

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
1. ไม่มีรายได้	57	14.25
2. ไม่เกิน 5,000 บาท	226	56.50
3. 5,001 - 10,000 บาท	60	15.00
4. 10,001 – 15,000 บาท	32	8.00
5. 15,000 – 20,000 บาท	9	2.25
6. 20,001 บาท ขึ้นไป	4	1.00
7. ไม่แน่นอน	12	3.00
นับถือศาสนา		
1. พุทธ	308	77.00
2. อิสลาม	89	22.25
3. คริสต์	3	0.75
อาชีพหลักก่อนเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุ		
1. ข้าราชการ	18	4.50
2. รับจ้าง	97	24.25
3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	1.00
4. เจ้าของกิจการ	21	5.25
5. ค้าขาย	91	22.75
6. พนักงานบริษัท	1	0.25
7. เกษตรกร	168	42.00
ระดับการศึกษา		
1. ต่ำกว่าประถมศึกษา	35	8.75
2. มัธยมศึกษาตอนต้น	46	11.50
3. อนุปริญญา/ปวส.	2	0.50
4. ปริญญาโท	6	1.50
5. ประถมศึกษา	252	63.00
6. มัธยมศึกษา/ปวช.	37	9.25

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
7. ปริญาตรี	22	5.50
โรคประจำตัว		
1. ไม่มี	302	75.50
2. มี	98	24.50
ระดับความรุนแรงของสุขภาพ		
1. น้อย	239	59.75
2. ปานกลาง	157	39.25
3. มาก	4	1.00

จากตารางที่ 4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 51.75 และเป็นเพศชาย จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 48.25

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 43.75 รองลงมา 60 – 64 ปี จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 และ 70 ปี ขึ้นไป จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 15.75

3. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะภาพ สมรส จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 69.25 รองลงมา หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่ จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 19.00 และโสด จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 11.75

4. กลุ่มตัวอย่าง สามอันดับแรก พักอาศัยอยู่กับอยู่กับคู่สมรส จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 40.75 รองลงมา อยู่กับบุตร จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 และ อยู่กับหลาน จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.25

5. กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท จำนวน 163 คน คิดเป็นร้อยละ 40.75 รองลงมา รายได้ 5,001 - 10,000 บาท จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 24.00 และ ไม่มีรายได้ จำนวน 57 คน คิดเป็นร้อยละ 14.25

6. กลุ่มตัวอย่าง นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 308 คน คิดเป็นร้อยละ 77.00 รองลงมา ศาสนาอิสลาม จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 22.25 และ ศาสนาคริสต์ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.75

7. กลุ่มตัวอย่าง มีอาชีพหลักก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 42.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 24.25 และค้าขาย จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 22.75

8. กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 252 คน คิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมา มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 11.50 และมัธยมศึกษา/ปวช. จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 9.25

9. กลุ่มตัวอย่าง ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 302 คน คิดเป็นร้อยละ 75.50 มีโรคประจำตัว จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 24.50

10. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีระดับความรุนแรงของสุขภาพ ระดับน้อย จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 59.75 รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 39.25 และระดับมาก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.00

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 400)

ข้อ	ข้อความ	เป็นประจำ		บริโภคนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยบริโภค	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	การบริโภคข้าวสวย (ข้าวขาว)	356	80.00	43	19.33	1	0.67
2	การบริโภคข้าวเหนียว	68	17.00	279	69.75	53	13.25
3	การบริโภคข้าวกล้อง (ข้าวไม่ขัดสี)	146	36.50	182	45.50	72	18.00
4	การบริโภคเนื้อปลา	300	75.00	93	23.25	7	1.75
5	การบริโภคเนื้อสัตว์ (เช่น ไก่ หมู วัว)	231	57.75	155	38.75	14	3.50
6	การบริโภคอาหารทะเล (เช่น กุ้ง หมึก หอย)	111	27.75	189	47.25	100	25.00

ตารางที่ 4.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเช้าเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 400)

ข้อ	ข้อความคำถาม	เป็นประจำ		บริโภคนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยบริโภค	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
7	การบริโภคพืชผักทั่วไป	261	65.25	84	21.00	55	13.37
8	การบริโภคพืชผักอินทรีย์หรือพืชผักปลอดสารพิษ	266	66.50	92	23.00	42	10.50
9	การบริโภคผักพื้นบ้าน (ผักในท้องถิ่น)	286	71.50	82	20.50	32	8.00
10	การบริโภคผลไม้	227	56.75	146	36.50	27	6.75
11	การบริโภคอาหารที่มีไขมันคอเลสเตอรอล	105	26.25	239	59.75	56	14.00
12	การบริโภคกาแฟ น้ำชา	139	34.75	198	49.50	63	15.75
13	การบริโภคน้ำผัก น้ำผลไม้	187	46.75	170	42.50	43	10.75
14	การบริโภคนมโค นมถั่วเหลือง	232	58.00	138	34.50	30	7.50
15	การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	75	18.75	103	25.75	222	55.50
16	การบริโภคเครื่องดื่มน้ำตาล	17	4.25	150	37.50	233	58.25
17	การบริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง	58	14.50	183	45.75	159	39.75
18	รับประทานวิตามินเพื่อบำรุงร่างกาย	106	26.50	162	40.50	132	33.00
19	รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม	145	36.25	174	43.50	81	20.25

ตารางที่ 4.2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

(n = 400)

ข้อ	ข้อความคำถาม	เป็นประจำ		บริโภคนาน ๆ ครั้ง		ไม่เคยบริโภค	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
20	รับประทานอาหารที่มีรสหวาน	152	38.00	184	46.00	64	16.00
21	รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ด	192	48.00	154	38.50	54	13.50
22	รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ	172	43.00	183	45.75	45	11.25
23	รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน	153	38.25	209	52.25	38	9.50
24	รับประทานอาหารปิ้งย่าง	66	16.50	224	56.00	110	27.50

จากตารางที่ 4.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า

บริโภคข้าวสวย (ข้าวขาว) บริโภคเป็นประจำ จำนวน 356 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 19.33 และไม่เคยบริโภค จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.67

บริโภคข้าวเหนียว บริโภคเป็นประจำ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 17.00 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 279 คน คิดเป็นร้อยละ 69.75 และไม่เคยบริโภค จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 13.25

บริโภคข้าวกล้อง (ข้าวไม่ขัดสี) บริโภคเป็นประจำ จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 36.50 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 182 คน คิดเป็นร้อยละ 45.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.00

บริโภคเนื้อปลา บริโภคเป็นประจำ จำนวน 300 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.25 และไม่เคยบริโภค จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75

บริโภคเนื้อสัตว์ (เช่น ไก่ หมู วัว) บริโภคเป็นประจำ จำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 57.75 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 23.25 และไม่เคยบริโภค จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 3.50

บริโภคอาหารทะเล (เช่น กุ้ง หมึก หอย) บริโภคเป็นประจำ จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 27.75 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 47.25 และไม่เคยบริโภค จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00

บริโภคพืชผักทั่วไป บริโภคเป็นประจำ จำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 65.25 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.00 และไม่เคยบริโภค จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 13.37

บริโภคพืชผักอินทรีย์หรือพืชผักปลอดสารพิษ บริโภคเป็นประจำ จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 66.50 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 23.00 และไม่เคยบริโภค จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 10.50

บริโภคผักพื้นบ้าน (ผักในท้องถิ่น) บริโภคเป็นประจำ จำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 71.50 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 20.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 8.00

บริโภคผลไม้ บริโภคเป็นประจำ จำนวน 227 คน คิดเป็นร้อยละ 56.75 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 146 คน คิดเป็นร้อยละ 36.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 6.75

บริโภคอาหารที่มีไขมันคอเลสเตอรอล บริโภคเป็นประจำ จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 26.25 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 239 คน คิดเป็นร้อยละ 59.75 และไม่เคยบริโภค จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 14.00

บริโภคน้ำชา น้ำชา บริโภคเป็นประจำ จำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 34.75 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 49.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 15.75

บริโภคน้ำผัก น้ำผลไม้ บริโภคเป็นประจำ จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 46.75 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 170 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 10.75

บริโภคนมโค นมถั่วเหลือง บริโภคเป็นประจำ จำนวน 232 คน คิดเป็นร้อยละ 58.00 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 34.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50

บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคเป็นประจำ จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 18.75 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 25.75 และไม่เคยบริโภค จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 55.50

บริโภคเครื่องดื่มน้ำอัดลม บริโภคเป็นประจำ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.25 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 37.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 233 คน คิดเป็นร้อยละ 58.25

บริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง บริโภคเป็นประจำ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 14.50 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 45.75 และไม่เคยบริโภค จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 39.75

รับประทานวิตามินเพื่อบำรุงร่างกาย บริโภคเป็นประจำ จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 26.50 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 40.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 33.00

รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม บริโภคเป็นประจำ จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 36.25 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 20.25

รับประทานอาหารที่มีรสหวาน บริโภคเป็นประจำ จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 184 คน คิดเป็นร้อยละ 46.00 และไม่เคยบริโภค จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00

รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ด บริโภคเป็นประจำ จำนวน 192 คน คิดเป็นร้อยละ 48.00 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 38.50 และไม่เคยบริโภค จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 13.50

รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ บริโภคเป็นประจำ จำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 43.00 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 183 คน คิดเป็นร้อยละ 45.75 และไม่เคยบริโภค จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.25

รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน บริโภคเป็นประจำ จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 38.25 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 209 คน คิดเป็นร้อยละ 52.25 และไม่เคยบริโภค จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 9.50

รับประทานอาหารปิ้งย่าง บริโภคเป็นประจำ จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 16.50 บริโภคนาน ๆ ครั้ง จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 56.00 และไม่เคยบริโภค จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 27.50

ตารางที่ 4.3 อาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารปลอดสารพิษหรืออาหารอินทรีย์	68	17.00
2. อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ	111	27.75
3. อาหารที่ปรุงเองและมีการคำนึงถึงหลักโภชนาการ	84	21.00
4. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ช่วยบำรุงให้สุขภาพแข็งแรง	44	11.00
5. อาหารเจ อาหารมังสวิรัต	6	1.50
6. อาหารที่รับประทานและลดปัญหาสุขภาพได้	87	21.75
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.3 ผู้สูงอายุมีความหมายคำว่า อาหารเพื่อสุขภาพ คือ อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการทางโภชนาการ จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 27.75 รองลงมา อาหารที่รับประทานและลดปัญหาสุขภาพได้ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 21.75 อาหารที่ปรุงเองและมีการคำนึงถึงหลักโภชนาการ จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 21.00 อาหารที่ปลอดสารพิษหรืออาหารอินทรีย์ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 17.00 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ช่วยบำรุงให้สุขภาพแข็งแรง จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 11.00 และ อาหารเจ อาหารมังสวิรัต จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 1.50

ตารางที่ 4.4 อาหารที่บริโภคในปัจจุบันเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ	254	63.50
2. ไม่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ	26	6.50
3. ไม่แน่ใจ	120	30.00
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.4 อาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคในปัจจุบันเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ จำนวน 254 คน คิดเป็นร้อยละ 63.50 รองลงมาผู้สูงอายุไม่แน่ใจ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ ผู้สูงอายุบริโภคอาหารที่ไม่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 6.50

ตารางที่ 4.5 การเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกาย	223	55.75
2. เพื่อลดอัตราการเสี่ยงของการเกิดโรค	86	21.50
3. เพื่อลดปัญหาจากโรคที่เป็นอยู่	91	22.75
รวม	400	100.00

ตารางที่ 4.5 การเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกาย จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 55.75 รองลงมา เพื่อลดปัญหาจากโรคที่เป็นอยู่ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 22.75 และเพื่อลดอัตราการเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50

ตารางที่ 4.6 การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1. เป็นประจำ	223	55.75
2. บ่อยครั้ง	86	21.50
3. นาน ๆ ครั้ง	91	22.75
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 55.75 รองลงมา นาน ๆ ครั้ง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 22.75 และ บ่อย ๆ ครั้ง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 21.50

ตารางที่ 4.7 การเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1.ตลาดสด	363	90.75
2. ร้านค้าเฉพาะอาหารเพื่อสุขภาพ	26	6.50
3.ห้างสรรพสินค้า	11	2.75
รวม	400	100.00

ตารางที่ 4.7 พบว่า ผู้สูงอายุเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพมาจากตลาดสด จำนวน 363 คน คิดเป็นร้อยละ 90.75 รองลงมา ร้านค้าเฉพาะอาหารเพื่อสุขภาพ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 6.50 ห้างสรรพสินค้า จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 2.75

ตารางที่ 4.8 วิธีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1.ทำรับประทานเอง	283	70.75
2. ซื้อมารับประทาน	100	25.00
3. รับประทานอาหารตาม ร้านอาหาร	17	4.25
รวม	400	100.00

ตารางที่ 4.8 พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพด้วยการทำรับประทานเอง จำนวน 283 คน คิดเป็นร้อยละ 70.75 รองลงมา ซื้อมารับประทาน จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 25.00 และรับประทานอาหารตามร้านอาหาร จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.25

ตารางที่ 4.9 เหตุผลของการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความสะอาด	48	12.00
2. ราคาไม่แพง	122	30.50
3. ความสดใหม่	67	16.75
4. รสชาติถูกปาก	16	4.00
5. มีอาหารให้เลือกหลากหลาย	107	26.75
6. การบริการที่ดี	16	4.00
7. อาหารคุณภาพดี	24	6.00
รวม	400	100.00

ตารางที่ 4.9 เหตุผลของการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่าราคาไม่แพง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 30.50 มีอาหารให้เลือกหลากหลายจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 26.75 ความสดใหม่ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 16.75 และความสะอาด จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00

ตารางที่ 4.10 การจ่ายค่าอาหารเพื่อสุขภาพต่อเดือน

(n = 400)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1. น้อยกว่า 1,000 บาท	152	38.00
2. 1,000 – 3,000 บาท	133	33.25
3. 3,001 – 5,000 บาท	108	27.00
4. มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป	7	1.75
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.10 ผู้สูงอายุจ่ายค่าอาหารเพื่อสุขภาพต่อเดือน พบว่า น้อยกว่า 1,000 บาท จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00 รองลงมา 1,000 – 3,000 บาท จำนวน 133 คน คิดเป็นร้อยละ 33.25 3,001 – 5,000 บาท จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 27.00 และมากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.75

ตารางที่ 4.11 ผู้ที่แนะนำการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

(n = 400)

ข้อคำถาม	จำนวน	ร้อยละ
1. ตัวท่านเอง	113	28.25
2. บุตร – หลาน	174	43.50
3. บุคลากรทางการแพทย์	35	8.75
4. สามี - ภรรยา	48	12.00
5. ญาติ	30	7.50
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.11 ผู้ที่แนะนำการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่า บุตร – หลาน จำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 43.50 รองลงมา ตัวผู้สูงอายุเอง จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 28.25 สามี – ภรรยา จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 และญาติ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50

ตารางที่ 4.12 ความต้องการในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. ให้บริการข้อมูลข่าวสารความรู้ทางด้านอาหาร	112	28.00
2. ให้มีการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	90	22.50
3. จัดทำคู่มือการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	72	18.00
4. จัดให้มีผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ	45	11.25
5. จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารเพื่อสุขภาพแนะนำแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ	81	20.25
รวม	400	100.00

ตารางที่ 4.12 ความต้องการในการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ให้บริการข้อมูลข่าวสารความรู้ทางด้านอาหาร จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 รองลงมา ให้มีการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 22.50 จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารเพื่อสุขภาพแนะนำแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 20.25 จัดทำคู่มือการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 18.00 และจัดให้มีผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 11.25

ตารางที่ 4.13 การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. บริโภค	229	57.25
2. ไม่บริโภค	171	42.75
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.13 การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 57.25 และไม่บริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวน 171 คน คิดเป็นร้อยละ 42.75

ตารางที่ 4.14 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เลือกบริโภค

(n = 400)

ข้อความ	จำนวน	ร้อยละ
1. รังนก	235	58.75
2. ชุปไก่สกัด	43	10.75
3. วิตามินชนิดต่าง ๆ	35	8.75
4. น้ำมันตับปลา	30	7.50
5. แคลเซียมอัดเม็ด	17	4.50
6. สมุนไพรอัดเม็ด	40	10.00
รวม	400	100.00

จากตารางที่ 4.14 ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่เลือกบริโภค พบว่าผู้สูงอายุบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเสริมรังนก จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 58.75 รองลงมา ชุปไก่สกัด จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 10.75 สมุนไพรอัดเม็ด จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 วิตามินชนิดต่าง ๆ จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 8.75 น้ำมันตับปลา จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 7.50 และแคลเซียมอัดเม็ดจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 4.50

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความหมายดังนี้

อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะอาหารที่กินแล้วสุขภาพดี เป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นอาหารที่ย่อยง่ายและมีประโยชน์ต่อร่างกาย อาหารเพื่อสุขภาพมีวิตามิน เป็นอาหารที่ปลอดสารพิษ อาหารที่ทานได้ทั่วไป และเป็นอาหารที่มีไขมันต่ำ รวมทั้งผักและผลไม้

2. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความหมายดังนี้

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังนี้ กินของง่าย ๆ อาหารที่มีอยู่ในบ้าน ผักปลูกเอง ผักปลอดสารพิษ ปลาที่ย่อยง่าย น้ำพริก แกงจืด แกงเลียง วิธีการคือ เอามาต้ม แกงเลียง ต้องไม่รสจัดเกินไป ผักเอามาผัดหรือลวก นำมาปรุงเอง แต่ถ้าไปทานที่ร้านก็จะเลือกอาหารเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ ผู้สูงอายุต้องตัดสินใจเลือกรับประทานเอง ควรกินผักให้เปื่อย โดยวิธีการนึ่ง กินของทอดให้น้อย ระวังระวังในการบริโภค ศึกษาอาหารและชนิดต่าง ๆ ของอาหารที่มีผลต่อร่างกาย ระวังระวังในการบริโภค ไม่กินของทอด ไม่กินกะทิ กินผักที่ปลูกเอง เช่น ตำลึง ผักหวาน รับประทานอาหารรสจืด หลีกเลี่ยงรสจัด กินผลไม้ ปลา เป็นหลัก กินอาหารที่มีไขมันบ้าง แต่ไม่บ่อย บริโภคข้าวกล้อง ทานผักผลไม้ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ /นมที่มีแคลเซียมสูง เป็นอาหารที่ทานแล้วย่อยง่าย ไม่ปวดท้อง ท้องอืด ทานวิตามิน และเป็นโปรตีนจากปลา ควรทานอาหารที่ใช้ไขมันประกอบอาหารให้น้อย รับประทานน้ำตาลน้อย ควรกินอาหารที่มีกากใย ทานผลไม้ วิตามิน

3. คุณสมบัติและสรรพคุณของอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความหมายดังนี้

เน้นแคลเซียมให้มากเช่น นมถั่วเหลือง เต้าหู้ เสริมกระดูก ควรเป็นอาหารที่มีวิตามินบี เพื่อช่วยบำรุงให้ไม่เป็นเหน็บชา ข้างข้อมมือ และต้องกินอาหารครบ 5 หมู่ เน้นอาหารอ่อน กินอาหารที่ได้จากโปรตีน (ปลา) เน้นโปรตีนเป็นหลัก ย่อยง่าย ไขมันต่ำ น้ำตาลน้อย กินวิตามินมาก ๆ เป็นอาหารที่ครบ 5 หมู่ ควรกินอาหารที่หลากหลาย ผสมผสานกัน ควรกินอาหารที่หลากหลาย ผสมผสานกัน เน้นผักผลไม้ ไม่เน้นสัตว์ที่ย่อยยาก เน้นทานปลา ครบหลักคุณค่าทางโภชนาการ เน้นทานผักผลไม้เป็นหลัก

4. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีประโยชน์ต่อตัวเอง ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความหมาย ดังนี้

ทำให้ร่างกายแข็งแรง ด้านทานโรคร้าย ไม่เจ็บป่วยปราศจากโรค บรรเทาจากโรคที่เป็นอยู่ ระบบขับถ่ายดี และการออกกำลังกายทุกวัน ลดการเกิดโรคต่าง ๆ เลือกทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย ทำให้สุขภาพดี ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

5. การเลือกซื้อและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความหมาย ดังนี้

ควรเลือกอาหารที่สดใหม่สะอาด ศึกษาประโยชน์ของอาหาร การเลือกซื้อผักสด สีเขียว ปลาสด เน้นที่การเลือกซื้ออาหารซึ่งที่ไหนก็ได้ เน้นชนิดของอาหารและคุณลักษณะของอาหาร ต้องรู้วิธีการปรุงอาหารที่ถูกต้องเช่น ถ้าอาหารทอดต้องให้ไฟร้อน ต้องกรอบไม่เละ ปลาสด เอามาอย่าง ผักบุง ผักกาด กินได้หมด กลัวยน้ำว่า ผักที่แมลงกิน ปลอดภัย ออกรกอะไรก็ซื้อแต่ต้องสะอาด เลือกผักสด ปลูกผักกินเอง ทำอาหารกินเอง เลือกอาหารที่สดใหม่ บริโภคอาหารที่ตรงเวลา ลดไขมัน ลดเนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก หาผักทานตามบ้าน เช่น ผักบุง ผักหวาน ผักเหมียง เลือกปลาสด ๆ หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี เช่น ปลาทุ ปลานิล หาทานได้จากท้องถิ่น เลือกอาหารหรือวัตถุดิบที่มีสารเคมีเจือปนน้อยที่สุด ถ้าเป็นไปได้ต้องปลอดภัย ปลูกผักทานเอง สดใหม่ อาหารปรุงสด ไม่ใส่ผงชูรส ไม่มีรสจัด ประเภทหนึ่ง ต้ม เลือกอาหารที่ปลอดภัย เช่น เมื่อซื้อผักผลไม้ต้องสดใหม่ ไม่ใส่สารเคมี เลือกผัก ปลอดภัย ล้างให้สะอาด เลือกซื้อเนื้อหมูที่ไม่แดงเกินไป ปลาสดสะอาด

6. ผู้สูงอายุมีการรับรู้หรือข้อควรคำนึงเมื่อต้องการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความหมายดังนี้

ต้องไม่มีผงชูรสหรือผลชูรสต้องมีน้อยที่สุด รสชาติของอาหารต้องไม่รสจัดเกินไป ล้างผักให้สะอาดเมื่อซื้อมา ไม่ทานรสเค็ม รสหวานน้อย รับประทานแกงกะทิน้อย ศึกษาถึงข้อคำนึงถึงสุขภาพเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำอาหารกินเอง อ่านฉลากคุณสมบัติก่อนซื้อ เช่น ดูวันหมดอายุ รสชาติ ไม่หวาน ไม่เค็ม เผ็ดมาก ลดไขมัน ระวังสารพิษ สารเคมีตกค้าง เมื่อซื้อมาต้องแช่น้ำเกลือ เพื่อล้างสารตกค้างออก ไม่ทานของหมักดอง เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นอยู่ รสชาติของอาหาร ศึกษาประเภทของอาหารที่ทาน ไม่เป็นอาหารที่ย่อยยาก เน้นทำกินเอง รสชาติจืด พยายามไม่ใส่ผงชูรส ไม่ทานน้ำตาลขัดสี ไม่เน้นเครื่องเทศ

7. เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้เมนูดังนี้

มือเช้า

นม กาแฟผสมนมหรือ กาแฟดำ โอวันติน นมถั่วเหลือง
 ขนมจีบ ข้าวเหนียวนึ่ง ข้าวเหนียวสังขยา
 ก๋วยเตี๋ยว/ก๋วยเตี๋ยวหนึ่ง/ฟักทองนึ่ง/ต้ม
 ข้าวต้ม/ข้าวกล้องต้ม ข้าวต้มปลา
 ข้าว แกงส้ม ผัดผัก ไข่ต้ม

มือเที่ยง

ข้าวสวย แกงส้ม แกงคั่วพริก
 แกงเลียง ผัดผัก ปลาหนึ่ง/ปลาทอด ไข่ต้ม
 น้ำพริกผักลวก

มือเย็น

ข้าวสวย แกงส้ม แกงคั่วพริก
 แกงจืด ผัดผัก ปลาหนึ่ง น้ำพริก/ผักต้ม/ลวก

8. อาหารเพื่อสุขภาพมีความสำคัญอย่างไรต่อผู้สูงอายุ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้ความหมายดังนี้

เมื่อกินอาหารเพื่อสุขภาพ จะทำให้ไม่เป็นโรคร้าย มีความสุข ประหยัดงบประมาณ ไม่ต้อง
 รับประทานยาในการดูแลเมื่อเจ็บป่วย รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพแล้วแข็งแรง สดชื่น เลือก
 รับประทานอาหารที่มีวิตามินซี อาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตว่าจะช่วยให้
 อายุสั้นหรือยาว รับประทานไข่ทุกวันทำให้สุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดอาการของโรคต่าง ๆ ทำให้สุขภาพ
 แข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้ไม่เวียนศีรษะ ไม่ท้องผูก ถ้ากินถูกหลักอนามัย ให้คุณค่า
 ทางโภชนาการ กินเพื่อสุขภาพแข็งแรง สร้างภูมิคุ้มกัน

9. ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และช่องทางการ ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

คำแนะนำควรมาจากการไปตรวจสุขภาพ ต้องให้หมอหรือแพทย์อธิบายเรื่องการดูแลสุขภาพ
 ถ้าหากไม่เคยไปตรวจสุขภาพควรมี อสม.หรือสาธารณสุขมาตรวจที่บ้าน โทรทัศน์ คุยกับเพื่อนที่อยู่ใน
 สังคม พูดคุยกับคนทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข คุยกับเพื่อน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผู้มีความรู้
 สังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ พูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้สูงอายุ หนังสือพิมพ์ หนังสือ นิตยสาร
 social Media เช่น ทางเฟซบุ๊ก ไลน์ วิทยุ โทรทัศน์เกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ สมาชิกในครอบครัวมี
 ส่วนช่วยในการนำอาหารสุขภาพมารับประทานในร่างกาย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง และศึกษาคุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอนคือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.75 มีอายุระหว่าง 65 – 69 ปี ร้อยละ 43.75 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.25 พักอาศัยอยู่กับอยู่กับคู่สมรส จำนวน 163 คน ร้อยละ 40.75 มีรายได้ต่อเดือน ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 40.75 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 77 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 168 คน ร้อยละ 42.00 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 63.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.50 ผู้สูงอายุ มีระดับความรุนแรงของสุขภาพระดับน้อย ร้อยละ 59.75

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุบริโภคข้าวสวย (ข้าวขาว) บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 80.00 บริโภคข้าวเหนียว บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 69.75 บริโภคข้าวกล้อง (ข้าวไม่ขัดสี) บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 45.50 บริโภคเนื้อปลา บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 75.00 บริโภคเนื้อสัตว์ (เช่น ไก่ หมู วัว) บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 57.75 บริโภคอาหารทะเล (เช่น กุ้ง หมึก หอย) บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 47.25 บริโภคพืชผักทั่วไป บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 65.25 บริโภคพืชผักอินทรีย์หรือพืชผักปลอดสารพิษ บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 66.50 บริโภคผักพื้นบ้าน (ผักในท้องถิ่น) บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 71.50 บริโภคผลไม้ บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 56.75 บริโภคอาหารที่มีไขมันคอเลสเตอรอล บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 59.75 บริโภคกาแฟ น้ำชา บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 49.50 บริโภคน้ำผัก น้ำผลไม้ บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 46.75 บริโภคนมโค นมถั่วเหลือง บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 58.00 บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่เคยบริโภค จำนวน 222 คน คิดเป็นร้อยละ 55.50 บริโภคเครื่องดื่ม น้ำอัดลม ไม่เคยบริโภค ร้อยละ 58.25 บริโภคเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ไม่เคยบริโภค ร้อยละ 39.75

รับประทานวิตามินเพื่อบำรุงร่างกาย บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 40.50 รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 43.50 รับประทานอาหารที่มีรสหวาน บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 46.00 รับประทานอาหารที่มีรสเผ็ด บริโภคเป็นประจำ ร้อยละ 48.00 รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 45.75 รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 52.25 รับประทานอาหารปิ้งย่าง บริโภคนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 56.00

ผู้สูงอายุให้ความหมายคำว่า อาหารเพื่อสุขภาพ คือ อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ร้อยละ 27.75 รองลงมาคือ อาหารที่รับประทานและลดปัญหาสุขภาพได้ ร้อยละ 21.75 และอาหารที่ปรุงเอง มีการคำนึงถึงหลักโภชนาการ ร้อยละ 21.00 อาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคในปัจจุบันเป็นอาหารเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 63.50 ผู้สูงอายุเลือกบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกาย ร้อยละ 55.75 ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ ร้อยละ 55.75 การซื้ออาหารเพื่อสุขภาพมาจากตลาดสด ร้อยละ 90.75 ผู้สูงอายุมีวิธีบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพด้วยการทำรับประทานเอง ร้อยละ 70.75 เหตุผลของการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ พบว่าราคาไม่แพง ร้อยละ 30.50 10 ผู้สูงอายุจ่ายค่าอาหารเพื่อสุขภาพต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 38.00 ผู้ที่แนะนำ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็น บุตร – หลาน ร้อยละ 43.50 ความต้องการในการส่งเสริม การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ให้บริการข้อมูลข่าวสารความรู้ทางด้านอาหาร ร้อยละ 28.00 ให้มีการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ร้อยละ 22.50 จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารเพื่อสุขภาพแนะนำแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ร้อยละ 22.25 และจัดทำคู่มือการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 18.00 ผู้สูงอายุบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ร้อยละ 57.25 ผู้สูงอายุบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารเสริมรังนก ร้อยละ 58.75 ชุปไก่สีกัด ร้อยละ 10.75 สมุนไพรอัดเม็ด ร้อยละ 10.00

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะอาหารที่กินแล้วสุขภาพดี เป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นอาหารที่ย่อยง่ายและมีประโยชน์ต่อร่างกาย กินอาหารที่มีวิตามิน เป็นอาหารที่ปลอดภัย อาหารที่ทานได้ทั่วไป อาหารที่มีไขมันต่ำ ผักและผลไม้

2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังนี้ กินของง่าย ๆ อาหารที่มีอยู่ในบ้าน ผักปลูกเอง ผักปลอดภัย ปลาที่ย่อยง่าย น้ำพริก แกงจืด แกงเลียง วิธีการคือ เอามาต้ม แกงเลียง ต้องไม่รสจัดเกินไป ผักเอามาผัดหรือลวก นำมาปรุงเอง แต่ถ้าไปทานที่ร้านก็จะเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุต้องตัดสินใจเลือกรับประทานเอง ควรกินผักให้เพียงพอ โดยวิธีการนี้ กินของทอดให้น้อย ระวังไขมันในการบริโภค ศึกษาอาหารและชนิดที่มีผลต่อร่างกายในชีวิต ระวังไขมันในการบริโภค ศึกษาอาหารและชนิดที่มีผลต่อร่างกายในชีวิต ไม่กินของทอด ไม่กินกะทิ กินผักที่ปลูกเอง เช่น ตำลึง ผักหวาน รับประทานอาหารรสจัด หลีกเลี่ยงรสจัด กินผลไม้ ปลา เป็นหลัก กินอาหารที่มีไขมันบ้าง

แต่ไม่บ่อย บริโภคข้าวกล้อง ทานผักผลไม้ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ /นมที่มีแคลเซียมสูง เป็นอาหารที่ทานแล้วย่อยง่าย ไม่ปวดท้อง ท้องอืด ทานวิตามิน และเป็นโปรตีนจากปลา ควรทานน้ำมันน้อย น้ำตาลน้อย ควรกินอาหารที่มีกากใย ทานผลไม้ วิตามิน

3. คุณสมบัติและสรรพคุณของอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้ เน้นแคลเซียมให้มาก เช่น นมถั่วเหลือง เต้าหู้ เสริมกระดูก ควรเป็นอาหารที่มีวิตามินบี เพื่อช่วยบำรุงให้ไม่เป็นเหน็บชา ข้าวซ้อมมือ และต้องกินอาหารครบ 5 หมู่ เน้นอาหารอ่อน กินอาหารที่ได้จากโปรตีน (ปลา) เน้นโปรตีนเป็นหลัก ย่อยง่าย ไขมันต่ำ น้ำตาลน้อย กินวิตามินมาก ๆ เป็นอาหารที่ครบ 5 หมู่ ควรกินอาหารที่หลากหลาย ผสมผสานกัน ควรกินอาหารที่หลากหลาย ผสมผสานกัน เน้นผักผลไม้ ไม่เน้นเนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก เน้นทานปลา ครบหลักคุณค่าทางโภชนาการ เน้นทานผักผลไม้เป็นอาหารที่ย่อยง่าย

4. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีประโยชน์ต่อตัวเองดังนี้ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ด้านทานโรคภัย ไม่เจ็บป่วยและปราศจากโรค บรรเทาจากโรคที่เป็นอยู่ ระบบขับถ่ายดีและการออกกำลังกายทุกวัน ลดการเกิดโรคต่าง ๆ เลือกทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย ทำให้สุขภาพดี ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์

5. การเลือกซื้อและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ ควรเลือกอาหารที่สดใหม่สะอาด ศึกษาประโยชน์ของอาหาร การเลือกซื้อผักต้องสด มีสีเขียว เน้นชนิดของอาหาร และคุณลักษณะของอาหาร ต้องรู้วิธีการปรุงอาหารที่ถูกต้องเช่น ถ้าอาหารทอดต้องให้ไฟร้อน กรอบ ไม่เละ ปลอดภัย เอมาย่าง ผักบั้ง ผักกาด กินได้หมด กลัวยน้ำว่า ผักที่แมลงกิน ปลอดภัยอาหาร ทวีไปควรเลือกผักสด ปลูกผักกินเอง ทำอาหารกินเอง เลือกอาหารที่สดใหม่ บริโภคอาหารที่ตรงเวลา ลดไขมัน ลดเนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก หาผักทานตามบ้าน เช่น ผักบั้ง ผักหวาน ผักเหมียง เลือกปลอดภัย ๆ หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมี เช่น ปลาทุ ปลาฉิม หาทานได้จากท้องถิ่น เลือกอาหารหรือวัตถุดิบที่มีสารเคมีเจือปนน้อยที่สุดถ้าเป็นไปได้ต้องปลอดภัย ปลูกผักทานเอง สดใหม่ ปลอดภัยอาหารปรุงสด ไม่ใส่ผงชูรส ไม่มีรสจัด ประเภทหนึ่ง ต้ม เลือกอาหารที่ปลอดภัย เช่น เมื่อซื้อผักผลไม้ต้องสดใหม่ ไม่ใส่สารเคมี เลือกผัก ปลอดภัย พืช ล้างให้สะอาด เลือกซื้อเนื้อหมูที่ไม่แดงเกินไป ปลอดภัยสะอาด

6. ผู้สูงอายุมีการรับรู้หรือข้อควรคำนึงเมื่อต้องการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ดังนี้ ต้องไม่มีผงชูรสหรือเครื่องชูรสต้องมีน้อยที่สุด รสชาติของอาหารต้องไม่รสจัดเกินไป ล้างผักให้สะอาด เมื่อซื้อมา ไม่ทานรสเค็ม หวานน้อย แยกกะทิน้อย ศึกษาถึงข้อคำนึง ไม่หวาน ไม่เค็ม เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำอาหารกินเอง อ่านฉลากคุณสมบัติก่อนซื้อ เช่น ดูวันหมดอายุ รสชาติ ไม่หวาน ไม่เค็ม เฝ็ดมาก ๆ ลดไขมัน ระวังสารพิษ สารเคมีตกค้าง เมื่อซื้อมาต้องแช่น้ำเกลือเพื่อล้างสารเคมีตกค้างออก ไม่ทานของหมักดอง เลือกรับประทานอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

ที่เป็นอยู่ รสชาติของอาหาร ศึกษาประเภทของอาหารที่ท่าน ไม่เป็นอาหารที่ย่อยยาก เน้นทำกินเอง รสชาติจืด พยายามไม่ใส่ผงชูรส ไม่ทานน้ำตาลขัดสี ไม่เน้นเครื่องเทศ

7. เมนูอาหารเพื่อสุขภาพ ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ให้เมนูดังนี้

มือเช้า

นม กาแฟผสมนมหรือ กาแฟดำ โอวัลติน นมถั่วเหลือง

ขนมจีบ ข้าวเหนียวหนึ่ง ข้าวเหนียวสังขยา

กล้วย/กล้วยหนึ่ง/ฟักทองหนึ่ง/ต้ม

ข้าวต้ม/ข้าวกล้องต้ม ข้าวต้มปลา

ข้าว แกงส้ม ผัดผัก ไข่ต้ม

มือเที่ยง

ข้าวสวย แกงส้ม แกงคั่วพริก

แกงเลียง ผัดผัก ปลาหนึ่ง/ปลาทอด ไข่ต้ม

น้ำพริก ผักลวก

มือเย็น

ข้าวสวย แกงส้ม แกงคั่วพริก

แกงจืด ผัดผัก ปลาหนึ่ง น้ำพริก/ผักต้ม/ลวก

8. อาหารเพื่อสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุดังนี้ เมื่อกินอาหารเพื่อสุขภาพ จะทำให้ไม่เป็นโรค มีความสุข ประหยัดงบประมาณ ไม่ต้องรบกวนลูกหลานในการดูแลสุขภาพ รับประทานอาหารเพื่อสุขภาพแล้วแข็งแรง สดชื่น เลือกกินวิตามินซี อาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตว่าจะส่งผลต่ออายุสั้นหรือยาว รับประทานไข่ทุกวันทำให้สุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดอาการของโรคต่าง ๆ ทำให้สุขภาพแข็งแรง ลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทำให้ไม่เวียนศีรษะ ไม่ท้องผูก ถ้ากินถูกหลักอนามัย ให้คุณค่าทางโภชนาการ ก็จะส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง สร้างภูมิคุ้มกัน

9. ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้ คำแนะนำควรมาจากการไปตรวจสุขภาพ ต้องให้หมอหรือแพทย์มาบอกเรื่องการดูแลสุขภาพ ถ้าหากผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจสุขภาพควรมี อาสาสมัคร (อสม.) หรือสาธารณสุขมาตรวจที่บ้าน โทรทัศน์คุยกับเพื่อนที่อยู่ในสังคม พูดคุยกับคนทั่วไป ศึกษาข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข คุยกับเพื่อน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากผู้มีความรู้ สังคมออนไลน์ เช่น ไลน์ พูดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้สูงอายุ คุณหมอ หนังสือพิมพ์ หนังสือ นิตยสาร social Media อพเดทข่าวสารเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ

อภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรังการวิเคราะห์และสรุปผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลดังนี้

ผู้สูงอายุบริโภคข้าวสวย (ข้าวขาว) บริโภคเนื้อปลา บริโภคเนื้อสัตว์ (เช่น ไก่ หมู วัว) บริโภคพืชผักทั่วไป บริโภคพืชผักอินทรีย์หรือพืชผักปลอดสารพิษ บริโภคผักพื้นบ้าน (ผักในท้องถิ่น) บริโภคผลไม้ บริโภคน้ำผัก น้ำผลไม้ และบริโภคนมโค นมถั่วเหลือง เป็นประจำ ซึ่งอาหารเหล่านี้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ ทศนี วิฑูรธิศานต์ (2546) ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารและสารอาหารเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ จะแตกต่างกันในลักษณะและปริมาณของอาหาร ในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการพลังงานวันละ 1,600 กิโลแคลอรี โดยนำหลักการจัดอาหารจากธงโภชนาการมาใช้ในการกำหนดปริมาณอาหารของผู้สูงอายุที่ควรกินใน 1 วัน ได้แก่ ข้าว - แป้ง 8 ทัพพี ผัก 6 ทัพพี ผลไม้ 4 ส่วน โดยผลไม้ 1 ส่วนเท่ากับ กล้วยน้ำว้า 1 ผล กล้วยหอม ½ ผล ส้มเขียวหวาน 1 ผลใหญ่ เงาะ 4 ผล ถ้าเป็นผลไม้ที่มีผลใหญ่ได้แก่ มะละกอ สับปะรด ประมาณ 6 - 8 คำ เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว นม 1 แก้ว และน้ำมัน น้ำตาล เกลือ ควรบริโภคเท่าที่จำเป็น เมื่อผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจะส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพที่ดีและการมีโภชนาการที่ดีต่อผู้สูงอายุจะทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง แต่ในทางตรงกันข้ามกันหากโภชนาการไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ที่ไม่ดีตามมาจากการภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางเสื่อมลงโดยเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการสลายมากกว่าการสร้างสมบูรณ์ ทำให้สมรรถนะการทำงานของร่างกายโดยเฉพาะอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมและทำงานได้ลดน้อยลง

อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะอาหารที่กินแล้วสุขภาพดี เป็นอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเป็นอาหารที่ย่อยง่ายและมีประโยชน์ต่อร่างกาย กินอาหารที่มีวิตามิน อาหารที่ปลอดสารพิษ อาหารที่ทานได้ทั่วไป อาหารที่มีไขมันต่ำ ผักและผลไม้ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารคือ กินของง่าย ๆ อาหารที่มีอยู่ในบ้าน ผักปลูกเอง ผักปลอดสารพิษ ปลาที่ย่อยง่าย น้ำพริกแกงจืด แกงเลียง วิธีการคือ เอามาต้ม แกงเลียง ต้องไม่รสจัดเกินไป ผักเอามาผัดหรือลวก นำมาปรุงเอง ผู้สูงอายุต้องตัดสินใจเลือกรับประทานเอง ควรกินผักให้เปื่อย โดยวิธีการนึ่ง กินของทอดให้น้อย ระวังไขมันในการบริโภค ศึกษาอาหารและชนิดที่มีผลต่อร่างกายในชีวิต ระวังไขมันในการบริโภค ศึกษาอาหารและชนิดที่มีผลต่อร่างกายในชีวิต ไม่กินของทอด ไม่กินกะทิ กินผักที่ปลูกเอง เช่น ตำลึง ผักหวาน รับประทานอาหารรสจืด หลีกเลี่ยงรสจัด กินผลไม้ ปลา เป็นหลัก กินอาหารที่มีไขมันบ้างแต่ไม่บ่อย บริโภคข้าวกล้อง ทานผักผลไม้ โปรตีนจากเนื้อสัตว์ /นมที่มีแคลเซียมสูง เป็นอาหารที่ทานแล้วย่อยง่าย ไม่ปวดท้อง ท้องอืด ทานวิตามิน และเป็นโปรตีนจากปลา ควรรับประทานอาหารที่ใช้ไขมันน้อย น้ำตาลน้อย ควรกินอาหารที่มีกากใย ทานผลไม้ วิตามิน สอดคล้อง เขมฤทัย จุลพันธ์

อาหาร หากทานได้จากท้องถิ่น เลือกอาหารหรือวัตถุดิบที่มีสารเคมีเจือปนน้อยที่สุด ถ้าเป็นไปได้ต้องปลอดสารเคมี ปลูกผักทานเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Kalosa (1982, pp. 15 - 31) กล่าวถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของมนุษย์ว่าขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละบุคคลและแนวคิดของ ธวัช ประสาทฤทธา (2548) อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานต้องเป็นอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้เพราะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายและช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น ดังนั้น เราจึงควรจัดอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจัยเสริมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กงมณี สุรวงษ์สิน. (2551). ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนการได้รับคำแนะนำหรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาวิจัย พบว่า สื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารมากขึ้นในสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านทางสื่อออนไลน์โดยมีการนำเอาความรู้หลาย ๆ ด้านมาเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่สังคมผู้สูงอายุที่กำลังมีมากขึ้นในอนาคต

2. ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุในเรื่องการรับประทานอาหาร การศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะมีความเข้าใจในพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายชื่อก็ยังพบว่า ผู้สูงอายุยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม ซึ่งมีความสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ยังไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคกาแฟ น้ำชา และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเครื่องดื่มบำรุงกำลังเป็นประจำ เป็นต้น

2. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคและเป็นการคัดกรองอาการเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น หากมีความผิดปกติก็สามารถรักษาได้ทันเวลาที่และยังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลน้อยกว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาอาหารเพื่อสุขภาพที่มาจากการวิจัย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถมีอาหารเพื่อสุขภาพที่มีสารอาหารครบถ้วนและหาได้ง่ายขึ้น ในสังคมยุคปัจจุบัน

2. ควรมีการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ทำการศึกษาวิจัยในเชิงทดลองเพื่อหารูปแบบในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจแยกศึกษาเป็นรายพฤติกรรม เช่น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้านการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย หรือรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคที่ต่างกัน

3. ควรมีการต่อยอดงานวิจัยเพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่เน้นเกี่ยวกับอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจพัฒนาออกมาในรูปแบบของสินค้าที่หาซื้อได้ง่ายและถูกต้องตามหลักโภชนาการ

4. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มอายุต่าง ๆ หรือหลายช่วงวัยเพื่อเห็นถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งอาจนำมาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมดูแลสุขภาพของตนเองและป้องกันการเกิดโรคได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรมภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน การคัดกรอง และสืบค้นระยะเริ่มแรกของโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดและโรคมะเร็งของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กฤติน ชุมแก้วและชีพสุมน รังสยาธร. (2557). *ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา*. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 16 - 29.
- กุลยา สุวิทวัส. (2551). *สุขศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันคุณภาพวิชาการ (พ.ว.).
- กองมณี สุรวงษ์สิน. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.*
- เชมฤทัย จุลพันธ์. (2551). *ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนวัดลำข้ามช้าง*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์.
- ธวัช ประสาทฤทธา. (2548). *รู้ทันอาการอันตรายกับโรคผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: เรือนปัญญา.
- ดวงจันทร์ เพชรานนท์. (2557). *โภชนาการสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ทัศนีย์ วิฑูรธิศานต์. (2546). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาโภชนาการ (Nutrition)*. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- ธนวรรณ อิ่มสมบุญ. (2546). *พฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: บริษัทประชุมช่างจำกัด.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2557, พฤศจิกายน 14). *ความหมายของผู้สูงอายุ*. Retrieved from <http://www.anamai.moph.go.th>
- พจนีย์ เผื่อนคำ. (2554). *ทัศนคติของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเชียงใหม่ต่อการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, บัณฑิตวิทยาลัย.
- พรพรรณ ป้อมสุข. (2554). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพและปัจจัยที่สัมพันธ์กันในกลุ่ม*

- ประชาชนวัยทำงานในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนและนักศึกษา ใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, คณะวิทยาการจัดการ.
- มารีสา หวังเจริญ. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา ชุมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินทร กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยรามคำแหง: ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, สถาบันวิจัยและพัฒนา.
- ศิริพันธ์ ถาวรทิวังษ์. (2557). ประชากรศาสตร์. Retrieved from <http://www.wikipedia.org>
- ยรรยง มณีวงศ์. (2554). การจัดการบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในระดับตำบลอย่างมีส่วนร่วม. Retrieved from <http://www.tps011.m-society.go.th>
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร: นามมีเย็คส์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 . กรุงเทพมหานคร: นามมีเย็คส์.
- วิภากร ศิลสว่างและคณะ. (2545). รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ กองการศึกษา กรมการแพทย์ทหารเรือ.
- วิภาพร สิทธิสารและสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เขตความรับผิดชอบ ของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยาลัยพยาบาลราชชนนี พุทธชินราช, สถาบันพระบรมราชชนก สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2550. กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2552 . กรุงเทพมหานคร.
- อบเชย วงศ์ทอง. (2551). โภชนศาสตร์ครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุบลรัตน์ เพ็งสฤติย์. (2551). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

บรรณานุกรมภาษาต่างประเทศ

- Eliopoulos, C. (2010). *Gerontological Nursing*. 3rd . Philadelphia. J.B. Lippincott.
- Green, L.W. & M. W. Kreuter. (1991). *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. Second Edition. Mayfield Publishing Company, Toronto.
- Kalosa, K. (1982). Anthropological perspective in nutrition. *Journal Nutrition Education*, 15 - 31.
- Orem, D. (1980). *Nursing: Concepts of practice (2nd)*. New York: McGraw-hill.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of Health - Promotive Behavior. *Nursin Clinics of North America.*, 815 - 832.
- Pender, N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Appleton Century - Crofts.: Norwork.
- walker, S. A. (1990). A Spanish Language Version of the Health - Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 268 - 273.
- World Health Organization. (1972). *Technical report series*. New York: Auther.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม



แบบสอบถามเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง เพื่อความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้

นิยามศัพท์

อาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง อาหารที่ท่านเข้าไปแล้วสามารถสร้างประโยชน์แก่ร่างกายและส่งผลไปยังจิตใจของผู้บริโภคได้ ดังนั้น อาหารเพื่อสุขภาพจึงควรมีลักษณะของไขมัน/คอเลสเตอรอลต่ำ มีเส้นใยอาหารสูง เป็นอาหารปลอดสารพิษหรือมีสารพิษน้อยที่สุด เป็นอาหารสมุนไพร เป็นอาหารที่มีการกระจายคุณค่าทางโภชนาการอย่างถูกต้อง เป็นอาหารที่ไม่สร้างปัญหาหรือทำลายสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ 1. 60 – 64 ปี 2. 65 – 69 ปี 3. 70 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพ 1. โสด 2. สมรส 3. หม้าย / หย่า/ แยกกัน
4. อื่น ๆ
4. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 1. อยู่คนเดียว 4. อยู่กับคู่สมรส
 2. อยู่กับหลาน 5. อยู่กับบุตร
 3. อยู่กับญาติ 6. อื่น ๆ ระบุ.....
5. รายได้ต่อเดือน บาท
6. ท่านนับถือศาสนา
 1. พุทธ 3. คริสต์
 2. อิสลาม 4. อื่น ๆ ระบุ
7. อาชีพหลักก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ
 1. ข้าราชการ 4. ค้าขาย
 2. รับจ้าง 5. พนักงานบริษัท
 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ 6. เกษตรกร

7. เจ้าของกิจการ 8. อื่น ๆ ระบุ.....
8. ระดับการศึกษา
1. ต่ำกว่าประถมศึกษา 5. ประถมศึกษา
2. มัธยมศึกษาตอนต้น 6. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
3. อนุปริญญา/ปวส. 7. ปริญญาตรี
4. ปริญญาโท 8. ปริญญาเอก
9. อื่น ๆ ระบุ.....
9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
1. ไม่มี 2. มี โปรดระบุ.....
10. ระดับความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพของท่าน
1. น้อย 2. ปานกลาง 3. มาก

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ในปัจจุบันท่านบริโภคอาหารต่อไปนี้

การบริโภคอาหาร	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยบริโภค
1.การบริโภคข้าวเหนียว				
2.การบริโภคข้าวสวย (ข้าวขาว)				
3.การบริโภคข้าวกล้อง (ข้าวไม่ขัดสี)				
4.การบริโภคเนื้อปลา				
5.การบริโภคเนื้อสัตว์ (ไก่ หมู วัว)				
6.การบริโภคอาหารทะเล				
7.การบริโภคพืชผักทั่วไป				
8.การบริโภคพืชผักอินทรีย์หรือพืชผักปลอดสารพิษ				
9.การบริโภคผักพื้นบ้าน (ผักในท้องถิ่น)				
10.การบริโภคผลไม้				
11.การบริโภคอาหารที่มีไขมัน/คอเลสเตอรอล				
12.การบริโภคกาแฟ น้ำชา				
13.การบริโภคน้ำผัก น้ำผลไม้				
14.การบริโภคนมโค นมถั่วเหลือง				
15.การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม หรือ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง				
16.รับประทานวิตามินเพื่อบำรุงร่างกาย				
17.รับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็ม เผ็ด				
18.รับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ				
19.รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน				
20.รับประทานอาหารจังก์ชั่น ฟาสต์ ฟู้ด				

21. ท่านคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง
1. อาหารปลอดสารพิษหรืออาหารอินทรีย์ 2. อาหารเจ อาหารมังสวิรัต
3. อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ 4. อาหารที่รับประทานแล้วลดปัญหาสุขภาพได้
5. อาหารที่ปรุงเองและมีการคำนึงถึงหลักโภชนาการ
6. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ช่วยบำรุงให้สุขภาพแข็งแรง
7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
22. ท่านคิดว่าอาหารที่บริโภคในปัจจุบันเป็นอาหารเพื่อสุขภาพหรือไม่
1. เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ 2. ไม่เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ 3. ไม่แน่ใจ
23. ทำไมท่านจึงบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ
1. เพื่อสุขภาพที่ดีของร่างกาย 2. เพื่อลดปัญหาจากโรคที่เป็นอยู่
3. เพื่อลดอัตราเสี่ยงของการเกิดโรค 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
24. ท่านบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพบ่อยแค่ไหน
1. เป็นประจำ 2. บ่อยครั้ง 3. นาน ๆ ครั้ง
25. ท่านเลือกซื้ออาหารเพื่อสุขภาพจากแหล่งใดมากที่สุด
1. ตลาดสด 2. ห้างสรรพสินค้า
3. ร้านค้าเฉพาะอาหารเพื่อสุขภาพ 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
26. ส่วนใหญ่ท่านบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพด้วยวิธีใด
1. ทำรับประทานเอง 2. รับประทานตามร้านอาหาร
3. ซื้อมารับประทาน 4. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
27. จากข้อ 26. ท่านเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพจากแหล่งนั้นเพราะเหตุใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ความสะอาด 2. มีอาหารให้เลือกหลากหลาย
3. ราคาไม่แพง 4. การบริการที่ดี
5. ความสดใหม่ 6. อาหารคุณภาพดี
7. รสชาติถูกปาก 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
28. ท่านจ่ายค่าอาหารเพื่อสุขภาพราคาประมาณเท่าไรในแต่ละเดือน (เฉพาะตัวท่านเอง)
1. น้อยกว่า 1,000 บาท 2. 1,000 – 3,000 บาท
3. 3,001 – 5,000 บาท 4. มากกว่า 5,000 บาทขึ้นไป
29. ใครเป็นผู้แนะนำให้ท่านบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. ตัวท่านเอง 2. สามี – ภรรยา
3. บุตร – หลาน 4.ญาติ
5. บุคลากรทางการแพทย์ 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
30. หากมีการส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุท่านต้องการในลักษณะใดบ้าง
1. ให้บริการข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ
2. ให้มีการจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับผู้สูงอายุโดยทั่วไป
3. จัดทำคู่มือการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

- 4. จัดให้มีผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- 5. จัดให้มีผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารเพื่อสุขภาพแนะนำให้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ
- 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

31. ท่านบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือไม่

- 1. บริโภค
- 2. ไม่บริโภค

32. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารประเภทใดที่ท่านเลือกบริโภค (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. รังนก
- 2. น้ำมันตับปลา
- 3. ชุปไก่สกัด
- 4. แคลเซียมอัดเม็ด
- 5. วิตามินชนิดต่าง ๆ
- 6. สมุนไพรอัดเม็ด
- 7. อื่น ๆ โปรดระบุ.....

ขอขอบพระคุณอย่างสูงที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

ภาคผนวก ข

แบบสัมภาษณ์



แบบสัมภาษณ์เรื่อง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดตรัง

คำชี้แจงในการตอบแบบสัมภาษณ์

- แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
 - ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร คุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ
- โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ตามความเป็นจริง เพื่อความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์

นิยามศัพท์

อาหารเพื่อสุขภาพ หมายถึง อาหารที่ท่านเข้าไปแล้วสามารถสร้างประโยชน์แก่ร่างกายและส่งผลไปยังจิตใจของผู้บริโภคได้ ดังนั้น อาหารเพื่อสุขภาพจึงควรมีลักษณะของไขมัน/คอเลสเตอรอลต่ำ มีเส้นใยอาหารสูง เป็นอาหารปลอดสารพิษหรือมีสารพิษน้อยที่สุด เป็นอาหารสมุนไพร เป็นอาหารที่มีการกระจายคุณค่าทางโภชนาการอย่างถูกต้อง เป็นอาหารที่ไม่สร้างปัญหาหรือทำลายสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- เพศ

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
- อายุ

<input type="checkbox"/> 1. 60 – 64 ปี	<input type="checkbox"/> 2. 65 – 69 ปี	<input type="checkbox"/> 3. 70 ปีขึ้นไป
--	--	---
- ท่านนับถือศาสนาอะไร

<input type="checkbox"/> 1. พุทธ	<input type="checkbox"/> 3. คริสต์
<input type="checkbox"/> 2. อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)
- ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นใด

<input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 5. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 6. สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ (โปรดระบุ)
<input type="checkbox"/> 4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	
- ท่านมีน้ำหนักตัว กิโลกรัม
- ท่านมีส่วนสูง เซนติเมตร
- ท่านประกอบอาชีพหลักสุดท้าย

1. ข้าราชการ 5. ค้าขาย
 2. รับจ้าง 6. พนักงานบริษัท
 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ 7. เกษตรกร
 4. เจ้าของกิจการ 8. อื่น ๆ ระบุ.....

8. ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการตรวจสอบสุขภาพโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ้างหรือไม่
1. ไม่เคย 2. เคย

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คุณลักษณะและตำรับอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ท่านคิดว่า อาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีความหมายว่าอย่างไร

.....

2. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นอย่างไร

.....

3. คุณสมบัติและสรรพคุณของอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร

.....

4. ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพมีประโยชน์ต่อตัวเองอย่างไร

.....

5. การเลือกซื้อและการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีวิธีการอย่างไรบ้าง

.....

6. ผู้สูงอายุมีการรับรู้หรือข้อควรคำนึงเมื่อต้องการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพอย่างไรบ้าง

.....

7. เมนูอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

มือเช้า ประกอบด้วย

.....

มือเที่ยง ประกอบด้วย

.....

มือเย็น ประกอบด้วย

.....

8. ท่านคิดว่าอาหารเพื่อสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างไร

.....

9. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำจากหน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง และช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

.....

ขอขอบพระคุณอย่างสูงที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสัมภาษณ์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	หยาดพิรุณ นาชัยสินธุ์
วัน เดือน ปีเกิด	11 กันยายน พ.ศ.2522
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	60/1 หมู่ที่ 4 ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2545	วิทยาลัยเทคนิคตรัง
พ.ศ.2547 - ปัจจุบัน	มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2545	ครุศาสตรบัณฑิต (สังคมศึกษา) สถาบันราชภัฏ จันทระเกษม
พ.ศ.2547	รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์) มหาวิทยาลัย รามคำแหง
พ.ศ.2559	รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ยุทธศาสตร์และความ มั่นคง) มหาวิทยาลัยบูรพา