

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร



นายทวีศิลป์ ศรีอักษร

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS
OF ELDERLY IN BANKOK METROPOLIS



Mr.Taweessin Sriugsorn

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Sciences Program in Sports Science

School of Sports Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

โดย

นายทวีศิลป์ ศรีอักษร

สาขาวิชา

วิทยาศาสตร์การกีฬา

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์สิริ กาญจนวาสิ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารบัณฑิต

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เฉลิม ชัยวัชราภรณ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เฉลิม ชัยวัชราภรณ์)

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สิริ กาญจนวาสิ)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์)

.....
(แพทย์หญิง แสงโสม สีนะวัฒน์)

ทวีศิลป์ ศรีอักษร : ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.
(FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF THE ELDERLY IN BANGKOK METROPOLIS)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ. ดร.ทิพย์ศิริ กาญจนาวาสี, 103 หน้า.

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยนำด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ปัจจัยเอื้อด้านสื่อโฆษณา ปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและปัจจัยเสริมด้านเพื่อน ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 420 คน ได้แบบสอบถามคืนมา 420 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน รวมทั้งวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น ที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แล้วนำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว ร้อยละ 84.8 พฤติกรรมการรับประทานผักใบเขียว ร้อยละ 76 และพฤติกรรมการรับประทานผลไม้สด ร้อยละ 71.7 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทางลบของผู้สูงอายุที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มกาแฟ, ขานม, ไอศกรีม หรือโกโก้ ร้อยละ 24.3 พฤติกรรมการเติมน้ำตาล น้ำปลาลงในอาหาร ร้อยละ 23.6 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัด ร้อยละ 13.3

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประกอบด้วย ปัจจัยนำด้านความรู้($r=.176$) และความเชื่อ($r=.180$) เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริมด้านครอบครัว($r=.480$) และเพื่อน($r=.368$)

3. ปัจจัยนำด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อนสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ ร้อยละ 34.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สาขาวิชา.....วิทยาศาสตร์การกีฬา.....

ปีการศึกษา.....2551.....

ลายมือชื่อนิสิต..... ทวีศิลป์ ศรีอักษร

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์..... ผศ.ดร.ทิพย์ศิริ กาญจนาวาสี

4978605639 : MAJOR SPORTS SCIENCE

KEY WORD : PREDISPOSING FACTORS / ENABLING FACTORS / REINFORCING FACTORS
/FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR

TAWEESIN SRIUGSORN: FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIOR OF
THE ELDERLY IN BANGKOK METROPOLIS. ADVISOR : ASST. PROF. TIPSIRI
KANJANAWASEE, Ph.D, 103 pp.

The purposes of this investigation were to study the affect of predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors towards food consumption behavior among the elderly in Bangkok Metropolis and to study the relationships between those factors and food consumption behavior. Four hundred and twenty questionnaires were personally distributed to the elderly and one hundred percent of questionnaires were returned. The data were then analyzed in terms of means percentages standard deviations including Pearson's product moment correlation and multiple regressions were also applied in this study.

The results were as follows:

1. There were mostly found three positive practices regarding food consumption behavior among the elderly in drinking 6-8 cups of water during the day (84.8%), consuming of green leaf vegetables (76%), and fresh fruits consuming (71.7%) respectively. However, there were also mostly found three negative behaviors regarding drinking coffee and tea (24.3%), strong taste consumption (13.3%) with habits of adding sugar and salt in their meals (23.6%).

2. There were found significantly at .01 in the relationship of food consumption behavior between predisposing factors regarding both knowledge ($r=.176$) and belief ($r=.180$) and reinforcing factors regarding family members($r=.480$) and peer groups ($r=.368$).

3. Both predisposing factors regarding knowledge and belief and reinforcing factors regarding family members and peer groups in food consumption behavior were found significantly at .01 to predict food consumption behavior among the elderly (39.4%).

Field of student: ...Sports Science.....

Academic year..... 2008.....

Student's Signature...*Taweessin Sriugsorn*.....

Advisor's Signature*Tipsiri Kanjanawasee*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพสิริ กาญจนวาสิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ความช่วยเหลือแนะนำควบคุมการวิจัย ตรวจสอบแก้ไข ซึ่งผู้วิจัยสำนึกในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิภาวดี ลีมีงสวัสดิ์ และอาจารย์ณัติพร นกแก้ว ที่คอยกระตุ้น คอยแนะนำ และคอยให้กำลังใจอย่างดียิ่งมาตลอด จนทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจที่เข้มแข็งที่จะเผชิญปัญหาต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณแพทย์หญิงแสงโสม สีนะวัฒน์ และอาจารย์สุปราณี คุณกิตติ ที่คอยให้คำปรึกษาแนะนำและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและชี้แนะเครื่องมือในการทำแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และครูบาอาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัยโดยตลอด

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณประธานชมรมผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ที่ประสานงานของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีความกรุณาในการให้ความร่วมมือและให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยอย่างดียิ่ง ซึ่งทำให้ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างราบรื่นและเรียบร้อย

ผู้วิจัยขอขอบคุณพี่จุจ และพี่กะทิ ที่คอยเป็นที่ปรึกษาในการเขียนเล่มวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยทุกครั้งที่พบกัน และขอขอบคุณ ตั้ม ที่เสียสละเวลาส่วนตัวมาสอนสถิติที่ต้องใช้ในงานวิทยานิพนธ์และคอยตอบข้อซักถามเรื่องสถิติที่ผู้วิจัยสงสัยอย่างใส่ใจ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ในงานวิจัยนี้ทุกคนขอบคุณพี่ๆห้องทะเบียนที่คอยช่วยเหลือเรื่องเล็กๆน้อยๆและคอยช่วยเหลือเรื่องเอกสารงานต่างๆในงานวิทยานิพนธ์ และขอบคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆทุกคนที่คอยให้กำลังใจ และช่วยเหลือด้วยดีตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายชัยสิทธิ์ ศรีอักษร(บิดา) นางญาณี ศรีอักษร(มารดา) และน.ส.ชนิษฐา ศรีอักษร (น้องสาว) ที่คอยให้กำลังใจ คอยตักเตือนให้ผู้วิจัยให้กลับมาสู่เส้นทางของการทำวิทยานิพนธ์ สนับสนุนให้ผู้วิจัยได้ศึกษาในชั้นปริญญาโทมาหาบัณฑิตและทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ.....	12
กรอบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย.....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ.....	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
วิธีการสร้างเครื่องมือ.....	33
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	34
สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	34

บทที่	
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	63
รายการอ้างอิง.....	72
ภาคผนวก.....	78
ภาคผนวก ก.....	79
ภาคผนวก ข.....	81
ภาคผนวก ค.....	85
ภาคผนวก ง.....	91
ภาคผนวก จ.....	101
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	103



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับเพศของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	37
2	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับอายุของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	37
3	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับรอบเอวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	38
4	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	38
5	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับอาชีพหลักของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	39
6	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับรายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	39
7	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	40
8	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพฟันของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	40
9	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	41
10	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	41
11	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับแหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	42
12	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	43
13	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	44
14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	46
15	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับความรู้ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	48
16	จำนวนและร้อยละ ของคะแนนความรู้ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	49

ตารางที่

หน้า

17	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับความเชื่อในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร.....	50
18	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความเชื่อในการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	52
19	จำนวนและค่าร้อยละ เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารและสื่อ โฆษณาในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	54
20	จำนวนและร้อยละของคะแนน เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อในการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	56
21	จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อนในการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	57
22	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยในการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	59
23	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ด้านความรู้และด้านความเชื่อ ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารและสื่อโฆษณา ปัจจัยเสริม ด้าน ครอบครัวและเพื่อน กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร.....	61
24	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการทำนายพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	62

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นผลมาจากการลดอัตราการตายและอัตราการเพิ่มของประชากร และสาเหตุของการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเนื่องจากสภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีต และสภาวะการตายที่ลดลงเป็นลำดับอย่างต่อเนื่อง จากการรายงานประจำปีของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 มีอัตราการเกิดถึง 811,384 คน แต่อัตราการตายกลับลดลงเหลือเพียง 398,438 คน (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551) อันเนื่องมาจากการพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของชาติที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 8 โดยก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนที่สำคัญ และชัดเจนคือ ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น กล่าวคืออายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) เพศชายจาก 63.2 ปี ในปี พ.ศ.2535 มาเป็น 66.6 ปี และ 69.9 ปี ในปี พ.ศ.2539 และ พ.ศ. 2542 ตามลำดับ ขณะที่เพศหญิงจาก 68.7 ปีในปี พ.ศ.2535 มาเป็น 71.1ปี และ 74.9 ปี ในปี พ.ศ.2539 และพ.ศ.2542 ตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2542) และจากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุขององค์การสหประชาชาติระบุว่าอีก 150 ปี 1 ใน 3 ของพลเมืองโลกจะเป็นผู้สูงอายุ และอีก 20 ปี ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 1 คน จากพลเมืองทุก 8 คน (ประเสริฐ อัสสันตชัยและสมทรง เลขะกุล, 2542)

ปัจจุบันผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 1.7 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศในปี พ.ศ. 2513 เป็น 5.9 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2543 และจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทยคาดว่าจะมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 16.8 ในปี พ.ศ. 2563 (สารสถิติ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้ทำการสำรวจสำมะโนประชากรและเคหะ ในปี พ.ศ. 2543 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วประเทศในช่วงเดือน เมษายน พ.ศ. 2543 พบว่า ประชากรที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ณ วันที่ 1 เมษายน 2543 จำนวน 60.6 ล้าน และได้จำแนกสัดส่วนประชากรแยกตามอายุ พบว่า วัยเด็ก (อายุ 0 – 14) มีจำนวนร้อยละ 24.1 วัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี) จำนวนร้อยละ 66.5 และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีจำนวนร้อยละ 9.4 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2550 ประชากรสูงอายุไทยจะมีจำนวน 6.9 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนถึง 8.1 ล้านคน

คิดเป็นร้อยละ 10.5 และ ร้อยละ 11.9 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2545) การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดมีผลทำให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงจากรูปปิรามิดในอดีตปี พ.ศ. 2503 เป็นลักษณะระฆังคว่ำในปี พ.ศ. 2543 และจะเปลี่ยนเป็นรูปแจกันในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งนั่นหมายถึง ปริมาณประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็วและทำให้อัตราส่วนพึ่งพาของผู้สูงอายุ (Aged dependency ratio) สูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับสูง และทำให้โอกาสในการปรับเปลี่ยนเพื่อรองรับผลกระทบเป็นไปอย่างจำกัดและยากลำบาก (สิทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2543 อ้างถึงใน ภราวดา บุราณสาร, 2546) แม้จะเป็นที่ยอมรับถึงความสำคัญของทรัพยากรบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ แต่การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ต่อสุขภาพและต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบกับประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางด้านเศรษฐกิจและสังคม จึงต้องพึ่งพามูลค่าอื่นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มากขึ้นเป็นผลให้อัตราการพึ่งพาของผู้สูงอายุสูงขึ้น (สถาบันประชากรศาสตร์, 2539)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ไปในทางที่เสื่อมลง ผู้สูงอายุจึงมักเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2532) เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายของผู้สูงอายุจะทำงานน้อยลงและมีจำนวนน้อยลงถึง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาวขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น เพราะมีไขมันมาสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้น้ำหนักกระดูกลดลงและผุ่ย (วิไลวรรณทองเจริญ, 2532) การเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมีผลกระทบโดยตรงต่อนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เพราะคนกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความเสื่อมและความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ บุคลิกภาพ รวมไปถึงการสูญเสียบทบาทและสภาพทางสังคม จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย พบว่า 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวหลายโรค ที่พบมากที่สุดคือ โรคข้อและกระดูก โรคระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และพบว่าระดับปัญหาทางจิตจะเพิ่มขึ้น (นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2530) ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2544) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีอัตราการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 62.28 นอกจากนั้น ผู้สูงอายุทุก 1 ใน 4 คนมีปัญหาสุขภาพเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ และถือว่ามีปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว (ประเสริฐ อัสสันตชัย และสมทรง เลขะกุล, 2542) จะเห็นได้จากผลการศึกษาของผู้สนใจที่ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจำเป็นต้องเผชิญกับปัญหาหลัก 3 ประการ ได้แก่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาทางสังคมและปัญหาสุขภาพ ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาทางด้านสุขภาพ พบร้อยละ 60.80 (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2531) จาก

การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันใช้เตียงในการนอนรักษาอาการเจ็บป่วยในสถานพยาบาลทั่วประเทศถึงร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด และคาดว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่า ของการเพิ่มประชากรเด็กเกิดใหม่ (วาทีณี บุญชะลิกษ์, 2544) โดยปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปัญหาที่มีความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุอย่างชัดเจนทั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2544) และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทุพโภชนาการทั้งในผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง มีแนวโน้มของการเกิดภาวะทุพโภชนาการมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2544) จากการศึกษาของละออง สุขวิทยากรณ์ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพเรื่องฟัน ทำให้มีปัญหาในเรื่องการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุนอกจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไปในทางที่เสื่อมลงแล้ว ด้านจิตใจพบว่าผู้สูงอายุที่ถูกหลอมนไม่ได้เอาใจใส่ จะรู้สึกถูกละทิ้ง ไม่มีใครต้องการทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่พอใจสิ่งแวดล้อม และเกิดการเบียดเบียนต่างๆ รวมทั้งอาหารด้วย ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นเหตุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและเกิดปัญหาทางโภชนาการขึ้น ซึ่งปัญหาการรับประทานอาหารไม่ได้และการรับประทานไม่พอ จนทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เช่น การขาดแร่แคลเซียม เหล็กและขาดวิตามินต่างๆหรือได้รับสารอาหารบางอย่างมากเกินไปไม่ถูกสัดส่วนหรือได้รับไม่ครบ 5 หมู่ ก็อาจเกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ไชมันอุดตันในเส้นเลือดและความดันโลหิตสูง เป็นต้น รุจิรา สัมมะสุต (2543) ได้กล่าวว่าโรคที่พบในผู้สูงอายุนั้น ส่วนหนึ่งอาจจะเกิดมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาวแต่ไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บางโรคเกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของการบริโภคอาหาร โรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในอดีตหรือปัจจุบัน ได้แก่ โรคอ้วน โรคโลหิตจาง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคเกี่ยวกับข้อหรือกระดูก จากการศึกษาของไพโรจน์และวินัส ลิฬกุล (2540) พบว่า ผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงานส่วนใหญ่มีปัญหาด้านโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคอ้วน ไชมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกรดยูริกในเลือดสูง สาเหตุมาจากขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ บริโภคนิสัยไม่ถูกต้องมีความเครียดมากเกินไป ซึ่งภาวะโภชนาการเกินจะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทากาตะและซุซูกิ (Takata and Susuki, 1987) พบว่า โรคภัยไข้เจ็บต่างๆที่พบบ่อยในผู้สูงอายุสามารถให้การรักษาได้โดยการจำกัดอาหารตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน ซึ่งหากไม่รักษาจะทำให้มีผลแทรกซ้อนในระยะยาวที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น โรคแทรกซ้อนกลุ่ม Macro vascular ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน (Coronary heart disease) โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Cerebrovascular disorder) และโรคแทรกซ้อนกลุ่ม Micro vascular ได้แก่ Diabetic nephropathy, Retinopathy เป็นต้น นอกจากนั้น

ยังพบว่าประชากรที่มีการบริโภคอาหารที่ให้แคลอรีต่ำตลอดชีวิตบนเกาะโอกินาวาในประเทศญี่ปุ่นจะมีชีวิตยืนยาวมากกว่าประชากรทั่วไป ทำให้จำนวนของผู้ที่มีอายุมากกว่า 100 ปีมีสูงมากเป็น 2-40 เท่าของชาวญี่ปุ่นบนเกาะอื่นๆ โดยเฉลี่ยประชากรบนเกาะบริโภคอาหารด้วยจำนวนแคลอรีน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของคนญี่ปุ่นประมาณร้อยละ 20 เด็กนักเรียนจะได้แคลอรีเพียง ร้อยละ 62 ของมาตรฐานชาวญี่ปุ่น อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคหัวใจ คิดเป็นเพียง ร้อยละ 59, ร้อยละ 69 และร้อยละ 59 ของที่พบในชาวญี่ปุ่นโดยเฉลี่ย อัตราตายของชาวเกาะโอกินาวาที่อายุ 60-64 ปีเท่ากับ 1,280 รายต่อ 100,000 คนต่อปี ขณะที่อัตราตายของชาวญี่ปุ่นโดยเฉลี่ยที่กลุ่มอายุเดียวกันเท่ากับ 2,181 รายต่อ 100,000 คนต่อปี จะเห็นได้ว่าโภชนาการจัดเป็นปัจจัยที่สำคัญในช่วงอายุนี้

ในผู้สูงอายุกระบวนการความมีอายุจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการรวมทั้งภาวะโภชนาการด้วย ผู้ที่มีภาวะโภชนาการดี สุขภาพแข็งแรง มีการดำเนินชีวิตที่ไม่เครียดมากเกินไป เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปช้า ๆ ทำให้แก่ช้าลง ด้วยเหตุนี้การส่งเสริมภาวะโภชนาการในคนสูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรงและลดความรุนแรงของโรคต่าง ๆ รวมทั้งการมีสุขภาพจิตที่ดี (วินัส ตันติบูล, 2536) การมีความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่จะต้องเน้นมากเป็นพิเศษ เพราะการได้รับสารอาหารทุกอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะทำให้อายุยืนมากขึ้น (สุกัญญา ลินไพศาล, 2541 อ้างถึงใน นางลักษณ สิงห์แก้ว, 2544) และจากการศึกษาของสุเนตรา นิมานันท์ (2537) พบว่า การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเหมาะสมกับสภาพร่างกาย จะทำให้บุคคลมีสภาวะโภชนาการที่ดีสามารถลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่างๆ และทำให้มีชีวิที่ยืนยาวขึ้น จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากการมีพฤติกรรมการบริโภคที่ดีช่วยให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ส่งผลให้ได้รับอาหารที่เพียงพอและถูกสัดส่วน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับมนุษย์ทำให้มนุษย์มีสุขภาพที่แข็งแรง (ประยงค์ ลิมตระกูล, 2523) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วินัส ลีพิทกุลกุลและถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, 2541) ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวเป็นที่ยอมรับกันมาหลายศตวรรษแล้วว่า การมีสุขภาพดีสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องในเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการมีสุขภาพจิตที่ดี จะเห็นได้ว่านิสัยการบริโภคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพที่ดี (วินัส ตันติบูล, 2533)

จากความสำคัญดังกล่าวในข้างต้นนี้ เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุดใน

ประเทศไทย ถึง 558,100 คน (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2549) อันเป็นผลมาจากการที่กรุงเทพมหานครมีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว และยังเป็นศูนย์กลางความเจริญด้านต่างๆ ประกอบกับฐานะความเป็นเมืองหลวงของประเทศ จึงทำให้มีผู้อพยพหลั่งไหลจากภูมิภาคอื่นๆ เข้ามาอยู่อาศัยเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง และจากการที่เขตกรุงเทพมหานครต้องรองรับประชากรที่ขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นนี้ ได้ส่งผลทำให้เมืองหลวงแห่งนี้ต้องเผชิญกับปัญหานานัปการ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอันมากตามสัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุที่สูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หนึ่งในนั้นก็คือปัญหาทางสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (2549) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีปัญหาทางสุขภาพหลายด้าน ดังเช่นในเขตกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ถึงร้อยละ 47 รองลงมาเป็นภาคกลาง ร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจน้อยที่สุดร้อยละ 25.9 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 60.6 ซึ่งมากกว่าภาคอื่นๆ กลุ่มโรคข้อและกระดูก ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีการเจ็บป่วยสูงถึงร้อยละ 71.2 ซึ่งสูงกว่าภาคอื่นๆ นอกจากนี้ส่วนใหญ่มักมีปัญหาปวดข้อปวดเมื่อย ปวดหลัง แขนขาอ่อนแรง ความดันโลหิตสูงและเวียนศีรษะ และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการป่วยเป็นโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ พบว่า มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 18.8 และร้อยละ 11 ตามลำดับ โดยสาเหตุอาจมาจากพฤติกรรมการบริโภคและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ นักวิทยาศาสตร์ได้ลงความเห็นว่าอาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยผู้ที่รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ จะมีร่างกายแข็งแรง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่ดี มีอายุที่ยืนยาว และมีประสิทธิภาพในการทำงานทั้งทางกายและสมองสูงกว่าผู้ที่กินอยู่อย่างไม่ถูกหลักโภชนาการ (รัชนีภรณ์ ภูกร, 2538)

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโดยเลือกศึกษาจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลายและมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุในภูมิภาคอื่นๆ และเลือกทำการศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ที่ได้ก่อตั้งขึ้นมาโดยการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการแล้ว และมาก่อตั้งเป็น "ชมรมผู้สูงอายุ" เพื่อดำเนินกิจกรรมอันเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ที่ได้จดทะเบียนข้อมูลไว้แล้วมีทั้งหมด 27,775

คน จากจำนวนทั้งหมด 292 ชมรม (สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย, 2549. ซีดีรอม.) การศึกษานี้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและส่งเสริมให้สามารถจัดการกับชีวิตในบั้นปลายของตนเอง ได้อย่างมีความสุขและสงบ ผู้วิจัยต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในการเสนอแนะปรับปรุงพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนในการ จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุต่อไปในภายภาคหน้า

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการ บริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตตัวอย่างประชากรที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุทั้ง ชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สังกัดชมรมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของสภาผู้สูงอายุแห่ง ประเทศไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. ปัจจัยนำ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับการ บริโภคอาหาร
2. ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และสื่อโฆษณา
3. ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ครอบครัวและเพื่อน

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านออกเขียนได้ด้วยตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกและการกระทำที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง องค์ประกอบหรือสิ่งกระตุ้นที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของผู้สูงอายุ รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และสื่อโฆษณา

ปัจจัยเสริม หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใดหลังจากผู้สูงอายุได้แสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไปแล้ว โดยอาจเป็นไปในลักษณะของการกระตุ้น เตือน ยกย่อง ชมเชย ให้กำลังใจ การแนะนำ หรือการยอมรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ได้แก่ ครอบครัวและเพื่อน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงปัญหาด้านโภชนาการที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป
4. เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยไปวางแผนแก้ไข และหาแนวทางป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นพื้นฐานแนวทางการวิจัย โดยกำหนดขอบเขตการศึกษาเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
3. กรอบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศและต่างประเทศ

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ คือ วัยที่คนมีอายุนานจนสังขารเริ่มเสื่อมถอยลง (นิศา ชูโต, 2525) ความชรา เป็นผลของการสูญเสียอย่างช้าๆและไปเรื่อยๆของความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมของร่างกายรวมทั้งเนื้อเยื่อต่างๆ (สุด แสงวิเชียร, 2513 อ้างถึงใน ปราณี อิมสมบัติ, 2546) เกณฑ์ที่กำหนดว่าใครคือคนชรา คือ อายุ ซึ่งวัดโดยจำนวนปีที่ได้มีชีวิตอยู่มา การจำแนกขึ้นอยู่กับแต่ละสังคมและเวลาที่อ้างถึงในสังคมที่มีลักษณะสังคมสมัยใหม่ (Modernized) มากก็จะกำหนดอายุที่จะจำแนกว่าเป็นคนชราไว้สูง ส่วนสังคมล้าหลังหรือดั้งเดิมก็จะกำหนดอายุจำแนกว่าคนชราไว้ต่ำ เช่น ประเทศไทย คนชราคือคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศสหรัฐอเมริกา คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ, 2523)

นิศา ชูโต (2525) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึงผู้มีอายุวัดด้วยจำนวนปี ตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ สำหรับคนไทยผู้สูงอายุ หมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุราชการ หรือถ้าแบ่งช่วงเวลาของการมีชีวิตตามแนวคิด คำสอนของพุทธศาสนา ผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วงปัจฉิมวัยคืออายุ 50 ปีขึ้นไป อันเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตมนุษย์

สุรกุล เจนอบรม (2534) ได้ให้ความหมายของ “ความสูงอายุ” (Aging) ว่าเป็น กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ดังนั้นความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ

โกลด์สไตน์ (Goldstein อ้างถึงใน นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) ได้ให้คำจำกัดความว่าการมีอายุเพิ่มขึ้น (Aging) นั้นเป็นการสูญเสียของการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไปและทำให้การคาดการณ์ของอายุขัยลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตเริ่มลดน้อยลงและเพิ่มความล่อแหลมหรือการเป็นอันตรายซึ่งจะนำไปสู่ความตาย

เจมส์และเรเนอร์ (James and Renner, อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนภาส, 2541) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิตและได้แบ่งระดับของความสูงอายุออกเป็น 4 ประเภท

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น
3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์นปัญญา และลักษณะที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น
4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้มีประสบการณ์

กรีส์และบahr (Grees and Bahr 1984, อ้างถึงใน สุรีย์พร ตริยาอุฒติวาทย์, 2534) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึงการเปลี่ยนแปลงของโมเลกุลและระบบเซลล์ในร่างกาย ส่วนนักจิตวิทยาถือว่าเป็นความเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลที่เข้าสู่ความมีอายุ สำหรับนักสังคมวิทยาอธิบายว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้กว้าง ๆ สรุปได้ว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึง ผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือวัยสูงอายุเริ่มต้นอย่างน้อยที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิตเมื่อนับตามชีววิทยา (World Health Organization, 1989)

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

ได้มีผู้จัดกลุ่มผู้สูงอายุไว้หลายลักษณะ เช่น จัดตามลักษณะที่แตกต่างกันตามปฏิทินอายุ ถึง 3 กลุ่ม (ศรีทับทิม รัตนโกศล, 2525) คือ

กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (The young elderly) มีอายุต่ำกว่า 74 ปี

กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (The middle age elderly) มีอายุ 75-84 ปี

กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้อ (The old elderly) มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

ประเทศสหรัฐอเมริกาแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตาม National Institute of Aging เป็น 2 กลุ่ม (Yurick, et. al., 1980) คือ

กลุ่ม Young Old มีอายุ 60-74 ปี

กลุ่ม Old - Old มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้แบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุออกเป็นดังนี้ (Geoffrey P. Webb and June Copeman , 1996 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่มทอง, 2546)

อายุ 60 – 74 ปี จัดเป็นผู้สูงอายุ (Elderly)

อายุ 75 – 89 ปี จัดเป็นคนชรา (Old)

อายุ 90 ปีขึ้นไป จัดเป็นคนชรามาก (Very old)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

เชีรศรี วิวิธศิริ (2534) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไว้ดังต่อไปนี้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุจะเป็นในลักษณะเสื่อมโทรม เช่น ผิวหนังหยาบแห้ง ฟันเริ่มหลุดร่วง ดวงตาฝ้าฟาง ผมหงอกขาว หูตึง การบังคับกล้ามเนื้อเริ่มเสื่อม สมรรถภาพ ทนต่อความเปลี่ยนแปลงของอากาศไม่ค่อยได้โดยเฉพาะความหนาว ประสาทสัมผัส เรื่องกลิ่น รสเริ่มแยลง ผู้หญิงจะอยู่ในวัยทองหรือหมดประจำเดือน

การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาและความสามารถทางสมอง

ผู้สูงอายุมักจะลืมนง่าย เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ไม่ค่อยได้แต่ความจำในอดีตดีมาก ผู้สูงอายุที่มีสติปัญญาสูง ความรู้ดี สติปัญญาจะเสื่อมลงน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสติปัญญาต่ำ นอกจากนี้ยังขึ้นกับสภาพร่างกายและการกระตุ้นจากสภาพแวดล้อม ผลการวิจัยผู้สูงอายุหลังจากปลดเกษียณแล้วมีการทำงานอยู่ต่อไป ปรากฏว่าการทำงานของสมองยังคงปกติมากกว่าพวกที่ไม่ได้ทำงานอะไร อีกสาเหตุหนึ่งซึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุคือทัศนคติของผู้สูงอายุเองที่เชื่อว่าคนเรายิ่งอายุมากก็ยิ่งแก่เกินกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ทำให้ผู้สูงอายุประมาณความสามารถของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริงและทำให้แรงจูงใจในการเรียนรู้หรือการใช้สมองลดลง นอกจากนี้ความเชื่อถือดังกล่าวยังทำให้สังคมไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุตัดสินใจอะไร ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนไร้ประโยชน์เลยทำให้เกิดความเฉื่อยชาความจำเลวลง

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และความสนใจ

ผู้สูงอายุมักถูกแยกออกจากสังคม อาจเป็นเพราะเกษียณอายุแล้วหรือสุขภาพไม่ดีจึงมี ชีวิตที่โดดเดี่ยวเป็นสาเหตุให้อารมณ์ไม่เบิกบานอาจมีอารมณ์เศร้า ผู้สูงอายุมักไม่ชอบของใหม่ นิสัยหวัโบราณแสดงออกมากขึ้น มีความสนใจในชีวิตในอดีต มักไม่ยอมฟังความคิดเห็นของใคร อุปนิสัยประจำตัวที่เห็นเด่นชัดขึ้นคือ ความตระหนี่ถี่เหนียว อาจทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่เพื่อ เรียกร้องความสนใจ อารมณ์หวั่นไหวง่ายแบบเด็ก มีความวิตกกังวลมากในเรื่องร่างกาย การ เจ็บป่วย การเสียของรัก ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เช่น ปรับตัวให้เข้ากับสภาพ ร่างกาย การจากไปของคู่ครอง เป็นต้น โดยทั่วไปผู้หญิงมักมีความอดทนและปรับตัวเองได้ดีกว่า ผู้ชาย

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและการงาน

ชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุจะแคบเข้าทุกขณะ ภารกิจที่จะต้องติดต่อกับผู้อื่นหมดไป ความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้อื่นก็จะลดลงตามอายุ ทั้งนี้เพราะสุขภาพและความเจ็บป่วยของร่างกาย ภาวะความเป็นหม้าย ฐานะทางเศรษฐกิจและการออกจากงาน การแยกจากสังคมเมื่อปลด เกษียณนั้น ฝ่ายชายจะมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าฝ่ายหญิงเพราะว่าไม่มีอะไรทำเป็นขึ้นเป็น อัน มีการเปลี่ยนแปลงฐานะทางเศรษฐกิจและความมีหน้ามีตาอย่างฉับพลัน ทำให้เกิดความ ลำบากใจ แต่ฝ่ายหญิงอย่างน้อยก็มีงานบ้านและปัจจุบันมีไม่น้อยที่ทำหน้าที่รับเลี้ยงหลานแทน พ่อแม่เด็ก ดังนั้นหญิงสูงอายุจึงมีบทบาทในสังคมโดยปริยาย

สรุปได้ว่าผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่าง กาย จิตใจ อารมณ์และสังคมไปตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่อง สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ เกณฑ์ของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคลจะมีส่วนผลักดันให้บุคคลมีภาวะโภชนาการ แตกต่างกัน การมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะโภชนาการดีสามารถ ลดอุบัติเหตุในการเกิดโรคต่างๆ และทำให้ชีวิตยืนยาวขึ้น ลดการใช้บริการทางการแพทย์และมี คุณภาพชีวิตที่ดี ฉะนั้นภาวะโภชนาการจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นผลการพัฒนาด้านสุขภาพและ คุณภาพชีวิตเพราะภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของบุคคลนั้นๆ (สุนตรา นิมานันท์,2537)

พฤติกรรมกรรมการบริโภค หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติในการเลือกสรรหาอาหารมาบริโภคและนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งจะรวมถึงการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม การปรุง ตลอดจนการบริโภคอาหาร ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจและปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Suitor and Crowley, 1984)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร (Food consumption behavior) ไว้ว่า หมายถึงการประพฤติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมื้อที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหารด้วย ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารนั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตไว้ว่า คือ การศึกษาถึงวิธีการที่บุคคล กลุ่มคนหรือชุมชนยอมรับอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรมในการเลือกบริโภคอาหารและใช้อาหารที่มีอยู่มากน้อยเพียงใด ตลอดจนผลของอาหารที่บริโภคต่อสุขภาพร่างกาย (วลัยทิพย์ สาชลวิจารณ์, 2538)

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2541) ได้กล่าวถึงโภชนาการของผู้สูงอายุว่าเกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่จะต้องบริโภคอาหารเพื่อได้สารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย เพื่อซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและการขาดสารอาหาร โดยปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการกินให้ถูกต้องซึ่งความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุควรได้รับดังนี้

1. พลังงาน ผู้สูงอายุต้องการพลังงานน้อยลงซึ่งกองโภชนาการ กรมอนามัยของประเทศไทยแนะนำให้ลดพลังงาน 100 แคลอรี ทุก 10 ปี ที่อายุเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 – 69 ปี ต้องการพลังงาน 1,450 กิโลแคลอรีต่อวัน พลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ควรต่ำกว่า 1,200 แคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

2. โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนประมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อให้เพียงพอที่ใช้ซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ โปรตีนจะได้จากอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งต่างๆ ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการบริโภคโปรตีนมากเกินไป เพราะร่างกายจะเก็บสะสมไว้ในรูปของไขมันทำให้อ้วนได้ และไตต้องทำงานหนักในการขับสารยูเรียออกทางปัสสาวะมากขึ้น

3. ไขมัน ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ในปริมาณร้อยละ 20 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับ ไขมันให้พลังงานช่วยละลายและดูดซึมวิตามินที่ละลายในไขมัน เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการทำงานของร่างกายและการทำงานของเอนไซม์ ผู้สูงอายุควรบริโภคไขมันประเภทไม่อิ่มตัวซึ่งจะทำให้ได้กรดไลโนลิกโดยมีมากในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน (นิธิยา รัตนาปนนท์และदनัย บุญยเกียรติ, 2537) การได้รับอาหารที่มีไขมันมากจะทำให้น้ำหนัก

เพิ่มขึ้นและเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคปวดข้อ และอื่น ๆ

4. คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรตในปริมาณที่เพียงพอ คือ ร้อยละ 55 – 60 ของพลังงานทั้งหมดเพื่อช่วยให้ไขมันถูกเผาผลาญได้อย่างสมบูรณ์เพราะถ้าร่างกายได้รับคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ ไขมันเผาผลาญไม่หมดจะทำให้เกิดคีโตนบอดีและทำให้โลหิตเป็นพิษได้ อาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรต ได้แก่ แบ่งจากธัญพืชต่างๆ ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง ข้าวโพด ข้าวฟ่าง ถั่วต่างๆ เผือกมัน น้ำตาล ซึ่งควรจะเป็นน้ำตาลจากผลไม้ต่างๆ ไม่ควรเป็นน้ำตาลขัดขาว

5. แคลเซียม ที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ คือ แคลเซียม ฟอสฟอรัส และเหล็ก การที่ผู้สูงอายุได้รับแคลเซียม ฟอสฟอรัสไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายทำให้มีการสูญเสียเนื้อกระดูกไป จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุของกระดูก ข้อมือ ข้อเท้า สะโพกและกระดูกสันหลังหักเพิ่มขึ้น การขาดแร่ธาตุเหล็กทำให้เกิดปัญหาโลหิตจาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุบริโภคเนื้อสัตว์น้อยลง ไม่ชอบดื่มนม ผู้สูงอายุควรบริโภคเนื้อปลา ผักและผลไม้เพิ่มมากขึ้น

6. วิตามิน ผู้สูงอายุต้องการวิตามินเท่ากับวัยผู้ใหญ่ ตามข้อกำหนดปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับต่อวันของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2532) วิตามินที่จำเป็น ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง บีสอง บีหก บีสิบสอง และวิตามินซี ซึ่งแหล่งของวิตามินมาจากผักหรือผลไม้สด

7. น้ำ เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยย่อยอาหารและช่วยขับถ่ายอาหาร เป็นส่วนประกอบที่สำคัญในทุกเซลล์ของร่างกายเกี่ยวข้องกับขบวนการเมตาบอลิซึมของสารอาหารต่างๆ ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องดื่มน้ำให้เพียงพอ คือ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว มิฉะนั้นอาจเกิดปัญหาท้องผูก การได้รับปริมาณน้ำน้อยจะทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย มีอาการตัวร้อนได้

ดังนั้นการจัดแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรที่จะยึดข้อปฏิบัติหลักแนวทางการบริโภคเพื่อการมีสุขภาพดี 9 ข้อ ของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล (สง่า ตามาพงษ์, 2541)

1. กินอาหารให้ครบ 5 หมู่และหมั่นดื่มน้ำหนักตนเอง
2. กินข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. กินผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ
4. กินปลา เนื้อสัตว์เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
6. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
7. หลีกเลี่ยงกินอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด

8. กินอาหารสะอาดปราศจากการปนเปื้อน
9. งดหรือลดเครื่องแอลกอฮอล์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

บริโภคนิสัยของมนุษย์นั้นมิได้เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ หากแต่ค่อยๆ สะสมมาตั้งแต่ในวัยเด็กจนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ อาจมาจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ได้รับ ซึ่งสิ่งที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยนั้น ชวลิต รัตนกุล (2523) ได้กล่าวไว้ดังนี้

1. อาหารที่มีในท้องถิ่น หากท้องถิ่นใดมีอาหารบริบูรณ์ คนในท้องถิ่นนั้นย่อมมีโอกาสจะได้บริโภคอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ท้องถิ่นใดขาดแคลนอาหาร คนในท้องถิ่นก็จำเป็นต้องกินอย่างจำกัด
2. ฐานะทางเศรษฐกิจแต่ละครอบครัวจะสามารถซื้ออาหารที่มีขายในท้องตลาดมากินได้มากน้อยเพียงไรและซื้ออาหารจำพวกใดบ้างนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับรายได้ของครอบครัว
3. ความเคยชินในการกินของครอบครัว การกินของแต่ละครอบครัวนั้นบางครั้งอาจมีเหตุผลเบื้องหลังที่เกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา และขนบธรรมเนียมประจำชาติ หรือความเชื่อของครอบครัวนั้นๆ รวมทั้งนิสัยที่สืบเนื่องกันมาหลายชั่วอายุคน
4. ขนบธรรมเนียมประเพณี
5. ภาวะทางอารมณ์และจิตใจ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความสุขหรือรำคาญ หรือวุ่นวายใจ ความชอบหรือไม่ชอบในอาหาร
6. อิทธิพลของการศึกษา ความรู้เรื่องคุณค่าของอาหารอาจเป็นสาเหตุสำคัญในการตัดสินใจเลือกซื้อ การที่บุคคลนิยมกินอาหารเพราะรู้คุณค่าของอาหารนั้น แสดงให้เห็นความสำคัญของการให้ความรู้ทางโภชนาการแก่ประชาชน

เฟลค (Fleck, 1989) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคของมนุษย์ซึ่งสอดคล้องจากการกล่าวข้างต้น คือ ขนบธรรมเนียมประเพณี ครอบครัว อิทธิพลของการศึกษา ศาสนา ความต้องการอาหารของแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามอายุ เพศ อาชีพและภาวะต่างๆ ของร่างกาย ความสามารถในการรับรสสัมผัส นอกจากนี้ยังได้กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคไว้ดังนี้

1. กลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลต่อเด็กมากและมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่ด้วยเช่นกัน เช่น นักกีฬา หรือดารายอดนิยมชอบอาหารประเภทนั้นๆ เด็กเหล่านี้ก็พยายามเลียนแบบอย่าง เป็นต้น
2. สื่อสารมวลชน มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้า ซึ่งจะนิยมซื้อสินค้าตามที่โฆษณาทางโทรทัศน์ นอกจากนี้สื่อสารมวลชนยังมีผลต่อการบริโภคนิสัยอีกด้วย

3. ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นสิ่งสำคัญและมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัย โดยเฉพาะอาหารที่ผลิตในท้องถิ่นมีราคาถูกกว่าอาหารที่นำมาจากทางไกล เพราะหาง่ายกว่าแต่อาหารบางชนิด ผู้ผลิตอาจนำไปขายที่อื่นเพราะได้ราคาแพงกว่าทำให้คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้รับประทานอาหารนั้นในราคาที่ถูก

จากที่กล่าวมาทั้งหมด เป็นเรื่องของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคของมนุษย์จะเห็นได้ว่าการบริโภคของมนุษย์นั้น ถึงแม้จะขึ้นกับปัจจัยต่างๆ แต่ถ้ามนุษย์เรามีความรู้ความเข้าใจก็จะทำให้รู้จักที่จะตัดสินใจเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่า ราคาถูกเพื่อการมีสุขภาพที่ดีต่อไป

ปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ

1. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้ การที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้มีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหารได้ง่ายและทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ โรคขาดสารอาหารที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีดังนี้

1.1 โรคขาดโปรตีนและพลังงาน เนื่องจากฟันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะหักและโยก ทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ระบบประสาทรับรส และกลิ่นได้น้อยลง ประกอบกับน้ำย่อยต่างๆน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลง การดูดซึมอาหารจากกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายขาดพลังงาน วิธีการแก้ไขคือ การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการและย่อยง่าย เช่น โปรตีนจากเนื้อปลา นมพร่องมันเนย ถั่วต่างๆ เป็นต้น ควรจัดอาหารให้รับประทาน รวมถึงการสร้างบรรยากาศที่ดีในการรับประทานอาหาร (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่มทอง, 2546)

1.2 โรคขาดวิตามิน ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามินได้แทบทุกตัว ถ้าหากได้โปรตีนและแคลอรีไม่เพียงพอ เพราะอาหารที่ให้โปรตีนมักเป็นแหล่งที่ดีของวิตามินด้วย โรคขาดวิตามินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคขาดวิตามินบีหนึ่ง โรคขาดวิตามินบีสอง โรคขาดวิตามินโฟลาซิน โรคขาดวิตามินเอ โรคขาดวิตามินเค และถ้าหากไม่ชอบกินพืชผักและผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว ก็มีโอกาขาดวิตามินซีได้มาก (วิชัย ต้นไพจิตร, 2530 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่มทอง, 2546) การขาดวิตามินซีทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ เพราะวิตามินซี ช่วยทำให้ร่างกายดูดซึมเหล็กได้ นอกจากนี้อาจเกิดโรคเลือดออกตามไรฟันหรือผิวหนังทำให้ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ แพทย์หลายคนเชื่อว่าการกินวิตามินซีจำนวนมากๆจะป้องกันหวัดหรือทำให้หวัดหายเร็วขึ้น ถ้าร่างกายได้รับผลไม้สดรสเปรี้ยวและผักเป็นประจำในจำนวนที่เหมาะสม ร่างกายมักจะไมขาดวิตามินซี (บรรลู่ ศิริพานิช, 2536 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่มทอง, 2546)

1.3 โรคขาดเกลือแร่ ในผู้สูงอายุเกลือแร่ที่พบว่าขาดบ่อยได้แก่ แคลเซียมและเหล็ก (วิชัย ต้นไพจิตร, 2530 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่้มทอง, 2546) การขาดแคลเซียมจะทำให้กระดูกไม่แข็งแรง หักง่าย และหลอดเลือดฝอยเปราะง่าย สาเหตุเนื่องมาจากผู้สูงอายุมักรับประทานผักผลไม้และนมน้อยลง ส่งผลให้ได้รับแคลเซียมและวิตามินดีน้อย จึงมีการสลายตัวของเซลล์กระดูกมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุเพศหญิงที่หมดประจำเดือนซึ่งจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้กระดูกฝ่อเปราะง่ายขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อกระดูกแตกได้เมื่อหกล้มหรือกระแทกแรงๆ ดังนั้นผู้สูงอายุควรรับประทานแคลเซียมให้เพียงพอ ซึ่งพบมากในนม ผัก ผลไม้และกระดูกปลากรอบ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2544 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่้มทอง, 2546) นอกจากนี้การขาดธาตุเหล็กจะทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีเลือดในร่างกายประมาณ 5 ลิตร ซึ่งมีส่วนผลของธาตุเหล็กอยู่ 2.5 กรัม ครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ร่างกายจะเก็บสำรองไว้ที่ตับ โดยทั่วไปธาตุเหล็กมีในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ เมล็ดพืช ถั่ว เป็นต้น (บรรลु ศิริพานิช, 2536 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่้มทอง, 2546)

1.4 การขาดน้ำ ปกติคนเราต้องการน้ำประมาณ 2 ลิตรต่อวัน เพื่อให้ร่างกายคงสภาพการทำงานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นมักจะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยๆ บางคนรำคาญที่ต้องลุกขึ้นปัสสาวะบ่อยๆเลยจำกัดการดื่มน้ำลง เป็นผลทำให้ร่างกายขาดน้ำได้ และเป็นสาเหตุทำให้ท้องผูก ร่างกายที่ขาดน้ำจะมีอาการอ่อนเพลียเกิดภาวะเป็นกรดในน้ำเลือด อาหารหลายอย่างมีส่วนประกอบของน้ำอยู่ด้วย เช่น แองจิด น้ำผลไม้ต่างๆ ควรมั่นใจว่ารับน้ำรวมกันทั้งหมดถึง 2 ลิตรต่อวัน จึงจะเพียงพอ ไม่จำเป็นต้องดื่มน้ำทีละมากๆ ดื่มน้อยๆแต่บ่อยๆแล้วรวมได้ 2 ลิตรจะเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ง่ายกว่า อาการขาดน้ำที่สังเกตพบได้เช่น ปัสสาวะมีสีเข้มหรือลมหายใจมีกลิ่นผิดปกติ ถ้ามีอาการดังกล่าวนี้จะเป็นข้อบ่งชี้ว่าร่างกายได้รับน้ำไม่เพียงพอ (บรรลु ศิริพานิช , 2536 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่้มทอง, 2546)

ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ในผู้สูงอายุ (Emma S. Weigley, 1997 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ แต่้มทอง, 2546) ได้แก่

1. ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง หรือการที่ต้องอยู่ตามลำพัง
2. มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำ
3. มีอายุมากกว่า 75 ปี
4. น้ำหนักตัวลดลง
5. ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการบริโภคอาหาร
6. ความผิดปกติทางด้านร่างกาย (Physical impairment) ทำให้ไม่สามารถออกไปซื้ออาหารและประกอบอาหารได้

7. การรับรสที่เปลี่ยนไป การไม่มีฟันและปากแห้ง
8. มีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร เช่น จุกแน่นท้อง, ท้องเสียและท้องผูก
9. รับประทานยาที่มีผลต่อการดูดซึมของอาหาร
10. ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง
11. มีแผลเปิดหรือแผลกดทับ (Draining wounds, bedsores)
12. ภาวะซึมเศร้า และไม่ยอมมีชีวิตอยู่
13. เป็นโรคสุราเรื้อรัง (Alcoholism)
14. มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness)

2. ภาวะโภชนาการเกิน ผู้สูงอายุที่ได้สารอาหารมากเกินไป ย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (วินัส ลีพทกุล, 2545) การที่ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกินจะส่งผลต่อสุขภาพดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2536 อ้างถึงใน กิ่งทิพย์ เต็มทอง, 2546)

2.1 ในวัยสูงอายุ หัวใจต้องทำงานมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูง และเสี่ยงต่อหัวใจวาย นอกจากนี้หลอดเลือดเริ่มแข็งตัว โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคหัวใจขาดเลือดได้ง่าย ถ้ารับประทานไขมันชนิดไม่อิ่มตัว เช่น ไขมันสัตว์ น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำตาลมากๆ จะทำให้โคเลสเตอรอลและไขมันกลีเซอไรด์ในเลือดสูงอาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดหัวใจวาย ไตวาย หรือเป็นอัมพาตได้

2.2 มีน้ำหนักลงข้อมาก โดยเฉพาะข้อสะโพกและข้อเข่า จะมีโอกาสปวดหลัง และปวดเข่าสูง ผลสุดท้ายมักทำให้ขาโก่ง เวลาเดินเกิดข้ออักเสบและปวดข้อ

2.3 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน เส้นเลือดแข็ง เส้นเลือดขดสูง

2.4 ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก มีชีวิตอย่างกระฉับกระเฉงไม่ได้ และไม่สามารถช่วยตนเองได้เมื่อชราภาพ

ดังนั้นการรักษาน้ำหนักตัวให้เหมาะสม ลดการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีสูง และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

3. กรอบการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

พรีซีดี เฟรมเวิร์ค (PRECEDE Framework) เป็นคำย่อมาจาก Predisposing, reinforcing and enabling causes in education diagnosis and evaluation เป็นกระบวนการศึกษาเพื่อการ

วางแผนดำเนินงานสุขศึกษาโดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย กรีนและคณะ (Green et al, 1980) ที่มีแนวคิดว่าการพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย (Multiple factors) ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของคนนั้นเกิดจากปัจจัยทั้งภายใน และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ การประเมินประสิทธิภาพของบริการ โลกทัศน์เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม ความรู้และองค์ประกอบด้านประชากร ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2530)

ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ (2540) กล่าวว่า จากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ชี้ให้เห็นว่ามีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ซึ่งในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่ม ใหญ่ๆ คือ ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) และปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ในกลุ่มปัจจัยนำจะประกอบด้วย ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชน ซึ่งจะมีอิทธิพลในแง่การจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) จะประกอบด้วยทักษะทรัพยากร และสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบเหล่านี้อาจจะเป็นได้ทั้งด้านบวก (เสริมให้เกิด) และด้านลบ (ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม) ซึ่งเกิดจากแรงในสังคมหรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากรส่วนบุคคลหรือทรัพยากรในชุมชนอาจจะมีไม่เพียงพอหรือเกินพอ เช่น องค์ประกอบด้านรายได้ กฎหมาย สถานภาพ อาจจะเป็นได้ทั้งปัจจัยส่งเสริมและขัดขวางพฤติกรรม เป็นต้น ทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมก็ถือว่าเป็นปัจจัยเอื้อ ดังนั้นปัจจัยเอื้อนี้ กล่าวโดยสรุปก็คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หรือสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง องค์ประกอบสุดท้าย คือ ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึงปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ภายหลังจากบุคคลได้แสดงพฤติกรรมหรือการกระทำเรื่องใดเรื่องหนึ่งไปแล้ว โดยอาจเป็นไปในลักษณะของการกระตุ้น เตือน ยกย่อง ชมเชย ให้กำลังใจ การแนะนำ หรือการยอมรับการกระทำนั้นๆตลอดจนปฏิริยาต่างๆ ที่ได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง ได้แก่ ญาติ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และบุคคลอื่นๆที่ได้ติดต่อหรือมีความสัมพันธ์กัน

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีหลายทฤษฎีที่ได้พยายามหาเหตุผลมาอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ เกิดขึ้นได้อย่างไร ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดเรื่องพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์, 2530)

แนวความคิดที่ 1 ปัจจัยภายในบุคคล (Intra individual causal assumption) รากฐานของแนวคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น

แนวความคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล (Extra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีพื้นฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางด้านประชากร และลักษณะทางภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร

แนวความคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple individual causal assumptions) แนวคิดนี้มีสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดจากปัจจัยทั้งภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ การประเมินประสิทธิภาพของบริการ โลกทัศน์เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม ความรู้ และองค์ประกอบด้านประชากร

แนวความคิดของกลุ่มที่ 3 ได้นำทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมวิทยา และประชากรศาสตร์เข้ามาประยุกต์ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม และพยายามหาวิธีแก้ปัญหาโดยผสมผสานวิชาชีพสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยในประเทศ

กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ได้ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 100 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของเพนเดอร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบและลักษณะนิสัยในการเลือกรับประทานได้เหมาะสมกับโรค อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเบาหวานมานาน ได้รับคำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งเน้นหนักไปในเรื่องการควบคุมอาหารทั้งจาก

บุคลากรทางการแพทย์และจากสื่อต่างๆอยู่ตลอดเวลาจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี

สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว และศึกษาปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในชุมชน ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี เฉพาะผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 90 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 76.5 สถานภาพสมรส หม้าย/หย่า/แยก/โสด ร้อยละ 53.3 อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 72.2 มีรายได้ ร้อยละ 50

ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับดี ร้อยละ 63.3 การมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 31.1 สำหรับการดูแลตนเองด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.4 ส่วนการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพพบว่า ด้านโภชนาการ มีการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.9 และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 65.6 ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ร้อยละ 62.2 และรับประทานอาหารที่เอื้ออำนวยและมีประโยชน์ ร้อยละ 56.7

ธันยพร สุรินทร์คำ (2544) ได้ศึกษาเรื่อง วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ในตำบลเหมืองจี้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิงจำนวน 200 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ไม่เลือกรับประทานอาหาร ร้อยละ 87.5 รับประทานอาหาร 3 มื้อ เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 98.5 มีอาการเบื่ออาหารร้อยละ 74 ดื่มน้ำวันละ 4 – 6 แก้ว ร้อยละ 48 ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ซื้ออาหารและปรุงเอง โดยวิธีต้มและแกงเมืองรวมถึงชอบอาหารรสจืด ร้อยละ 53 มีการดื่มนมเป็นประจำ รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ การรับประทานอาหารประเภทใส่กะทิประมาณเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 34.5 – 60 โดยมีความเชื่อเกี่ยวกับอาหารที่รับประทาน คือ อาหารต่างๆที่ให้ประโยชน์แก่ร่างกาย อาหารประเภทขนมหวาน ขนมปัง น้ำตาล น้ำผึ้ง รับประทานแล้วเป็นเบาหวาน ร้อยละ 59.5 เชื่อว่าเครื่องดื่มบางประเภทมี

ประโยชน์และจำเป็นต่อร่างกาย ร้อยละ 30 ผู้สูงอายุจะเชื่อในอาหารแสลงมากกว่าเป็นอาหารไม่ถูกกับโรค ไม่มีประโยชน์ และทำให้โรคกำเริบ ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีมีอายุยืนยาว

กิงทิพย์ แต่มทอง (2546) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีหมู่บ้าน ท่าช้าง อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเพื่อทราบถึงวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ และเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้ในการศึกษาคือ แนวคิดเรื่องการขัดเกลาทางสังคม ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยทฤษฎีทางด้านชีวภาพ ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือระเบียบวิธีวิจัยสนามทางมานุษยวิทยา เช่น การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสำรวจสิ่งแวดล้อม การสำรวจประชากรและการสัมภาษณ์เจาะลึก

ผลการศึกษาพบว่า มีสมมติฐานที่ได้รับการยอมรับจำนวน 5 ข้อ คือ 1.ผู้สูงอายุเพศหญิงมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 2.ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่นมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่น 3.ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ 4.ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงย่อมมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง 5.ผู้สูงอายุที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีย่อมมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี และมีสมมติฐานที่ได้รับการปฏิเสธจำนวน 1 ข้อ คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา จึงสรุปได้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ มี 5 ประการได้แก่ เพศ ครอบครัว รายได้ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม

สายชล ฮวดเส็ง (2548) ได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาถึงความสัมพันธ์กับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในชุมชน โดยการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ในหมู่บ้านที่อยู่ในเขตตำบลทัพเสด็จ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว จำนวน 222 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 65.8 และผู้สูงอายุมีระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.8 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 60.4

เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชาย ในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรปราการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแรงงานสูงอายุชายที่มีอายุ 45 – 49 ปี ในสถานประกอบการประเภทโลหะ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 280 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ผลการศึกษาพบว่า แรงงานสูงอายุชายส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมระดับปานกลาง ร้อยละ 57.4 โดยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ การจัดการกับความเครียด โภชนาการ การออกกำลังกาย การมีสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการประสบความสำเร็จในชีวิต ร้อยละ 52.9, 51.8, 45.0, 42.1, 38.2 และ 29.6 ตามลำดับ

งานวิจัยต่างประเทศ

สปีคและคณะ (Speak et al, 1989) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีกับปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพและปัจจัยความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 297 คน อายุ 65 ปีขึ้นไป เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม และแบบวัดวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า เชื้อชาติคอเคเซียนระดับการศึกษาสูงกว่ามีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนวิถีชีวิตในองค์ประกอบย่อย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เพนเดอร์และคณะ (Pender et al, 1990) ได้ศึกษาวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ โดยใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) เลือกศึกษาปัจจัยด้านความรู้ – การรับรู้ 4 ปัจจัย ได้แก่ การให้คำนิยามทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตน ปัจจัยร่วม 2 ปัจจัย ได้แก่ คุณลักษณะทางประชากร และปัจจัยด้านพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานในบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 250 คน และมีโครงการส่งเสริมสุขภาพในบริษัทนั้นๆ ประกอบด้วยกิจกรรมการบริหารร่างกาย โภชนาการ กิจกรรมการผ่อนคลายความเครียดจำนวน 6 บริษัท จำนวน 589 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีค่าคะแนนสูงที่สุด คือ ด้านการบรรลุเป้าหมายในชีวิตและด้านออกกำลังกาย ค่าคะแนนต่ำที่สุดคือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการจัดการกับความเครียด นอกจากนี้อีก 3 เดือนต่อมา ได้มีการวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

คนงานเข้า พบว่า โดยภาพรวม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคนงานมีค่าคะแนนสูงขึ้น ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ทั้ง 4 ปัจจัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในสถานประกอบการ โดยที่ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ และปัจจัยร่วม สามารถร่วมกันทำนายความแปรปรวนในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพร้อยละ 31

เคลลีและคณะ (Kelly et al,1991) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการทำนายแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านคือ การคาดเข็มขัดนิรภัย นิสัยการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการรับประทาน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 18-80 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยของ Family Practice Residency Program ของเมืองคลีฟแลนด์ จำนวน 215 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อทางสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำงานแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเกือบทุกด้าน และตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายได้ดีที่สุดคือ การรับรู้ประโยชน์และความแข็งแรงของความสามารถในตนเอง สำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ทั้งตัวแปรความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ทั้งตัวแปรความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ทั้งตัวแปรความเชื่อทางสุขภาพ การวิเคราะห์อำนาจจำแนกพบว่าตัวแปรแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คริวริสและคณะ (Kouris et al, 1991) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปี ในประเทศกรีซ โดยใช้วิธีแบบผสมผสาน พบว่า มากกว่า 75% เชื่อว่าการบริโภคเนื้อไม่ดีต่อสุขภาพ การบริโภคปลาดีต่อหัวใจ การบริโภคถั่วทำให้อายุยืน สัมเป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้สูงอายุเพราะทำให้ความดันโลหิตสูงซึ่งไม่ควรบริโภค แต่ถ้าบริโภคถั่วที่ผ่านการรักษาโรคบางอย่างได้ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยตามความเชื่อเกือบทั้งหมด

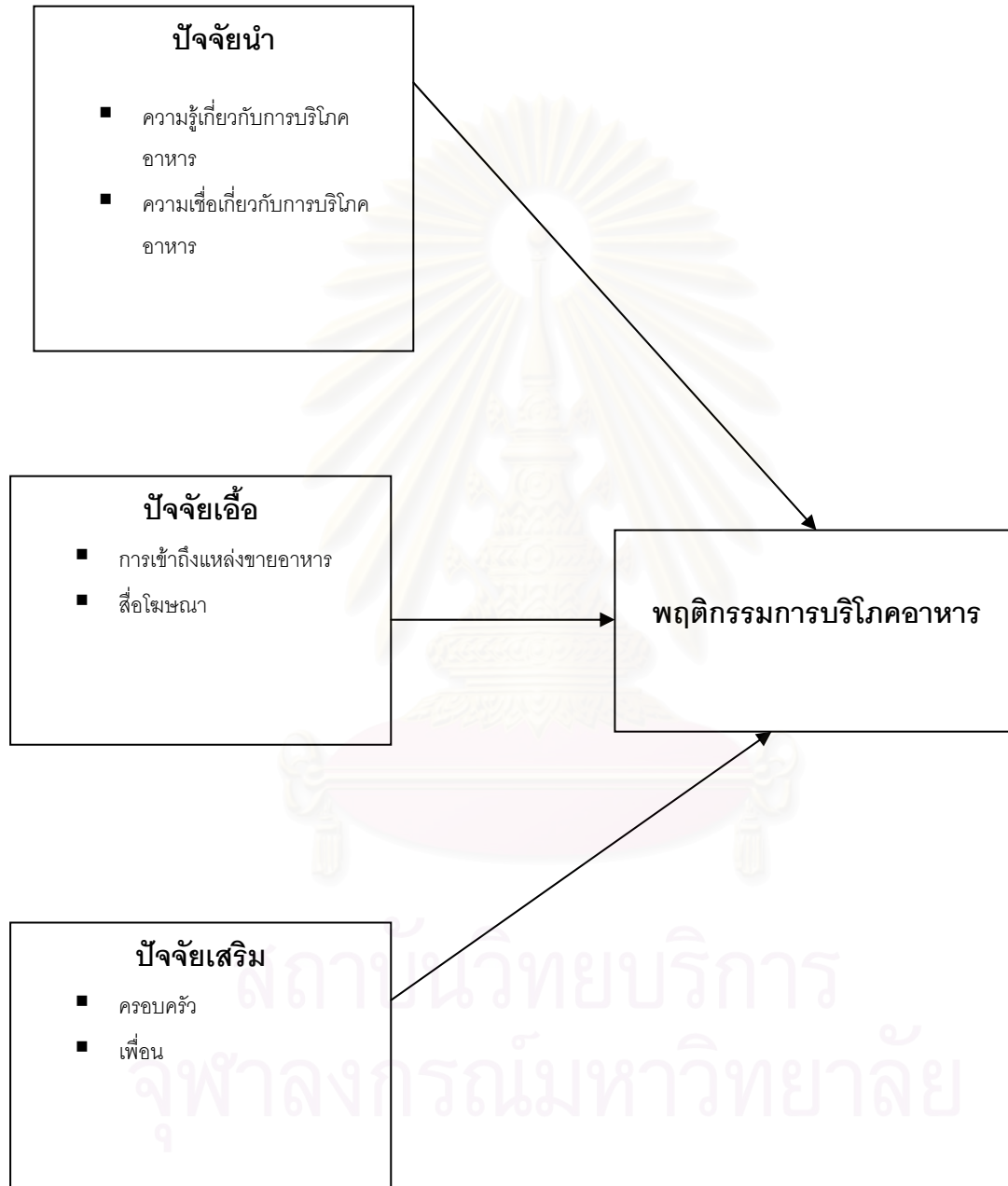
คัพปาและมิเชลล์ (Kupka and Michell, 1992) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 104 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ได้รับความรู้ด้านโภชนาการและมีการแสดงตัวอย่างจริง กลุ่มที่ 2 ได้รับความรู้ด้านโภชนาการโดยการบรรยาย และกลุ่มที่ 3 ไม่ได้มีความรู้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มแรกเป็นกลุ่มสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้มากที่สุด และสรุปได้ว่าการให้ความรู้ด้านโภชนาการโดยมีรูปแบบและการปฏิบัติจริงจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ทำให้ทราบถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ สุขภาพของผู้สูงอายุ และความสำคัญในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีต่อผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีจะมีส่วนสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นนอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุหลายประการ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 27,775 คน โดยใช้เกณฑ์การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น (Level of confidence) 95% เมื่อได้กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 ดังนี้

สูตรการคำนวณขนาดของตัวอย่าง

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ e = ความคลื่อนคลาดของการสุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

n = ขนาดของตัวอย่าง

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{27,775}{1 + 27,775 (0.05)^2} \\ &= 394.32 \end{aligned}$$

ดังนั้นจะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 394 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยปรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 420 คน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เป็นต้นมา กรุงเทพมหานครได้มี “การแบ่งเขตตามการบริหารงาน” โดยจัดแบ่งเขตทั้ง 50 เขต ออกเป็น 6 กลุ่ม (สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร, 2544) ดังนี้

1. กลุ่มรัตนโกสินทร์ ประกอบด้วย 9 เขต คือ บางซื่อ ดุสิต พญาไท ราชเทวี ปทุมวัน พระนคร ป้อมปราบศัตรูพ่าย สัมพันธวงศ์ และบางรัก

2. กลุ่มบุรพา ประกอบด้วย 9 เขต คือ ดอนเมือง หลักสี่ สายไหม บางเขน จตุจักร ลาดพร้าว บึงกุ่ม บางกะปิ และวังทองหลาง

3. กลุ่มศรีนครินทร์ ประกอบด้วย 8 เขต คือ สะพานสูง มีนบุรี คลองสามวา หนองจอก ลาดกระบัง ประเวศ สวนหลวง และคันนายาว

4. กลุ่มเจ้าพระยา ประกอบด้วย 9 เขต คือ ดินแดง ห้วยขวาง วัฒนา บางนา พระโขนง สาทร คลองเตย บางคอแหลม และยานนาวา

5. กลุ่มกรุงธนบุรีใต้ ประกอบด้วย 8 เขต คือ บางขุนเทียน บางบอน จอมทอง ราษฎร์บูรณะ ทุ่งครุ ธนบุรี คลองสาน และบางแค

6. กลุ่มกรุงธนบุรีเหนือ ประกอบด้วย 7 เขต คือ บางพลัด ตลิ่งชัน บางกอกน้อย บางกอกใหญ่ ภาษีเจริญ หนองแขม และทวีวัฒนา

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการสุ่มแบบหลายชั้น (Multi – Stage sampling) โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 กลุ่ม โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ กลุ่มรัตนโกสินทร์ กลุ่มบุรพา กลุ่มศรีนครินทร์ กลุ่มเจ้าพระยา กลุ่มกรุงธนบุรีใต้ และกลุ่มกรุงธนบุรีเหนือ และในขั้นตอนต่อไปคือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างออกมา 2 เขตจากในแต่ละกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 6 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยใช้การจับฉลาก ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากลุ่มละ 2 เขต ดังนี้

1. กลุ่มรัตนโกสินทร์ คือ เขตบางซื่อ เขตปทุมวัน
2. กลุ่มบุรพา คือ เขตบางเขน เขตดอนเมือง
3. กลุ่มศรีนครินทร์ คือ เขตสวนหลวง เขตมีนบุรี
4. กลุ่มเจ้าพระยา คือ เขตห้วยขวาง เขตวัฒนา
5. กลุ่มกรุงธนบุรีใต้ คือ เขตคลองสาน เขตธนบุรี
6. กลุ่มกรุงธนบุรีเหนือ คือ เขตบางกอกน้อย เขตบางกอกใหญ่

2. ผู้วิจัยได้นำกลุ่มตัวอย่างแต่ละเขต มาทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ทำให้ได้จำนวนผู้สูงอายุเขตละ 35 คน ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตาราง

ตารางแสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่ม เขต และจำนวนผู้สูงอายุที่
ทำการศึกษา

รายชื่อกลุ่ม	รายชื่อเขต	จำนวนผู้สูงอายุ /เขต
รัตนโกสินทร์	บางซื่อ	35 คน
	ปทุมวัน	35 คน
บูรพา	บางเขน	35 คน
	ดอนเมือง	35 คน
ศรีนครินทร์	สวนหลวง	35 คน
	มีนบุรี	35 คน
เจ้าพระยา	ห้วยขวาง	35 คน
	วัฒนา	35 คน
กรุงธนบุรีใต้	คลองสาน	35 คน
	ธนบุรี	35 คน
กรุงธนบุรีเหนือ	บางกอกน้อย	35 คน
	บางกอกใหญ่	35 คน
รวม		420 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

ก. ปัจจัยนำ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
2. ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ข. ปัจจัยอื่น ได้แก่

1. การเข้าถึงแหล่งขายอาหาร
2. สื่อโฆษณา

ค. ปัจจัยเสริม ได้แก่

1. ครอบครัว
2. เพื่อน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

เกณฑ์ในการให้คะแนนของเครื่องมือ

การตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

1. ปัจจัยนำ

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีลักษณะคำถามแบบให้เลือกตอบ โดยจะมีคำตอบเพียงคำตอบเดียว ถ้าตอบถูกให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ตอบผิดให้ค่าคะแนนเท่ากับ 0 และผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์การประเมินความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ดังต่อไปนี้

ระดับ 5 ความรู้ดีมาก	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป
ระดับ 4 ความรู้ดี	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70 - 79
ระดับ 3 ความรู้ค่อนข้างดี	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 69
ระดับ 2 ความรู้พอใช้	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 50 - 59
ระดับ 1 ความรู้ต้องปรับปรุง	ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50

1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร มีลักษณะคำถามที่เป็นทั้งด้านบวกและลบ ตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เห็นด้วย	1	-1
ไม่แน่ใจ	0	0
ไม่เห็นด้วย	-1	1

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับความเชื่อ
0.34 – 1.00	ดี
(-0.32) – 0.33	ปานกลาง
(-1.00) – (-0.33)	ควรปรับปรุง

2. ปัจจัยอื่น

ปัจจัยอื่นต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นคำถามแบบถูก – ผิด (True – False Items) โดยให้เลือกคำตอบ ใช่และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ใช่ ให้คะแนน 1 ไม่ใช่ ให้คะแนน 0

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับปัจจัยอื่น
> 74%	มาก
47 – 74%	ปานกลาง
< 47%	น้อย

3. ปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริมต่อการบริโภคอาหาร มีลักษณะคำถามที่เป็นทั้งด้านบวกและลบ ตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือกคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 – 7 ครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับปัจจัยเสริม
1.34 – 2.00	มาก
0.67 – 1.33	ปานกลาง
0.00 – 0.66	น้อย

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีลักษณะคำถามที่เป็นทั้งด้านบวกและลบ ตามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) และกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 3 ตัวเลือกคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยมีความหมาย ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 – 7 ครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1	1
ไม่ปฏิบัติ	0	2

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34 – 2.00	ดี
0.67 – 1.33	ปานกลาง
0.00 – 0.66	ควรปรับปรุง

วิธีการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำราหนังสือ หลักสูตรและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
2. ศึกษาเทคนิคและวิธีการสร้างแบบสอบถามจากตำราที่เกี่ยวข้องกับการวัดและประเมินผล
3. สร้างแบบสอบถาม ให้ข้อคำถามมีความตรงในเนื้อหาและครอบคลุมเนื้อเรื่องที่ต้องการศึกษา
4. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้ว ให้อาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) พร้อมทั้งขอคำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง
5. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.816
6. นำผลการวิเคราะห์ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือให้เป็นฉบับสมบูรณ์ และนำไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อขอหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัยไปขออนุญาตทำการวิจัยจากชมรมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในเขตการปกครองกรุงเทพมหานคร
3. ทำการเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยมีหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยจะวัดรอบเอวของผู้สูงอายุในแต่ละคนก่อนทำแบบสอบถาม
5. รวบรวมแบบสอบถามที่ผู้ตอบแบบสอบถามคืนมา ตรวจสอบคะแนนและนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ขั้นเตรียมข้อมูล นำแบบสอบถามที่มีข้อมูลสมบูรณ์ที่ได้มาทำการลงรหัสและตรวจให้คะแนน
2. ขั้นการวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติการบรรยาย (Descriptive statistics) นำเสนอข้อมูลเชิงปริมาณในรูปแบบตารางแสดงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะตัวแปร
2. สถิติวิเคราะห์ (Analysis statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression)

การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (ประคอง กรรณสูตร, 2535) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จะมีค่าระหว่าง .00 ถึง 1.00 ซึ่งมีทิศทางไปทางบวกหรือทางลบและในการพิจารณาขนาดของสหสัมพันธ์จากสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ให้พิจารณาเฉพาะตัวเลขสำหรับเครื่องหมาย + หรือ - เป็นสัญลักษณ์แสดงทิศทางของความสัมพันธ์ การตัดสินว่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ขนาดใหญ่สูงหรือต่ำ อาจตัดสินระดับของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์หลังการทดสอบแล้วว่ามีนัยสำคัญอย่างกว้างๆดังนี้

1. เมื่อสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้า 1.00 (ประมาณ .70 ถึง .90) ถือว่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง
2. เมื่อสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ .5 (ประมาณ .30 ถึง .70) ถือว่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง
3. เมื่อสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 0.00 (ประมาณ .30 และต่ำกว่า) ถือว่าสหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 420 คน ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งสิ้น 420 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 และได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 นำข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist) และแบบปลายเปิด (Open ended) มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) แล้วนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบความเรียง

ส่วนที่ 2 นำข้อมูลจากแบบสอบถามตอนที่ 2 เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) แล้วนำเสนอในรูปแบบของตารางประกอบความเรียง

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Multiple regression analysis)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับเพศของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	168	40
หญิง	252	60

จากตารางที่ 1 แสดงว่า จำนวนผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นเพศหญิง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 รองลงมาเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับอายุของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
60-69 ปี	219	52.1
70-79 ปี	138	32.9
80-89 ปี	56	13.3
90 ปีขึ้นไป	7	1.7

จากตารางที่ 2 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีจำนวนอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.1 รองลงมาช่วงอายุ 70 – 79 ปี ,80 – 89 ปี และ 90 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 32.9, 13.3 และ 1.7 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับรอบเอวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

	รอบเอว	จำนวน	ร้อยละ
ชาย มีรอบเอว	มากกว่า 90 เซนติเมตร	51	30.6
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร	117	69.4
หญิง มีรอบเอว	มากกว่า 80 เซนติเมตร	153	60.6
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 เซนติเมตร	99	39.4

จากตารางที่ 3 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเพศชายส่วนใหญ่มีรอบเอว น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 69.4 และผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวมากกว่า 80 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 60.6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

	ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
	ต่ำกว่าประถมศึกษา	30	7.2
	ประถมศึกษา	142	33.8
	มัธยมศึกษา	119	28.3
	อนุปริญญา	43	11.2
	ปริญญาตรี	66	15.7
	สูงกว่าปริญญาตรี	20	4.8

จากตารางที่ 4 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.8 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา, ปริญญาตรี, อนุปริญญา ต่ำกว่าประถมศึกษาและสูงกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 28.3, 15.7, 11.2, 7.2 และ 4.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับอาชีพหลักของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

อาชีพหลัก	จำนวน	ร้อยละ
ข้าราชการบำนาญ	113	26.9
ค้าขาย	61	14.5
พนักงานรัฐวิสาหกิจบำนาญ	24	5.7
เกษตกร	11	2.6
ไม่ได้ทำงาน	191	45.4
อาชีพอื่นๆ	20	4.8

จากตารางที่ 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 45.4 รองลงมา เป็นข้าราชการบำนาญ ,ค้าขาย และพนักงานรัฐวิสาหกิจบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 26.9, 14.5 และ 5.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับรายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายได้ต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5,000 บาท	85	20.2
5,000 – 10,000 บาท	72	17.1
10,001 – 15,000 บาท	50	11.9
15,001 – 20,000 บาท	47	11.2
สูงกว่า 20,000 บาท	64	15.2
ไม่มีรายได้	102	24.3

จากตารางที่ 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 24.3 รองลงมา รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ,5,000 – 10,000 บาท ,สูงกว่า 20,000 บาท , 10,001 – 15,000 บาท และ15,001 – 20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.2, 17.1, 15.2, 11.9 และ 11.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

สภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
มีโรคประจำตัว	282	67.1
โรคความดันโลหิตสูง	148	35.2
โรคเบาหวาน	60	14.4
โรคไขมันในเส้นเลือดสูง	31	7.4
โรคข้อและกระดูก	24	5.7
โรคหัวใจ	13	3.2
โรคภูมิแพ้ หอบหืด	6	1.2
ไม่มีโรคประจำตัว	138	32.9

จากตารางที่ 7 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 67.1 ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.2 รองมาป่วยเป็นโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.4 และป่วยเป็นโรคไขมันในเส้นเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 7.4 ตามลำดับ และมีผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 32.9

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพฟันของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร

สภาวะสุขภาพฟัน	จำนวน	ร้อยละ
มีปัญหา	157	37.4
ไม่มีปัญหา	263	62.6

ตารางที่ 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่สภาวะสุขภาพฟันไม่มีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 62.6 และสภาวะสุขภาพฟันมีปัญหา คิดเป็นร้อยละ 37.4

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้สูงอายุใน
เขตกรุงเทพมหานคร

สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
อยู่กับคู่สมรส	105	25.0
อยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน	120	28.6
อยู่กับลูกหลาน	152	36.2
อยู่ตามลำพัง	37	8.8
อื่นๆ	6	1.4

ตารางที่ 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอาศัยอยู่กับลูกหลานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.2 รองลงมา อยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน ,อยู่กับคู่สมรส ,อยู่ตามลำพัง และอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 28.6, 25, 8.8 และ 1.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

การรับประทานอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ทำอาหารด้วยตนเอง	251	59.8
ซื้อมารับประทาน	192	45.7
คนในครอบครัวทำอาหารให้รับประทาน	215	51.2
คู่สมรส	83	19.8
แม่ครัว	35	8.3
ลูก	81	19.3
อื่นๆ	16	3.8

ตารางที่ 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครทำอาหารด้วยตนเอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59.8 รองลงมา คนในครอบครัวทำอาหารให้รับประทาน และซื้อมารับประทาน คิดเป็นร้อยละ 51.2 และ 45.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับแหล่งที่มาของข้อมูลความรู้ในการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

แหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ	231	55.0
เพื่อนบ้าน	129	30.7
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	132	31.4
โรงพยาบาล / คลินิก	107	25.4
วิทยุ	84	20.0
โทรทัศน์	188	44.8
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร	152	36.2
อินเทอร์เน็ต	20	4.8
อื่นๆ	35	8.3

ตารางที่ 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้รับแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร จากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา โทรทัศน์ , หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 44.8, 36.2 และ 31.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย)

อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำ	จำนวน	ร้อยละ
อาหารประเภทเนื้อปลา	251	55.0
น้ำพริกปลาทุ หรือผักต้ม	200	47.6
อาหารประเภทเนื้อวัว หมู หรือไก่	140	33.3
อาหารที่มีรสจัด เช่น ผัดเผ็ด แกงส้ม ต้มยำ	137	32.6
อาหารที่มีรสจืด เช่น แกงจืดเต้าหู้ แกงจืด แกงเลียง	128	30.5
ข้าวกล้อง โจ๊ก ข้าวต้ม	116	27.6
อาหารที่ใช้กะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แพนงหมู	101	24.0
ขนมหวาน เช่น ก๋วยบวชชี บัวลอย	80	19.0
อาหารประเภทยา เช่น ยาหมอยอ ยาไขเยี่ยวม่า	72	17.1
อื่นๆ	39	9.3
อาหารประเภทผัด เช่น ผัดผักรวมมิตร	36	8.6
ไข่/นม	32	7.6
อาหารประเภทเส้น เช่น ก๋วยเตี๋ยว ราดหน้า ผัดไทย	28	6.7
อาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู	25	6.0
อาหารประเภทเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ใส่อ่อน	9	2.1
อาหารประเภทแปลกๆ เช่น ผัดเผ็ดปลาไหล	5	1.2

จากตารางที่ 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมา น้ำพริกปลาทุ หรือผักต้ม ,อาหารประเภทเนื้อวัว หมู ไก่ และอาหารที่มีรสจัด คิดเป็นร้อยละ 47.6, 33.3 และ 32.6 ตามลำดับ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ทานรับประทานเนื้อปลา	269 (64)	149 (35.5)	2 (0.5)
**2. ทานรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน	27 (6.4)	275 (65.5)	118 (28.1)
3. ทานรับประทานข้าวกล้อง ข้าวผสมธัญพืชหรือ ข้าว สวย	227 (54)	168 (40)	25 (6)
4. ทานรับประทานผักใบเขียว เช่น ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า ผักบุ้ง มะเขือยาว	319 (76)	101 (24)	0 (0)
**5. ทานรับประทานผักดอง เช่น หน่อไม้ดอง ผักกาด ดอง	20 (4.8)	272 (64.8)	120 (28.6)
6. ทานรับประทานผลไม้สด เช่น ส้มเขียวหวาน กัลฉวย ส้มโอ ฝรั่ง มะม่วง แอปเปิ้ล	301 (71.7)	116 (27.6)	3 (0.7)
**7. ทานรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ขนุน ลำไย ลิ้นจี่ หน้อยหน้า องุ่น ละมุด อ้อย	28 (6.7)	331 (78.8)	61 (14.5)
8. ทานปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันเมล็ด ทานตะวัน น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว	271 (64.5)	110 (26.2)	39 (9.3)
9. ทานดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว	356 (84.8)	56 (13.3)	8 (1.9)
**10. ทานดื่มกาแฟ ชานม โอเลี้ยง หรือโกโก้	102 (24.3)	223 (53.1)	95 (22.6)

**ชื่อคำถามทางลบ

ตารางที่ 13 (ต่อ)

รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
**11. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์	21 (5)	97 (23.1)	302 (71.9)
12. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา	256 (61)	155 (36.9)	9 (2.1)
**13. ท่านเติมน้ำตาล น้ำปลาลงในอาหาร	99 (23.6)	239 (56.9)	82 (19.5)
14. ท่านรับประทานอาหารพวกปลาเล็กปลาน้อย	230 (54.8)	182 (43.3)	8 (1.9)
**15. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด หรือเปรี้ยวจัด	55 (13.1)	218 (51.9)	147 (35)

**ข้อความทางลบ

จากตารางที่ 13 แสดงว่า เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นข้อความทางบวกเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีพฤติกรรมการดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้วเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.8 รองลงมา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานผักใบเขียวเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 76 และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานผลไม้สด คิดเป็นร้อยละ 71.7

และเมื่อพิจารณาข้อความทางลบเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดื่มกาแฟชานม โอเลี้ยงหรือโกโก้เป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.3 รองลงมา ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมเติมน้ำตาล น้ำปลาลงในอาหารเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 23.6 และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมรับประทานอาหารรสจัดเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 13.1

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	N = 420	
	\bar{X}	S.D.
1. ทานรับประทานเนื้อปลา	1.64	0.49
**2. ทานรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน	1.22	0.55
3. ทานรับประทานข้าวกล้อง ข้าวผสมธัญพืชหรือ ข้าว สวดย	1.48	0.61
4. ทานรับประทานผักใบเขียว เช่น ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า ผักบุ้ง มะเขือยาว	1.76	0.43
**5. ทานรับประทานผักดอง เช่น หน่อไม้ดอง ผักกาด ดอง	1.28	0.58
6. ทานรับประทานผลไม้สด เช่น ส้มเขียวหวาน กัลฉวย ส้มโอ ฝรั่ง มะม่วง แอปเปิ้ล	1.71	0.47
**7. ทานรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย ลิ้นจี่ หน้อยหน้า องุ่น ละมุด อ้อย	1.08	0.45
8. ทานปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันเมล็ด ทานตะวัน น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว	1.55	0.66
9. ทานดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว	1.83	0.43
**10. ทานดื่มกาแฟ ชานม โอเลี้ยง หรือโกโก้	1.01	0.84
**11. ทานดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์	1.67	0.57
12. ทานรับประทานอาหารตรงเวลา	1.59	0.54
**13. ทานเติมน้ำตาล น้ำปลาลงในอาหาร	0.96	0.66
14. ทานรับประทานอาหารพวกปลาเล็กปลาน้อย	1.53	0.54
**15. ทานรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็ม จัด หวานจัด หรือเปรี้ยวจัด	1.22	0.66
รวม	1.43	0.56
ระดับการปฏิบัติ	ดี	

**ข้อความทางลบ

จากตารางที่ 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าเฉลี่ย 1.43 เมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อทางบวก พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว มีค่าเฉลี่ย 1.83 รองลงมา ท่านรับประทานผักใบเขียว มีค่าเฉลี่ย 1.76 และท่านรับประทานผลไม้สด มีค่าเฉลี่ย 1.71 และเมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อทางลบ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านดื่มแอลกอฮอล์ มีค่าเฉลี่ย 1.67 รองลงมา ท่านรับประทานผักดอง ค่าเฉลี่ย 1.28 และท่านรับประทานอาหารรสจัด มีค่าเฉลี่ย 1.22



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

2.1 ปัจจัยนำ

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับความรู้ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	N = 420	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การดื่มนมจะทำให้ไม่เป็นโรคกระดูกพรุน	408	97.1
2. ถั่วเหลือง ถั่วแดง และถั่วดำ สามารถรับประทานแทนเนื้อสัตว์ได้	375	89.3
3. เนื้อหมูเป็นอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด	294	70.0
4. ข้าว ผัก ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย	384	91.4
5. กากใยอาหารช่วยในการขับถ่ายและลดไขมันในเส้นเลือด	395	94.0
6. ผลไม้ เช่น กล้วย มะม่วง แอปเปิ้ล ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง	227	54.0
7. ผู้สูงอายุสามารถรับประทานไข่ได้ถึงสัปดาห์ละ 3 ฟอง	280	66.7
8. ปลาเล็กปลาน้อยมีสารอาหารที่ช่วยบำรุงกระดูก	408	97.1
9. น้ำมันพืช ทำให้ไขมันในเส้นเลือดสูง	196	46.7
10. ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว	406	96.7
11. การดื่มกาแฟวันละ 2 ถ้วย จะทำให้เป็นโรคกระดูกพรุน	311	74.0
12. ของหวานไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	307	73.1

จากตารางที่ 15 กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตอบถูกในข้อคำถามเรื่องการดื่มนมจะทำให้ไม่เป็นโรคกระดูกพรุน และปลาเล็กปลาน้อยมีสารอาหารที่ช่วยบำรุงกระดูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 97.1 รองลงมา ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 96.7 และข้อที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุด คือ น้ำมันพืชทำให้ไขมันในเส้นเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 46.7

ตารางที่ 16 จำนวนและร้อยละ ของคะแนนความรู้ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุใน
เขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	N = 420	
	จำนวน	ร้อยละ
1. ดีมาก (ตอบถูก 10 ข้อขึ้นไป)	256	61
2. ดี (ตอบถูก 9 ข้อ)	90	21.4
3. ปานกลาง (ตอบถูก 8 ข้อ)	55	13.1
4. ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ (ตอบถูก 7 ข้อ)	19	4.5
5. ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ (ตอบถูก 0 – 6 ข้อ)	0	0
คะแนนเฉลี่ย		10.12

จากตารางที่ 16 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก คือ มีค่าเฉลี่ยรวม 10.12 จากคะแนนเต็ม 12 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในการรับประทานอาหาร ตอบถูก 10 ข้อขึ้นไปอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 61 รองลงมาตอบถูก 9 ข้อ มีความรู้ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 21.4 และผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความรู้ผ่านเกณฑ์ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำทุกคน

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับความเชื่อในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุใน
เขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ	372 (88.6)	23 (5.5)	25 (6)
2. อาหารเช้าเป็นมื้อสำคัญที่สุด	389 (92.6)	20 (4.8)	11 (2.6)
**3. การรับประทานอาหารมากๆ จะทำให้ได้รับ สารอาหารเพิ่มสูงขึ้น	114 (27.1)	112 (26.7)	194 (46)
**4. การงดรับประทานอาหารเย็น เป็นวิธีที่ดีในการ ลดน้ำหนัก	199 (47.4)	70 (16.7)	151 (36)
**5. การรับประทานอาหารเสริมทำให้มีสุขภาพดี	170 (40.5)	171 (40.7)	79 (18.8)
**6. การรับประทานไข่ดิบทำให้ร่างกายแข็งแรง	41 (9.8)	88 (21)	291 (69.3)
7. การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆจะทำให้เป็นโรค พยาธิ	350 (83.3)	29 (6.9)	40 (9.5)
**8. การรับประทานรสเผ็ดจัดทำให้เจริญอาหาร	99 (23.3)	103 (24.5)	218 (51.9)
9. การรับประทานอาหารเค็มจัดเกินไปจะทำให้เป็น โรคไต	367 (87.4)	27 (6.4)	26 (6.2)
10. การรับประทานอาหารพวกแป้ง ย่าง จะทำให้เป็น โรคมะเร็ง	340 (81)	52 (12.4)	28 (6.7)

**ข้อความทางลบ

จากตารางที่ 17 แสดงว่า เมื่อพิจารณาความเชื่อในการบริโภคอาหารที่เป็นข้อคำถามทางบวกรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เห็นด้วยกับอาหารเช้าเป็นมื้อสำคัญ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.6 รองลงมา เห็นด้วยกับการรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ คิดเป็นร้อยละ 88.6 และเห็นด้วยกับการรับประทานอาหารเช้ามจัดเกินไปทำให้เป็นโรคไต คิดเป็นร้อยละ 87.4

เมื่อพิจารณาความเชื่อในการบริโภคอาหารที่เป็นข้อคำถามทางลบรายข้อ พบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เห็นด้วยกับการงดอาหารเย็น เป็นวิธีที่ดีในการลดน้ำหนัก มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.4 รองลงมา เห็นด้วยกับการรับประทานอาหารเช้าริมทำให้มีสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 40.5 และเห็นด้วยกับการรับประทานอาหารมากๆจะทำให้ได้รับสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 27.1



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับความเชื่อในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	N = 420	
	\bar{X}	S.D.
1. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ	0.83	0.51
2. อาหารเช้าเป็นมื้อสำคัญที่สุด	0.90	0.38
**3. การรับประทานอาหารมากๆ จะทำให้ได้รับสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น	0.19	0.84
**4. การงดรับประทานอาหารเช้า เป็นวิธีที่ดีในการลดน้ำหนัก	-0.11	0.91
**5. การรับประทานอาหารเสริมทำให้มีสุขภาพดี	-0.22	0.74
**6. การรับประทานไขมันดีทำให้ร่างกายแข็งแรง	0.62	0.66
7. การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆจะทำให้เป็นโรคพยาธิ	0.74	0.62
**8. การรับประทานรสเผ็ดจัดทำให้เจริญอาหาร	0.28	0.82
9. การรับประทานอาหารเค็มจัดเกินไปจะทำให้เป็นโรคไต	0.81	0.53
10. การรับประทานอาหารพวกแป้ง ย่าง จะทำให้เป็นโรคมะเร็ง	0.74	0.57
รวม	0.47	0.66
ระดับความเชื่อ		ดี

** ข้อคำถามทางลบ

หมายเหตุ ข้อคำถามทางบวก มีค่าคะแนน คือ เห็นด้วย = 1, ไม่แน่ใจ = 0, ไม่เห็นด้วย = -1

ข้อคำถามทางลบ มีค่าคะแนนคือ เห็นด้วย = -1, ไม่แน่ใจ = 0, ไม่เห็นด้วย = 1

จากตารางที่ 18 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าเฉลี่ย 0.47 เมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อทางบวก พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ อาหารเช้าเป็นมื้อสำคัญที่สุด มีค่าเฉลี่ย 0.90 รองลงมา ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ มีค่าเฉลี่ย 0.83 และการรับประทานอาหารเช้าจัดเกินไปจะทำให้เป็นโรคไต มีค่าเฉลี่ย 0.81 และเมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อทางลบ พบว่า การรับประทานไข่ดิบทำให้ร่างกายแข็งแรง มีค่าเฉลี่ย 0.62 รองลงมา การรับประทานรสเผ็ดทำให้เจริญอาหาร มีค่าเฉลี่ย 0.28 และการรับประทานอาหารมากๆ จะทำให้ได้รับสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น มีค่าเฉลี่ย 0.19



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 ปัจจัยอื่น

ตารางที่ 19 จำนวนและค่าร้อยละ เกี่ยวกับปัจจัยอื่นด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารและสื่อโฆษณาในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. มีห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่อยู่ใกล้บ้านท่าน	304 (72.4)	116 (27.6)
2. มีร้านสะดวกซื้ออยู่ใกล้บ้านท่าน	376 (89.5)	44 (10.5)
3. มีตลาดใต้ร่ม อยู่นอกบ้านท่าน	143 (34)	277 (66)
4. มีร้านขายอาหารตามสั่งอยู่ใกล้บ้านท่าน	336 (80)	84 (20)
5. ท่านหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกรับประทานอาหาร	283 (67.4)	137 (32.6)
6. ท่านเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารตามโฆษณาจากหนังสือพิมพ์ หรือโทรทัศน์	97 (23.1)	323 (76.9)
7. ท่านรับประทานหรือซื้ออาหารตามที่ได้เห็นจากป้ายโฆษณา	47 (11.2)	373 (88.8)
8. ท่านปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล	382 (91)	38 (9)
9. ท่านเลือกซื้ออาหารที่มีซองแถม	68 (16.2)	352 (83.8)

จากตารางที่ 19 แสดงว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร (ข้อ 1-4) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถเข้าถึงแหล่งขายอาหารเป็นร้านสะดวกซื้อ (ข้อ 2) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 89.5 รองลงมา คือ ร้านอาหารตามสั่ง (ข้อ 4) คิดเป็นร้อยละ 80 และเมื่อพิจารณาปัจจัยเอื้อด้านสื่อโฆษณา (ข้อ 5-9) พบว่าผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล (ข้อ 8) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 91 รองมา คือ การหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกรับประทานอาหาร (ข้อ 5) คิดเป็นร้อยละ 67.4



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของคะแนน เกี่ยวกับปัจจัยเอื้อในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	N = 420	
	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่ในเกณฑ์ระดับสูง (ตอบใช่ 7 ข้อขึ้นไป)	53	12.6
2. อยู่ในเกณฑ์ระดับปานกลาง(ตอบใช่ 4 – 6 ข้อ)	282	67.1
3. อยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ (ตอบใช่ต่ำกว่า 3 ข้อ)	85	20.3
คะแนนเฉลี่ย	5.14	

จากตารางที่ 20 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีปัจจัยเอื้อในการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ย 5.14 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ เกณฑ์ระดับต่ำและเกณฑ์ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 20.3 และ 12.6 ตามลำดับ

2.3 ปัจจัยเสริม

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละ เกี่ยวกับปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อนในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	ปฏิบัติ ประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ครอบครัวของท่านรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง	206 (49.1)	175 (41.7)	5 (1.2)
**2. ครอบครัวของท่านใช้กะทิในการประกอบอาหาร	40 (9.5)	287 (68.3)	59 (14)
3. ครอบครัวของท่านประกอบอาหารโดยใช้เนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์	177 (42.1)	200 (47.6)	9 (2.1)
**4. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสหวาน	27 (6.4)	245 (58.3)	114 (27.1)
**5. ครอบครัวของท่านประกอบอาหารประเภท ทอด ย่าง หรือรมควัน	32 (7.6)	278 (66.2)	77 (18.3)
6. เพื่อนๆของท่านมักพบกันเพื่อประกอบอาหาร สุขภาพและรับประทานอาหารร่วมกัน	59 (14)	220 (52.4)	141 (33.6)
**7. เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารแปลกๆ เช่น กบทอด หมูป่าผัดเผ็ด	21 (5)	131 (31.2)	268 (63.8)
**8. เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารจานเดียว เช่น ข้าวขาหมู ข้าวหมูแดง ข้าวมันไก่	23 (5.5)	252 (60)	145 (34.5)
9. เพื่อนๆของท่านมักนำอาหารเสริมบำรุงร่างกายมาให้	31 (7.4)	225 (53.6)	164 (39)
10. เพื่อนๆของท่านมักชวนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ปลาเนื้อนุ่ม น้ําซุปลัก	151 (36)	238 (56.7)	31 (7.4)

**ขอคำถามทางลบ

จากตารางที่ 21 แสดงว่า เมื่อพิจารณาปัจจัยเสริมด้านครอบครัวที่เป็นข้อคำถามในทางบวก รายชื่อ พบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่างเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.1 และเมื่อพิจารณาข้อคำถามในทางลบ พบว่า ครอบครัวของผู้สูงอายุใช้กะทิในการประกอบอาหารเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.5

ในส่วนของปัจจัยเสริมด้านเพื่อน เมื่อพิจารณาข้อคำถามในทางบวก รายชื่อ พบว่า เพื่อนๆของผู้สูงอายุมักชวนรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 36 และเมื่อพิจารณาข้อคำถามในทางลบ รายชื่อ พบว่า เพื่อนๆของผู้สูงอายุมักชวนกันไปรับประทานอาหารจานเดียวกันเป็นประจำ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกี่ยวกับปัจจัยเสริมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

รายการ	N = 420	
	\bar{X}	S.D.
1. ครอบครัวของท่านรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง	1.52	0.53
**2. ครอบครัวของท่านใช้กะทิในการประกอบอาหาร	1.05	0.51
3. ครอบครัวของท่านประกอบอาหารโดยใช้เนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์	1.44	0.54
**4. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสหวาน	1.23	0.56
**5. ครอบครัวของท่านประกอบอาหารประเภททอด ย่าง หรือรมควัน	1.12	0.52
6. เพื่อนๆของท่านมักพบกันเพื่อประกอบอาหารสุขภาพและรับประทานอาหารร่วมกัน	0.80	0.66
**7. เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารแปลกๆ เช่น กบทอด หมูป่าผัดเผ็ด	1.59	0.57
**8. เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารจานเดียว เช่น ข้าวขาหมู ข้าวหมูแดง ข้าวมันไก่	1.29	0.56
9. เพื่อนๆของท่านมักนำอาหารเสริมบำรุงร่างกายมาให้	0.68	0.60
10. เพื่อนๆของท่านมักชวนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ปลานึ่งมะนาว น้ำซุปลวก	1.29	0.59
รวม	1.20	0.56
ระดับปัจจัยเสริม	ปานกลาง	

** ข้อคำถามทางลบ

จากตารางที่ 22 แสดงว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีปัจจัยเสริมในเกณฑ์ระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 1.2 เมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อทางบวก พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดใน 3 ลำดับแรก ได้แก่ ครอบครัวของท่านรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง มีค่าเฉลี่ย 1.52 รองลงมา ครอบครัวของท่านประกอบอาหารโดยใช้เนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์ มีค่าเฉลี่ย 1.44 และเพื่อนๆของท่านมักชวนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีค่าเฉลี่ย 1.29 และเมื่อพิจารณาข้อคำถามเป็นรายข้อทางลบ พบว่า เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารแปลกๆ มีค่าเฉลี่ย 1.59 รองลง เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารจานเดียว มีค่าเฉลี่ย 1.29 และครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสหวาน มีค่าเฉลี่ย 1.23



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 23 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ด้านความรู้และด้านความเชื่อ
ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารและสื่อโฆษณา ปัจจัยเสริม ด้านครอบครัวและ
เพื่อน กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับปัจจัยด้านต่าง ๆ	r	P-Value
ปัจจัยนำ		
ด้านความรู้	.176**	.000
ด้านความเชื่อ	.180**	.000
ปัจจัยเอื้อ		
ด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร	.051	.149
ด้านสื่อโฆษณา	.040	.204
ปัจจัยเสริม		
ด้านครอบครัว	.480**	.000
ด้านเพื่อน	.386**	.000

* $p < .01$

จากตารางที่ 23 แสดงว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ
ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวก
($r = .176$) ปัจจัยนำด้านความเชื่อมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำทางบวก($r = .180$) ปัจจัยเสริมด้าน
ครอบครัว มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางทางบวก ($r = .480$) และปัจจัยเสริมด้านเพื่อน มี
ความสัมพันธ์ในระดับปานกลางทางบวก ($r = .386$) ส่วนปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขาย
อาหาร และด้านสื่อโฆษณา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญที่
ระดับ .01

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ผล

ตารางที่ 24 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
6 ค่าคงที่	.569	.078		7.298**	.000
ด้านความรู้	.217	.077	.126	2.825**	.005
ด้านความเชื่อ	.093	.034	.122	2.716**	.007
ด้านการเข้าแหล่งอาหาร	.038	.035	.046	1.094	.275
ด้านสื่อโฆษณา	.024	.046	.022	.531	.595
ด้านครอบครัว	.288	.035	.368	8.334**	.000
ด้านเพื่อน	.214	.033	.286	6.481**	.000
R = .591		R ² = .394			

* p < .01

จากตารางที่ 24 แสดงว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้, ปัจจัยนำด้านความเชื่อ, ปัจจัยเสริมด้านครอบครัว และปัจจัยเสริมด้านเพื่อน ตามลำดับ โดยปัจจัยทั้ง 4 ด้าน สามารถร่วมพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ คิดเป็นร้อยละ 34.9 ค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ .591 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสามารถนำมาเขียนสมการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ดังนี้

สมการคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Y)} = .569 + .217^{**}(\text{ปัจจัยนำด้านความรู้}) + .093^{**}(\text{ปัจจัยนำด้านความเชื่อ}) + .288^{**}(\text{ปัจจัยเสริมด้านครอบครัว}) + .214^{**}(\text{ปัจจัยเสริมด้านเพื่อน})$$

สมการคะแนนมาตรฐาน

$$\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Z)} = .126Z_{(\text{ปัจจัยนำด้านความรู้})} + .122Z_{(\text{ปัจจัยนำด้านความเชื่อ})} + .368Z_{(\text{ปัจจัยเสริมด้านครอบครัว})} + .286Z_{(\text{ปัจจัยเสริมด้านเพื่อน})}$$

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุสังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 420 คน ได้รับแบบสอบถามคืนมา 420 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) แล้วนำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง จากนั้นศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับปัจจัยต่างๆ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation) (และหาสมการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น (Multiple regression analysis))

สรุปผลการวิจัย

1. สถานภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 และเป็นเพศชาย ร้อยละ 40 ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี ร้อยละ 52.1 ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีรอบเอวเกินมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (มากกว่า 80 เซนติเมตร) ร้อยละ 60.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหรือไม่มีอาชีพแน่นอน ร้อยละ 50.2 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 24.3 สภาวะทางสุขภาพส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.1 และมีปัญหาเรื่องสภาวะสุขภาพฟัน ร้อยละ 37.4 สภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 36.2 ผู้สูงอายุมักทำอาหารด้วยตนเอง ร้อยละ 59.8 โดยแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวหรือญาติเป็นผู้ให้ข้อมูล ร้อยละ 55 และส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภทเนื้อปลาเป็นประจำ ร้อยละ 55

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าเฉลี่ย 1.43 ($\bar{X}=1.43$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดอันดับแรก ได้แก่ ดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว มีค่าเฉลี่ย 1.83 ($\bar{X}=1.83$) รองลงมา คือ รับประทานผักใบเขียว มีค่าเฉลี่ย 1.76 ($\bar{X}=1.76$) และรับประทานผลไม้สด มีค่าเฉลี่ย 1.71 ($\bar{X}=1.71$)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความรู้อยู่ในระดับดีมาก ($\bar{X}=10.12$) และมีความเชื่อในระดับที่ดี ($\bar{X}=0.47$)

3.2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และด้านสื่อโฆษณา พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีปัจจัยเอื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=5.14$)

3.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ด้านครอบครัว และเพื่อน พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีปัจจัยเสริมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.20$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

4.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r = .176$) และด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ($r = .180$) และปัจจัยเสริมด้านครอบครัว ($r = .480$) และด้านเพื่อน ($r = .368$)

4.2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ($r = .510$) และด้านสื่อโฆษณา ($r = .040$)

5. การวิเคราะห์หาการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยนำและปัจจัยเสริมมี 4 ด้านที่มีอำนาจในการพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปน้อยได้ ดังนี้

1. ปัจจัยเสริมด้านครอบครัว
2. ปัจจัยเสริมด้านเพื่อน
3. ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร
4. ปัจจัยนำด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวนี้ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ร้อยละ 34.9 สามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

สมการคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Y)} = .569 + .217^{**}(\text{ปัจจัยนำด้านความรู้}) + .093^{**}(\text{ปัจจัยนำด้านความเชื่อ}) + .288^{**}(\text{ปัจจัยเสริมด้านครอบครัว}) + .214^{**}(\text{ปัจจัยเสริมด้านเพื่อน})$$

สมการคะแนนมาตรฐาน

$$\text{พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Z)} = .126Z_{(\text{ปัจจัยนำด้านความรู้})} + .122Z_{(\text{ปัจจัยนำด้านความเชื่อ})} + .368Z_{(\text{ปัจจัยเสริมด้านครอบครัว})} + .286Z_{(\text{ปัจจัยเสริมด้านเพื่อน})}$$

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในเกณฑ์ดี หากพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว ร้อยละ 84.8 พฤติกรรมการรับประทานผักใบเขียว ร้อยละ 76 และพฤติกรรมการรับประทานผลไม้สด ร้อยละ 71.7 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ รัชนพร สุรินทร์คำ (2544) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีการดื่มน้ำตั้งแต่ 4 แก้วขึ้นไปต่อวัน ร้อยละ 99.5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานเนื้อหมู ไข่เป็ด ไข่ไก่และเนื้อปลา โดยผักพื้นเมืองที่รับประทานเป็นประจำคือ แตงกวา ผักแคบ(ตำลึง) บะพิกแก้ว(ผักทอง) ผักกระถิน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ (2543) ที่ทำการวิจัยเรื่องการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารเป็นประจำ คือ รับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ ร้อยละ 65.6 ดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว ร้อยละ 62.2 รับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีประโยชน์ ร้อยละ 56.7 ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในทางลบของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ พฤติกรรมการดื่มกาแฟ , ชานม , โยเกิร์ตหรือโกโก้ ร้อยละ 24.3 พฤติกรรม

การเติมน้ำตาลน้ำปลาลงในอาหาร ร้อยละ 23.6 และพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัด ร้อยละ 13.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายชล ฮวดเส็ง (2548) ที่พบว่า มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 มีพฤติกรรมการชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาดหวาน เผ็ดจัด และเค็มจัด และรวมถึงมีพฤติกรรมการชอบรับประทานอาหารหมักดอง และจากการวิจัยของ เซาวฤทธิ์ ชุมพร (2548) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ ในวัย 70-79 ปีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงยังคงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีรสเค็มถึงร้อยละ 60 และมีพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุง เช่น น้ำปลา ซีอิ๊วหรือเกลือ ร้อยละ 54.8 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากเครื่องปรุงอาหารของคนไทยส่วนใหญ่มีส่วนประกอบที่สำคัญ คือ น้ำปลา พริก น้ำส้ม น้ำมัน ซึ่งทันทีที่รับประทานอาหารคนไทยแทบจะเรียกว่าตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยชรา มักจะต้องมีการปรุงอาหารในจานนั้นเสียก่อน จึงจะรับประทานได้ ดังจะเห็นได้จากบนโต๊ะในร้านอาหาร จะมีเครื่องปรุงไว้พร้อม ซึ่งมีผลการสำรวจที่ว่า พบนักศึกษาเติมน้ำตาลมากกว่าปริมาณกำหนด คือ บางคนเติมมากถึง 3 ช้อนโต๊ะ ลงในถ้วยเดียว ไม่ผิดไปจากข้อเท็จจริง เพราะทุกวันนี้ คนวัยหนุ่มสาวหลายคน แม้ทำงานแล้ว ก็ยังนิยมเติม "ทุกอย่าง" ลงในอาหารปริมาณเกินกว่ากำหนด ทั้งสิ้น ไม่เฉพาะแต่น้ำตาลเท่านั้น ด้วยเหตุผลเพียงว่า ต้องการ "รสแซบ" หรือ "รสจัด (รุ่งอรุณ ประสบศาสตร์, 2548)

ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีรอบเอว เกินมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (มากกว่า 80 เซนติเมตร) และผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.4 และรองลงมา คือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 14.4

ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญโดยอาศัยปัจจัยหลายประการ และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อน ซึ่งหากมีคนที่มีความรู้และความเข้าใจคอยส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จะก่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีในผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.1 ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

2.1.1 ปัจจัยนำ ด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำทางด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีกิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพ โดยในที่นี้รวมถึงเรื่องโภชนาการสำหรับตัวผู้สูงอายุเอง ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้คอยดูแล ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ดี จากศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ความรู้ความเข้าใจจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ชวาร์ท (Schartz, 1975 อ้างถึงใน ณัฐกร ชินศรีวงศ์กุล, 2544) กล่าวว่า “ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม” ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ได้รับเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความจำเป็นสำหรับการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับ คัพปาและมิลท์เชลล์ (Kupka and Miltchell, 1992) พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการโดยมีรูปแบบและการปฏิบัติจริงจะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ซึ่งผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีความรู้อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 61) และทุกคนผ่านเกณฑ์ต่ำทุกคน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อคำถาม พบว่า ผู้สูงอายุตอบถูกในข้อคำถามเรื่อง “น้ำมันพืชทำให้ไขมันในเส้นเลือดสูง” น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 อยู่ในเกณฑ์ความรู้ที่ต้องปรับปรุง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุมีความสับสนและไม่เข้าใจเรื่องกรดไขมัน ซึ่งในน้ำมันพืชเป็นกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวที่ไม่ใช่ตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดสภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงแต่เป็นกรดไขมันอิ่มตัวจากสัตว์ที่ก่อให้เกิดโรคนี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เย็นฤดี แสงเพชร (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานเนื้อสัตว์ติดมันก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไขมันอุดตัน แต่ผู้สูงอายุกลับไม่ทราบว่าการใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหารจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดระดับไขมันสูงในเส้นเลือด ซึ่งเป็นข้อที่ผู้สูงอายุตอบถูกน้อยที่สุด

2.1.2 ปัจจัยนำ ด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยนำด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพราะว่าเป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การสนใจ ความคับข้องใจ มีอยู่ในตัวบุคคลทุกคน แต่จะแตกต่างกันไปในลักษณะและความมากน้อย บางคนอาจจะทำให้เกิดองค์ประกอบทางด้านนี้ในลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ที่พึงปรารถนา แต่บางคนอาจจะมีลักษณะการกระทำที่ขัดขวางก่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532) แสดงว่าในการวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีความเชื่ออยู่ในเกณฑ์ดี จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ความเชื่อของบุคคลเป็นเรื่องที่ได้รับการปลูกฝังมานาน ดังนั้นจึงต้องการเวลาในการที่จะเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ เคลลีและคณะ (Kelly et al, 1991) ที่ได้ทำการศึกษาถึงอิทธิพลของความเชื่อทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการทำนายแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความเชื่อทางสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ครัวร์ริส และคณะ (Kouris et al, 1991) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยตามเชื่อ สุขภาพจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อเป็นสำคัญ

และจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในเกณฑ์ดี แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีความเชื่อที่อาจส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ดีตามมามากต่อไปนี้

ความเชื่อที่ว่า “การรับประทานอาหารเสริมทำให้มีสุขภาพดี” ความเชื่อดังกล่าวเป็นความเชื่อที่ผิด เนื่องจากไม่จำเป็นเสมอไปที่ผู้สูงอายুরับประทานอาหารเสริมแล้วจะทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งอาหารเสริมในปัจจุบันมีราคาแพงและอาหารเสริมบางผลิตภัณฑ์มีคุณค่าทางโภชนาการน้อยกว่าความเป็นจริง (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2541) และจากการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ เปรมานนท์ (2545) พบว่า ผู้สูงอายุเป็นที่รับประทานอาหารเสริมเป็นประจำ แต่ยังคงมีโรคประจำตัวและมีปัญหาทางด้านสุขภาพมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นอาหารสำหรับผู้สูงอายุนั้น เพียงแค่จัดแนวทางการบริโภคอาหารที่ยึดข้อปฏิบัติหลักการบริโภคเพื่อการมีสุขภาพดี 9 ข้อ ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเพียงพอที่จะทำให้มีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยั่งยืน

ความเชื่อที่ว่า “การงดรับประทานอาหารเย็น เป็นวิธีที่ดีในการลดน้ำหนัก” ความเชื่อดังกล่าวเป็นความเชื่อที่ผิด ทั้งนี้อาจเนื่องข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับเคล็ดลับในการรักษารูปร่างที่สวยงามของนักแสดง นักร้อง ผ่านสื่อต่างๆ (ณัฐกร ชินศรีวงศ์กุล, 2544) หรือไม่เช่นนั้นก็ได้ข้อมูลมาจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนของผู้สูงอายุในชมรมทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อดังกล่าว ในวัยของผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทางร่างกาย สมควรที่จะได้รับประทานอาหารทุกมื้อและได้รับสารอาหารที่ครบทุกประเภท เพื่อลดอุบัติเหตุในการเกิดโรคต่างๆ ลดการใช้บริการทางแพทย์ และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สุนทร นิมานันท์, 2537)

ความเชื่อที่ว่า “การรับประทานอาหารมากๆ จะทำให้ได้รับสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น” ความเชื่อดังกล่าวเป็นความเชื่อที่ผิด เนื่องจากการรับประทานอาหารในปริมาณมากๆ ไม่ได้หมายความว่าอาหารนั้นมีสารอาหารครบถ้วน ในความเป็นจริงการรับประทานอาหารเข้าไปในปริมาณมากนั้น ถ้าไม่นำพลังงานที่รับจากอาหารนั้นมาใช้ประโยชน์ ก็จะถูกนำมาสะสมในรูปไขมัน (ณัฐกร ชินศรีวงศ์กุล, 2544) ดังนั้นอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกรดยูริกในเลือดสูงและโรคความดันโลหิตสูง (วินัส ลิฬหกุล, 2545)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ต้องมีการวางแผนในเรื่องกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ควรมีการวางรากฐานเรื่องความรู้และความเข้าใจถึงเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจัดกิจกรรม การสร้างค่านิยมในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง โดยมีแบบแผนที่ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติได้ ซึ่งมีชมรมผู้สูงอายุเป็นสื่อกลางในการสร้างตัวอย่างของคุณค่าที่ได้รับจากการบริโภคอาหารให้เป็นรูปธรรม

2.2 ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารและสื่อโฆษณา

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารและสื่อโฆษณาไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และจากข้อมูลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำอาหารด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 59.8 และรองลงมา คือ บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารให้ คิดเป็นร้อยละ 51.2 ตามลำดับ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่จำเป็นต้องออกไปซื้อหรือรับประทานอาหารนอกบ้าน เพราะส่วนใหญ่รับประทานอาหารกับครอบครัวเป็นหลัก และจากข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารหรือแหล่งข่าวเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากโทรทัศน์มากถึงร้อยละ 44.8 แต่กลับไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัมกินและเฟสเวอร์เวนด์ (Lumpkin and Festervand, 1988) พบว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้บริโภคที่เป็นพวกไม่ใส่ใจ ข้อมูลที่ได้รับถึง ร้อยละ 42 คือใช้แหล่งข้อมูลในการตัดสินใจน้อยมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น และจากการศึกษาของดูโบว์ (Dobow, 1995) พบว่า การระลึกได้และการจำได้ เกี่ยวกับตราสินค้าหรือสิ่งของนั้นๆ ผู้สูงอายุมีความจำน้อยต่ำที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถประมวลความจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถรักษาความจำเกี่ยวกับสินค้าหรือสิ่งของไว้ได้นาน ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อโฆษณา ซึ่งทำให้ไม่สามารถรับข้อมูลได้มากเท่ากับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

2.3 ปัจจัยเสริม ด้านครอบครัวและเพื่อน

จากการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสริมทางด้านครอบครัวและเพื่อน มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เป็นเช่นนี้เพราะครอบครัวและเพื่อนเป็นสภาพแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวผู้สูงอายุ อีกทั้งครอบครัวและเพื่อนมักจะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในทุกๆเรื่อง ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นจะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน ซึ่งโอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ หรือวัตถุสิ่งของ ทั้งนี้ ชีวจิตต์ ก้อยสุวรรณ (2549) กล่าวว่า การสนับสนุนจากบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลทางสังคม เช่น ญาติ เพื่อน มีคุณค่ามากมายที่จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1990) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพ และช่วยป้องกันการเจ็บป่วย ตลอดจนทำให้เกิดการสร้างเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกลักษณะ จากการศึกษาของกิงทิพย์ แต้มทอง (2546) พบว่า เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่ไม่อบอุ่นมักจะขาดลูกหลานดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหารการกินและความเป็นอยู่ นอกจากนี้ยังขาดที่พึ่งในเรื่องที่อยู่อาศัยทำให้มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดี นอกจากนี้ กาญจนา เกษกาญจน์ (2541) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการพบปะพูดคุย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกที่เข้าใจกัน การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างกันจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้น ถือเป็น การสนับสนุนอย่างหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีและเหมาะสมกับวัย

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี ต้องมีการวางแผนในเรื่องครอบครัวและกิจกรรมการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยมีความหมายของรัฐบาลให้การสนับสนุน ควรสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ จัดอบรมให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความเข้าใจหรือความต้องการของผู้สูงอายุ และส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน จะได้มีเพื่อนคุยมีเพื่อนช่วยให้ได้ปรับทุกข์ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง มีสภาวะสุขภาพจิตที่ดี ก่อให้เกิดมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีตามมาด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร หรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อผู้สูงอายุ หรือจัดเชิงวิทยากรมาให้ความรู้เรื่องอาหารผู้สูงอายุในชมรม เพื่อเป็นการให้ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องทางด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร
2. ส่งเสริมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุหรือบุคคลภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ ให้มีความรู้เรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการอบรมหรือสัมมนากับวิทยากรที่มีความรู้และประสบการณ์เป็นอย่างดีในเรื่องพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
3. รัฐบาลควรจัดสรรงบประมาณหรือจัดทำโครงการพัฒนาด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยส่งเสริมให้มีความรู้ควบคู่กับการฝึกปฏิบัติเป็นประจำ สม่ำเสมอ จนผู้สูงอายุเริ่มเคยชินและเป็นบริโภคนิสัยส่วนตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาสัมภาษณ์เชิงลึก ในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาหาความสัมพันธ์ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพโดยศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบหรือค้นคว้าให้เกิดข้อค้นพบใหม่ในการพัฒนาด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ
3. ควรมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยการบริโภคอาหารที่มีอิทธิพลกับด้านอื่นๆของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เช่น การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันโรค จิตวิทยาที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาผู้สูงอายุต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กาญจนา เกษกาญจน์. การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

กิงทิพย์ แต่มทอง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ศึกษากรณีหมู่บ้านทำซำ

อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, ภาควิชาสังคม วิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์

สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2549.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สถาบันประชากรศาสตร์. การสำรวจวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ

สังคม และประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2539.

ชวลิต รัตกุล. ตำราโภชนาการเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2523.

ชื่นจิตต์ ก้อยสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนโรงเรียนสตรี

วัดระฆัง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2549.

ชุมศักดิ์ พุกษาพงษ์. คนกรุงเทพฯกับอาหารเสริมสุขภาพ. ไกล่หมอ. 22 (7) (กรกฎาคม 2541):

51-52.

เชาวฤทธิ์ ชุมพร. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขต

พื้นที่ตำบลกุดเพชร อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. ภาคนิพนธ์หลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, ภาควิชาพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.

เชียรศรี วิวิธสิริ. จิตวิทยาการเรียนรู้ของผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ประสานมิตร, 2534.

ณัฐกร ชินศรีวงศ์กุล. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน

ระดับประถมศึกษาที่มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในโรงเรียน สังกัด

คณะกรรมการศึกษาเอกชน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,

สาขาวิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

ธัญพร สุรินทร์คำ. **วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ในตำบลเหมืองจี้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จังหวัดเชียงใหม่, 2544.

นงลักษณ์ สิงห์แก้ว. **ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ บ้านช่างเคียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.

นภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์. **ปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทยและผลการวิจัยเบื้องต้น ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530.** กรุงเทพฯ : สมาคมนักประชากรไทย, 2530.

นิธยา รัตนานนท์ และदनัย บุญเกียรติ. **การปฏิบัติภายหลังการเก็บเกี่ยว.** กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2537.

นิรมล อินทฤทธิ์. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

นิตา ชูโต. **คนชราไทย.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. **พฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง.** กรุงเทพฯ: สยาม์คเคิงการพิมพ์, 2531.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. **จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2530.

ประคอง กวรรณสูต. **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. **พฤติกรรมสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.

ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ. **การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ในกลุ่มเยาวชน แม่บ้าน และคนงานในโรงงาน .** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2540.

ประยงค์ ลิ้มตระกูล และชลอศรี จันทร์ประชุม. **บริโภคนิสัยของมารดาที่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการเด็ก ก่อนวัยเรียน ในชนบทจังหวัดเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2523.

ประเสริฐ อัสสันตชัย และสมทรง เลขะกุล. **การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือ.** กรุงเทพฯ : ศุภานิชการพิมพ์, 2542.

- ปราณี อิ่มสมบัติ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2546.
- ผู้สูงอายุไทย. **วารสารสถิติ** 8 (15) (พฤษภาคม – มิถุนายน 2546): 5 – 6.
- พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. **ปลดสำนักงาน. ประมวลสถิติด้านสังคม ประจำปี 2551**. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลดสำนักงานกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2551.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. **ความทันสมัยภาพพจน์ที่เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา**. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
- เพ็ญผกา กาญจนินภาส. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2541.
- ภราวดา บุราณสาร. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.
- เย็นฤดี แสงเพ็ชร. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุชายในสถานประกอบการ จังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.
- รัชนีภรณ์ ภูกร. **สุขภาพผู้สูงอายุ**. พิษณุโลก : สถาบันราชภัฏพิบูลสงคราม, 2538.
- รุจิรา สัมมะสุต. **โภชนาการผู้สูงอายุ**. **นิตยสารใกล้หมอ** 24(6) (มิถุนายน 2543)
- รุ่งอรุณ ประสบศาสตร์. **ภัย 3 รส อันตรายได้จุ่มก. จดหมายข่าวมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ** 4 (6) (พ.ย.-ธ.ค. 2548) : 7.
- ละออง สุขวิทยาภรณ์. **ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ลัดดาวัลย์ เปรมานนท์. **ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาโภชนาการศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2545.
- วัลย์ทพิพย์ สาขลวิจารณ์. **พฤติกรรมการบริโภคอาหาร**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2538.

วาทีนี้ บุญชะลิกษ์. ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544.

วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. วารสาร
ข่าวสารการวิจัยการศึกษา 18(3) (กุมภาพันธ์-มีนาคม): 8-10.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.

วินัส ตันติบูล. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองธรรม, 2533.

วินัส ตันติบูล. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.

วินัส ลิฬหกุล. โภชนศาสตร์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลรากฐาน คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2545.

วินัส ลิฬหกุล และถนอมขวัญ ทวีบุรณ์. โภชนศาสตร์สำหรับพยาบาล เล่ม 1. กรุงเทพฯ:
บุญศิริการพิมพ์, 2541.

ศรีทัตติม รัตนโกศล. บริการสังคมกับผู้สูงอายุ ครุภัณฑ์ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ:
พานิชพันธ์, 2525.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. ศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับ
ผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัย สถาบันไทยคดีศึกษา คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.

สง่า ดามาพงษ์. ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย. กรุงเทพฯ: องค์การ
ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2541.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม:
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. จำนวนข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของสภา
ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย [ซีดีรอม] 2549. แหล่งที่มา: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
[15 ต.ค. 49]

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
ที่เป็นปัญหาในอนาคต. [ออนไลน์] 2544. แหล่งที่มา: <http://www.agingthai.org>
[13 มี.ค. 50]

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โครงการวิจัยการสำรวจ
และศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาค ของไทย. กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2549.

- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. **คู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.**
กรุงเทพฯ: องค์การทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์, 2541.
- สายชล ฮวดเส็ง. **พฤติกรรมการณ์ตนเองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลทัพเสด็จ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว.** ภาคนิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, ภาคพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548.
- สำนักนายกรัฐมนตรี คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **สามะโนประชากร และเคหะ พ.ศ .2543.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2545.
- สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร. **9 ปี ก้าวใหม่ สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร.**
กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร, 2544.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. **โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย : รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย : รายงานฉบับสมบูรณ์.** กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2544.
- สุทธินันท์ จิตต์ภาณุโสภณ. **การดูแลตนเองด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว ตำบลท่าเสา อำเภอไทรโยค จังหวัดกาญจนบุรี.** ภาคนิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, ภาคพิเศษ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.
- สุนตรา นิมานันท์. **ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เขตอำเภอเมืองเชียงใหม่.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- สุรกุล เจนอบรม. **วิทยาการผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุรีย์พร ตริยาอุตติมาพทย์. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อยเขตเมืองนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

ภาษาอังกฤษ

- Dubow, J.S. Advertising recognition and recall by age including teens. *Journal Advertising Research.* 35(5) (1995): 55 – 60.
- Fleck,H. *Introduction to nutrition.* 4th ed. New York: Macmillan Publishing, 1989.
- Green Lawrence W.el at. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach.* California: Mayfield Publishing, 1980.

- Kelly, R.B., et al. **Prediction of motivation and behavior change following promotion : Role of health beliefs, social support and self – efficacy.** Social Science and Medicine, 1991.
- Kouris, A., Wahlqvist, M.L. Trichopoulos, A., and Polychronopoulos, E. **Use of combined methodologies in assessing food beliefs and habits of elderly Greeks in Greece.** Food and Nutrition Bulletin, 1991.
- Lumpkin, J.R. & Festervand, T.A. Purchase information source of the elderly. **Journal Advertising Research.** 27(6) (1988-1989): 31 – 44.
- Orem, D. **Nursing: Concepts of practice.** 3rd ed. New York: Mc Graw Hill Book, 1985.
- Pender, N.J. **Health Promotion in Nursing Practice.** 2nd ed. Norwalk-Connecticut: Appleton and Lange, 1987.
- Pender, N.J. **Predicting Health Promoting Lifestyle in The Workplace.** Nursing Research, 1990.
- Speak D.L., Cowart, M.E. and Pellet, K. **Health perception and life style of the elderly.** Research in nursing and health, 1989.
- Suitor, C.L.W. and Crowley, M.F. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.** Philadelphia: J.B. Lippincott. WHO. 1997. Report of a WHO consultation on Obesity. Geneva. Switzerland, 1984.
- Takata H, Ishi T, Suzuki M, et al. **Influence of major histocompatibility complex region genes on human longevity among Okinawa Japanese centenarians and nonagenarians.** Lancet, 1987.
- World Health Organization. Expert Committee. **Health of the elderly.** WHO Technical Report Series, 1989.
- Yamane, Taro. **Statistics: An introduction analysis.** 3rd ed. New York: Harper and Row International, 1973.
- Yuric, A.B., et al. **The Age Persons and the Nursing Process.** New York: Appleton Century Crofts, 1980.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา สุขนรินทร์พิทย์	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิภาวดี ลีเม็งสวัสดิ์	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์	อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ สุปราณี คุณกิตติ	อาจารย์ประจำคณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
อาจารย์ ณีติพร นกแก้ว	อาจารย์ประจำสำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แพทย์หญิง แสงโสม สีนะวัฒน์	ที่ปรึกษาด้านโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ (อ. ภายในสำนัก)

ส่วนงาน สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. ๘๑๐๑๖

ที่ ศธ ๐๕๑๒.๒๔ /

วันที่ กันยายน ๒๕๕๐

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างวิทยานิพนธ์

ด้วย นาย ทวีศิลป์ ศรีอักษร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ชั้นปีที่ ๒ แผนกวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพประยุกต์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ภายใต้การควบคุมของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สิริ กาญจนวาดี อาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ คณะกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ใคร่ขอความอนุเคราะห์เรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้มีความถูกต้อง และความสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฉลิม ชัยวัชรารภรณ์)

คณบดี

(อ.ภายนอกสำนัก)

ที่ ศธ 0512.24/



สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพระราม 1 ปทุมวัน กทม10330 .

พฤษภาคม 2550

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์

2. แบบสอบถาม

ด้วย นาย ทวีศิลป์ ศรีอักษร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา ชั้นปีที่ ๒ แขนงวิทยาศาสตร์สุขภาพประยุกต์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้รับอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ภายใต้การควบคุมของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สิริ กาญจนวาสี อาจารย์ที่ปรึกษา

ในการนี้ คณะกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ขอขอความอนุเคราะห์เรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้มีความถูกต้องและความสมบูรณ์ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอขอบคุณมาในโอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เฉลิม ชัยวีชราภรณ์)

คณบดี

หน่วยหลักสูตรการสอนระดับบัณฑิตศึกษา ฝ่ายวิชาการและวิจัย

โทร .๐-๒๒๑๘-๑๐๑๖

โทรสาร ๐-๒๒๑๘-๑๐๑๖



ที่ ศธ ๐๕๑๒.๒๔/

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ถนนพระราม ๑ ปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๓๐

กรกฎาคม ๒๕๕๑

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการทำวิจัย

เรียน ประธานชมรมผู้สูงอายุ

ด้วยนายทวีศิลป์ ศรีอักษร นิสิตระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา วิทยาศาสตร์การกีฬา แขนงวิทยาศาสตร์สุขภาพประยุกต์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา ได้รับอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูง อายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัย เสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สิริ กาญจนวาสิ เป็น อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการนี้ เพื่อให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงผ่านไปได้อย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์เข้าทำการเก็บ รวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยเชิงสำรวจโดยใช้แบบสอบถามที่ชมรมผู้สูงอายุ.....และขออนุญาตให้สมาชิกของ ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๓๕ คน เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ประสานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัยด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง และขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนินทร์ชัย อินทிரากรณ์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดี

หน่วยหลักสูตรการสอนระดับบัณฑิตศึกษา ฝ่ายวิชาการและวิจัย

โทร .๐๒ - ๒๑๔ - ๑๐๑๖

โทรสาร ๐๒ - ๒๑๔ - ๑๐๑๖



ภาคผนวก ค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่หนังสือรับ 02004 วันที่ 11 ต.ค. 2551 เวลา 10.46 น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.88147

ที่ จว ๑๑๐/51

วันที่ ๑ สิงหาคม 2551

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีสำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
 2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตามที่ นายทวีศิลป์ ศรีอักษร นิสิตระดับมหาบัณฑิต สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอแก้ไขโครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS OF THE ELDERLY IN BANGKOK) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลัก พิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้
รับรองวันที่ 24 กรกฎาคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

พิมพ์ สิงหนวง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เรียน คณบดี (แทนสภาผู้บริหารและวิจัย)

เพื่อโปรด

ทราบ และดำเนินการต่อไป

พิจารณา

ลงนาม

อื่นๆ

ลงชื่อ

11 ต.ค. 51

เรียนคณบดี

เพื่อโปรดทราบ

เรียนคณบดี กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิมพ์

13 ต.ค. 51

๑๓
13 ต.ค. 51



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 069/2551

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง : ปีจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร
ผู้วิจัยหลัก : นายทวิศิลป์ ศรีอักษร นิสิตระดับมหาบัณฑิต
หน่วยงาน : สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*Prof. Dr. Pradit Pradit*

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักสนประดิษฐ)

ประธาน

ลงนาม.....*ศาสตราจารย์ ดร. นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 24 กรกฎาคม 2551

วันหมดอายุ : 23 กรกฎาคม 2552

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม

เงื่อนไข

1. หากใบรับรองหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน
2. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
3. ให้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย, ใบยินยอม, และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราของคณะกรรมการฯ เท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการฯ
4. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง (SAE) ต้องรายงานคณะกรรมการฯ ภายใน 5 วันทำการ
5. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
6. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น
7. โครงการวิจัยเกิน 1 ปี ส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยทุกปีก่อนใบรับรองหมดอายุ เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับ ข้อ 6

เลขที่โครงการวิจัย
 ปีที่เริ่มโครงการ 24 พ.ศ. 2551
 วันหมดอายุ 23 พ.ศ. 2552



ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 (Patient/ Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต
 กรุงเทพมหานคร
 FACTORS AFFECTING FOOD CONSUMPTION BEHAVIORS OF THE
 ELDERLY IN BANGKOK

ชื่อผู้วิจัย นายทวีศิลป์ ศรีอักษร

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์สิริ กาญจนวาสิ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 086-560-6621 E-mail : taweessin_7@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

(1) โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงสำรวจ โดยศึกษาผลของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 420 คน ผลที่ได้สามารถนำข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยไปวางแผนแก้ไข และหาแนวทางป้องกันภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุ

(2) วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

(3) ลักษณะของประชากรตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จากชมรมผู้สูงอายุ สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จำนวน 420 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้น 1) ทำการสุ่มแบบเจาะจงตามการแบ่งเขตการบริหารงานเป็น 6 กลุ่ม (50 เขต) ประกอบด้วย กลุ่มรัตนโกสินทร์ กลุ่มบูรพา กลุ่มศรีนครินทร์ กลุ่มเจ้าพระยา กลุ่มกรุงธนบุรีใต้ และกลุ่มกรุงธนบุรีเหนือ 2) สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจาก 6 กลุ่ม กลุ่มละ 2 เขต เป็นจำนวนทั้งสิ้น 12 เขต 3) สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยการจับสลากผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เขตละ 35 คน (12 เขต) เป็นจำนวนทั้งสิ้น 420 คน 4) ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ เป็นผู้สามารถให้คำตอบที่เชื่อถือได้ และตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด มีช่วงอายุตั้งแต่ 60 - 80 ปี 5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแต่งขึ้นเอง โดยได้ศึกษารายละเอียดจากแบบสอบถามของนาตา เกรียงชัยพุดกัมและคณะ โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค มีจำนวนทั้งหมด 88 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที

(4) ความไม่สะดวกหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุในประเทศไทยไม่มีหรือมีน้อยมาก เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบในข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น อาจจะมีปัญหาบ้างตรงการอ่านของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายอาจจะมีปัญหาเรื่องการอ่านไม่ออก หรือมีข้อจำกัดทางสายตา ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มขนาดของคำแต่ละคำให้ใหญ่ขึ้น และมีข้อความขอความช่วยเหลือจากเพื่อนสมาชิกหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นผู้อ่านคำถามให้เพื่อให้ผู้สูงอายุตอบ และมีนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาของสำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬาที่ผู้วิจัยได้ทำการอบรมข้อคำถามของแบบสอบถาม คอยควบคุม ดูแลและคอยตอบข้อสงสัย จำนวน 4 คน

(5) ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถาม เพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายทวิศิลป์ ศรีอักษร หมายเลขโทรศัพท์ 086-560-6621

(6) ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้ได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ในช่วงดำเนินการข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในตู้ที่สามารถล็อกได้ในห้องทำงานและคอมพิวเตอร์โน้ตบุคของผู้วิจัย ที่กำหนดรหัสในการเข้าถึงข้อมูล ได้เพียงผู้เดียว และผลของการวิจัยนี้จะปรากฏในวารสารตีพิมพ์หรือถูกนำเสนอในรายการประชุม ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมทำการตอบแบบสอบถามจะไม่ถูกระบุชื่อในรายงานเหล่านั้น

(7) การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็น **โดยการสมัครใจ** กลุ่มตัวอย่างจะ **ไม่ได้รับค่าตอบแทน** ในเข้าร่วมโครงการวิจัย

(8) ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 30 นาที ต่อคน

(9) จำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยประมาณ 420 คน



เลขที่ใบรวมการวิจัย 24 ป.ศ. 2551
วันที่รับรอง 23 ป.ศ. 2552
บัณฑิตวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

IRB-HSGCU-03

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
 เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ...นาย ทวีศิลป์ ศรีอักษร....ที่อยู่...หอพักนิสิตชายจุฬาฯ ตึกจ่าปี แขวง
 วังใหม่ ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330...ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ
 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับ
 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้าทราบว่าผู้วิจัยจะขอให้ข้าพเจ้าเซ็น ใบยินยอมในการเข้าร่วม โครงการวิจัยด้วยความ
 สมารถใจหลังจากที่ข้าพเจ้าตัดสินใจเข้าร่วม โครงการวิจัย ข้าพเจ้าจะมีส่วนร่วมในการตอบแบบสอบถาม
 ด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการตอบประมาณ 30 นาที โดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆในการเข้าร่วม
 โครงการวิจัย ในครั้งนี้

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่าง
 ละเอียด ไม่มีสิ่งใดปกปิด ผู้วิจัยยินดีที่จะตอบคำถามทุกคำถามของข้าพเจ้า ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูล
 ของข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยเฉพาะในเนื้อหาที่เป็นผลสรุปการวิจัยเท่านั้น

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อประโยชน์ต่อการศึกษาและมีสิทธิที่จะ
 ปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อการเป็น
 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ สังกัดสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย และในกรณีที่เกิดข้อข้องใจหรือปัญหาที่
 ข้าพเจ้าต้องการปรึกษากับผู้วิจัย ข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นายทวีศิลป์ ศรีอักษร ได้ที่ สำนัก
 วิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือที่เบอร์โทรศัพท์ 086-560-6621

.....
 สถานที่ / วันที่

.....
 ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

.....
 สถานที่ / วันที่

.....
 ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....
 สถานที่/วันที่

.....
 ลงนามพยาน



.....
 เลขที่โครงการวิจัย
 วันที่รับรอง 24 ก.ค. 2551
 วันหมดอายุ 23 ก.ค. 2557



ภาคผนวก ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 4 ส่วน
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบ่งเป็น 3 ตอน
 - ตอนที่ 1 ปัจจัยนำ
 - ตอนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ
 - ตอนที่ 3 ปัจจัยเสริม
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. แบบสอบถามชุดนี้ใช้สำหรับหาข้อมูลเพื่อการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเท่านั้น
3. ให้ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านคำชี้แจงของแต่ละตอนก่อนลงมือทำและตอบคำถามให้ครบทุกข้อตามความจริง โดยไม่ต้องเขียนชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามชุดนี้

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง...

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

7. สภาวะสุขภาพ

ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

ไม่มี

มี (โปรดระบุ.....)

8. สภาวะสุขภาพฟันในการรับประทานอาหาร

ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพฟันในการรับประทานอาหารหรือไม่

ไม่มี

มี (โปรดระบุ.....)

9. สภาพเป็นอยู่ของครอบครัว

อยู่กับคู่สมรส

อยู่กับคู่สมรสและลูกหลาน

อยู่กับลูกหลาน

อยู่ตามลำพัง

อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

10. การรับประทานอาหาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ทำอาหารด้วยตนเอง

ชื้อมารับประทาน

คนในครอบครัวทำอาหารให้รับประทาน

() คู่สมรส

() แม่ครัว

() ลูก

() อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

11. ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สมาชิกในครอบครัวหรือญาติ

เพื่อนบ้าน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

โรงพยาบาล / คลินิก

วิทยู

โทรทัศน์

หนังสือพิมพ์/นิตยสาร/วารสาร

อินเทอร์เน็ต

อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตอนที่ 1

1.1 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง “ถูก” ถ้าคิดว่าข้อความในข้อนั้นๆกล่าวได้ถูกต้อง และ
ทำเครื่องหมาย /ลงในช่อง “ผิด” ถ้าคิดว่าข้อความในข้อความนั้นๆกล่าวได้ไม่ถูกต้อง

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. การดื่มนมช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน		
2. ถั่วเหลืองรับประทานแทนเนื้อสัตว์ได้		
3. เนื้อหมูเป็นอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด		
4. ข้าว ผัก ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย		
5. กากใยอาหารช่วยในการขับถ่ายและลดไขมันในเส้นเลือด		
6. ผลไม้ เช่น กล้วย มะม่วง แอปเปิ้ล ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง		
7. ผู้สูงอายุรับประทานไข่ได้ถึงสัปดาห์ละ 3 ฟอง		
8. ปลาเล็กปลาน้อยมีสารอาหารที่ช่วยบำรุงกระดูก		
9. น้ำมันพืช ทำให้ไขมันในเส้นเลือดสูง		
10. ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว		
11. การดื่มกาแฟวันละ 2 ถ้วย จะทำให้ท่านรู้สึกสดชื่นและสุขภาพดี		
12. ของหวานไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ		

1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง

กรุณาทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่างท้ายข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
1. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ			
2. อาหารเช้าเป็นมื้อสำคัญที่สุด			
3. การรับประทานอาหารมากๆ จะทำให้ได้รับสารอาหารเพิ่มสูงขึ้น			
4. การงดรับประทานอาหารเช้า เป็นวิธีที่ดีในการลดน้ำหนัก			
5. การรับประทานอาหารเสริมทำให้มีสุขภาพดี			
6. การรับประทานไข่ดิบทำให้ร่างกายแข็งแรง			
7. การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆจะทำให้เป็นโรคพยาธิ			
8. การรับประทานรสเผ็ดจัดทำให้เจริญอาหาร			
9. การรับประทานอาหารเค็มจัดเกินไปจะทำให้เป็นโรคไต			
10. การรับประทานอาหารพวกแป้ง ย่าง ทอดจะทำให้เป็นโรคมะเร็ง			

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ปัจจัยอื่น

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย /ลงในช่องว่างท้ายข้อที่ตรงกับความจริงของท่านที่สุด

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1. มีห้างสรรพสินค้าขนาดใหญ่อยู่ใกล้บ้านท่าน		
2. มีร้านสะดวกซื้ออยู่ใกล้บ้านท่าน		
3. มีตลาดโต้รุ่ง อยู่ใกล้บ้านท่าน		
4. มีร้านขายอาหารตามสั่งอยู่ใกล้บ้านท่าน		
5. ท่านหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกรับประทานอาหาร		
6. ท่านเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารตามโฆษณาจากหนังสือพิมพ์ หรือโทรทัศน์		
7. ท่านรับประทานหรือซื้ออาหารตามที่ได้เห็นจากป้ายโฆษณา		
8. ท่านปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล		
9. ท่านเลือกซื้ออาหารที่มีของแถม		

ตอนที่ 3 ปัจจัยเสริม

คำชี้แจงกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 – 7 ครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ครอบครัวของท่านรับประทานผลไม้เป็นอาหารว่าง			
2. ครอบครัวของท่านใช้กะทิในการประกอบอาหาร			
3. ครอบครัวของท่านประกอบอาหารโดยใช้เนื้อปลาแทนเนื้อสัตว์			
4. ครอบครัวของท่านปรุงอาหารรสหวาน			
5. ครอบครัวของท่านประกอบอาหารประเภท ทอด ย่าง หรือรมควัน			
6. เพื่อนๆของท่านมักจะช่วยกันประกอบอาหารสุขภาพ			
7. เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารแปลกๆ เช่น กบทอด หมูป่าผัดเผ็ด			
8. เพื่อนๆของท่านมักชวนท่านรับประทานอาหารจานเดียว เช่น ข้าวขาหมู ข้าวหมูแดง ข้าวมันไก่			
9. เพื่อนๆของท่านมักนำอาหารเสริมบำรุงร่างกายมาให้			
10. เพื่อนๆของท่านมักชวนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น ปลานึ่งมะนาว น้ำซุปลัก			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างท้ายข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 – 7 ครั้ง
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง
ไม่ปฏิบัติ	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านรับประทานเนื้ปลา			
2. ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน			
3. ท่านรับประทานข้าวกล้อง ข้าวผสมธัญพืชหรือข้าวสอย			
4. ท่านรับประทานผักใบเขียว เช่น ผักกวางตุ้ง ผักคะน้า ผักบุ้ง มะเขือยาว			
5. ท่านรับประทานผักดอง เช่น หน่อไม้ดอง ผักกาดดอง			
6. ท่านรับประทานผลไม้สด เช่น ส้มเขียวหวาน กล้วย ส้มโอ ฝรั่ง มะม่วง แอปเปิ้ล			
7. ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ลำไย ลิ้นจี่ หน้อยหน้า องุ่น ละมุด อ้อย			
8. ท่านปรุงอาหารโดยใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว			
9. ท่านดื่มน้ำวันละ 6 – 8 แก้ว			
10. ท่านดื่มกาแฟ ชานม โยเกิร์ต หรือโกโก้			
11. ท่านดื่มแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์			
12. ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา			
13. ท่านเติมน้ำตาล น้ำปลาลงในอาหาร			
14. ท่านรับประทานอาหารพวกปลาเล็กปลาน้อย			
15. ท่านรับประทานอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด เค็มจัด หวานจัด หรือเปรี้ยวจัด			

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
อาหารที่ท่านรับประทานอยู่เป็นประจำ (โปรดระบุ 2 – 3 อย่าง)

.....

.....

.....

.....

.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

- | | |
|---|---------------|
| 1. ชมรมผู้สูงอายุสาธารณสุข 3 บางซื่อ | เขตบางซื่อ |
| 2. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ | เขตปทุมวัน |
| 3. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์เยาวชนบางเขน | เขตบางเขน |
| 4. ชมรมผู้สูงอายุวัดเวฬุวนาราม | เขตดอนเมือง |
| 5. ชมรมผู้สูงอายุสาธารณสุข 22 วัดปากบ่อ | เขตสวนหลวง |
| 6. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์เยาวชนมีนบุรี | เขตมีนบุรี |
| 7. ชมรมผู้สูงอายุพระราม 9 วัฒนา | เขตห้วยขวาง |
| 8. ชมรมผู้สูงอายุสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง | เขตวัฒนา |
| 9. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน | เขตคลองสาน |
| 10. ชมรมผู้สูงอายุจตุรมิตรสัมพันธ์ | เขตธนบุรี |
| 11. ชมรมผู้สูงอายุซอซอสุดสาด | เขตบางกอกน้อย |
| 12. ชมรมผู้สูงอายุวัดใหม่พิเรนทร์ | เขตบางกอกใหญ่ |

รายชื่อชมรมผู้สูงอายุที่ใช้ทดสอบเครื่องมือ

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| 1. ศูนย์บริการผู้สูงอายุดินแดง | เขตดินแดง |
|--------------------------------|-----------|

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

- ชื่อ : นายทวีศิลป์ ศรีอักษร
- เกิดวันที่ : 25 มกราคม พ.ศ.2526
- สถานที่เกิด : อำเภอกระบุรี จังหวัดระนอง
- ประวัติการศึกษา : สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีจากสำนักวิชาวิทยาศาสตร์
การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548
- : เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาโท เอกวิทยาศาสตร์
สุขภาพประยุกต์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา
ปีการศึกษา 2549



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย