



รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
จากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
MODEL FOR IMPROVING HEALTH - RELATED QUALITY OF LIFE
FROM FOOD AND NUTRITION OF THE ELDERLY IN BANGKOK

ญาดา อ่อนอิน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

2565

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
จากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร



ปริญญานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางสังคม
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

MODEL FOR IMPROVING HEALTH - RELATED QUALITY OF LIFE
FROM FOOD AND NUTRITION OF THE ELDERLY IN BANGKOK



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of DOCTOR OF PHILOSOPHY
(Social Management)

Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University

2022

Copyright of Srinakharinwirot University

ปริญญานิพนธ์

เรื่อง

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

จากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ของ

ญาตา อ่อนอิน

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางสังคม

ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าปริญญานิพนธ์

..... ที่ปรึกษาหลัก ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์) (รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล สุยะพรหม)

..... ที่ปรึกษาร่วม กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธันนิกันต์ สุญลี้นภัย) (รองศาสตราจารย์ ดร.ภูมิ มุลศิลป์)

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัญชลี ศรีกลชาญ)

| | |
|----------------------|--|
| ชื่อเรื่อง | รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร |
| ผู้วิจัย | ญาตา อ่อนอิน |
| ปริญญา | ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต |
| ปีการศึกษา | 2565 |
| อาจารย์ที่ปรึกษา | รองศาสตราจารย์ ดร. ชลวิทย์ เจียรจิตต์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ธันนิกันต์ สุญสินัย |

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์หลักสำคัญ คือ (1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (2) เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ (3) เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นประชากรไทยอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพคือ แบบสนทนาแบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย ประเด็นการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการสนทนากลุ่มจำนวน 10 กลุ่มรวม 45 คนโดยแบ่งตามเพศและอายุและประเด็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลจำนวน 10 คนโดยคัดเลือกจากตัวแทนกลุ่มข้างต้นโดยได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณคือ แบบสอบถามจำนวน 400 คน ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ในการประมวลผล ผลการวิจัยได้กรอบองค์ความรู้สำคัญหลักคือ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ดี จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเพศชาย 200 รายเกษียณอายุแล้วร้อยละ 40 และเพศหญิง 200 รายเกษียณอายุแล้วร้อยละ 51 กลุ่มตัวอย่างพักอาศัยตามลำพังร้อยละ 12 โดยรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพด้านการทำงาน ระดับรายได้ (2) ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ประกอบด้วย ความถี่ในการออกกำลังกาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความรู้ทางโภชนาการ (3) ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ ประกอบด้วย การทานอาหารทั่วไป การทานอาหารสุขภาพ การทานอาหารที่ชอบ และการทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ โดยผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงเป้าหมายต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต, อาหาร, โภชนาการ, ผู้สูงอายุ, สังคมสูงอายุ

| | |
|----------------|---|
| Title | MODEL FOR IMPROVING HEALTH - RELATED QUALITY OF LIFE FROM FOOD AND NUTRITION OF THE ELDERLY IN BANGKOK |
| Author | YATA ONIN |
| Degree | DOCTOR OF PHILOSOPHY |
| Academic Year | 2022 |
| Thesis Advisor | Associate Professor Dr. Cholvit Jearajit |
| Co Advisor | Assistant Professor Dr. Tannikarn Soonsinpai |

This research is mixed methods qualitative and quantitative research. The purposes of this study are as follows: (1) to study the health-related quality of life among the elderly in Bangkok in terms of food and nutrition; (2) to study the demographic and lifestyle factors affecting the health-related quality of life based on food and nutrition among the elderly; and (3) to find a model for improving the health-related quality of life among the elderly in Bangkok in terms of food and nutrition compared to people in other countries. The sample groups consisted of Thai people, aged 60 years and over, both male and female, and located in Bangkok. The research methods for qualitative research consisted of semi-structured interviews for 10 groups, with 45 samples and in-depth interviews for 10 samples, at the group and individual level accordingly were analyzed using content analysis methods. The research methods for quantitative research consisted of a questionnaire, which was distributed to 400 samples and were analyzed using a social science research methodology. The research found that the health-related quality of life based on food and nutrition in the sample group was at a good level. Based on the data, 40% of the 200 males were retired and 51% of the 200 females were retired, with 12% of the sample staying alone. This research findings suggested that the model for improving health-related quality of life among the elderly in Bangkok in terms of food and nutrition consisted of the following factors, as follows: (1) the personal factors consisted mainly of living status, education level, working status, and income level (2) the health and age-related diseases/conditions factors consisted of frequency of exercise, non-communicable diseases and knowledge of nutrition; and (3) the type of food factors that the elderly consumed regularly consisted of general food, healthy food, preferred food and diet as recommended by a doctor. The findings from this research could be used as guideline to improve the health-related quality of life for the elderly, especially when their food and nutrition were the central focus.

Keyword : Quality of life, Food, Nutrition, Elderly, Ageing society

กิตติกรรมประกาศ

ปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้เป็นอีกย่างก้าวสำคัญ และทรงคุณค่าอย่างยิ่งต่อผู้วิจัย กิตติกรรมประกาศนี้ ผู้วิจัยเขียนขึ้นด้วยความซาบซึ้ง สำนึกในความกรุณาและเมตตาของท่านที่เอื้ออำนวยต่อความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ในการทำปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ งานวิจัย “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” เป็นหนึ่งในความภาคภูมิใจที่สุดในชีวิตของผู้วิจัย ซึ่งกว่าจะทำจนสำเร็จได้นั้น ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือ ความอนุเคราะห์จากผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก การที่ผู้วิจัยเป็นนักวิจัยหน้าใหม่ ความรู้ด้านการวิจัยจากคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้ดำเนินมาอย่างถูกต้อง ถูกขั้นตอนจนเสร็จสิ้น

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์ รองอธิการบดีฝ่ายแผนและยุทธศาสตร์เพื่อสังคม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประธานหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาการจัดการทางสังคม อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ท่านอาจารย์เป็นแบบอย่างที่ดีของการเป็นผู้ให้ด้วยความเมตตา ไม่เพียงประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ท่านยังชี้แนะแนวทางในการดำเนินชีวิต รวมถึงให้ความมั่นใจและกำลังใจต่อปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้ ขอบพระคุณ ผศ.ดร.ธนิชกานต์ สูญสิ้นภัย รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิเทศสัมพันธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ท่านเป็นอาจารย์ผู้ให้ความรู้ เป็นสุดยอดนักจัดการ ผู้ที่คอยดูแลนิสิตทุกคนอย่างดียิ่ง

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รศ.ดร.โกนิฐ์ ศรีทอง ท่านอาจารย์กรุณาสละเวลาอันมีค่า เพื่อให้ชี้แนะให้แนวทางและมุมมองที่ทรงคุณค่าต่อปริญญาานิพนธ์ที่ช่วยให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอบพระคุณ รศ.ดร.ภูมิ มูลศิลป์ คณบดีคณะสังคมศาสตร์ รศ.ดร.หทัยรัตน์ บุญโยปษัฎฐ์ภักดิ์ หัวหน้าภาควิชาสังคมศาสตร์ ผศ.ดร.อัญชลี ศรีกชชาญ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย อาจารย์ผู้ให้ความรู้ มุมมอง และคำถามซึ่งนำมาสู่พัฒนาและปรับปรุงงานวิจัยให้ดำเนินอย่างถูกต้องและขั้นตอน

ขอบพระคุณอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ รศ.ดร.ทพ.สรสัณห์ รังสิยานนท์ ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายแผนและยุทธศาสตร์เพื่อสังคม รศ.ผจงศักดิ์ หมวดสง คณบดีคณะบริหารธุรกิจเพื่อสังคม ผศ.ดร.ประภาภรณ์ โรจน์ศิริรัตน์ รองคณบดีฝ่ายแผนและยุทธศาสตร์เพื่อสังคม และอ.ดร.สายชล ปัญญาชิต ที่กรุณาสละเวลาให้คำแนะนำที่มีคุณค่ายิ่งต่องานวิจัยในครั้งนี้ ขอบพระคุณท่านอาจารย์พิเศษและคณาจารย์คณะสังคมศาสตร์ทุกท่าน ที่ถ่ายทอดความรู้ ความคิด หลักวิชาการต่างๆ อันเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่ง มาประยุกต์ใช้ในการทำปริญญาานิพนธ์ฉบับนี้

บุคคลที่สำคัญที่สุดอีกกลุ่มหนึ่งคือ คุณตาคุณยายผู้สูงอายุมากกว่าสี่ร้อยท่านที่ตอบแบบสอบถาม และอีกเกือบหนึ่งร้อยท่านที่กรุณาให้สัมภาษณ์กับผู้วิจัยทั้งที่เป็นช่วงเวลาที่โควิดระบาดอย่างหนัก ข้อมูลจากทุกท่านนับเป็นคุณูปการอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณด้วยใจคารวะอย่างสูงสุด

ขอบคุณมิตรภาพ ความช่วยเหลือและความห่วงใยจากเพื่อนร่วมรุ่น หลักสูตรปริญญาตรี ศึกษาศาสตร์ สาขาการจัดการทางสังคม รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ทำให้การเรียนและการทำวิจัยครั้งนี้เป็นไปอย่างมีความสุขและสนุกสนาน

สุดท้ายนี้ ขอบพระคุณป้า แม่ โกวแก้ว และเจ้หลิ ที่สอนให้ลูกเป็นคนที่ตั้งใจ อดทนและมุ่งมั่นต่ออุปสรรคทั้งปวง ขอบคุณ ดร.นที อ่อนอิน สามีผู้แสวงหาวิชาชีพที่ทำให้ยิ้มเป็นคนที่ดียิ่งขึ้นในทุกๆ วัน ชอบใจ นท เนท นีน ที่ให้แม่ได้เป็นความภาคภูมิใจของลูกๆ ขอบคุณพี่อ้อ กอฟฟี่ บอย และวรรณ ที่คอยเป็นกำลังใจและเพื่อนที่ดีที่สุดเสมอมา รวมถึงน้องๆ เข็มแป้นทุกคนที่สนับสนุนทั้งร่างกายและแรงใจ

ผู้วิจัยตั้งใจทำงานวิจัยนี้ออกมาให้ดีที่สุด ด้วยหวังว่างานวิจัยนี้จะช่วยยกระดับการใช้ชีวิตด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครให้ดียิ่งขึ้น จนท่านสามารถสร้างประโยชน์ต่อสังคม ประเทศชาติได้มากกว่าที่เคยเป็นมา นั่นนับเป็นบุญกุศลอย่างสูงสุดจนประเมินค่ามิได้

ญาตา อ่อนอิน

สารบัญ

| | หน้า |
|---|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฎ |
| สารบัญรูปภาพ | ฅ |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| ภูมิหลัง | 1 |
| ความมุ่งหมายของงานวิจัย..... | 13 |
| ความสำคัญของงานวิจัย | 13 |
| ขอบเขตการวิจัย | 14 |
| ประชากรที่ใช้ในการวิจัย..... | 14 |
| กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย..... | 14 |
| ตัวแปรที่ศึกษา | 15 |
| นิยามศัพท์เฉพาะ..... | 16 |
| กรอบแนวคิดในงานวิจัย..... | 18 |
| สมมติฐานการวิจัย..... | 19 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 20 |
| ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ | 20 |
| ทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่: ผู้สูงอายุและการถอยห่าง (The Structural – Functional Theory: Aging and Disengagement) | 20 |

| | |
|---|----|
| ทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคม: ผู้สูงอายุและความไม่เท่าเทียม (Social – Conflict Theory: Aging and Inequality)..... | 21 |
| ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์: ผู้สูงอายุ และ กิจกรรม (Symbolic – Interaction Theory: Aging and Activity)..... | 22 |
| อาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ..... | 23 |
| ความหมายของอาหารและโภชนาการ | 23 |
| ลักษณะของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ | 23 |
| การประเมินความเสี่ยงด้านอาหาร..... | 26 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | 31 |
| ความหมายของคุณภาพชีวิต..... | 31 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ | 33 |
| นโยบายภาครัฐที่มีการส่งเสริมการบริโภคอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | 36 |
| รูปแบบและนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ..... | 47 |
| กลุ่มประเทศเอเชียและแปซิฟิก..... | 48 |
| กลุ่มประเทศอาเซียน | 49 |
| ประเทศสิงคโปร์ | 49 |
| ประเทศเวียดนาม | 51 |
| ประเทศมาเลเซีย | 55 |
| ประเทศอินโดนีเซีย | 58 |
| ประเทศเมียนมา..... | 61 |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอาหารผู้สูงอายุและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจากอาหารและโภชนาการในประเทศกลุ่มอาเซียนและประเทศอื่นๆ | 64 |
| งานวิจัยในประเทศกลุ่มอาเซียน | 64 |

| | |
|--|-----|
| งานวิจัยในประเทศอื่นๆ | 68 |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... | 78 |
| การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง | 81 |
| ประชากร | 81 |
| การเลือกกลุ่มตัวอย่าง | 81 |
| การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... | 83 |
| ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือขั้นที่ 1 | 83 |
| วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือขั้นที่ 1 | 83 |
| ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือขั้นที่ 2..... | 84 |
| วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือขั้นที่ 2..... | 84 |
| ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือขั้นที่ 3..... | 84 |
| วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือขั้นที่ 3..... | 86 |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | 88 |
| การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล | 89 |
| บทที่ 4 ผลการดำเนินงานวิจัย | 93 |
| ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการวิจัยแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) | 93 |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล..... | 95 |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ..... | 99 |
| ปัจจัยด้านสังคม | 107 |
| ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | 111 |
| ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รายบุคคล (In-depth interview) | 113 |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล..... | 116 |

| | |
|---|-----|
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ..... | 120 |
| ปัจจัยด้านสังคม..... | 122 |
| ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ..... | 124 |
| ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 3 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม(Questionnaire) | |
| | 138 |
| ข้อมูลประชากรและวิธีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง..... | 140 |
| การทดสอบสมมติฐาน..... | 149 |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล..... | 149 |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ..... | 152 |
| ปัจจัยด้านสังคม..... | 154 |
| ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ..... | 156 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ..... | 159 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 159 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 163 |
| ข้อเสนอแนะ..... | 167 |
| บรรณานุกรม..... | 169 |
| ภาคผนวก..... | 175 |
| ภาคผนวก ก แบบประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย สำหรับผู้เชี่ยวชาญ..... | 176 |
| ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย..... | 191 |
| ประวัติผู้เขียน..... | 203 |

สารบัญตาราง

หน้า

| | |
|---|----|
| ตาราง 1 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุ 10 อันดับแรกของเอเชีย ปี ค.ศ. 2021 | 3 |
| ตาราง 2 ประชากรในกลุ่มอาเซียนแบ่งตามกลุ่มอายุเทียบระหว่างปี ค.ศ. 1999 และ ค.ศ. 2021 (หน่วย: ล้านคน) | 4 |
| ตาราง 3 ข้อมูลประชากรแต่ละช่วงอายุในกลุ่มอาเซียน ปี ค.ศ.2021 (หน่วย: ล้านคน)..... | 5 |
| ตาราง 4 ข้อมูลจำนวนและสัดส่วนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มอายุ (วัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ) ที่ราชอาณาจักร พ.ศ. 2559 – 2563 (หน่วย: ล้านคน)..... | 8 |
| ตาราง 5 ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สูงสุด 10 จังหวัดแรก จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัด เขตการปกครอง พ.ศ. 2560 (จัดทำทุก 3 ปี)..... | 9 |
| ตาราง 6 จำนวนประชากรสัญชาติไทย ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2563 แยกตามกลุ่มอายุ..... | 10 |
| ตาราง 7 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่อตามทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2563 ในเขตที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 10 อันดับแรก..... | 11 |
| ตาราง 8 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่อตามทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2563 ในเขตที่มีอัตราผู้สูงอายุน้อยสุด 10 อันดับแรก..... | 12 |
| ตาราง 9 มาตรฐานนานาชาติของระดับการบริโภคอาหารและของเหลวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก | 25 |
| ตาราง 10 ปริมาณอาหารเฉลี่ยที่ประเมินจากการเรียกคืนอาหาร สี่ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องมือคัดกรองอาหาร สำหรับการจำแนกความเสี่ยงในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชนบทของ รัฐเพนซิลเวเนีย..... | 28 |
| ตาราง 11 องค์ประกอบของดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพไทย (Healthy Eating Index for Thais : THEI) และระบบการให้คะแนน | 30 |
| ตาราง 12 แนวทางการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ | 46 |

| | |
|--|-----|
| ตาราง 13 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในงานวิจัยอื่น (รวบรวมโดยผู้วิจัย) | 75 |
| ตาราง 14 ข้อมูลประชากรของผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม | 94 |
| ตาราง 15 อายุของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล | 114 |
| ตาราง 16 ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล | 114 |
| ตาราง 17 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆที่มีต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ | 115 |
| ตาราง 18 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับความสำคัญของปัจจัยด้านต่างๆที่มีต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ | 116 |
| ตาราง 19 สรุปผลการประชุมสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลในภาพรวม | 127 |
| ตาราง 20 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตตามองค์การอนามัยโลกกับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | 128 |
| ตาราง 21 ความน่าเชื่อถือโดยวัดจากค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของปัจจัยแต่ละด้าน | 139 |
| ตาราง 22 ความน่าเชื่อถือโดยวัดจากค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน | 139 |
| ตาราง 23 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและรายได้ | 140 |
| ตาราง 24 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและอายุ | 141 |
| ตาราง 25 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและสถานภาพสมรส | 141 |
| ตาราง 26 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและระดับการศึกษา | 142 |
| ตาราง 27 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและสถานภาพด้านการทำงานในปัจจุบัน | 142 |
| ตาราง 28 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนและผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย | 143 |
| ตาราง 29 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างผู้จัดเตรียมอาหารและการพักอาศัย | 144 |

| | |
|---|-----|
| ตาราง 30 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างการร่วมทานอาหารกับผู้อื่นและการพักอาศัย | 145 |
| ตาราง 31 สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี 3 อันดับแรก | 146 |
| ตาราง 32 อาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | 146 |
| ตาราง 33 ข้อมูลแสดงภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง | 147 |
| ตาราง 34 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการทั้ง 4 ด้าน | 148 |
| ตาราง 35 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 150 |
| ตาราง 36 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 151 |
| ตาราง 37 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 152 |
| ตาราง 38 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 153 |
| ตาราง 39 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านสังคมและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 155 |
| ตาราง 40 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยด้านสังคมและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 156 |
| ตาราง 41 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 157 |
| ตาราง 42 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 158 |
| ตาราง 43 สรุปการทดสอบสมมติฐาน | 159 |

สารบัญรูปภาพ

หน้า

| | |
|--|----|
| ภาพประกอบ 1 จำนวนเกิดของประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2480 – 2545 | 1 |
| ภาพประกอบ 2 พีระมิดคาดการณ์ประชากรไทยปี ค.ศ. 2010-2030..... | 6 |
| ภาพประกอบ 3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (Dimensions of Quality of life: WHOQOL).... | 32 |
| ภาพประกอบ 4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs Goals) | 34 |
| ภาพประกอบ 5 นโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 - 2570..... | 36 |
| ภาพประกอบ 6 ผลการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี พ.ศ.2560-2575 กรณีความยืดหยุ่นเท่ากับ 0.8..... | 37 |
| ภาพประกอบ 7 ผลการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี พ.ศ.2560-2575 กรณีความยืดหยุ่นเท่ากับ 1 | 38 |
| ภาพประกอบ 8 โปสเตอร์ออนไลน์ประชาสัมพันธ์เรื่อง โฆษณาการผู้สูงอายุและสัดส่วนของอาหารที่ควรได้รับของผู้สูงอายุ..... | 40 |
| ภาพประกอบ 9 โปสเตอร์ออนไลน์ประชาสัมพันธ์เรื่อง ผู้สูงอายุ ไม่ซีด สมองดี | 41 |
| ภาพประกอบ 10 โฆษณบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ..... | 43 |
| ภาพประกอบ 11 สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ..... | 44 |
| ภาพประกอบ 12 ภาพรณรงค์การรับประทานอาหารในวันผู้สูงอายุโลก..... | 45 |
| ภาพประกอบ 13 แผนผังนโยบายด้านผู้สูงอายุในเอเชียและแปซิฟิกได้ในปี ค.ศ. 2015 | 48 |
| ภาพประกอบ 14 ประเด็นในการจัดทำนโยบายสำหรับผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์ | 51 |
| ภาพประกอบ 15 เอกสารยุทธศาสตร์โภชนาการแห่งชาติสำหรับ ค.ศ. 2011 – 2020 ด้วยวิสัยทัศน์สู่ปี ค.ศ. 2030 ของประเทศเวียดนาม | 53 |
| ภาพประกอบ 16 ระบบโครงสร้างอาหารเพื่อสุขภาพด้านอาหารที่ดีขึ้นในประเทศเวียดนาม | 54 |

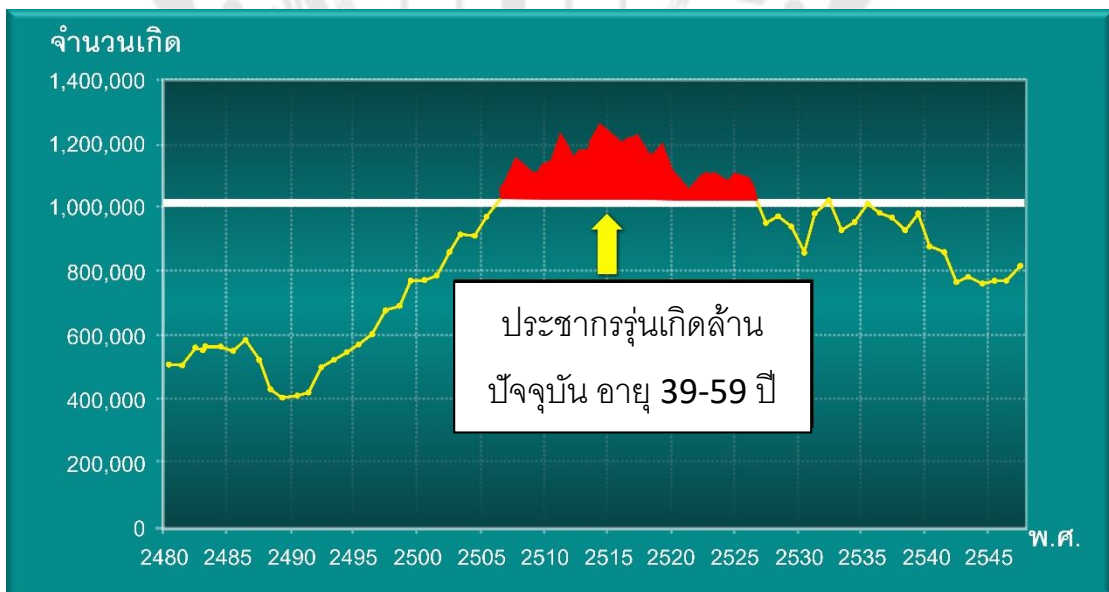
| | |
|--|-----|
| ภาพประกอบ 17 แผนปฏิบัติการแห่งชาติสำหรับโภชนาการของมาเลเซีย III ค.ศ. 2016-2025 .. | 56 |
| ภาพประกอบ 18 การลดจำนวนประชากรผู้สูงอายุในผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการในโปรตีนและพลังงาน | 57 |
| ภาพประกอบ 19 เกณฑ์เป้าหมายเรื่อง ภาวะโรคอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้สูงอายุ | 58 |
| ภาพประกอบ 20 หลักพื้นฐาน 13 ข้อเพื่อความสมดุลของอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอินโดนีเซีย ในช่วง 10 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – 2010 | 60 |
| ภาพประกอบ 21 การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการในเมียนมา | 62 |
| ภาพประกอบ 22 กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม | 67 |
| ภาพประกอบ 23 ความเหลื่อมล้ำของวัยชรา การล้มเหลวในการเจริญเติบโต | 70 |
| ภาพประกอบ 24 ปัจจัยที่ส่งผลบวกและลบต่อสุขภาพทางโภชนาการที่ส่งผลต่อการสูงวัยให้มีสุขภาพดี | 71 |
| ภาพประกอบ 25 แบบจำลองสมมุติฐานของความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นสำคัญและแนวทางที่อาจส่งผลต่อคุณภาพอาหารในวัยสูงอายุ..... | 72 |
| ภาพประกอบ 26 รูปแบบแนวคิดของการรับประทานอาหารน้อยเกินไป | 74 |
| ภาพประกอบ 27 ขั้นตอนการวิจัย (สร้างโดยผู้วิจัย) | 80 |
| ภาพประกอบ 28 รูปแบบพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร..... | 161 |
| ภาพประกอบ 29 รูปแบบภาพรวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร..... | 162 |

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ที่มาของสังคมสูงอายุของประเทศไทย เริ่มต้นภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่สอง จำนวนประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เหตุการณ์ดังกล่าวมีที่มาจากหลายส่วน โดยส่วนหนึ่งอาจเกิดจากนโยบายของรัฐบาลสมัย จอมพล ป. พิบูลสงคราม ในสมัยนั้นได้ส่งเสริมให้มีการแต่งงาน ส่งเสริมการมีลูกมาก ประกาศใช้พระราชบัญญัติสงเคราะห์ผู้มีบุตรมาก เป็นนโยบายเร่งเพิ่มจำนวนประชากรสำหรับใช้เพื่อการพัฒนาประเทศไทย ในขณะเดียวกันอาจเกิดจากการผ่อนคลายภาวะตึงเครียดจากสงคราม และอีกส่วนสำคัญส่วนหนึ่งคือ การอพยพเข้ามาตั้งถิ่นฐานภายใต้พระบรมโพธิสมภารของคนต่างด้าวจากที่ต่าง ๆ ทั้งคนจีนโพ้นทะเล และชาติใกล้เคียง การเพิ่มของประชากรไทยมีจุดที่สำคัญคือ ช่วงปี พ.ศ. 2506 – 2526 มีเด็กที่เกิดในประเทศไทยและจดทะเบียนไว้กับกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เกินกว่าล้านคนต่อปีติดต่อกันตลอด 20 ปี ดังภาพประกอบ 1 ซึ่งอาจจะเรียกได้ว่าเป็นยุคเบบี้บูม (Baby Boom) ของประเทศไทย โดยประชากรรุ่นดังกล่าวในปี พ.ศ. 2565 จะมีอายุอยู่ระหว่าง 39 – 59 ปี



ภาพประกอบ 1 จำนวนเกิดของประชากรไทยระหว่างปี พ.ศ. 2480 – 2545

ที่มา: ปรีชา นวลเป็นโย (2561)

แต่หลังจากปี พ.ศ. 2526 จำนวนคนเกิดได้ลดลง ถือได้ว่าเป็นช่วงเบบี้อัซ (Baby Bust) ซึ่งเป็นผลจากนโยบายการวางแผนครอบครัวซึ่งเป็นนโยบายตั้งแต่รัฐบาลสมัยจอมพลถนอม กิตติขจร และรัฐบาลในยุคต่อ ๆ มา ซึ่งมีสโลแกนที่ติดหูว่า “ลูกมากจะยากจน” ประชากรรุ่นเกิดล้านถือได้ว่าเป็นคลื่นประชากรขนาดใหญ่ที่กระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยอย่างต่อเนื่องและยาวนาน เนื่องจากก่อให้เกิดความต้องการ (Demand) ในด้านต่าง ๆ ขณะที่ทรัพยากร (Supply) มีจำกัดเช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย งาน นี่คือการมาของสังคมสูงอายุของประเทศไทย (ปรีชา นวลเป็นใย, 2561)

สังคมสูงอายุ (Ageing Society)

ปัจจุบัน องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่ได้ระบุอายุของ “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) อย่างเป็นทางการ แต่องค์การสหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” โดยประเทศไทยได้นิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546, 2553) มาตรา 3 ดังนี้

“ผู้สูงอายุ” หมายความว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย”

โดยในที่นี้ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของ “ประชากรสูงอายุ” หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป และ “อัตราผู้สูงอายุ” หมายถึง ร้อยละของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมด โดยในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2563) นิยามความหมายไว้ว่า “สังคมสูงอายุ” (Ageing society) ว่าหมายถึง สังคมที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น สังเกตได้จากอัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ “สังคมสูงอายุ” มีความหมายอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นสังคมที่สูงอายุแล้ว (Aged society)

“สังคมสูงอายุแล้ว” (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)

“สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)

โดยรายงานดังกล่าวระบุว่า การสูงอายุของประชากร เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลก ในต้นศตวรรษที่ 21 โลกของเราได้เปลี่ยนจาก “สังคมเยาว์วัย” มาสู่ “สังคมสูงอายุ” ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2022) ทุกประเทศในทวีปเอเชียภาพรวมประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้น ทวีปเอเชียได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว เพราะมีประชากรสูงอายุ มากถึง 632.6 ล้านคนจากประชากร 4,695 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13.46 ของประชากรเอเชียทั้งหมด จากข้อมูลในตาราง 1 ปี ค.ศ. 2021 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุดในเอเชียและในโลก คือ ญี่ปุ่น คิดเป็นร้อยละ 35.65 คือ 44.42 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 124.61 ล้านคน ในขณะที่ประเทศไทย อยู่อันดับที่ 6 ของทวีปเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 21.18 คือ 15.16 ล้านคน จากประชากรทั้งหมด 71.6 ล้านคน

ตาราง 1 ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุ 10 อันดับแรกของเอเชีย ปี ค.ศ. 2021

| ลำดับ | ประเทศ | จำนวนประชากร (ล้านคน) | จำนวนประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป (ล้านคน) | ร้อยละประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป |
|-------|-----------|--------------------------|---|-----------------------------------|
| 1 | ญี่ปุ่น | 124.61 | 44.42 | 35.65 |
| 2 | ฮ่องกง | 7.50 | 2.08 | 27.73 |
| 3 | เกาหลีใต้ | 51.83 | 12.65 | 24.40 |
| 4 | ไต้หวัน | 23.86 | 5.46 | 22.88 |
| 5 | สิงคโปร์ | 5.94 | 1.30 | 21.88 |
| 6 | ไทย | 71.60 | 15.16 | 21.18 |
| 7 | จอร์เจีย | 3.76 | 0.78 | 20.84 |
| 8 | ไซปรัส | 1.24 | 0.25 | 19.99 |
| 9 | อามาเนีย | 2.79 | 0.53 | 19.80 |
| 10 | มาเก๊า | 0.69 | 0.13 | 18.64 |

ที่มา: องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2022)

นอกจากนี้รายงานดังกล่าวยังระบุว่า อาเซียนมีประชากรสูงอายุมากถึง 79.89 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.84 ของประชากรอาเซียนทั้งหมด 674.48 ล้านคน จึงเรียกได้ว่า อาเซียนได้เป็น

“สังคมสูงอายุ” แล้ว โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1999 และ ปี ค.ศ. 2021 พบว่า ในปี ค.ศ. 1999 เป็นปีที่อาเซียนมีสมาชิกครบ 10 ประเทศเป็นปีแรก ในปีนั้นอาเซียนมีประชากรรวมกันทั้งหมด 517 ล้านคน ในขณะที่ในปี ค.ศ. 2021 อาเซียนมีประชากรรวมกันทั้งหมด 674.48 ล้านคน โดยเพิ่มขึ้นมา 157.84 ล้านคนจากเมื่อ 22 ปีก่อน โดยมีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นจำนวน 79.89 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 11.84 ของประชากรทั้งอาเซียน จากเดิมมีจำนวน 38.93 ล้านคน เท่ากับร้อยละ 7.53 ของประชากรทั้งอาเซียน ซึ่งเพิ่มขึ้น 2.05 เท่าตามข้อมูลดังตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 2 ประชากรในกลุ่มอาเซียนแบ่งตามกลุ่มอายุเทียบระหว่างปี ค.ศ. 1999 และ ค.ศ. 2021 (หน่วย: ล้านคน)

| จำนวนประชากร | ค.ศ. 1999 (%) | ค.ศ. 2021 (%) |
|-------------------------|---------------|----------------|
| ประชากรรวม | 516.76 | 674.84 |
| ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป | 38.93 (7.53%) | 79.89 (11.84%) |

ที่มา: องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2022)

ประชากรทุกประเทศในอาเซียนกำลังมีปริมาณผู้สูงอายุมากขึ้นตามลำดับ โดยในปี ค.ศ. 2021 มีสมาชิกทั้งหมด 6 ประเทศจากทั้งหมด 10 ประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว คือ สิงคโปร์ ไทย เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซียและเมียนมา โดยอินโดนีเซียและเมียนมาเป็นประเทศล่าสุดเพิ่งเป็นสังคมสูงอายุในปี ค.ศ. 2020 นี้เอง ในขณะที่สิงคโปร์ที่เป็นประเทศแรกที่เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ซึ่งมีประชากรสูงอายุ 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.88 จากประชากร 5.94 ล้านคน ลำดับถัดมาคือประเทศไทยซึ่งถือเป็นประเทศที่มีร้อยละของประชากรสูงอายุเป็นลำดับที่ 2 ของอาเซียน กล่าวคือ มีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 21.18 ของประชากรไทยทั้งหมด 71.60 ล้านคนซึ่งเท่ากับว่าไทยได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”แล้วเช่นกัน ในขณะที่จำนวนประชากรของประเทศเวียดนามจำนวน 97.47 ล้านคนเป็นประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 13.48 เท่ากับ 13.13 ล้านคน ประเทศมาเลเซียถือเป็นประเทศที่มีร้อยละของประชากรสูงอายุมากเป็นลำดับที่ 4 โดยมีถึงร้อยละ 11.11 คือจำนวน 3.73 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 33.57 ล้านคน ประเทศอินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีประชากรมากที่สุดในกลุ่มอาเซียน แม้ว่าร้อยละของจำนวนประชากรไม่ได้สูงสุดในกลุ่มอาเซียนแต่ยังถือได้ว่าจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศมีจำนวนมากกล่าวคือ มีจำนวนสูง

ถึง 29.22 ล้านคนเท่ากับร้อยละ 10.67 จากประชากรทั้งหมด 273.75 ล้านคน ประเทศเมียนมาเป็นประเทศล่าสุดในกลุ่มอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยมีประชากรสูงอายุจำนวน 5.65 ล้านคนจากจำนวนประชากรทั้งสิ้น 53.80 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.50 ในขณะที่อีกสี่ประเทศที่เหลือในกลุ่มอาเซียนคือ บรูไน กัมพูชา ฟิลิปปินส์และลาวตามลำดับ แม้ว่าจะยังไม่เข้าสู่สังคมสูงอายุแต่ในอนาคตย่อมต้องเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างแน่นอน ตามข้อมูลดังตารางต่อไปนี้

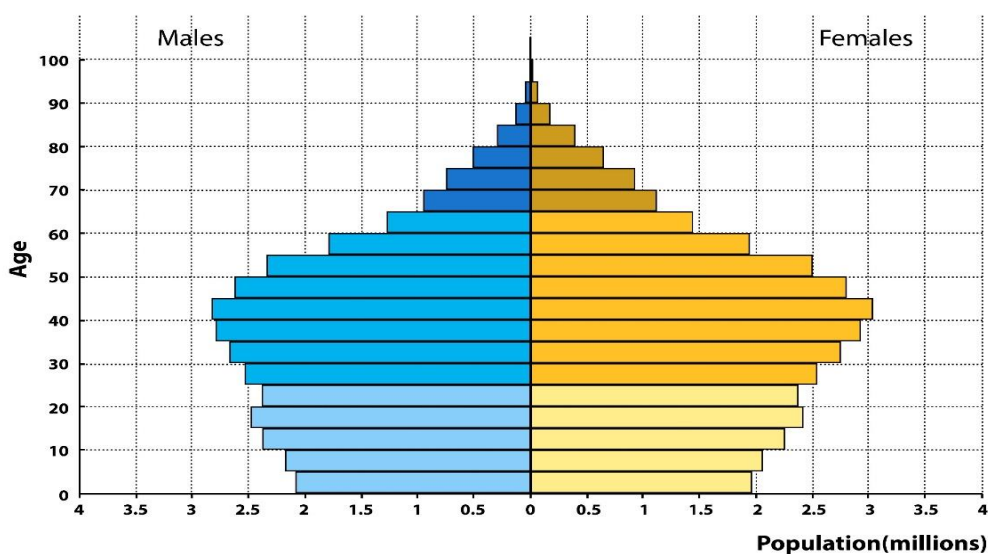
ตาราง 3 ข้อมูลประชากรแต่ละช่วงอายุในกลุ่มอาเซียน ปี ค.ศ.2021 (หน่วย: ล้านคน)

| ภูมิภาค/ ประเทศ | รวม | 0-14 ปี | ร้อยละ ประชากร | 15-59 ปี | ร้อยละ ประชากร | 60 ปีขึ้นไป | ร้อยละ ประชากร |
|--------------------|--------|---------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|-------------------|
| อาเซียน | 675.80 | 167.46 | 24.78 | 428.36 | 63.39 | 79.98 | 11.84 |
| สิงคโปร์ | 5.94 | 0.71 | 11.98 | 3.93 | 66.13 | 1.30 | 21.87 |
| ไทย | 71.60 | 11.31 | 15.80 | 45.12 | 63.02 | 15.16 | 21.18 |
| เวียดนาม | 97.47 | 21.97 | 22.54 | 62.36 | 63.98 | 13.13 | 13.48 |
| มาเลเซีย | 33.57 | 7.71 | 22.96 | 22.13 | 65.93 | 3.73 | 11.11 |
| อินโดนีเซีย | 273.75 | 69.74 | 25.48 | 174.79 | 63.85 | 29.22 | 10.67 |
| เมียนมา | 53.80 | 13.39 | 24.88 | 34.76 | 64.61 | 5.65 | 10.50 |
| บรูไน | 0.45 | 0.10 | 22.36 | 0.30 | 67.87 | 0.04 | 9.89 |
| กัมพูชา | 16.59 | 4.86 | 29.30 | 10.19 | 61.41 | 1.54 | 9.29 |
| ฟิลิปปินส์ | 113.88 | 34.89 | 30.64 | 69.41 | 60.95 | 9.58 | 8.41 |
| ลาว | 7.43 | 2.30 | 31.02 | 4.60 | 61.97 | 0.52 | 7.02 |

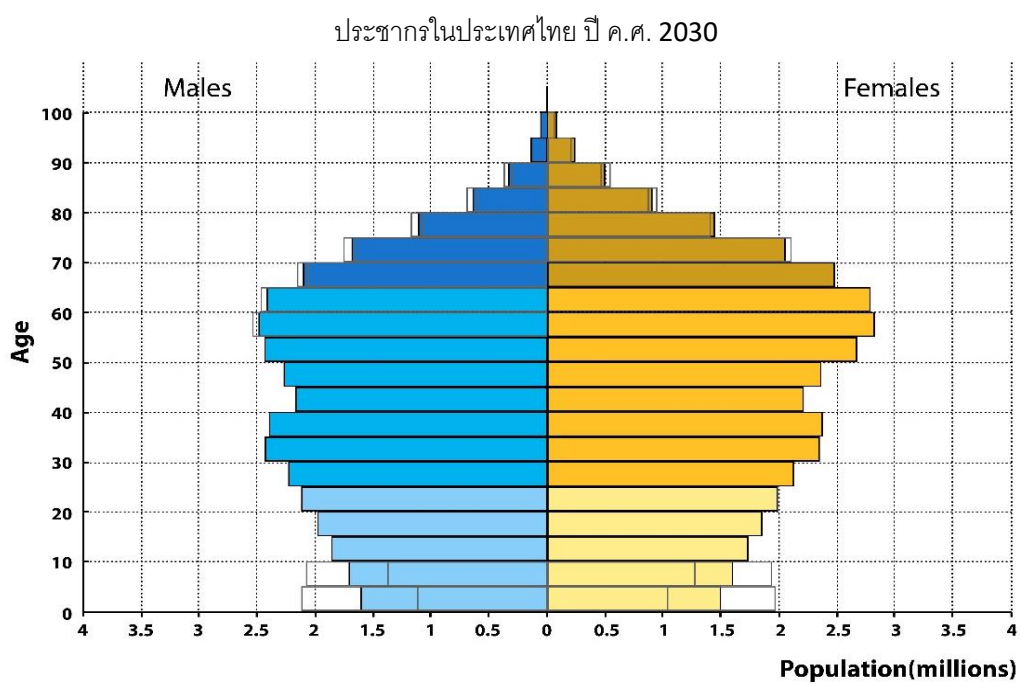
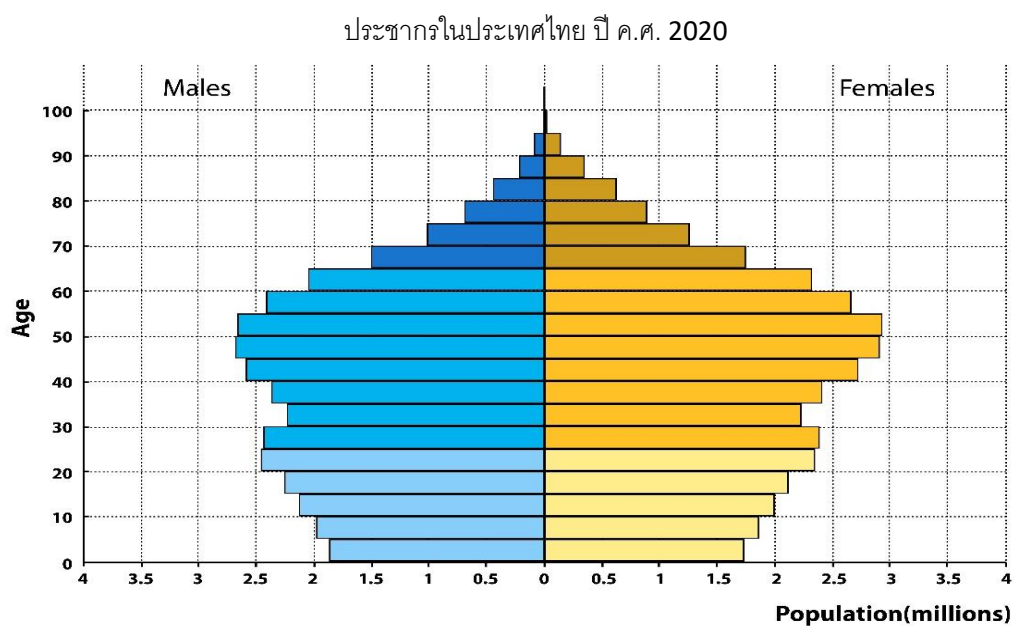
ที่มา: องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2022)

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged society) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 ที่ผ่านมา ซึ่งหมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดหรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 และในปี ค.ศ. 2021 ประเทศไทยจะเข้าสู่ สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed - aged society) และมีบางพื้นที่ได้ก้าวเข้าสู่ สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - aged society) เรียบร้อยแล้วซึ่งหากพิจารณาข้อมูลคาดการณ์เปรียบเทียบประชากรไทย ระหว่างปี ค.ศ. 2010 – 2030 ในภาพประกอบ 2 จะพบว่า ประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ. 2010 มีจำนวน 6 ล้านคน (ร้อยละ 8.9) ในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวน 9 ล้านคน (ร้อยละ 13) ในปี ค.ศ. 2030 มีจำนวนเกือบ 13.8 ล้านคน (ร้อยละ 19.6) นั่นคือในอีก 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปถึง 1 ใน 5 สัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ประชากรในประเทศไทย ปี ค.ศ. 2010



ภาพประกอบ 2 พิจารณาคาดการณ์ประชากรไทยปี ค.ศ. 2010-2030



ภาพประกอบ 2 พีระมิดคาดการณ์ประชากรไทยปี ค.ศ. 2010-2030 (ต่อ)

ที่มา: องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2019)

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่แสดงในตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า จำนวนประชากรทั่วราชอาณาจักรไทยในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 66,186,272 คน พบว่ามีประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ถึงร้อยละ 17.58 (11,633,188 คน) ในขณะที่ ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 65,931,550 คน พบว่ามีประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ถึงร้อยละ 14.87 (9,802,080 คน) ซึ่งภายใน 5 ปี จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเกือบ 2 ล้านคน จากเดิมอัตราส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2559 เท่ากับร้อยละ 14.87 จนถึงปีพ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.45 16.06 16.73 และ 17.58 ตามลำดับ

ตาราง 4 ข้อมูลจำนวนและสัดส่วนประชากรจากการทะเบียน จำแนกตามกลุ่มอายุ (วัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ) ทั่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2559 – 2563 (หน่วย: ล้านคน)

| กลุ่มอายุ (ปี) | 2559 | | 2560 | | 2561 | | 2562 | | 2563 | |
|----------------------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| รวม | 65.93 | 100 | 66.19 | 100 | 66.41 | 100 | 66.56 | 100 | 66.19 | 100 |
| วัยเด็ก (0-14ปี) | 11.43 | 17.34 | 11.3 | 17.08 | 11.15 | 16.79 | 10.95 | 16.45 | 10.72 | 16.2 |
| วัยแรงงาน (15-59ปี) | 43.18 | 65.49 | 43.1 | 65.11 | 43 | 64.74 | 42.85 | 64.37 | 42.65 | 64.44 |
| วัยสูงอายุ (60ปีขึ้นไป) | 9.8 | 14.87 | 10.23 | 15.45 | 10.67 | 16.06 | 11.14 | 16.73 | 11.63 | 17.58 |
| จำแนกอายุ ไม่ได้ | 1.51 | 2.3 | 1.56 | 2.36 | 1.6 | 2.4 | 1.63 | 2.45 | 118 | 1.78 |

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2564b)

จากข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สูงสุด 10 จังหวัดแรก จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัด เขตการปกครอง พ.ศ. 2560 (จัดทำทุก 3 ปี) ที่แสดงในตาราง 5 แสดงข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้สูงอายุในไทยจำนวน 11,312,447 คน แบ่งเป็นอายุ 60-69 ปีจำนวน 6,491,458 คน คิดเป็นร้อยละ 57.38 อายุ 70-79 ปีจำนวน 3,280,231 คนคิดเป็นร้อยละ 29.00 และอายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 1,540,758 คนคิดเป็นร้อยละ 13.62 ซึ่งกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในประเทศคือ 1,089,974 คนคิดเป็นร้อยละ 9.64 ของ

ประชากรสูงอายุในประเทศไทย โดยแบ่งเป็นอายุ 60-69 ปีจำนวน 666,428 คนคิดเป็นร้อยละ 61.14 อายุ 70-79 ปีจำนวน 291,127 คนคิดเป็นร้อยละ 26.71 และอายุ 80 ปีขึ้นไปจำนวน 132,419 คนคิดเป็นร้อยละ 12.15

ตาราง 5 ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย สูงสุด 10 จังหวัด แรก จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัด เขตการปกครอง พ.ศ. 2560 (จัดทำทุก 3 ปี)

| อันดับ | จังหวัด | อายุ 60-69 ปี | อายุ 70-79 ปี | อายุ 80 ปีขึ้นไป | รวมประชากร สูงอายุ |
|--------|-----------------|---------------|---------------|------------------|-----------------------|
| | ทั่วราชอาณาจักร | 6,491,458 | 3,280,231 | 1,540,758 | 11,312,447 |
| 1 | กรุงเทพมหานคร | 666,428 | 291,127 | 132,419 | 1,089,974 |
| 2 | นครราชสีมา | 248,283 | 156,040 | 71,125 | 475,448 |
| 3 | ขอนแก่น | 190,998 | 97,012 | 38,365 | 326,375 |
| 4 | เชียงใหม่ | 173,047 | 86,636 | 50,159 | 309,842 |
| 5 | อุบลราชธานี | 166,490 | 95,939 | 43,740 | 306,169 |
| 6 | นครศรีธรรมราช | 151,707 | 85,152 | 48,883 | 285,742 |
| 7 | บุรีรัมย์ | 139,083 | 81,184 | 35,426 | 255,693 |
| 8 | สมุทรปราการ | 151,664 | 68,322 | 29,426 | 249,412 |
| 9 | สุรินทร์ | 127,790 | 76,914 | 33,928 | 238,632 |
| 10 | นนทบุรี | 144,785 | 65,484 | 25,584 | 235,853 |

ที่มา: กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (2564a)

จากข้อมูลของรายงานสถิติกรุงเทพมหานคร ฉบับปี พ.ศ. 2563 (หน่วยงานสถิติ กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ กรุงเทพมหานคร, 2564) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2563 จำนวนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร สัญชาติไทย ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน มีทั้งหมด 1,108,912 คน เทียบเท่ากับอัตราผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.40 จากประชากรทั้งหมด 5,436,693 คน ซึ่งเท่ากับว่า กรุงเทพมหานคร ได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Completed-aged society) และทุกเขตเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ” (Aging society) โดยมีเขตที่เป็น “สังคมสูงอายุแล้ว” (Aged society) จำนวน 18 เขต เขตที่เป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) จำนวน 27 เขต และเขตที่เป็น “สังคม

ผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super - aged society) จำนวน 5 เขต จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า กลุ่มประชากรผู้สูงอายุ กลุ่มใหญ่ที่สุดคือ กลุ่มอายุระหว่าง 60 – 69 ปี ซึ่งมีจำนวนถึง 623,195 คน ซึ่งเท่ากับร้อยละ 11.46 และเป็นร้อยละ 56.20 ของสัดส่วนต่อผู้สูงอายุทั้งหมด กลุ่มอายุระหว่าง 70 – 79 ปี ซึ่งมีจำนวนถึง 319,476 คนซึ่งเท่ากับร้อยละ 5.88 และเป็นร้อยละ 28.81 ของสัดส่วนต่อผู้สูงอายุทั้งหมดโดยทั้งสองกลุ่มนี้ มีประชากรรวม 942,671 คน ถือเป็นสัดส่วนผู้สูงอายุรวมกันถึงร้อยละ 85 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ในขณะที่ประชากรที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปมีประชากรรวม 166,241 คน ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 6 จำนวนประชากรสัญชาติไทย ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2563 แยกตามกลุ่มอายุ

| เขตพื้นที่ | 0-14 ปี (คน) | 15-59ปี (คน) | 60-69 ปี (คน) | 70-79 ปี (คน) | 80 | รวมประชากรทั้งหมด (คน) | รวมประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (คน) | อัตราผู้สูงอายุ (ร้อยละ) |
|------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|---------------------------|--|-----------------------------|
| | | | | | ปีขึ้นไป (คน) | | | |
| กรุงเทพฯ | 751,811 | 3,575,970 | 623,195 | 319,476 | 166,241 | 5,436,693 | 1,108,912 | 20.40 |

ที่มา: หน่วยงานสถิติ กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ กรุงเทพมหานคร (2564)

เขตที่มีอัตราผู้สูงอายุมากที่สุด 10 อันดับแรกคือ เขตสัมพันธวงศ์ (6,569 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 32.18) เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย (11,839 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 30.70) เขตพระนคร (12,870 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 29.45) เขตบางรัก (10,340 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 28.97) เขตบางกอกน้อย (27,869 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 28.06) เขตดุสิต (22,065 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 27.86) เขตสาทร (19,583 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 27.12) เขตคลองสาน (17,018 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 26.62) เขตบางพลัด (23,365 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 26.47) และเขตวัฒนา (17,580 คน อัตราผู้สูงอายुर้อยละ 26.11) โดยพบว่า เขตที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด 5 เขตแรก คือ เขตสัมพันธวงศ์ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตพระนคร เขตบางรัก และเขตบางกอกน้อย ได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super-aged society) ทั้งหมดแล้ว และเขตในอันดับที่ 6 -10 คือ เขตดุสิต เขตสาทร เขตคลองสาน เขตบางพลัด และเขตวัฒนา อยู่ในได้กลุ่มของ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete-aged society) ตามลำดับดังตารางด้านล่าง

ตาราง 7 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่อตามทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2563 ในเขตที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด 10 อันดับแรก

| เขตพื้นที่ | 0-14 ปี (คน) | 15-59ปี (คน) | 60-69 ปี (คน) | 70-79 ปี (คน) | 80 ปีขึ้นไป (คน) | รวม ประชากร ทั้งหมด (คน) | รวมประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คน) | อัตรา ผู้สูงอายุ (ร้อยละ) |
|-------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|---------------------|--------------------------------|---|---------------------------------|
| กรุงเทพฯ | 751,811 | 3,575,970 | 623,195 | 319,476 | 166,241 | 5,436,693 | 1,108,912 | 20.40 |
| สัมพันธวงศ์ | 1,846 | 11,999 | 3,283 | 2,083 | 1,203 | 20,414 | 6,569 | 32.18 |
| ป้อมปราบฯ | 4,044 | 22,682 | 6,079 | 3,517 | 2,243 | 38,565 | 11,839 | 30.70 |
| พระนคร | 5,092 | 25,737 | 6,358 | 3,915 | 2,597 | 43,699 | 12,870 | 29.45 |
| บางรัก | 3,702 | 21,646 | 5,198 | 3,306 | 1,836 | 35,688 | 10,340 | 28.97 |
| บางกอกน้อย | 10,135 | 61,328 | 14,654 | 8,024 | 5,191 | 99,332 | 27,869 | 28.06 |
| ดุสิต | 8,110 | 49,019 | 10,228 | 6,232 | 5,605 | 79,194 | 22,065 | 27.86 |
| สาทร | 8,317 | 44,296 | 10,374 | 5,758 | 3,451 | 72,196 | 19,583 | 27.12 |
| คลองสาน | 7,107 | 39,801 | 9,200 | 5,098 | 2,720 | 63,926 | 17,018 | 26.62 |
| บางพลัด | 9,247 | 55,666 | 12,004 | 7,253 | 4,108 | 88,278 | 23,365 | 26.47 |
| วัฒนา | 8,484 | 41,259 | 8,168 | 5,303 | 4,109 | 67,323 | 17,580 | 26.11 |

ที่มา: หน่วยงานสถิติ กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ กรุงเทพมหานคร (2564)

ในขณะที่เขตที่มีอัตราผู้สูงอายุน้อยที่สุด 10 อันดับแรกคือ เขตหนองจอก (22,133 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 12.51) เขตคลองสามวา (25,788 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 12.69) เขตลาดกระบัง (24,882 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 14.02) เขตมีนบุรี (21,334 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 15.22) เขตบางขุนเทียน (28,128 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 15.29) เขตประเวศ (28,897 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 16.22) เขตดอนเมือง (28,143 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 16.76) เขตสายไหม (34,203 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 16.80) เขตบางบอน (17,410 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 17.18) และเขตหนองแขม (27,054 คน อัตราผู้สูงอายุร้อยละ 17.54) ตามลำดับดังข้อมูลในตารางด้านล่าง ซึ่งจากข้อมูลที่แสดงจะเห็นได้ว่า แม้ในเขตพื้นที่ที่มีอัตราผู้สูงอายุน้อยที่สุด 10 อันดับแรกได้เข้าสู่ “สังคมสูงอายุแล้ว” (Aged Society) ทั้งสิ้น จึงสามารถกล่าวได้ว่า กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วทุกพื้นที่

ตาราง 8 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีสัญชาติไทยและมีชื่อตามทะเบียนบ้านในกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2563 ในเขตที่มีอัตราผู้สูงอายุน้อยสุด 10 อันดับแรก

| เขตพื้นที่ | รวมประชากร | | | | | รวมประชากร ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป (คน) | อัตรา ผู้สูงอายุ (ร้อยละ) | |
|-------------|--------------|-----------------|------------------|------------------|---------------------|---|---------------------------------|-------|
| | 0-14 ปี (คน) | 15-59ปี (คน) | 60-69 ปี (คน) | 70-79 ปี (คน) | 80 ปีขึ้นไป (คน) | | | |
| กรุงเทพฯ | 751,811 | 3,575,970 | 623,195 | 319,476 | 166,241 | 5,436,693 | 1,108,912 | 20.40 |
| หนองจอก | 33,327 | 121,466 | 13,579 | 5,771 | 2,783 | 176,926 | 22,133 | 12.51 |
| คลองสามวา | 35,283 | 142,083 | 16,547 | 6,574 | 2,667 | 203,154 | 25,788 | 12.69 |
| ลาดกระบัง | 30,013 | 122,551 | 15,698 | 6,318 | 2,866 | 177,446 | 24,882 | 14.02 |
| มีนบุรี | 24,024 | 94,845 | 13,403 | 5,559 | 2,372 | 140,203 | 21,334 | 15.22 |
| บางขุนเทียน | 31,666 | 124,166 | 17,526 | 7,398 | 3,204 | 183,960 | 28,128 | 15.29 |
| ประเวศ | 30,500 | 118,776 | 16,621 | 8,504 | 3,772 | 178,173 | 28,897 | 16.22 |
| ดอนเมือง | 22,966 | 116,829 | 17,050 | 7,708 | 3,385 | 167,938 | 28,143 | 16.76 |
| สายไหม | 31,566 | 137,844 | 20,419 | 9,367 | 4,417 | 203,613 | 34,203 | 16.80 |
| บางบอน | 16,093 | 67,858 | 10,854 | 4,633 | 1,923 | 101,361 | 17,410 | 17.18 |
| หนองแขม | 23,266 | 103,895 | 16,575 | 7,346 | 3,133 | 154,215 | 27,054 | 17.54 |

ที่มา: หน่วยงานสถิติ กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ กรุงเทพมหานคร (2564)

จะเห็นได้ว่าสังคมสูงอายุเป็นความท้าทายใหม่ของในหลายๆสังคม สังคมสูงอายุเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วในสังคมไทย ไม่ว่าจะสังคมไทยจะพร้อมหรือไม่ก็ตาม ในหลายพื้นที่ได้เข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดแล้วคือ กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนถึง 1 ใน 3 ของประชากรรวม ซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักในพื้นที่ อยู่ที่ว่ากลุ่มประชากรกลุ่มดังกล่าวจะสามารถดำรงตนได้และเป็นกำลังสำคัญของสังคม ที่จะช่วยสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนโดยใช้ประสบการณ์ องค์ความรู้ และความสามารถที่มีมา หรือจะเป็นกลุ่มที่สร้างภาระให้สังคม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่เป็นเมืองหลวงและศูนย์กลางในการขับเคลื่อนของประเทศ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีมากกว่าหนึ่งล้านคนกระจายตัวอยู่ในทั่วประเทศ ต้องยอมรับว่ากลุ่มประชากรเหล่านี้เป็นพลังสำคัญ หากสามารถพัฒนาและจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ พลังดังกล่าวจะส่งผลโดยรวมไปยังภูมิภาคต่างๆในประเทศ โดยสิ่งที่สำคัญของผู้สูงอายุที่มีต่อสังคมคือ การที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีคุณค่า มีค่าและมีศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ พึ่งพาตนเองได้ ทั้งนี้อาหารและโภชนาการเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นระบบสุขภาพเชิงป้องกัน ถือเป็นปัจจัยสำคัญในระบบสุขภาพที่จะเป็นแกนใน

การสนับสนุนให้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีคุณภาพดี และเมื่อพิจารณาแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆทั่วโลก การสนับสนุนให้ประชากรสูงอายุมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นความจำเป็นในการขับเคลื่อนสังคมนั้นๆ

ความมุ่งหมายของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ
3. เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

ความสำคัญของงานวิจัย

เห็นได้ว่าการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการที่ดีเป็นระบบสุขภาพเชิงป้องกัน ทั้งนี้คงปฏิเสธไม่ได้ว่าปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุคือ การบริโภคอาหาร ซึ่งอาหารและโภชนาการเป็นพื้นฐานที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ถือเป็นปัจจัยที่ช่วยลดปัญหาด้านสุขภาพและโรคต่างๆที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ และการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียังเป็นรากฐานในการขับเคลื่อนประเทศ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของตนเอง ครอบครัว ประเทศและยังเป็นการเพิ่มจำนวนประชากรคุณภาพที่มีสุขภาพที่ดีอีกด้วย และเนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นจังหวัดที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในประเทศ ทั้งยังเป็นเมืองหลวงและศูนย์กลางของประเทศ ประชากรสูงอายุที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครยังคงเป็นกำลังสำคัญของประเทศ นอกเหนือจากนั้นยังเป็นกลุ่มคนที่มั่งคั่ง ประสบการณ์และองค์ความรู้ที่สามารถขับเคลื่อนเศรษฐกิจ สังคม ความรู้และวัฒนธรรม ที่จะส่งผลไปยังที่อื่นๆทั้งในประเทศและต่างประเทศอีกด้วย กรุงเทพมหานครจึงเป็นพื้นที่ที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้

โดยงานวิจัยนี้ สามารถส่งผลกระทบต่อสังคมดังนี้

1. เพื่อยกระดับของมาตรฐานในการบริหารจัดการนโยบายสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

2. เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในการดำรงตนทั้งที่อยู่คนเดียว อยู่ร่วมกับครอบครัว หรืออยู่ในชุมชนที่มีหน่วยงานดูแลผู้สูงอายุ
3. เพื่อสร้างบริบทเชิงนโยบายรัฐ นโยบายองค์กร และ/หรือนโยบายหน่วยงานท้องถิ่น ในการสร้างแผนแม่บทในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นเรื่องสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ
4. เพื่อสร้างแรงกระแทกอย่างสำคัญต่อมิติที่ให้รัฐบาลเฝ้าระวัง/ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ลำพัง เกี่ยวกับสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ
5. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว บุตร หลาน รวมถึงตัวผู้สูงอายุเองได้ตระหนักรู้ ถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ

จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเท่าใด การหารูปแบบเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการยิ่งทวีความสำคัญขึ้น ประกอบกับผู้วิจัยมีความสนใจในการวิจัยด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาหารมาอย่างยาวนาน จากความสำคัญและเหตุผลข้างต้นทั้งหมดนี้ นำไปสู่การวิจัยเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร การศึกษาว่ารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการในรูปแบบใดเป็นรูปแบบที่เหมาะสม ซึ่งการมีรูปแบบที่เหมาะสมจะทำให้การพัฒนามีประสิทธิภาพและตรงเป้าหมาย ทั้งยังสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว สังคม และประเทศชาติต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,108,912 คน โดยใช้ข้อมูลของรายงานสถิติกรุงเทพมหานคร ฉบับปี พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร เพื่อทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง

แบบโควตา (Quota sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงสัดส่วนองค์ประกอบของประชากร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ใช้เกณฑ์ด้านเพศ แต่ละเพศใช้เกณฑ์รายได้แบ่งแต่ละกลุ่ม โดยเลือกแบบบังเอิญ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยโดยแบ่งเป็น 10 กลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแทนกลุ่มจำนวน 10 คนจาก 45 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) คือใช้เพศและรายได้ต่อเดือน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มของการสนทนากลุ่มในข้างต้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อใช้ในการจัดทำแบบสอบถามสำหรับใช้วิจัยในเชิงปริมาณในลำดับถัดไป

ขั้นตอนที่ 3 การวิจัยในเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยคิดตามหลักการคำนวณเพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane (1967 อ้างถึงใน ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2549, น.47) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % โดยการศึกษาครั้งนี้ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนในพื้นที่จำนวน 1,108,912 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 400 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งตัวแปรที่ใช้ศึกษาดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (Personal factor)

1.1.1 ระดับรายได้ (Level of income)

1.1.2 ระดับการศึกษา (Level of education)

1.1.3 สถานภาพด้านการทำงาน (Working status)

1.1.4 สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย (Living status)

1.2 ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ (Health and aged related disease/ condition factor)

1.2.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – communicable disease: NCD)

1.2.2 ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ (Frequency of meeting the doctor)

1.2.3 ความรู้ทางโภชนาการ (Knowledge about nutrition)

1.2.4 ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of exercise)

1.3 ปัจจัยด้านสังคม (Social factor)

1.3.1 การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข (Public health support)

1.3.2 การมีส่วนร่วมในสังคม (Social engagement)

1.4 ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ (Type of food factor)

1.4.1 อาหารทั่วไป (General food)

1.4.2 อาหารสุขภาพ (Healthy food)

1.4.3 อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ (Diet as recommended by doctor)

2. ตัวแปรตามได้แก่

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

นิยามศัพท์เฉพาะ

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต หมายถึง แนวทาง แบบแผน เพื่อใช้พัฒนาให้เกิดการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสมบูรณ์ในชีวิตของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ อันเกิดจากการปราศจากโรคภัยและความพิการ ที่มีผลมาจากปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล หมายถึง กลุ่มตัวแปรที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการซึ่งประกอบไปด้วย ระดับรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพด้านการงาน และสถานภาพด้านที่อยู่อาศัย

ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ หมายถึง กลุ่มตัวแปรที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการซึ่งประกอบไปด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ ความรู้ทางโภชนาการ และความถี่ในการออกกำลังกาย

ปัจจัยด้านสังคม หมายถึง กลุ่มตัวแปรที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการซึ่งประกอบไปด้วย การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมในสังคม

ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ หมายถึง กลุ่มตัวแปรที่อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการซึ่งประกอบไปด้วย อาหารทั่วไป อาหารสุขภาพ และอาหารตามคำแนะนำของแพทย์

อาหารทั่วไป หมายถึง อาหารที่ผู้สูงอายุสามารถหารับประทานได้ง่าย หาซื้อได้ทั่วไป หรือสามารถประกอบอาหารทั่วไปทานเองได้โดยใช้วัตถุดิบที่มีตามครัวเรือนด้วยสูตรอาหารที่ไม่ต้องดัดแปลงไปจากเดิม

อาหารสุขภาพ หมายถึง อาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายเช่น ผัก โปรตีนจากปลา ซึ่งในงานวิจัยนี้ยังรวมถึงอาหารที่ไม่เป็นโทษต่อผู้สูงอายุด้วยเช่น อาหารที่มีไขมันต่ำ น้ำตาลต่ำ

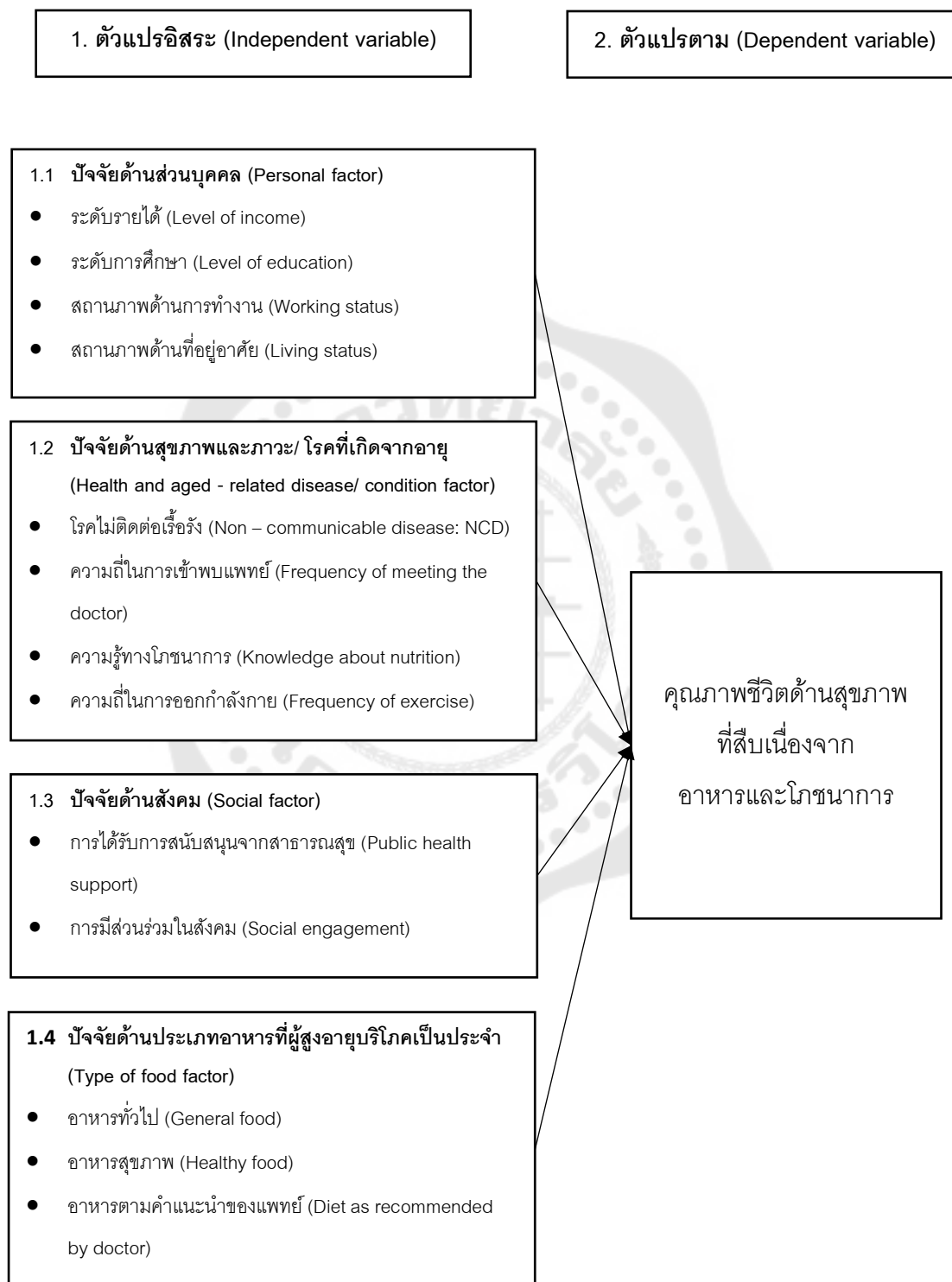
อาหาร หมายถึง วัตถุดิบชนิดที่ผู้สูงอายุ ทาน ดื่ม อม นำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ หรือในรูปลักษณะใดๆ แต่ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือยาเสพติดให้โทษ

โภชนาการ หมายถึง สิ่งที่ผู้สูงอายุบริโภคแล้วร่างกายสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในด้านการเจริญเติบโตการบำรุงซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย

อาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ หมายถึง วัตถุดิบชนิดที่ผู้สูงอายุ ทาน ดื่ม อม นำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะด้วยวิธีใดๆ หรือในรูปลักษณะใดๆ แต่ไม่รวมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทหรือยาเสพติดให้โทษ โดยวัตถุดิบที่เข้าสู่ร่างกายนั้น ร่างกายสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในด้านการเจริญเติบโตการบำรุงซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย จะต้องครอบคลุมอาหารหลัก 5 หมู่ไม่ว่าจะเป็นโปรตีน ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน ผักผลไม้ และมีแร่ธาตุหลายชนิดที่ผู้สูงอายุต้องการ

ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดในงานวิจัย



สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ
2. ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ
3. ปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ
4. ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. อาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ
3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ
4. นโยบายภาครัฐที่มีการส่งเสริมการบริโภคอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ
5. รูปแบบและนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอาหารผู้สูงอายุและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจากอาหารและโภชนาการในประเทศกลุ่มอาเซียนและประเทศอื่นๆ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แมกซีไอนิส (John J. Macionis, 2018) ได้อธิบายว่า ทฤษฎี (Theory) หมายถึง คำแถลงว่าข้อเท็จจริงเฉพาะนั้นเกี่ยวข้องกับกันอย่างไรและเพราะเหตุใด หน้าที่ของทฤษฎีทางสังคมศาสตร์คือการอธิบายพฤติกรรมทางสังคมในโลกแห่งความเป็นจริง นักสังคมศาสตร์ทดสอบทฤษฎีของตนโดยรวบรวมหลักฐานโดยใช้วิธีการวิจัยต่างๆ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมีดังต่อไปนี้

ทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่: ผู้สูงอายุและการถอยห่าง (The Structural – Functional Theory: Aging and Disengagement)

ทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่ (Structural - Functionalism) เป็นทฤษฎีที่มองว่า สังคมเป็นระบบที่ซับซ้อนซึ่งส่วนต่างๆทำงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและความมั่นคง โครงสร้างทางสังคมคือ รูปแบบพฤติกรรมทางสังคมใดๆ ที่ค่อนข้างคงที่ โครงสร้างทางสังคมทำให้ชีวิตของเราเป็นรูปเป็นร่าง ในครอบครัว สถานะที่ทำงาน ห้องเรียนและชุมชน วิธีการนี้ยังมองหาหน้าที่ทางสังคมของโครงสร้าง ทฤษฎีโครงสร้าง - หน้าที่ ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างและหน้าที่ของสังคมทั้งหมด เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคม

จากแนวคิดของ ทาลคอตต์ พาร์สันส์ อีเลน คัมมิง และวิลเลียม เฮนรี (Talcott Parsons, Elaine Cummings และ William Henry) ที่อ้างถึงใน หนังสือสังคมวิทยาของแมกซิโอ นิส (John J. Macionis, 2018) ได้อธิบายว่า สภาพร่างกายที่ถดถอยและการเสียชีวิตนั้นมาพร้อม กับความสามารถทำลายสังคมได้ เมื่อเป็นเช่นนั้น สังคมจึงค่อยๆลดสถานะและบทบาทของ ผู้สูงอายุไปยังผู้เยาว์เพื่อให้งานต่างๆดำเนินไปโดยให้มีการหยุดชะงักน้อยที่สุด ทฤษฎีแยกตนเอง หรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) เป็นทฤษฎีที่ว่า สังคมทำงานอย่างเป็น ระเบียบโดยการขจัดผู้คนออกจากตำแหน่งที่รับผิดชอบเมื่อถึงวัยชรา เพื่อให้แน่ใจว่าจะขจัดคนผู้ นั้นออกก่อนที่คนผู้นั้นจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อีกต่อไป หน้าที่ดังกล่าวจะถูกส่งมอบให้ผู้เยาว์ ที่มีทักษะและความรู้ที่ทันต่อเหตุการณ์อย่างไรก็ตามการถอยห่างออกมาก็มีประโยชน์กับผู้สูงอายุ เช่นกัน ผู้สูงอายุสามารถลดภาระงาน เมื่อผู้สูงอายุเริ่มคิดเรื่องการแยกตนเองออกมาจากงาน หลายครั้งขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย ความสนุกในการทำงาน สถานภาพทางการเงินของผู้สูงอายุ ด้วย เหตุนี้การแยกตัวจะขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน จะเห็นได้ว่าแม้ผู้สูงอายุแยกตัว ออกจากสังคมอาจทำให้มีเวลาในการอยู่กับครอบครัว รวมถึงมีเวลาในการดูแลตนเองมากขึ้นมา กว่าผู้สูงอายุที่ยังทำงานหรือทำกิจกรรมนอกบ้านอยู่ ทฤษฎีดังกล่าวสรุปได้ว่า ในสังคมต้องมี กฎระเบียบ คนในสังคมต้องมีการยอมรับกฎระเบียบร่วมกัน คนในสังคมต้องมีกระบวนการ ความคิดร่วมกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่า ระเบียบสังคมไม่ว่าจะเป็นชนชั้นใดต้องอยู่ในระเบียบเดียวกัน ดังนั้นหน้าที่ของแต่ละชนชั้นต้องทำหน้าที่ ผู้สูงอายุจะเป็นส่วนสำคัญที่เราต้องให้ความดูแล เมื่อ ผู้สูงอายุหมดหน้าที่แล้ว คนในสังคมต้องร่วมกันดูแลไม่ว่าจะเป็นในบทบาทของพ่อแม่ หรือผู้ที่เคย เสียภาษีให้กับประเทศชาติ ครอบครัว สังคมและประเทศต่างมีบทบาทในการร่วมกันดูแลวิถีชีวิต อาหาร สุขลักษณะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาว มั่นคงและมีคุณภาพซึ่งเป็นโครงสร้างหน้าที่ที่ใน สังคมต้องมี

ทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคม: ผู้สูงอายุและความไม่เท่าเทียม (Social – Conflict Theory: Aging and Inequality)

ทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคม เป็นกรอบสำหรับสร้างทฤษฎีที่มองว่า สังคมเป็นพื้นที่ สำหรับความไม่เท่าเทียมอันก่อให้เกิดความขัดแย้งและการเปลี่ยนแปลง ทุกๆสังคมในทุกๆจุดล้วน อยู่ภายใต้กระบวนการการเปลี่ยนแปลง นักทฤษฎีความขัดแย้งจะเห็นความแตกแยกและความ ขัดแย้งในทุกจุดของสังคม ความขัดแย้งก่อให้เกิดการสลายตัวและความเปลี่ยนแปลงจากหนังสือ ทฤษฎีสังคมวิทยาของจอร์จและเจฟฟรีย์ (George และ Jeffrey, 2014) การวิเคราะห์ความขัดแย้ง ทางสังคมในผู้สูงอายุกับแนวคิดที่ว่า โอกาสและทรัพยากรทางสังคมถูกแจกจ่ายอย่างไม่เท่าเทียม ระหว่างคนในกลุ่มอายุต่างๆ ด้วยเหตุนี้ อายุจึงเป็นมิติในการแบ่งชั้นทางสังคมทฤษฎีนี้อ้างว่า

เศรษฐกิจแบบทุนนิยมสร้างลำดับชั้นตามอายุ สังคมที่มุ่งแสวงหากำไรจะลดคุณค่าของคนประเภทใดก็ตามที่มีประสิทธิผลน้อยกว่า ถึงขนาดที่ว่า ผู้สูงอายุที่ได้ทำงานเพื่อหารายได้ สังคมทุนนิยมก็จะตำหนิคนกลุ่มนี้ ความขัดแย้งทางสังคมจะสื่อถึงว่า ผู้สูงอายุที่ร่ำรวยเมื่อเข้าสู่วัยชรา มักจะเตรียมพร้อมทางการเงินสำหรับค่าพยาบาลที่สูงขึ้น ในทางกลับกันผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นแรงงานจะเผชิญกับปัญหาด้านการเงินเมื่อถึงวัยเกษียณ

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์: ผู้สูงอายุ และ กิจกรรม (Symbolic – Interaction Theory: Aging and Activity)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ เป็นกรอบสำหรับสร้างทฤษฎีที่มองว่า สังคมเป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคล สังคมเป็นกระบวนการต่อเนื่อง ผู้คนตอบโต้กันอย่างไม่ถ่วงโดยไม่ใช้การสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์มีรากฐานมาจากทฤษฎีของแมก เวเบอร์ (Max Weber) ที่อ้างไว้ในหนังสือของจอห์น (John J. Macionis, 2018) ที่ย้ำว่ามีความจำเป็นในการทำความเข้าใจในการตั้งคำถามมองของคนผู้นั้น จากทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) คือทฤษฎีที่เชื่อว่าการทำกิจกรรมเยอะๆจะเพิ่มความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความแตกต่าง ไม่ว่าจะมีความสนใจในสิ่งที่ต่างกัน ความจำเป็นที่ต่างกัน รวมถึงความสามารถของร่างกายที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นกิจกรรมจึงจำเป็นต้องมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล

ทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคม จะมุ่งเน้นที่ความไม่เท่าเทียมและการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่ จะมุ่งเน้นที่ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและความมั่นคง อย่างไรก็ตามทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคม และ ทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่ มีแนวร่วมในระดับมหภาคร่วมกัน (Macro - level orientation) โดยเน้นหน้าที่ทางสังคมในวงกว้างที่หลอหลอมสังคมโดยรวม สังคมระดับมหภาคจะใช้ภาพรวมมากกว่า ในขณะที่สังคมวิทยายังใช้แนวทางระดับจุลภาค (Micro – level oriented) ด้วยคือ การเน้นที่ระดับปฏิสัมพันธ์ในสังคม ในสถานการณ์เฉพาะด้วย เช่นทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ ซึ่งมองที่ระดับปฏิสัมพันธ์ในชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลทั้งนี้จะเห็นได้ว่าทฤษฎีการถอยห่างและทฤษฎีกิจกรรมดูเหมือนว่าจะมีความขัดแย้งกัน อย่างไรก็ตามทฤษฎีกิจกรรมไม่ได้ปฏิเสธการแยกตัวออกจากงาน แต่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องหาบทบาทใหม่ทดแทนบทบาทเดิม และการที่ได้ทำกิจกรรมเยอะยังคงทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเอง ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมสันตนาการและกิจกรรมอื่นๆที่สามารถทำได้ก็ตาม ทฤษฎีที่กล่าวมาข้างต้นเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาและทบทวนถึงแนวคิดและกรอบทางความคิดเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดำรงตนในวัยเกษียณได้ดีขึ้น

อาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ

ความหมายของอาหารและโภชนาการ

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ของชีวิตและเป็นปัจจัยที่เปรียบเสมือนเครื่องค้ำจุนชีวิต ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ

จากพระราชบัญญัติอาหาร (พระราชบัญญัติอาหารพ.ศ.2522, 2522) มาตรา 4 ระบุว่า “อาหาร” หมายความว่า ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่ ข้าว 1 วัตถุประสงค์ที่คนกิน ดื่มน้ำ หรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะด้วยวิธีใด ๆ หรือในรูปลักษณะใด ๆ แต่ไม่รวมถึงยา วัตถุประสงค์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วแต่กรณี ข้าว 2 วัตถุประสงค์มุ่งหมายสำหรับใช้หรือใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตอาหารรวมถึงวัตถุดิบอาหาร สีและเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส

โดยข้อมูลจากหนังสือสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่ม 9 เรื่องที่ 12 (นายแพทย์ วิชัย ตันไพจิตร, 2528) ระบุว่า “โภชนาการ” (nutrition) หมายถึง อาหาร (food) ที่เข้าสู่ร่างกายคน แล้วร่างกายสามารถนำไปใช้เป็นประโยชน์ในด้านเจริญเติบโตการค้ำจุนและการซ่อมแซมส่วนต่างๆ ของร่างกาย โภชนาการมีความหมายกว้างกว่าและต่างจากคำว่าอาหารเพราะอาหารที่กินกันอยู่ทุกวันนี้มีดีเลวต่างกัน อาหารหลายชนิดที่กินแล้วรู้สึกอิ่ม แต่ไม่มีประโยชน์หรือก่อโทษต่อร่างกายได้ ในขณะที่ “ทุพโภชนาการ” หมายถึง โภชนาการที่เลว ซึ่งอาจเกิดจากได้อาหารน้อยไปหรือมากไปก็ได้

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า ชาวไทยในท้องถิ่นชนบทและตามแหล่งเสื่อมโทรมในเมืองใหญ่เป็นโรคขาดสารอาหาร ที่นับว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศนั้นมีอยู่ 7 โรค คือ โรคขาดโปรตีนและแคลอรี โรคโลหิตจางจากการขาดเหล็ก โรคตาบอดจากการขาดวิตามินเอ โรคเหน็บชาจากการขาดวิตามินบี1 โรคปากนกกระจอก โรคนี้ว์ในกระเพาะปัสสาวะ และโรคคอกพอกจากการขาดไอโอดีน ในทางตรงกันข้ามประชาชนในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ๆ ที่มีฐานะความเป็นอยู่ดี ไม่สนใจเรื่องโภชนาการ ทานอาหารมากไปทุกวัน ก็มีโอกาสเป็นทุพโภชนาการประเภทโรคโภชนาการเกิน เช่น ไขมันสูงในเลือด และโรคอ้วน เป็นต้น การเป็นโรคต่างๆ นอกจากก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายแล้ว การเจ็บป่วยทางกายนั้นยังสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะทางจิตใจของผู้ป่วยอีกด้วยเช่น ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ความหงุดหงิด ความกลัว รวมถึงความโกรธ (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์, 2559)

ลักษณะของอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อมูลทางวิชาการหลายฉบับระบุว่า โภชนาการที่ดีเป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กันของสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป้าหมายสำคัญของการมีอายุยืนยาว

ไม่ได้เป็นเพียงการเพิ่มอายุขัยเท่านั้นแต่ยังรวมถึงการยืดอายุจำนวนปีที่ผู้สูงอายุจะยังมีสุขภาพที่ดีอีกด้วย อายุขัยที่เพิ่มขึ้นกำลังเปลี่ยนโครงสร้างอายุของประชากรทั่วโลก อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงอายุขัยนั้นไม่ได้ถูกสะท้อนว่าประชากรอายุขัยที่เพิ่มขึ้นนั้นยังเป็นประชากรยังมีสุขภาพดี ในหลายประเทศอายุขัยเฉลี่ยมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมากกับจำนวนปีที่สูญเสียไปสู่ความทุพพลภาพตามงานวิจัยของโซโลมอน (Salomon และคนอื่น ๆ, 2012) พลังงานที่ร่างกายได้รับจากการบริโภคลดลงอย่างมากในช่วงอายุ และมีความสอดคล้องว่าปริมาณสารอาหารที่ได้รับจากการบริโภคได้รับลดลงเช่นกันจากงานวิจัยของวาकिโมโต และ บอร์ก (Wakimoto และ Block, 2001) หากกล่าวถึงอาหารของผู้สูงอายุ นอกจากประเด็นเรื่องของโภชนาการที่ได้รับในแต่ละวันแล้วนั้น ย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ถึงการประเมินสุขภาพช่องปากรวมถึงความสามารถในการกลืนอาหารของผู้สูงอายุ เนื่องด้วยเมื่อมีคนเรามีอายุเพิ่มมากขึ้นภาวะดังกล่าวอาจเกิดการเสื่อมสมรรถภาพได้ ทั้งนี้ภาวะการกลืนของผู้สูงอายุมีผลต่อลักษณะอาหารที่จำเป็นในการบริโภค ผู้สูงอายุในแต่ละรายอาจมีความจำเป็นในการจัดเตรียมอาหารให้ถูกต้องตามภาวะการกลืนของตนที่แตกต่างกัน ลักษณะของอาหารนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในงานวิจัยของดอร์สัน (Dawson และคนอื่น ๆ, 2020) ได้ระบุถึงมาตรฐานนานาชาติของระดับการบริโภคอาหารและของเหลวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก โดยได้แบ่งเป็น 7 ระดับของทั้งอาหารและของเหลว ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 9 มาตรฐานนานาชาติของระดับการบริโภคอาหารและของเหลวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการกลืนลำบาก

| ระดับของของเหลว (Level of fluid) | คำอธิบาย | ระดับของอาหาร (Level of diet) | คำอธิบาย |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| NBM | | NBM | |
| ระดับ 0 | ค่อนข้างเหลว (Thin fluid) | | |
| ระดับ 1 | มีความข้นน้อย (Slightly fluid) | | |
| ระดับ 2 | มีความข้นบ้าง (Mildly fluid) | | |
| | มีความข้นปานกลาง (Moderate) | | |
| ระดับ 3 | thick) | ระดับ 3 | อาหารเหลว (Liquidized) |
| ระดับ 4 | มีความข้นมาก (Extremely thick) | ระดับ 4 | อาหารปั่น/บด (Pureed) อาหารสับและมีความชุ่มชื้น (Minced & moist) |
| | | ระดับ 5 | อาหารอ่อนพอดีคำ (Soft & bite-sized) |
| | | ระดับ 6 | อาหารปกติ หรือ อาหารเคี้ยวง่าย (Regular or easy to chew) |
| | | ระดับ 7 | |

NBM (Nil by mouth) หมายถึง ไม่อนุญาตให้อาหาร เครื่องดื่ม หรือ การให้ยารักษาโรครูปแบบใดๆก็ตามผ่านทางปาก

ที่มา: ดอร์สัน (Dawson และคนอื่นๆ, 2020)

นอกเหนือไปจากนี้ จากงานวิจัยของฟอร์ชได้ระบุว่า ในผู้สูงอายุยังพบปัญหาในเรื่องการกลืนอาหาร ในสหรัฐอเมริกาได้มีการจัดระดับการกลืนอาหาร (The National Dysphagia Diet: NDD) 4 ระดับ (Force และ Association, 2002) ได้แก่

อาหารระดับ 1: อาหารปั่น/บด (Dysphagia-Pureed) เป็นเนื้อเดียวกัน เหนียวมาก ลักษณะคล้ายพุดดิ้ง ไม่มีส่วนผสมของก้อน ไม่เหนียวเหนอะหนะ ต้องการความสามารถในการเคี้ยวน้อยมาก (เรียกสากลคือ “Extremely thick” หรือ ระดับ “4”)

อาหารระดับ 2: อาหารที่มีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะ (Dysphagia-Mechanical Altered) เนื้อนุ่มเกาะกันเป็นก้อนได้ง่าย อากากรกึ่งแข็ง ต้องการเคี้ยว อาหารที่มีเนื้อสัมผัสนุ่มชุ่มชื้น เนื้อสัตว์ต้องสับหรือบด ผักต้องสุกดีและเคี้ยวง่าย อาหารควรเป็นชิ้นเล็กๆ ไม่มีชิ้นที่แข็ง ไม่มีเมล็ดหรือเปลือก (เรียกสากลคือ “Minced and moist” หรือ ระดับ “5”)

อาหารระดับ 3: (Dysphagia Advanced Soft Diet) อาหารที่มีผิวสัมผัสเกือบปกติ ยกเว้นอาหารแข็ง เหนียว หรือกรุบกรอบ อาหารควรมีเนื้อนุ่มและตัดง่ายด้วยส้อม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย (เรียกสากลคือ “Soft” หรือ ระดับ “6”)

อาหารระดับ 4: อาหารปกติ (Regular Diet) อาหารทุกอย่างเป็นที่ยอมรับ อาหารอาจแข็งและกรอบ เหนียว และอาจมีเมล็ด เปลือก (เรียกสากลคือ ระดับ “7”)

แม้ว่าจะมีหลายหน่วยงานออกมาให้การรณรงค์และให้ความรู้อย่างมากมาย แต่รายงานภาวะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง ปีพ.ศ.2564 (กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) รายงานว่า คนไทยยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ที่จะส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว ภาวะของสังคมไทยดังกล่าวและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมจึงเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญในการพัฒนา การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพเป็นเรื่องที่จำเป็นและสำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่ต้องการพลังงานและสารอาหารแตกต่างจากวัยทำงานหรือผู้ที่มีสุขภาพร่างกายปกติ เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลงของระบบต่างๆ รวมถึงความสามารถในการเคี้ยว กลืน และการย่อยอาหารที่มีประสิทธิภาพที่ลดลง ดังนั้นจึงต้องมีความเข้าใจเรื่องอาหาร โภชนาการ รวมถึงลักษณะของอาหารเป็นอย่างดี อาหาร โภชนาการ และสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกันเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

การประเมินความเสี่ยงด้านอาหาร

นอกจากประเด็นเรื่องความสำคัญของอาหารและโภชนาการที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแล้วนั้น การประเมินว่าอาหารที่บริโภคเข้าไปแล้วนั้น ร่างกายได้รับโภชนาการและประโยชน์ขนาดไหนย่อมมีความสำคัญไม่แพ้กัน การได้รับโภชนาการไม่เพียงพอจะส่งผลให้เกิดความเสี่ยงทางโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งหากเราสามารถประเมินความเสี่ยงดังกล่าวได้ ย่อมสามารถป้องกันหรือลดความเสี่ยงนั้นลงได้ จากงานวิจัยของไบเลย์ (Bailey และคนอื่น ๆ, 2009) ความเสี่ยงด้านโภชนาการสามารถทำนายคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุด้านสุขภาพได้ (Health-related quality of life) โภชนาการมีบทบาทสำคัญในการบรรลุสุขภาพดี การบริโภคอาหารตามนิสัยเกี่ยวข้องกับโภชนาการและกลายเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โภชนาการเป็นปัจจัยหลักที่กำหนดโรคเรื้อรังได้ โดยมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุนมุมมองนี้มากขึ้นเรื่อยๆ ว่าการปรับเปลี่ยนอาหารมีผลอย่างมากทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสุขภาพตลอดชีวิต สิ่งสำคัญที่สุดคือการปรับอาหารอาจไม่เพียงแค่ส่งอิทธิพลต่อสุขภาพในปัจจุบันเท่านั้น แต่ยังบ่งบอกได้ว่าอาจก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดและเบาหวานในชีวิตภายหลังด้วย

(Joint WHO/FAO Expert Consultation, 2003) ภาวะที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดีจะเชื่อมโยงไปยังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable chronic diseases: NCDs) และโรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอายุอาจป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต รวมถึงการรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตาม เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีความเสี่ยงที่จะ "ขาดสารอาหาร" ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการทางโภชนาการในช่วงเวลาที่ความต้องการสารอาหารที่เฉพาะเจาะจงอาจสูง ระบบการดูแลสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการบูรณาการการดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลระดับปฐมภูมิ เชื้อยบพลัน กิ่งเชื้อยบพลัน เรื้อรัง การดูแลระดับปฐมภูมิหมายถึง การติดต่อในการดูแลเบื้องต้นกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพซึ่งปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ได้รับการแก้ไข การตรวจคัดกรองโภชนาการและการประเมินอาหารเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลเบื้องต้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและวินิจฉัยภาวะต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ภาวะทางเดินอาหาร เบาหวาน การที่น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุและมะเร็ง จากงานวิจัยของชลิสกี (Shlisky และคนอื่น ๆ, 2017)

เรื่องการพัฒนาและประเมินผลระบบการให้คะแนนสำหรับเครื่องมือคัดกรองอาหารเพื่อระบุความเสี่ยงทางโภชนาการในชุมชนผู้สูงอายุ ได้มีการจัดทำตารางสำหรับใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองอาหารเพื่อระบุความเสี่ยงทางโภชนาการในผู้สูงอายุ เครื่องมือคัดกรองอาหารสามารถจำแนกลักษณะได้ 3 ระดับความเสี่ยงด้านโภชนาการคือ มีความเสี่ยง มีความเป็นไปได้ที่จะเสี่ยงและไม่เสี่ยง โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางโภชนาการ มีตัวบ่งชี้ที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญของคุณภาพอาหาร (ดัชนีการกินเพื่อสุขภาพและอัตราส่วนความเพียงพอเฉลี่ย) และ การบริโภคโปรตีน สารอาหารรองส่วนใหญ่ โยอาหาร ผลไม้และผัก และยังได้รับไขมันและน้ำมันมากขึ้น และ ธัญพืชขัดสี ในขณะที่ได้รับวิตามินต่ำที่สุด ความเข้มข้นของวิตามิน B-12 โฟเลต บี-คริปโตแซนธิน ลูทีน และซีแซนทีน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงทางโภชนาการ มีไลโคพีน และบีแคโรทีนสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และมีความเข้มข้นของโฮโมซิสเทอีนและเมทิลมาโลนิคต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ดังตารางด้านล่างนี้

ตาราง 10 ปริมาณอาหารเฉลี่ยที่ประเมินจากการเรียกคืนอาหาร สี่ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง โดยใช้เครื่องมือคัดกรองอาหาร สำหรับการจำแนกความเสี่ยงในผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชนบทของ รัฐเพนซิลเวเนีย

| | At-risk group, DST score <60 (n = 58) | Possible-risk group, DST score 60–75 (n = 93) | Not-at-risk group, DST score >75 (n = 53) |
|--|---|---|---|
| Energy (kcal) | 1498 (1398, 1597) | 1457 (1378, 1555) | 1494 (1398, 1600) |
| Carbohydrate (g) | 183 (168, 197) | 194 (183, 205) | 201 (186, 216) |
| Protein (g) | 55 (51, 59) ^a | 59 (56, 63) ^b | 65 (60, 69) ^b |
| Total fat (g) | 60 (55, 65) ^a | 52 (48, 56) ^b | 51 (46, 56) ^b |
| Energy from total fat (%) | 35 (34, 37) ^a | 32 (31, 33) ^b | 31 (29, 32) ^b |
| Saturated fat (g) | 21 (19, 23) ^a | 18 (16, 19) ^b | 17 (14, 19) ^b |
| Energy from saturated fat (%) | 12.0 (11.3, 12.7) ^a | 10.8 (10.3, 11.4) ^b | 9.9 (9.2, 10.7) ^b |
| <i>trans</i> Fat (g) | 4.2 (3.8, 4.7) ^a | 3.3 (3.0, 3.6) ^b | 2.8 (2.4, 3.3) ^c |
| Energy from <i>trans</i> fat (%) | 2.5 (2.3, 2.7) ^a | 2.1 (1.9, 2.2) ^b | 1.7 (1.5, 1.9) ^c |
| Fiber (g) | 11.4 (10.2, 12.7) ^a | 15.3 (14.3, 16.3) ^b | 18.5 (17.2, 19.9) ^c |
| Healthy Eating Index | 52 (50, 55) ^a | 63 (61, 66) ^b | 70 (67, 72) ^c |
| Dietary intakes | | | |
| Vitamin A (RAE) | 552 (457, 647) ^a | 652 (577, 727) ^{a,b} | 756 (655, 857) ^b |
| Vitamin D (μ g) | 3.4 (2.8, 3.9) ^a | 3.8 (3.4, 4.2) ^a | 4.9 (4.3, 5.4) ^b |
| Vitamin E (mg) | 6.9 (5.0, 8.8) ^a | 9.2 (7.7, 10.7) ^{a,b} | 10.0 (8.0, 12.0) ^b |
| Vitamin K (μ g) | 52 (35, 69) ^a | 78 (65, 91) ^b | 109 (91, 126) ^c |
| Vitamin C (mg) | 60 (48, 73) ^a | 85 (76, 95) ^b | 105 (93, 118) ^c |
| Vitamin B-6 (mg) | 1.3 (1.2, 1.5) ^a | 1.7 (1.6, 1.9) ^b | 1.8 (1.7, 2.0) ^b |
| Vitamin B-12 (μ g) | 4.2 (3.2, 5.1) ^a | 4.8 (4.0, 5.5) ^{a,b} | 5.1 (4.1, 6.1) ^b |
| Folate (DFE) | 418 (358, 478) ^a | 501 (454, 548) ^b | 505 (442, 569) ^b |
| Calcium (mg) | 626 (551, 701) ^a | 689 (629, 748) ^b | 791 (712, 871) ^c |
| Magnesium (mg) | 193 (175, 210) ^a | 236 (223, 250) ^b | 271 (253, 290) ^c |
| Potassium (mg) | 1881 (1718, 2043) ^a | 2344 (2216, 2472) ^b | 2610 (2438, 2783) ^c |
| Zinc (mg) | 8.1 (6.9, 9.3) ^a | 10.1 (9.2, 11.1) ^b | 10.3 (9.0, 11.5) ^b |
| Mean Adequacy Ratio | 0.60 (0.56, 0.63) ^a | 0.68 (0.65, 0.70) ^b | 0.74 (0.71, 0.80) ^c |
| Total nutrient intakes (diet and dietary supplements) | | | |
| Vitamin A (RAE) | 2846 (1936, 3756) ^a | 3032 (2318, 3747) ^b | 3841 (2875, 4808) ^b |
| Vitamin D (μ g) | 5.7 (2.8, 8.5) ^a | 8.6 (6.3, 10.8) ^b | 11.6 (8.7, 14.7) ^b |
| Vitamin E (mg) | 76 (25, 127) ^a | 139 (99, 178) ^b | 130 (76, 184) ^b |
| Vitamin K (μ g) | 55 (38, 72) ^a | 85 (72, 98) ^b | 188 (100, 136) ^c |
| Vitamin C (mg) | 165 (67, 264) ^a | 337 (259, 415) ^b | 377 (272, 482) ^b |
| Vitamin B-6 (mg) | 4.6 (-0.5, 9.6) ^a | 9.1 (5.2, 13.1) ^b | 10.2 (4.8, 15.5) ^b |
| Vitamin B-12 (μ g) | 20 (13, 82) ^a | 80 (32, 129) ^b | 65 (14, 130) ^b |
| Folate (DFE) | 569 (486, 653) ^a | 770 (704, 835) ^b | 835 (746, 924) ^b |
| Calcium (mg) | 916 (767, 1064) ^a | 1133 (1017, 1249) ^b | 1392 (1235, 1548) ^b |
| Magnesium (mg) | 236 (200, 272) ^a | 302 (274, 331) ^b | 360 (322, 399) ^c |
| Potassium (mg) | 1900 (1734, 2064) ^a | 2384 (2254, 2514) ^b | 2660 (2483, 2836) ^c |
| Zinc (mg) | 19 (16, 23) ^a | 20 (17, 23) ^b | 22 (18, 26) ^b |
| Mean Adequacy Ratio | 0.71 (0.69, 0.75) ^a | 0.84 (0.81, 0.86) ^b | 0.91 (0.86, 0.93) ^c |

^a All values are means; confidence limits in parentheses. DFE, dietary folate equivalents; RAE, retinol activity equivalents. ANOVA models are adjusted for sex. Values in the same row with different superscript letters are significantly different, $P \leq 0.05$ (ANOVA using a general linear model with Tukey-Kramer adjustment for multiple comparisons).

ที่มา: ไบเลย์ (Bailey และคนอื่น ๆ, 2009)

จากงานวิจัยของเตชางาม พินิจจันทร์ และปโชติการ (Taechangam, Pinitchun, และ Pachotikarn, 2008) ได้มีการพัฒนาดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพของคนไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินคุณภาพอาหารโดยรวม และเป็นเครื่องมือที่ติดตามการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริโภคอาหารที่ชื่อว่า ดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพของคนไทย (Healthy Eating Index for Thais: THEI) ดังตาราง 11 โดย ดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพของคนไทย ได้รับการแก้ไขจากดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพที่พัฒนาโดยศูนย์นโยบายและการส่งเสริมโภชนาการของกระทรวงเกษตร

สหรัฐอเมริกา (United States Department of Agriculture: USDA) ดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพของคนไทย เป็นเครื่องมือสำคัญในการบรรลุเป้าหมายด้านโภชนาการ และเป็นการวัดสรุปคุณภาพโดยรวมเรื่องอาหารของผู้คน ดัชนีนี้วัดว่าการบริโภคอาหารของคนไทยเป็นไปตามคำแนะนำของแนวทางการบริโภคอาหารและธงโภชนาการประเทศไทยเพียงใด

ดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วย 11 องค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบแสดงถึงแง่มุมต่างๆ ของการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายดังนี้

องค์ประกอบที่ 1-5 วัดระดับที่อาหารของบุคคลที่สอดคล้องกับข้อเสนอแนะสำหรับ 5 กลุ่มอาหารหลักของธงโภชนาการของประเทศไทยคือ ข้าวและแป้ง (ข้าว, ขนมปัง, ซีเรียลและพาสต้า) ผัก ผลไม้ นม (นม, โยเกิร์ต และชีส) และเนื้อสัตว์ (เนื้อสัตว์ สัตว์ปีก ปลา ถั่วแห้ง ไข่ และถั่ว)

องค์ประกอบที่ 6, 7 and 8 วัดปริมาณไขมันทั้งหมด ไขมันอิ่มตัว และการบริโภคน้ำตาล ตามเปอร์เซ็นต์ของปริมาณพลังงานที่บริโภคทั้งหมด

องค์ประกอบที่ 9 and 10 วัดปริมาณคอเลสเตอรอลรวมและการบริโภคโซเดียม

องค์ประกอบที่ 11 วัดความหลากหลายของอาหารที่บริโภค

คะแนนโดยรวมสูงสุดสำหรับองค์ประกอบทั้ง 11 คือ 110 คะแนน โดยคะแนนขององค์ประกอบสูงบ่งชี้ว่าการบริโภคใกล้เคียงกับช่วงหรือปริมาณที่แนะนำ คะแนนองค์ประกอบต่ำบ่งชี้ถึงการปฏิบัติตามปริมาณที่แนะนำน้อย คะแนนทั้งหมดของดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพของคนไทยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่การบริโภคอาหารที่ไม่ดีไปจนถึงการบริโภคอาหารที่ดี คะแนนของดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพของคนไทยที่มากกว่า 66 คะแนน หมายถึงการรับประทานอาหารที่ "ดี" คะแนนระหว่าง 55 ถึง 66 คะแนน หมายถึงอาหารที่ "ต้องปรับปรุง" และคะแนนที่น้อยกว่า 55 คะแนน หมายถึงการรับประทานอาหารที่ "แย"

ตาราง 11 องค์ประกอบของดัชนีการบริโภคเพื่อสุขภาพไทย (Healthy Eating Index for Thais : THEI) และระบบการให้คะแนน

| | Score ranges ¹ | Criteria for maximum score of 10 | Criteria for minimum score of 0 |
|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Rice-Starch consumption | 0 to 10 | 8-12 rice-serving spoons ² | 0 and 14-18 rice-serving spoons |
| 2. Vegetable consumption | 0 to 10 | 4-6 rice-serving spoons ² | 0 |
| 3. Fruit consumption | 0 to 10 | 3-5 portions ² | 0 |
| 4. Milk consumption | 0 to 10 | 1-2 glasses ² | 0 |
| 5. Meat consumption | 0 to 10 | 6-12 tablespoons | 0 and 12-18 tablespoons |
| 6. Total fat intake | 0 to 10 | ≤ 20% of total calories | ≥ 35 % of total calories |
| 7. Saturated fat intake | 0 to 10 | ≤ 10% of total calories | ≥ 15% of total calories |
| 8. Added sugar intake | 0 to 10 | < 6% of total calories | > 10% of total calories |
| 9. Cholesterol intake | 0 to 10 | ≤ 300 mg/day | ≥ 400 mg /day |
| 10. Sodium intake | 0 to 10 | ≤ 2400 mg/day | ≥ 3300 mg /day |
| 11. Variety of food | 0 to 10 | ≥ 30 types/day | ≤ 20 types/day |

¹ People with consumption or intakes between the maximum and minimum ranges or amounts were assigned scores proportionately.

² Number of servings depends on recommended number of Thailand Nutrition Flag servings per day.

ที่มา: เตชางาม พินิจจันทร์ และปรีติการ (Taechangam และคนอื่น ๆ, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุจะพบว่า อาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายที่ดี ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายและเพียงพอต่อความจำเป็นในแต่ละวัน อาหารเป็นสิ่งร่างกายมนุษย์ขาดไม่ได้ ในผู้สูงอายุนั้นประโยชน์ของอาหารและโภชนาการจะช่วยค้ำจุนชีวิตซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ลักษณะทางกายภาพของอาหารที่ผู้สูงอายุได้รับจะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุบริโภคได้ง่ายขึ้นซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับสารอาหารที่มากขึ้น ควรจะเตรียมให้ถูกต้องตามแต่ละบุคคล โดยสารอาหารที่ได้รับนั้นควรขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคลเช่นกัน โดยหากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอแล้วนั้นจะส่งผลถึงความเสี่ยงในด้านต่างๆที่จะตามมาในอนาคต ในขณะที่เดียวกันหากผู้สูงอายุบริโภคอาหารมากเกินไปจนเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระบบเผาผลาญในเรื่องกายไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนตอนที่ร่างกายยังมีประสิทธิภาพดี ก็จะสามารถก่อให้เกิดภาวะหรือโรคต่างๆตามมาได้เช่นกัน จะเห็นได้ว่านอกจากการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่และการได้รับปริมาณของอาหารที่บริโภคในแต่ละวันอย่างเพียงพอแล้วนั้น ยังมีความหลากหลายของอาหารที่เราควรให้ความสำคัญ ซึ่งความหลากหลายของอาหารนั้นจะสำคัญในการเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่หลากหลายมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังลดการได้รับสารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งมากเกินไปจนเกินความจำเป็น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุไม่เบื่อกับการ

บริโภคอาหารที่จำเจ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขและมีกำลังใจในการบริโภคอาหารในแต่ละวันเพิ่มอีกด้วย จึงเห็นได้ว่า อาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุได้รับมาจากคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ

ความหมายของคุณภาพชีวิต

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2540 อ้างถึงใน วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2564) ได้ให้ความหมายของ “คุณภาพชีวิต” เมื่อ พ.ศ.2540 ว่า

“คุณภาพชีวิต คือ การดำรงชีวิตของมนุษย์ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่ง ในช่วงเวลาหนึ่งๆ องค์ประกอบของความเป็นพื้นฐานที่เหมาะสม อย่างน้อยก็น่าจะมีอาหารที่เพียงพอ มีเครื่องนุ่งห่ม มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีสุขภาพกายและจิตใจดี ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งได้รับการบริการพื้นฐานที่จำเป็น ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อประกอบการดำรงชีพอย่างยุติธรรม”

โดยที่เจนนินสัน (Crispin Jenkinson, 2020) ได้ให้ความหมายไว้ในสารานุกรมของ Encyclopedia Britannica ว่า

“คุณภาพชีวิต (Quality of life: QOL)” เป็นระดับที่แต่ละคนมีสุขภาพที่ดี สบาย และสามารถเข้าร่วมหรือสนุกกับกิจกรรมชีวิต

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) เรื่อง คุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) (*The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, 2012) ให้คำจำกัดความของ คุณภาพชีวิต ว่า

“คุณภาพชีวิต” เป็นการรับรู้ของปัจเจกบุคคลเกี่ยวกับตำแหน่งของตนในชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยมที่พวกเขาอาศัยอยู่ และสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและข้อกังวล

งานวิจัยดังกล่าวได้ทำการวิจัยจากหลากหลายวัฒนธรรม ซึ่ง กรุงเทพมหานคร ประเทศไทยเป็นหนึ่งในพื้นที่วิจัยด้วย จากภาพประกอบด้านล่าง แสดงให้เห็นถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต มี 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย (physical) ด้านจิตใจ (psychological) ด้านระดับความเป็นอิสระ (Level of Independent) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) และด้านจิตวิญญาณ / ศาสนา / ความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/Religion/ Personal Beliefs) ซึ่งทั้ง 6 ด้าน มีส่วนสำคัญในการอธิบายความแปรปรวนที่สังเกตพบในแง่มุมทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตโดยรวมและสุขภาพทั่วไป

| | |
|---|---|
| Domain I | Physical Capacity |
| 1 | Pain and discomfort |
| 2 | Energy and fatigue |
| 3 | Sleep and rest |
| Domain II | Psychological |
| 4 | Positive feelings |
| 5 | Thinking, learning, memory and concentration |
| 6 | Self-esteem |
| 7 | Bodily image and appearance |
| 8 | Negative feelings |
| Domain III | Level of Independence |
| 9 | Mobility |
| 10 | Activities of daily living |
| 11 | Dependence on medication or treatments |
| 12 | Work capacity |
| Domain IV | Social Relationships |
| 13 | Personal relationships |
| 14 | Social support |
| 15 | Sexual activity |
| Domain V | Environment |
| 16 | Physical safety and security |
| 17 | Home environment |
| 18 | Financial resources |
| 19 | Health and social care: accessibility and quality |
| 20 | Opportunities for acquiring new information and skills |
| 21 | Participation in and opportunities for recreation/ leisure activities |
| 22 | Physical environment (pollution/noise/traffic/climate) |
| 23 | Transport |
| Domain VI | Spirituality/Religion/ Personal Beliefs |
| Overall quality of life and general health perceptions | |

ภาพประกอบ 3 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต (Dimensions of Quality of life: WHOQOL)

ที่มา: องค์การอนามัยโลก (*The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, 2012)

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิตา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ, และ ราณี พรมานะรังกุล, 2545)

ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่พัฒนามาจากกรอบแนวคิดของคำว่าคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการประเมินค่าที่เป็น จิตนีย (Subjective) ซึ่งฝังแน่นอยู่กับบริษัทางวัฒนธรรม สังคม และสภาพแวดล้อม จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (Psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากการอาหารและโภชนาการ

ทั้งนี้เมื่อผู้วิจัยประเมินถึงคุณภาพชีวิตที่สืบเนื่องจากการอาหารและโภชนาการจากทั้งคุณภาพชีวิตฉบับหลักขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) และเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) เบื้องต้นนั้นพบว่า มี 3 ด้านคือ ทางด้านกายภาพ ด้านจิตใจ และด้านระดับความเป็นอิสระดังนี้

ด้านกายภาพ (Physical)

ข้อ 1 ความเจ็บปวดและไม่สบาย (Pain and Discomfort)

ข้อ 2 พลังงานและความเหนื่อยล้า (Energy and fatigue)

ด้านจิตใจ (Psychological)

ข้อ 7 ภาพลักษณ์ และรูปลักษณ์ของร่างกาย (Body image and appearance)

ด้านระดับความเป็นอิสระ (Level of independence)

ข้อ 11 การพึ่งยาหรือการรักษาพึ่งพายาหรือยาทางเลือกของบุคคล (Dependence on medication or treatments)

โดยทั้ง 4 ข้อจาก 3 ด้านดังกล่าวถือเป็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สำคัญ อันเกิดมาจากผลของการบริโภคอาหารและโภชนาการที่ได้รับ ซึ่งส่งผลทางตรงและทางอ้อมสู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งยังส่งผลไปยังร่างกายและจิตใจ

การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีสามารถลดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เพิ่มจำนวนประชากรที่มีสุขภาพที่ดีมีคุณภาพสูงสังคม ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีสามารถใช้ความเข้มแข็งด้านประสบการณ์ที่เอื้อต่อการสร้างสรรค์ศักยภาพให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและตนเอง เกิดสังคมสูงอายุที่มีคุณภาพ โดยที่อาหารและโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs Goals) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2015) ใน 3 เป้าหมายหลักของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้มุ่งประเด็นไปยังเรื่องของอาหารและโภชนาการ ตามภาพประกอบดังนี้



ภาพประกอบ 4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs Goals)

ที่มา: องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2015)

ใน 4 เป้าหมายหลักของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้มุ่งประเด็นไปยังเรื่องของอาหารและโภชนาการ ได้แก่

เป้าหมายที่ 2 คือ ยุติความหิวโหย บรรลุความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการสำหรับทุกคนในทุกวัย (Zero Hunger) ข้อย่อยจากการประเมินตัวชี้วัดความสำเร็จ

เป้าหมายได้แก่ ข้อ 2.2 ยุติภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบและแก้ไขปัญหาความต้องการสารอาหารของหญิงวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรและผู้สูงอายุ ภายในปี 2573

เป้าหมายที่ 3 คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (Good health and well-being) ซ้อย่อยจากการประเมินตัวชี้วัดความสำเร็จเป้าหมายได้แก่ ข้อ 3.4 ลดการตายก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อให้ลดลงหนึ่งในสามผ่านทาง การป้องกันและการรักษาโรคและสนับสนุนสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีภายในปี 2573

เป้าหมายที่ 10 คือ ลดความไม่เสมอภาคภายในประเทศและระหว่างประเทศ (Reduce inequality within and among countries) ซ้อย่อยจากการประเมินตัวชี้วัดความสำเร็จเป้าหมายได้แก่ ข้อ 10.2 ให้อำนาจและส่งเสริมความครอบคลุมด้านสังคมเศรษฐกิจและการเมืองสำหรับทุกคนโดยไม่คำนึงถึงอายุ เพศ ความบกพร่องทางร่างกาย เชื้อชาติ ชาติ พันธุ์ แหล่งกำเนิด ศาสนา หรือสถานะทางเศรษฐกิจหรืออื่นๆ ภายในปี 2573

เป้าหมายที่ 11 คือ เมืองและชุมชนยั่งยืน ทำให้เมืองและการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์มีความครอบคลุม ปลอดภัย มีภูมิคุ้มกันและยั่งยืน (Make cities and human settlements inclusive, safe, resilient and sustainable) ซ้อย่อยจากการประเมินตัวชี้วัดความสำเร็จเป้าหมายได้แก่ ข้อ 11.5 ลดจำนวนการตายและจำนวนคนที่ได้รับผลกระทบและลดการสูญเสียโดยตรงทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศของโลกที่เกิดจากภัยพิบัติ

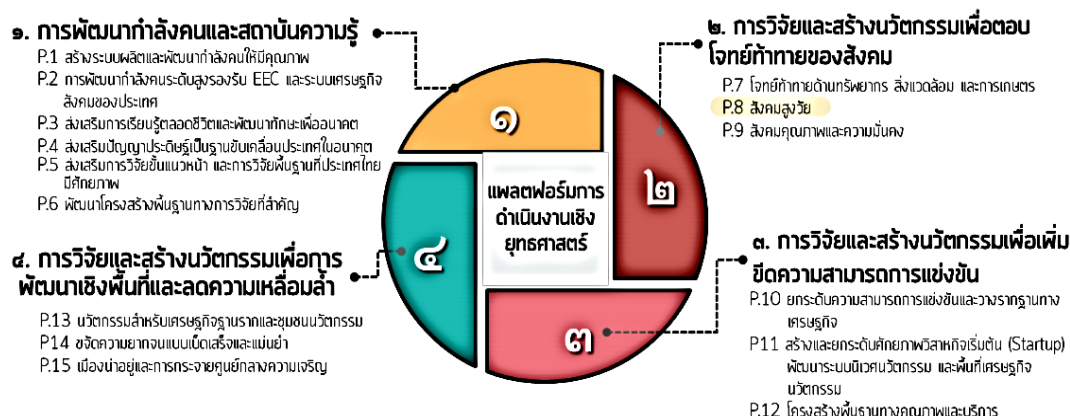
จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ ผู้วิจัยพบว่า คำว่า “คุณภาพชีวิต” นั้นยากที่จะหาคำนิยามใด นิยามหนึ่งที่จะสามารถรวมทุกบริบทเข้าไว้ได้ด้วยกัน โดยที่ในประเทศไทยนั้นให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยประชาชนทุกคนในประเทศควรมีคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานที่ดี ในขณะที่องค์การอนามัยโลกนั้นได้ระบุถึงคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นตามแต่ละบริบทของบุคคลและสังคมนั้นๆ แม้จะมีการวางความหมายของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ถึงกระนั้นก็ตามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในทุกบริบทและในทุกสังคม บทบาทของอาหารและโภชนาการนั้นได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในหลากหลายด้าน โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม และไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายหรือสุขภาพใจ จึงทำให้ความสำคัญของอาหารและโภชนาการต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทวีความสำคัญและเป็นประเด็นที่สังคมต่างๆ ให้ความสำคัญ โดยแต่ละสังคมพยายามหาหนทางรวมถึงมาตรการในการดูแลเรื่องดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและคนในสังคมนั้นให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

นโยบายภาครัฐที่มีการส่งเสริมการบริโภคอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ

หากพิจารณาภาพรวมในสังคมแล้วนั้น ทุกสังคมพยายามยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในสังคมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในระดับชุมชน ระดับประเทศ หรือในระดับโลก การก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายของประเทศไทย รัฐบาลไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 – 2580) ให้เป็นแนวทางในการพัฒนาชาติในระยะยาว และเพื่อให้ประเทศไทยได้เตรียมความพร้อมในการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ จึงได้กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อววน.) พ.ศ. 2563 – 2570 ให้มีแพลตฟอร์มการดำเนินงานเชิงยุทธศาสตร์ไว้ในข้อ 2 คือเรื่อง การวิจัยและสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบโจทย์ท้าทายของสังคม โปรแกรมที่ 8 เรื่อง สังคมสูงวัย เพื่อปรับสังคมให้พร้อมสำหรับสังคมสูงอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ดังแสดงในภาพประกอบด้านล่าง

ภาพประกอบ 5 นโยบายและยุทธศาสตร์การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ.

นโยบายและยุทธศาสตร์ อววน. พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๗๐



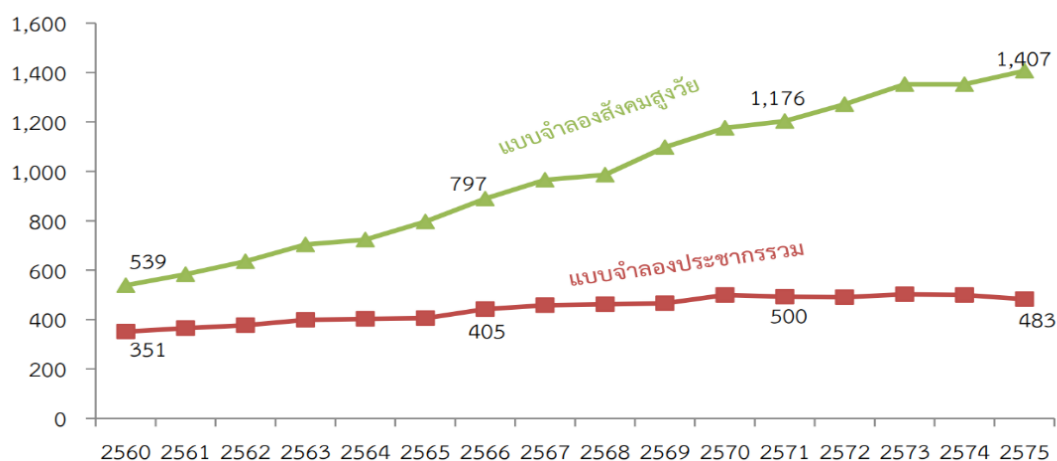
P.16 การปฏิรูประบบการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

2563 - 2570

ที่มา: สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (2562)

ในการที่โครงสร้างสังคมเข้าสู่สังคมสูงอายุ กล่าวคือ ประชากรวัยทำงานที่เป็นรากฐานทางเศรษฐกิจลดลง ในขณะที่ประชากรสูงอายุซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพมีจำนวนมากขึ้น จะส่งผลต่อระบบสังคมและระบบเศรษฐกิจอย่างมีนัยยะสำคัญ จากภาพประกอบผลการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศเผยแพร่ผลศึกษาจากโครงการการประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากผลของการสร้างเสริมสุขภาพ (ดร.ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, นายอลงกรณ์ ฉลาดสุข, นางสาวพิมพ์ชนก เกื้อรอด, นายภัทร อภิวัฒน์กุล, และ นางสาวขวัญกมล ถนัดคำ, 2561) พบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีตถึงปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมดของรัฐบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 10 ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2545 เป็นประมาณร้อยละ 13 ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2550 เป็นต้นมา และได้ประมาณค่าใช้จ่ายในอีก 15 ปี โดยการเปรียบเทียบอัตราส่วนรายได้ต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พบว่า หากประเทศหรือประชาชนมีรายได้เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่เพิ่มในอัตราส่วนที่น้อยกว่า (ประเทศที่มีรายได้เพิ่มขึ้น 1 เท่า มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 0.8 เท่า) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไทยในอีก 15 ปีข้างหน้า จะอยู่ที่ประมาณ 4.8 แสนล้านบาท และหากประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจเพิ่มขึ้นไปถึง 1.41-1.85 ล้านล้านบาท

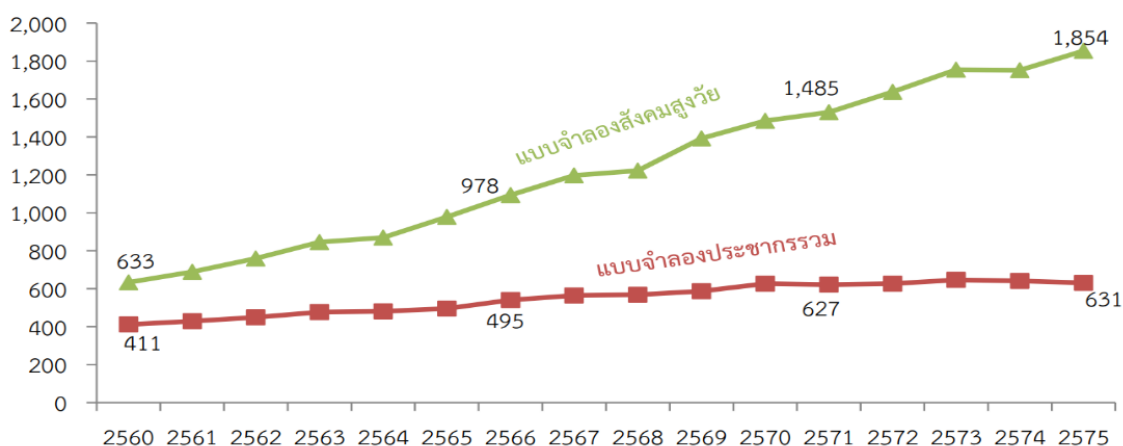
หน่วย: พันล้านบาท



ภาพประกอบ 6 ผลการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี พ.ศ.2560-2575 กรณีความยืดหยุ่นเท่ากับ 0.8

ที่มา: ดร.ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร และคนอื่น ๆ (2561)

หน่วย: พันล้านบาท



ภาพประกอบ 7 ผลการประมาณการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพปี พ.ศ.2560-2575 กรณีความยืดหยุ่น
เท่ากับ 1

ที่มา: ดร.ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร และคนอื่น ๆ (2561)

ยิ่งถึงวัยเกษียณผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะขาดรายได้หรือรายได้มีน้อยลง จากพึ่งพาตนเองได้ ในฐานะผู้นำครอบครัว ต้องหันไปพึ่งพาบุตรหลานมากขึ้น และรอรับการช่วยเหลือจากบุตรหลาน สุขภาพไม่ดีจะทำให้มีรายจ่ายด้านสุขภาพเยอะขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้วางแผนการเงินหลังเกษียณเอาไว้ จะหลีกเลี่ยงได้ยากที่ผลกระทบตกไปยังบุตรหลาน ในบางครอบครัวบุตรหลานบางคนต้องเสียสละตนเองในการลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สบาย ทำให้รายได้ครัวเรือนลดลงด้วย ทั้งยังต้องนำเงินมาดูแลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดสภาวะเครียดทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุแล้ว ปัญหาดังกล่าวและอาการป่วยยังส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ มีความกังวลว่าจะเป็นภาระต่อลูกหลาน รวมถึงกังวลว่าจะถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้นในทุกๆสังคมจึงพยายามยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยประเด็นเรื่องของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีบริบทสืบเนื่องมาจากอาหารและโภชนาการจะช่วยส่งผลให้ภาระเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง

สืบเนื่องจากความสำคัญของอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ในปัจจุบันมีหลายหน่วยงานในประเทศไทยออกมาให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ รวมถึงการรณรงค์ในเรื่องดังกล่าวมากขึ้น จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การพัฒนาศักยภาพและเสริมทักษะด้านโภชนาการ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุตลอดช่วงชีวิตและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่าย” โดย

แพทย์หญิงนภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ กรมอนามัย (นภาพรณ วิริยะอุตสาหกุล, 2560) จากการประชุมดังกล่าวได้แถลงถึง นโยบายและการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุ คือ “ไม่ลืมน้ำ ไม่ลืม ไม่ซีมีเศรำ กินข้าวอร่อย” โดยมีมาตรการการดำเนินงานด้านโภชนาการ สำหรับโรงพยาบาล กล่าวคือ 1. ด้านนโยบาย มีการกำหนดนโยบายและมาตรการการดำเนินงานของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการสู่การปฏิบัติและมีแผนปฏิบัติงานรองรับ 2. ด้านอาหารปลอดภัย วัตถุประสงค์ที่ใช้ในการปรุงอาหารในโรงครัวและร้านอาหารของโรงพยาบาล ปลอดภัยจากการปนเปื้อนของสารกำจัดศัตรูพืช สารฟอกขาว ฟอรัมาลิน สารกันรา บอแรกซ์และน้ำมันทอดซ้ำ 3. ด้านอาหารเพื่อสุขภาพ โรงครัวมีบริการอาหารเพื่อสุขภาพ อาหารเฉพาะโรค และอาหารฮาลาล 4. ด้านการสร้างสภาพแวดล้อม/สื่อสาร/การให้ความรู้ด้านโภชนาการและอาหารปลอดภัย มีการสื่อสารให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารลดหวาน มัน เค็ม และเพิ่มการบริโภคผัก ผลไม้ รวมทั้งอาหารเฉพาะโรคต่างๆ ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค รวมทั้งการให้แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้กับผู้รับบริการ ติดตามเยี่ยมบ้าน และเผยแพร่ให้ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.ร่วมจัดกิจกรรมสัปดาห์รณรงค์ลดการกินเค็ม 5. ด้านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร โรงครัวผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ร้านอาหารและแผงลอยที่จำหน่ายอาหารในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน CFGT (Clean Food Good Taste) เป้าหมายคือ สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และความรอบรู้ ให้ประชาชนดูแลตนเองควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือด) และภาวะสมองเสื่อม การดำเนินงานของสำนักโภชนาการเพื่อสนับสนุนการทำงานของพื้นที่เรื่อง “ไม่ลืมน้ำ ไม่ลืม ไม่ซีมีเศรำ กินข้าวอร่อย” คือได้จัดทำธงโภชนาการผู้สูงอายุขึ้นโดยเฉพาะและภาพอธิบายสัดส่วนของอาหารที่ควรได้รับโดยบอกถึงสัดส่วนของอาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุควรได้รับในแต่ละวันโดยแบ่งตามกิจกรรมของแต่ละบุคคลเช่น เพศชายกิจกรรมเบา ควรได้รับ 1600 กิโลแคลอรี คือ ข้าว-แป้ง 8 ทัพพี ผลไม้ 2 ทัพพี ผัก 4 ทัพพี เนื้อสัตว์ 7 ทัพพี นม 1-2 แก้ว น้ำตาลน้ำมันเกลือวันละน้อยๆ เป็นต้น ตามภาพประกอบด้านล่างนี้



ภาพประกอบ 8 โปสเตอร์ออนไลน์ประชาสัมพันธ์เรื่อง ธงโภชนาการผู้สูงอายุและสัดส่วนของอาหารที่ควรได้รับของผู้สูงอายุ

ที่มา:สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (2561)

นอกจากนี้สำนักโภชนาการ กรมอนามัยยังได้จัดทำภาพประชาสัมพันธ์เรื่อง “ผู้สูงอายุแข็งแรง ไม่ชืด สมองดี” โดยได้แนะนำให้ผู้สูงอายุกินข้าวกล้องและปลาเป็นหลัก กินดื่บสลัวัน กินผักและผลไม้เป็นประจำ ลดหวานมันเค็มให้เป็นนิสัยและไม่ดื่มดื่มน้ำ ดื่มนมให้เพียงพอ และแสดงสัดส่วนของผลไม้ตามภาพประกอบต่อไปนี้



ผู้สูงอายุแข็งแรง ไม่ชืด สมองดี



ออกกำลังกาย
สัปดาห์ละ: 3-5 วัน
วันละ: 30 นาที



นอนหลับ
7-9 ชั่วโมง



ดูแลหน้าหมักตัว



หมั่นฝึกสมอง

กินข้าวกล้องกับปลาเป็นหลัก

กินดื่บสลัวัน กินผัก ผลไม้เป็นประจำ

ลด หวาน มัน เค็ม ให้เป็นนิสัย

และไม่ดื่มดื่มน้ำ ดื่มนมให้เพียงพอ





ดื่มน้ำ
วันละ: 8 แก้ว



ดื่มนม
วันละ: 1-2 แก้ว



ลด
หวาน มัน เค็ม
งด/ลด
แอลกอฮอล์





กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
<http://nutrition.anamai.moph.go.th>

ภาพประกอบ 9 ไปสเตอร์ออนไลน์ประชาสัมพันธ์เรื่อง ผู้สูงอายุ ไม่ชืด สมองดี

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (2561)

ทางหน่วยงานดังกล่าวได้รณรงค์ให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าให้หลากหลายครบ 5 หมู่ ไม่รับประทานของซ้ำเติม มีปริมาณที่เหมาะสมกับกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันตามตารางแนวทางการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุก็มีภาวะโภชนาการที่ดี สุขภาพร่างกายแข็งแรง ต่อสู้กับการเสื่อมถอยของร่างกายได้เป็นอย่างดี โดยมีปริมาณอาหารที่เหมาะสมในแต่ละวันและโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุได้แก่

1. กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว
 2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย
 3. กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ
 4. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์จากถั่วเป็นประจำ
 5. ดื่มนมและผลิตภัณฑ์จากนมเป็นประจำ
 6. หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด
 7. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน
 8. กินอาหารสะอาด ปลอดภัย
 9. งดยาหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- ตามภาพประกอบดังนี้



ภาพประกอบ 10 โภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย (2561)

นอกจากนี้การประชุมดังกล่าวได้มีการพัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีส่วนสำหรับการบันทึกการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามพฤติกรรมกรรมการกินอาหาร 20 พฤติกรรมว่าทำเป็นประจำ ทำเป็นครั้งคราว หรือทำน้อยครั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองดังรูปต่อไปนี้

สิทธิผู้สูงอายุ

สิทธิตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546
 ผู้สูงอายุมีกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุขึ้นเป็นกรณีพิเศษ ซึ่งแสดงถึงความก้าวหน้า ผู้สูงอายุทุกคนควรให้ความสนใจเพราะในกฎหมายฉบับนี้ได้กล่าวถึงสิทธิของผู้สูงอายุ พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ ฉบับ พ.ศ. 2546 มีเพียง 24 มาตรา มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ
 ความหมายของผู้สูงอายุ ตาม พ.ร.บ. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย
 มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวก และรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ เป็นกรณีพิเศษ
2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
3. การประกอบอาชีพ หรือมีอาชีพที่เหมาะสม
4. การพัฒนาตนเอง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่ม ในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรง แก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสาร ยานพาหนะ ตามความเหมาะสม
7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
9. การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทาง การแก้ไขปัญหาคอขวด
10. การจัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่ม ให้ความความจำเป็นอย่างทั่วถึง
11. การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
12. การส่งเสริมการศึกษาคณะประเพณี
13. การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด



สมุดบันทึกสุขภาพ ผู้สูงอายุ



ชื่อ.....นามสกุล.....

โปรดอย่าทำลาย

นำติดตัวทุกครั้งที่ได้รับบริการ ในสถานพยาบาลทุกแห่ง

สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1 บันทึกการประเมินด้วยตนเองหรือครอบครัว

บันทึกการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ทำได้ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ในการกินอาหารที่มานั่ง มา ความความเป็นจริง

ประจำ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง หรือ 6-7 วันต่อสัปดาห์
ครั้งคราว คือ ปฏิบัติบางครั้ง หรือ 3-5 วันต่อสัปดาห์
น้อยครั้ง คือ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือไม่เคยปฏิบัติเลย

| พฤติกรรมการกินอาหาร และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง | ครั้ง 1 | | ครั้ง 2 | | ครั้ง 3 | | ครั้ง 4 | | ครั้ง 5 | |
|--|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
| | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว |
| 1. กินอาหารครบ 5 หมู่ | | | | | | | | | | |
| 2. กินอาหารหลากหลาย, ไม่ซ้ำซาก | | | | | | | | | | |
| 3. กินข้าวซ้อมมือ หรือ ข้าวกล้อง | | | | | | | | | | |
| 4. กินผัก | | | | | | | | | | |
| 5. กินผลไม้ | | | | | | | | | | |
| 6. กินปลา | | | | | | | | | | |
| 7. กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน | | | | | | | | | | |
| 8. ดื่มนม | | | | | | | | | | |
| 9. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ | | | | | | | | | | |
| 10. ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร | | | | | | | | | | |
| 11. ชั่งน้ำหนัก และวัดเส้นรอบเอว เดือนละ 1 ครั้ง | | | | | | | | | | |
| 12. ตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง | | | | | | | | | | |
| 13. กินอาหารที่มีไขมันหรือน้ำมัน | | | | | | | | | | |
| 14. กินอาหารประเภททอด | | | | | | | | | | |

| พฤติกรรมกินอาหาร และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง | ครั้ง 1 | | ครั้ง 2 | | ครั้ง 3 | | ครั้ง 4 | | ครั้ง 5 | |
|--|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|
| | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว | ประจำ | ครั้งคราว |
| 15. กินอาหารประเภทที่มีรสหวาน | | | | | | | | | | |
| 16. ดื่มน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน | | | | | | | | | | |
| 17. ดื่มน้ำตาลทุกครั้งที่กินอาหาร | | | | | | | | | | |
| 18. กินอาหารเค็ม | | | | | | | | | | |
| 19. ดื่มน้ำปลาหรือเกลือทุกครั้งที่กินอาหาร | | | | | | | | | | |
| 20. กินอาหารที่ไม่ใส่ดิเอทเวทิตี | | | | | | | | | | |

การแปลผลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ภายหลังการทำเครื่องหมาย ✓ (ถูก) ทุกข้อแล้ว ขอให้ท่านสรุปพฤติกรรมการกินอาหารตามความถี่ ดังนี้

1. พฤติกรรมการกินตามข้อ 1 – 12 เป็นพฤติกรรมที่ดี และเหมาะสม ถ้าท่านมีความถี่ของการปฏิบัติ
 - **ประจำ** ขอให้ท่านจงปฏิบัติต่อไป
 - **ครั้งคราว** ขอให้ท่านจงพยายามปฏิบัติเป็นประจำ
 - **น้อยครั้ง** ขอให้ท่านพิจารณาถึงสาเหตุที่ไม่ได้ปฏิบัติ แล้วใช้ความพยายามค่อยๆ ปฏิบัติเป็นประจำและปฏิบัติเป็นประจำ
2. พฤติกรรมการกินตามข้อ 13 – 20 เป็นพฤติกรรมที่จะต้องปรับปรุง ถ้าท่านมีความถี่ของการปฏิบัติ
 - **ประจำ** ขอให้ท่านพิจารณาถึงสาเหตุที่ปฏิบัติเป็นประจำ แล้วใช้ความพยายามค่อยๆ เปลี่ยนมาปฏิบัติเป็นครั้งคราว หรือ ไม่ปฏิบัติเลยจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของท่าน
 - **ครั้งคราว** ขอให้ท่านปฏิบัติต่อไป แต่ถ้าปรับเป็นไม่ปฏิบัติเลยก็จะ เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของท่าน
 - **น้อยครั้ง** ขอให้ท่านจงปฏิบัติต่อไป

ที่มา : สำนักวิชาการ กรมอนามัย สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ 2

ภาพประกอบ 11 สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
 ที่มา: นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล (2560)

อีกทั้งยังได้มีการพัฒนาสื่อต่างๆโมเดลธงโภชนาการผู้สูงอายุ พัด แผ่นรองจาน ถุงผ้า เพื่อให้ง่ายต่อการความเข้าใจของประชาชน นอกจากนี้ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ จัดทำโดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล และได้มีการเผยแพร่ในองค์ความรู้เพื่อผู้สูงอายุของกรมกิจการผู้สูงอายุเช่น การส่งเสริมโภชนาการในวันผู้สูงอายุเรื่อง "กินเพลิน เจริญตา พาจ๋าดี มีพลัง" เพื่อแสดงถึงชนิดของอาหารในแต่ละหมวดหมู่ที่จะให้ผู้สูงอายุมีสายตาที่ดีด้วยการกินอาหารที่ช่วยในการทำงานของจอประสาทตา มีความจำที่ดีคือการกินอาหารบำรุงสมอง และมีพลังที่ดีดังเช่นภาพประกอบด้านล่าง



กินเพลิน เจริญตา

พาจ๋าดี มีพลัง

"International Day of Older Persons"
"วันผู้สูงอายุสากล" ตรงกับ วันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี

| เจริญตา | พาจ๋าดี | มีพลัง |
|--|--|---|
|  <p>กินอาหารที่ช่วยในการทำงานของจอประสาทตา ชะลอการเกิดต้อกระจกและจอประสาทตาเสื่อม</p>  <p>พบใน ต่ำสิ่ง ผักทอง ผักบุ้ง กะหล่ำดอก บร็อคโคลี่ แครอท ข้าวโพด ฝรั่ง ส้ม มะละกอ ผลไม้ตระกูลเบอร์รี่ ตับ ไข่ หอยนางรม ปลา นม และน้ำมันพืช</p> |  <p>กินอาหารบำรุงสมองและระบบประสาท ป้องกันการขาดตามปลายมือปลายเท้า</p>  <p>พบใน ปลาทะเลน้ำลึก กว๊วย ใบแปะก๊วย ไข่แดง ถั่วเหลือง และข้าวกล้อง</p> |  <p>พลังงานวันละ 1,400-1,800 กิโลแคลอรี เลือกอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม ผักสีเขียวเข้ม เต้าหู้แข็ง ปลาเล็ก ปลาน้อย และงาดำ เป็นต้น</p>  <p>เลือกกินโปรตีนที่ดี เช่น ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไขมันต่ำย่อยง่าย ถั่ว และธัญพืชต่างๆ</p> |

อ่านต่อได้ครับ Scan now



จัดทำโดย: งานโภชนาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โทร 02-84-96600 ต่อ 1084/1085
ขอขอบคุณจาก: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ภาพประกอบ 12 ภาพรณรงค์การรับประทานอาหารในวันผู้สูงอายุโลก

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2563)

โดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้จัดทำแนวทางการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุแบ่งเป็นพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันของผู้สูงอายุว่าควรรับประทานอาหารชนิดใดบ้าง โดยปริมาณเท่าไร เช่นหากในแต่ละวัน ผู้สูงอายุมีกิจกรรมเบามาก ควรได้รับพลังงาน 1400 กิโลแคลอรีคือ ควรได้รับข้าว/แป้ง 5ทัพพี ผัก 4 ทัพพี ผลไม้ 1 ส่วน เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว ถั่วเมล็ดแห้ง 1 ช้อนกินข้าว นม 2 แก้ว น้ำ 8 แก้ว ไขมัน 6 ช้อนชา น้ำตาล 6 ช้อนชาเป็นต้น ดังในตารางต่อไป

ตาราง 12 แนวทางการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

| กลุ่มอาหาร | พลังงาน(กิโลแคลอรี) ต่อวัน | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|
| | 1,400 | 1,600 | 1,800 |
| | ชาย-หญิง (กิจกรรมเบามาก) | ชาย-หญิง (กิจกรรมเบา) | ชาย-หญิง (กิจกรรมปานกลาง) |
| ข้าว/แป้ง (ทัพพี) | 5 | 7 | 9 |
| ผัก (ทัพพี) | 4 | 4 | 4 |
| ผลไม้ (ส่วน) | 1 | 1 | 2 |
| เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว) | 6 | 7 | 8 |
| ถั่วเมล็ดแห้ง (ช้อนกินข้าว) | 1 | 1 | 1 |
| นม (แก้ว) | 2 | 2 | 2 |
| น้ำ (แก้ว) | 8 | 8 | 8 |
| ไขมัน (ช้อนชา) | 6 | 6 | 6 |
| น้ำตาล (ช้อนชา) | 6 | 6 | 6 |

ที่มา: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2563)

นอกเหนือจากข้อมูลข้างต้น ยังมีข้อมูลด้านสารอาหารที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) และได้เผยแพร่ในองค์ความรู้สำหรับผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ (Thitiphon Yothaphan, 2562) ว่า อาหารการกินของผู้สูงอายุ จะต้องครอบคลุมอาหารหลัก 5 หมู่ ไม่ว่าจะเป็นโปรตีน ไขมัน เกลือแร่ วิตามิน ผัก และผลไม้ เป็นต้น ผู้สูงอายุจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด มันจัด และเค็มจัด (ไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม) และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว (หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และ

น้ำอัดลม) มีแร่ธาตุหลายชนิดที่ผู้สูงอายุต้องการและมักขาดคือ แคลเซียม เหล็ก และสังกะสี โดยอาหารที่มีแคลเซียมสูงได้แก่ นม เต้าหู้ ถั่วเหลือง สำหรับทะเล เมล็ดงา ปลาตัวเล็ก ปลาป่น ผักใบเขียว อาหารที่มีสังกะสีได้แก่ อาหารทะเล ปลา จมูกข้าวสาลี เมล็ดงา อาหารที่มีเหล็กมากได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ สำหรับทะเล เมล็ดพิททอง เมล็ดงา จมูกข้าวสาลี เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า หน่วยงานภาครัฐได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยได้จัดให้มีการกำหนดนโยบายและทำแผนปฏิบัติการ รวมถึงสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ออกมา ไม่ว่าจะเป็นจากสำนักโภชนาการ กรมอนามัยเอง หรือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นต้น ยังครอบคลุมไปถึงสมุดบันทึกสุขภาพในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ นโยบาย แผนปฏิบัติการต่างๆ จำเป็นต้องมีการประเมิน วัตถุประสงค์ไปยังผู้สูงอายุทั่วประเทศว่า นโยบายดังกล่าวได้ส่งถึงผู้สูงอายุเหล่านั้นหรือไม่อย่างไร นโยบายรวมถึงการปฏิบัติการดังกล่าวสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

รูปแบบและนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ

สำหรับรูปแบบและนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการในต่างประเทศจะพบว่า ในปี ค.ศ. 1992 การประชุมนานาชาติด้านโภชนาการ (The International Conference on Nutrition: ICN) ซึ่งจัดโดย องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations: FAO) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (The United Nations Children's Fund : UNICEF) และ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) รัฐมนตรีและผู้มีอำนาจเต็มซึ่งเป็นตัวแทนของ 159 ประเทศและรัฐ และประชาคมเศรษฐกิจยุโรปประกาศว่า “ความหิวโหยและภาวะทุพโภชนาการคือ สิ่งที่ได้รับไม่ได้ในโลกที่มีทั้งความรู้และทรัพยากรที่จะยุติภัยพิบัติของมนุษย์ ... การเข้าถึงอาหารที่มีโภชนาการเพียงพอและปลอดภัยเป็นสิทธิของแต่ละคน... ความผาสุกทางโภชนาการของทุกคนเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นสำหรับการพัฒนาสังคมและควรเป็นเป้าหมายหลักของความก้าวหน้าในการพัฒนามนุษย์ ต้องเป็นศูนย์กลางของแผนและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม... นอกจากนี้ แต่ละรัฐบาลมีหน้าที่หลักในการปกป้องและส่งเสริมความมั่นคงด้านอาหารและความเป็นอยู่ที่ดีทางโภชนาการ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง” (Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) and World Health Organization (WHO), 1992)

เดิมนโยบายด้านอาหารและโภชนาการในหลายประเทศส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปยังมารดา ทารก และประชากรในวัยเด็ก เมื่อหลากหลายประเทศกำลังเผชิญกับความท้าทายในการก้าวเข้าสู่

สังคมสูงอายุ แต่แต่ละประเทศได้มีการเตรียมความพร้อมเพื่อก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุและบางประเทศได้มีการกำหนดนโยบายสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการให้กับกลุ่มผู้สูงอายุโดยเฉพาะซึ่งโดยมากจะขึ้นอยู่กับความซ้ำเร็วในการก้าวเข้าสู่ความท้าทายบทใหม่

กลุ่มประเทศเอเชียและแปซิฟิก

วิลเลียมสัน (Williamson, 2015) ได้จัดทำแผนผังนโยบายด้านผู้สูงอายุในเอเชียและแปซิฟิกได้ในปี ค.ศ. 2015 และได้ทำการรวบรวม แผนระดับชาติด้านผู้สูงอายุ (นโยบายแห่งชาติ กฎหมาย และแผนปฏิบัติการเน้นเฉพาะผู้สูงอายุและวัยชรา) ทั้ง 26 ประเทศไว้ดังตารางด้านล่างนี้ โดยมี 5 ประเทศในกลุ่มอาเซียนที่มีนโยบายด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ คือ กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว ฟิลิปปินส์ และ ไทย

| | National plans on ageing | OLDER PERSONS AND DEVELOPMENT | | | | | ADVANCING HEALTH AND WELL-BEING | | | | | ENVIRONMENT | | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------------------------|-----------|-------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------|----------|----------------------|---------------|-------------|----------------|----------------|------------------------|------------------|
| | | Work & labour | Migration | Social protection | Education knowledge training | emergency response & disasters | Healthy ageing & NCDs | Health care access | HIV/AIDS | Health care training | Mental health | Nutrition | Living environ | Care & support | Neglect, abuse, rights | Images of ageing |
| Afghanistan | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bangladesh | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X |
| Bhutan | D | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cambodia | X | X | | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X |
| China* | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | | X | X | X | X |
| Cook Islands | X | X | | X | X | X | X | X | | X | | X | X | X | | X |
| DPR Korea* | X | X | | X | | | X | X | | X | | X | X | X | X | X |
| Fiji | X | X | | X | X | | X | X | | X | X | X | X | X | X | X |
| India | X | X | | X | X | | X | X | | X | X | | X | X | X | X |
| Indonesia* | X | X | | X | X | | X | X | | X | X | X | X | X | X | X |
| Iran | D | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lao PDR | X | X | | X | X | | X | X | | | | X | X | X | X | X |
| Malaysia* | X | X | | X | X | | X | X | | X | | | X | X | X | X |
| Maldives | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mongolia | X | X | | X | X | | X | X | | X | X | | X | X | X | X |
| Myanmar | X | X | | X | X | X | X | X | | X | | | X | X | X | X |
| Nepal* | X | | | X | X | | X | X | | X | | X | X | X | X | X |
| Pakistan | X | | | X | | | X | X | | X | | | X | X | X | X |
| Palau | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Philippines | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X |
| Solomon Islands | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sri Lanka | X | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X | X | X |
| Thailand | X | X | | X | X | X | X | X | | X | | X | X | X | X | X |
| Tonga | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tuvalu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Viet Nam* | X | X | | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | X | X |

ภาพประกอบ 13 แผนผังนโยบายด้านผู้สูงอายุในเอเชียและแปซิฟิกได้ในปี ค.ศ. 2015

ที่มา: วิลเลียมสัน (Williamson, 2015)

กลุ่มประเทศอาเซียน

แนวปฏิบัติระดับภูมิภาคอาเซียนเรื่อง นโยบายความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการ (The Regional Guidelines, food security and nutrition policy: FSN) รับรองโดยการประชุม AMAF ครั้งที่ 39 เมื่อวันที่ 28 กันยายน ค.ศ. 2017 (ASEAN Regional Guidelines on Food Security and Nutrition Policy, 2017) ได้กล่าวถึง ความมั่นคงทางโภชนาการจะเกิดขึ้นเมื่อทุกคนบริโภคอาหารในปริมาณที่เพียงพอตลอดเวลา และคุณภาพในด้านความหลากหลาย ปริมาณสารอาหาร และความปลอดภัยเพื่อให้สอดคล้องกับอาหาร ความต้องการและความชอบด้านอาหารสำหรับชีวิตที่กระฉับกระเฉงและมีสุขภาพดีควบคู่ไปกับสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่เพียงพอ การศึกษาและการดูแล โดยยังระบุถึง วัตถุประสงค์หลักและประโยชน์ของนโยบาย FSN เกี่ยวกับเรื่องอาหารและโภชนาการคือ เพื่อให้แน่ใจว่ามีอุปทานที่ยั่งยืนของอาหารที่เพียงพอ ราคาไม่แพง ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการ ให้ตรงตามข้อกำหนดด้านโภชนาการของการเพิ่มจำนวนประชากรในอาเซียน โดยมีวัตถุประสงค์หลักดังนี้

1. ปรับปรุงธรรมาภิบาลด้านโภชนาการของระบบอาหารและการเกษตร
2. ปรับปรุงความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการของชาติ
3. ปรับปรุงความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการของครัวเรือน
4. เพิ่มผลผลิตทางการเกษตรเพื่อบรรเทาความยากจน
5. เสริมสร้างขีดความสามารถระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ในการกำหนดและดำเนินการนโยบายและโครงการปรับปรุงภาวะโภชนาการ

โดยนโยบายด้านสุขภาพ กำหนดว่า สุขภาพและโภชนาการมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โรคทั่วไปหลายโรคเกิดขึ้นโดยตรงหรือกำเริบโดยอ้อมเพราะ อาหารนั้นไม่เพียงพอในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และ/หรือโภชนาการที่ไม่สมดุล และสุขภาพที่ไม่ดีมักนำไปสู่การใช้สารอาหารที่ไม่เหมาะสมที่มีอยู่ในอาหารที่บริโภคจริง ซึ่งนำไปสู่ภาวะการขาดสารอาหารสองเท่า

ประเทศสิงคโปร์

คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสิงคโปร์ (Health Promotion Board, Singapore: HPB) ได้มีการพัฒนาการของแนวทางสำหรับอาหารปีในค.ศ. 2011 โดยแนวทางได้ตระหนักถึงความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ และประชากรของสิงคโปร์มีอายุมากขึ้น ได้มีการตัดสินใจว่า มีจำเป็นในการจัดทำแนวทางด้านอาหารตามอาหารสำหรับผู้สูงอายุชาวสิงคโปร์ โดยประเทศสิงคโปร์มีการกำหนดเกณฑ์ของผู้สูงอายุแตกต่างจากประเทศอื่น คำว่า “สูงอายุ” ในสิงคโปร์คือ กำหนดว่าช่วงอายุ 50 ปีขึ้นไปเป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงความต้องการสารอาหารและเป็นช่วงที่เกิดโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยรัฐบาลสิงคโปร์

ได้ออกมาส่งเสริมแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งหัวข้อหลัก 3 หัวข้อสำหรับแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุคือ 1. เลือกอาหารที่อุดมไปด้วยสารอาหาร 2. นำรูปแบบอาหารมาใช้ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 3. ไม่เคยสายเกินไปที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคุณ ในการนำแนวทางต่างๆไปใช้ สิงคโปร์ได้จัดทำแนวทางสำหรับหลายภาคส่วนเช่น กลุ่มให้บริการด้านอาหาร ได้จัดทำแนวทางการบริการอาหารปรุงสุกเฉพาะทาง อาหารที่เสิร์ฟในบ้านพักคนชราได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานตามแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความมั่นใจที่คนในบ้านพักคนชรา สามารถได้อาหารที่ตอบสนองความต้องการทางโภชนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้พักอาศัยในบ้านพักคนชรา มักมีความเสี่ยงสูงในภาวะทุพโภชนาการ และได้มีการพัฒนาโปรแกรมสัญลักษณ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพ “Healthier Choice Symbol: HCS” สัญลักษณ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพ เป็นสัญลักษณ์ด้านหน้าของฉลากผลิตภัณฑ์ เพื่อช่วยให้ผู้บริโภคเลือกเทียบผลิตภัณฑ์ที่ดีต่อสุขภาพที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ประเภทของผลิตภัณฑ์ที่จะแสดงสัญลักษณ์ต้องมีคุณสมบัติตามมาตรฐานเฉพาะของผลิตภัณฑ์นั้นๆโดยอ้างอิงไว้ในงานวิจัยของลี (Lee, 2011)

ในปี ค.ศ. 2016 กระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์ได้จัดทำแผนสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการ “I feel young in my Singapore! Action plan for successful ageing” โดยในแผนดังกล่าวได้มีการหารือและดำเนินการใน 10 ประเด็นดังภาพประกอบด้านล่าง โดยประเด็นที่ 4 พูดถึงเรื่องสุขภาพและความกินดีอยู่ดี ซึ่งได้มีการพัฒนาคู่มืออาหารราคาประหยัดและดีต่อสุขภาพตัวเลือกอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และยังส่งเสริมไปพลีเกี่ยวกับการส่งเสริมการขายไปยังบ้านของผู้สูงอายุ เน้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพราคาประหยัด นอกเหนือจากนี้ ยังมีมาตรการคุ้มครองสิทธิในการจ้างงานของผู้สูงอายุ โดยมีการให้ค่าครองชีพด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุ ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นมาตรการที่สำคัญของรัฐบาลสิงคโปร์ที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่รัฐบาลให้ความช่วยเหลือ ในโครงการ “Senior Home Care (SHC)” เป็นบริการที่รู้จักกันในชื่อว่า “Home help” เริ่มต้นใน ค.ศ. 1998 โดยการจัดบริการของ SHC จะมีบริการทั้งที่เรียกว่า SHC (Meals and Escort/Transport) ซึ่งมีบริการจัดส่งอาหารไปยังบ้าน และยังมีบริการป้อนอาหารผู้สูงอายุที่ไร้รถเข็นอีกด้วย (Ministry of Health Singapore, 2016)



ภาพประกอบ 14 ประเด็นในการจัดทำนโยบายสำหรับผู้สูงอายุของประเทศสิงคโปร์

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข สิงคโปร์ (Ministry of Health Singapore, 2016)

จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า สิงคโปร์เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับสังคมสูงอายุเป็นอย่างมาก ประชาชนเข้าสู่วัยสูงอายุที่ 50 ปี ประเทศสิงคโปร์ได้มีรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและนโยบายต่างๆที่ออกมาสนับสนุนให้สังคมสูงอายุมีเสถียรภาพมากขึ้น โดยประเทศสิงคโปร์นั้นได้มีการดำเนินการต่างๆอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงสร้างความตระหนักรู้ให้ประชาชนเห็นถึงความสำคัญและแนวทางที่จะใช้ดูแลตนเองและสังคมที่ประชาชนเหล่านั้นอยู่อาศัย จะเห็นได้ว่ารัฐบาลสิงคโปร์มีการสร้างเครือข่ายต่างๆเพื่อช่วยในการสนับสนุนการทำงานและช่วยกันดูแลสมาชิกในชุมชน อีกทั้งยังมีการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่เสมอ จึงกล่าวได้ว่า ประเทศสิงคโปร์ถือเป็นประเทศผู้นำในกลุ่มอาเซียนที่มีรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการที่น่าสนใจ

ประเทศเวียดนาม

ประเทศเวียดนามได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว จากการทำความเข้าใจในยุทธศาสตร์โภชนาการแห่งชาติสำหรับ ค.ศ. 2011 – 2020 ด้วยวิสัยทัศน์สู่ปี ค.ศ. 2030 ของประเทศเวียดนาม (Policy - National Nutrition Strategy for 2011-2020, With a vision toward 2030, 2012) พบว่า ไม่ได้มีเป้าหมายใดที่เกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุโดยตรง แต่มีเป้าหมายที่พูดครอบคลุมถึงวัยผู้ใหญ่ 2 ข้อ คือ

เป้าหมายที่ 1 คือ เพื่อพัฒนาอาหารของชาวเวียดนามอย่างต่อเนื่องทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ตัวชี้วัด:

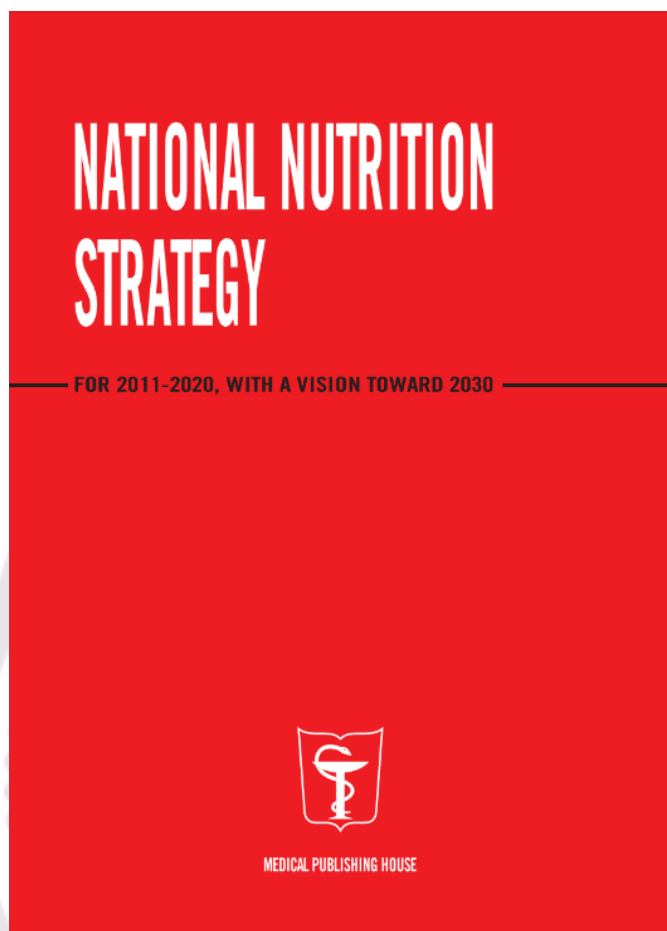
1. สัดส่วนครัวเรือนที่มีการบริโภคพลังงานต่ำ (ต่ำกว่า 1800 กิโลแคลอรี) ลดลงเหลือร้อยละ 10 ในปี ค.ศ. 2015 และร้อยละ 5 ในปี ค.ศ. 2020
2. สัดส่วนของครัวเรือนที่มีการรับประทานอาหารอย่างสมดุล (อัตราส่วนระหว่าง โปรตีน : ไขมัน : คาร์โบไฮเดรต – 14:18:68) ให้ถึงร้อยละ 50 ในปี ค.ศ. 2015 และร้อยละ 75 ในปี ค.ศ. 2020

เป้าหมายที่ 4 คือ เพื่อควบคุมการมีน้ำหนักตัวเกิน โรคอ้วน และปัจจัยเสี่ยงของโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในผู้ใหญ่อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด:

1. ความชุกของน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้ใหญ่จะถูกควบคุมให้อยู่ที่อัตราน้อยกว่า ร้อยละ 8 ในปี ค.ศ. 2010 และเพิ่มขึ้นไม่เกินร้อยละ 12 ในปี ค.ศ. 2020
2. สัดส่วนของผู้ใหญ่ที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง (มากกว่า 5.2 มิลลิโมล/ลิตร) ให้น้อยกว่าร้อยละ 28 ในปี ค.ศ. 2015 และควบคุมให้คงที่ไม่เกินร้อยละ 30 ในปี ค.ศ. 2020

ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้ระบุในยุทธศาสตร์โภชนาการแห่งชาติสำหรับ ค.ศ. 2011 – 2020 ตามภาพประกอบดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 15 เอกสารยุทธศาสตร์โภชนาการแห่งชาติสำหรับ ค.ศ. 2011 – 2020 ด้วยวิสัยทัศน์
สู่ปี ค.ศ. 2030 ของประเทศไทย

ที่มา: *Policy - National Nutrition Strategy for 2011-2020, With a vision toward
2030* (2012)

ในปี ค.ศ. 2018 เวียดนามเปิดตัวแผนปฏิบัติการระดับชาติ Zero Hunger (NAP) เพื่อให้อาหารและโภชนาการเพียงพอ เพื่อยกระดับชาวเวียดนามด้านสุขภาพ สติปัญญา และความสุขของผู้คน และในขณะเดียวกันก็เป็นส่วนหนึ่งของความพยายามในการดำเนินการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDG) เป้าหมายที่ 2 ที่รัฐบาลมุ่งมั่น ตามภาพประกอบด้านล่างโดยฮายน์ (Huynh, 2020)

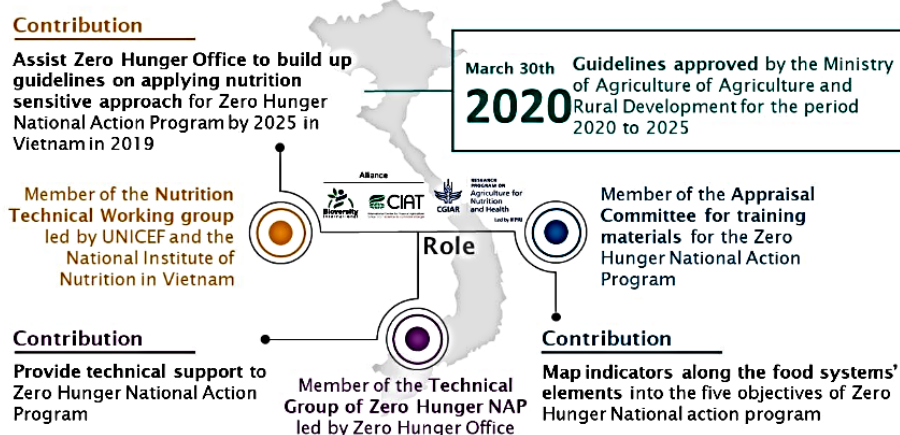


Update: Food Systems for Healthier Diets

A4NH Contributions to the Nutrition Sensitive Movement in Vietnam Continue

May 2020

Contributions to Vietnam's nutrition sensitive movement from The Alliance of Bioversity International and CIAT, supported by A4NH



ภาพประกอบ 16 ระบบโครงสร้างอาหารเพื่อสุขภาพด้านอาหารที่ดีขึ้นในประเทศเวียดนาม

ที่มา: ฮายน์ (Huynh, 2020)

เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของประเทศเวียดนามแล้วจะพบว่า ไม่ได้มีรูปแบบหรือนโยบายที่จัดทำเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แต่จะพูดถึงประชากรในวัยผู้ใหญ่เท่านั้น ซึ่งเป็นการพัฒนาอาหารทั้งปริมาณและคุณภาพของชาวเวียดนามโดยรวม และเพื่อดูแลเรื่องควบคุมการมีน้ำหนักตัวเกิน โรคอ้วน และปัจจัยเสี่ยงของ

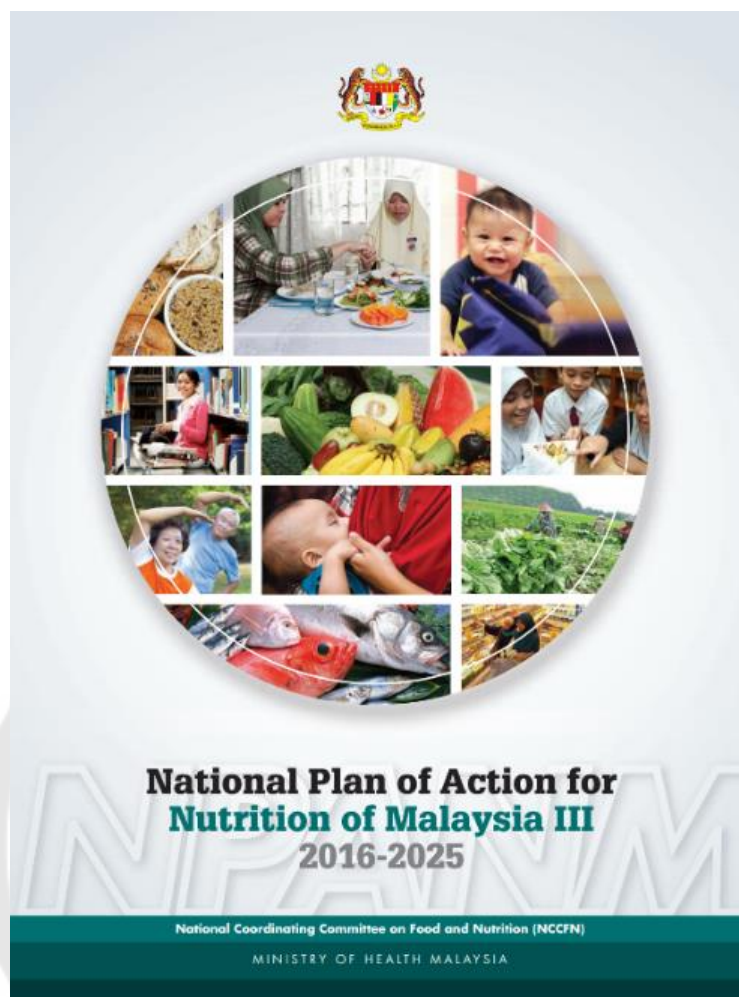
โภชนาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังไม่ติดต่อในผู้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้หากรัฐบาลเวียดนามสามารถพัฒนา รวมถึงยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการของวัยผู้ใหญ่ได้ก็จะส่งผลสืบเนื่องไปเมื่อประชากรกลุ่มดังกล่าวเข้าสู่วัยสูงอายุ

ประเทศมาเลเซีย

ประเทศมาเลเซียเป็นอีกประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว ทางรัฐบาลมาเลเซียได้จัดทำแผนปฏิบัติการแห่งชาติสำหรับโภชนาการของมาเลเซีย III ค.ศ. 2016-2025 ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการประสานงานด้านอาหารและโภชนาการแห่งชาติ (NCCFN) กระทรวงสาธารณสุข ประเทศมาเลเซีย ดังภาพประกอบด้านล่าง ซึ่งได้กำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้สูงอายุ ค.ศ. 2008 ในนโยบายดังกล่าวได้มีการจัดทำโปรแกรมโภชนาการและกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในมาเลเซีย โดยมีการนำโปรแกรมโภชนาการมาดำเนินการแล้วในประเทศนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 ซึ่งตั้งแต่กลางทศวรรษของปีค.ศ. 1990 โปรแกรมโภชนาการได้ขยายวงกว้างขึ้นและทำให้นโยบายเข้มแข็งด้วยการเพิ่มจำนวนนักโภชนาการ ในกระทรวงสาธารณสุขมาเลเซีย ส่วนโภชนาการได้รับยกระดับให้เป็นแผนกโภชนาการเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม ค.ศ. 2009 ภายใต้แผนกโภชนาการนี้ ได้มีการแบ่งโปรแกรมออกเป็น 4 ส่วนหลักคือ

1. การวางแผนโภชนาการ
2. การเฝ้าระวังโภชนาการ
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพโภชนาการ
4. การส่งเสริมโภชนาการ

หลักสูตรครอบคลุมทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ หญิงตั้งครรภ์ ทารก เด็กเล็กและผู้สูงอายุ โปรแกรมโภชนาการและกิจกรรมที่ดำเนินการในประเทศดูแลทั้งพหุโภชนาการและการบริโภคเกิน



ภาพประกอบ 17 แผนปฏิบัติการแห่งชาติสำหรับโภชนาการของมาเลเซีย III ค.ศ. 2016-2025

ที่มา: National Coordinating Committee on Food and Nutrition (2016)

ทางรัฐบาลมาเลเซีย ได้มีการพัฒนาและจัดทำแผนปฏิบัติการในคู่มือโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้ว และกำลังพัฒนาแนวทางในการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุชาวมาเลเซีย เพื่อให้แน่ใจว่าข้อความมาตรฐานบนโภชนาการจะถูกเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายนี้ และเพื่อเพิ่มความรู้อันโภชนาการและทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โมดูลการฝึกอบรมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในสถาบันได้รับการพัฒนานี้ ซึ่งถูกใช้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนักสังคมสงเคราะห์

ทั้งนี้ในปี ค.ศ. 2015 ได้มีการจัดประเมินการดำเนินการของแผนดังกล่าว ซึ่งในรายงานระบุถึงการจัดเป้าหมายให้บรรลุภายในปีค.ศ. 2015 ในการลดจำนวนประชากรผู้สูงอายุในผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการในโปรตีนและพลังงานจากร้อยละ 11.8 ให้เหลือร้อยละ 5 แม้ว่าจะไม่บรรลุเป้าหมาย แต่ก็ถือว่าทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการในโปรตีนและพลังงานลดจำนวนลงเหลือร้อยละ 5.8 (National Coordinating Committee on Food and Nutrition, 2016) ดังภาพประกอบต่อไปนี้

| Indicator | Target to be achieved by 2015 | Achievement |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| 1. Low birth weight (<2.5kg) | Reduce from 10.6% to 6.0% | 11.3% (Source: DOS 2013) |
| 2. Children below 5 years: | | |
| Underweight (Weight for age < 2SD) | Reduce from 12.9% to 6.5% | 12.4% |
| Stunting (Height for age < -2SD) | Reduce from 17.2% to 9.0% | 17.7% |
| Wasting (Weight for height < -2SD) | Reduce from 14.9% to 7.0% | 8.0% |
| | (Source: NHMS 2006)* | (Source: NHMS 2015)* |
| 3. Children aged 7 years: | Reduce from 11.2% to 6.0% | 9.4% |
| Thinness (BMI for age < -2SD) | (Source: NHMS 2006)** | (Source: NHMS 2015)** |
| 4. Children aged 12 years: | Reduce from 8.6% to 5.0% | 8.8% |
| Thinness (BMI for age < -2SD) | (Source: NHMS 2006)** | (Source: NHMS 2015)** |
| 5. Children aged 15 years: | Reduce from 10.1% to 5.0% | 6.4% |
| Underweight (BMI for age < -2SD) | (Source: NHMS 2006)** | (Source: NHMS 2015)** |
| 6. Adults aged 18-59 years: | Reduce from 8.1% to 4.0% | 6.9% |
| Underweight (BMI <18.5 kg/m ²) | (Source: NHMS 2006)*** | (Source: NHMS 2015)*** |
| 7. Elderly aged 60 years and above: | Reduce from 11.0% to 5.0% | 5.8% |
| Underweight (BMI <18.5 kg/m ²) | (Source: NHMS 2006)*** | (Source: NHMS 2015)*** |
| *WHO 2006 **WHO 2007 ***WHO 1998 | | |

ภาพประกอบ 18 การลดจำนวนประชากรผู้สูงอายุในผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการในโปรตีนและพลังงาน

ที่มา: National Coordinating Committee on Food and Nutrition (2016)

นอกเหนือจากนี้ ทางรัฐบาลมาเลเซียยังได้มีการรณรงค์เรื่อง ภาวะโรคอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้สูงอายุ ดังภาพประกอบด้านล่าง ซึ่งจะเห็นได้ว่า มีการตั้งเป้าหมายในปี ค.ศ. 2025 คือ ไม่ให้เกินค่าข้อมูลเดิมที่พบในปี ค.ศ. 2015

| No. | Indicator | Definition | Baseline data | Target for improvement by the year 2025 |
|----------------------------|---|--|-------------------|---|
| 4.4 Elderly Obesity | | | | |
| 4.4 (a) | Prevalence of overweight among elderly aged ≥ 60 years old | BMI: 25.0-29.9 kg/m ² (WHO 1998) | 33.6% (NHMS 2015) | No increase from baseline data |
| 4.4 (b) | Prevalence of obesity among elderly aged ≥ 60 years old | (BMI: ≥ 30 kg/m ²) (WHO 1998) | 15.7% (NHMS 2015) | No increase from baseline data |

ภาพประกอบ 19 เกณฑ์เป้าหมายเรื่อง ภาวะโรคอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้สูงอายุ

ที่มา: National Coordinating Committee on Food and Nutrition (2016)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยพบว่า ประเทศมาเลเซียได้มีรูปแบบในการพัฒนารวมถึงนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการแล้ว รวมถึงได้มีการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แม้ว่าผลลัพธ์ดังกล่าวจะยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ แต่อย่างน้อยประชากรก็มีสุขภาพที่เกิดจากอาหารและโภชนาการที่ดีขึ้น ทั้งยังมีการวางเป้าหมายในอนาคตเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตด้านดังกล่าว ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ประเทศมาเลเซียซึ่งมีอาณาเขตที่ติดกับประเทศสิงคโปร์ ประชากรมีการเดินทางกันระหว่างประเทศ จึงอาจมีการถ่ายทอดองค์ความรู้ รวมถึงการสร้างจิตสำนึกที่ส่งผ่านประชาชนทั้งสองประเทศในเรื่องความสำคัญของสังคมสูงอายุก็เป็นได้

ประเทศอินโดนีเซีย

สถานการณ์ในอินโดนีเซียเป็นเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ทั่วโลกคือ จำนวนการเกิดกำลังลดลงในขณะที่ช่วงอายุขัยเพิ่มขึ้น กระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่แนวทางการบริโภคอาหารของชาวอินโดนีเซียสำหรับประชากรทั่วไปในปี ค.ศ. 1995 หลักพื้นฐาน 13 ข้อเพื่อความสมดุลของอาหาร (ในภาษาท้องถิ่นเรียกว่า 13 Pesan Dasar Gizi Seimbang หรือ Pedoman Umum Gizi Seimbang: PUGS) ประกอบไปด้วย

1. กินอาหารให้หลากหลาย
2. กินอาหารให้พลังงานเพียงพอ
3. ได้รับปริมาณ ครึ่งหนึ่ง ของพลังงานทั้งหมดจากอาหารที่อุดมด้วยคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน

4. ได้รับปริมาณไม่เกิน 1 ใน 4 ของพลังงานจากไขมันหรือน้ำมัน
5. ใช้เกลือเสริมไอโอดีนเท่านั้น
6. กินอาหารที่มีธาตุเหล็ก
7. ให้นมลูกโดยเฉพาะ 4 เดือนแรก
8. รับประทานอาหารเช้า
9. ดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอซึ่งปราศจากสารปนเปื้อน
10. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
11. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
12. บริโภคอาหารที่ปรุงอย่างถูกสุขลักษณะ
13. อ่านฉลากอาหารบรรจุกล่อง

จากงานวิจัยในการรวบรวมข้อมูลการศึกษาเกี่ยวกับ หลักพื้นฐาน 13 ข้อเพื่อความสะดวกของอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอินโดนีเซีย ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – 2010 อัสฟาร์ และ ฟาห์มิดา (Usfar และ Fahmida, 2011) พบว่า มีเพียง 5 ข้อเท่านั้น ดังภาพประกอบนี้

| Guidelines | Children under the age of five | School children | Adolescent | Pregnant/lactating women | Adult | Elderly | National basic health research |
|--|---|---------------------------------------|--|---|--|--|---|
| 1. Eat a variety of food | High diversity (≥ 5 food groups)=61% (n=3) † | No data | No data | No data | High diversity (≥ 5 food groups): 10-94% (n=3) † | No data | No data |
| 2. Consume foods to provide sufficient energy | No data | Energy $\geq 80\%$ AKG: 4-81% (n=7) ‡ | Mean energy intake: 1,607-2,248 kcal/d or 82-107% AKG (n=10) ‡ | Mean energy intake: 1,575-2,239 kcal/d or 75-107% AKG (n=4) ‡ | No data | Adequate (incl. excessive) energy intake: 15-85% (n=4) | 59% consumed $\geq 70\%$ AKG for energy (2010) ‡ |
| 3. Obtain about half of total energy from complex carbohydrate-rich food | No data | No data | No data | No data | No data | Total carbohydrate intake: 156-235 g/d (n=4) | National=61%, Urban=59%, Rural=64% (2010) |
| 4. Obtain not more than a quarter of energy from fats/oils | No data | No data | No data | No data | No data | Mean daily fat intake: 37-41 g/d (n=4) | National=26%, Urban=28%, Rural=23% (2010) |
| 5. Use only iodized salts | 19-84% (n=2) | No data | 0-34% (n=3) | 24-100% (n=7) | No data | No data | 62% (2007) |
| 6. Consume iron-rich foods | No data | No data | No data | No data | Meat & meat product intake = 34 g/d. Animal protein $> 5x/wk$ = 6-58% (n=11) | Meat, fish, poultry intake $< 20\%$ (n=4) | No data |
| 7. Breastfeed your baby exclusively for 4 months | Urban: 15-59% (n=3); Rural: 16-85% (n=3) | Not relevant | Not relevant | Not relevant | Not relevant | Not relevant | Exclusively breastfed at age 5 mo=15%; early initiation of breastfeeding =29%; prelacteal=44%; colostrums =75% (2010) |
| 8. Eat breakfast | No data | 81-100% (n=8) | 23-94% (n=8) | No data | No data | No data | No data |
| 9. Drink adequate quantities of fluid that are free from contaminants | Boiled water: 25-41% (n=2) | Clean water utilization: 13-99% (n=2) | No data | No data | No data | No data | No data on consumption; boiled water 78% (2010) |
| 10. Do physical activity regularly | No data | Adequate: 26-92% (n=3) § | Adequate: 16-52% (n=4) § | Adequate: 19-89% (n=13) § | Adequate: 19-88% (n=10) § | No data | Adequate age > 10 yr 52% (2007) § |
| 11. Avoid drinking alcoholic beverages | No data | No data | Alcohol drinker: 23-66% (n=3) | No data | No data | Alcohol drinker: 0-9% (n=3) | 3% age > 10 yr (2007) |
| 12. Consume food which is prepared hygienically | handwashing before cooking = 40-60% (n=2); before feeding = 3-66% (n=7) | No data | No data | No data | No data | No data | Correct hand-washing 23% (2007) ¶ |
| 13. Read the labels of packaged foods | Read expiry date in label: 59% (n=1) | No data | No data | Read expiry date in label: 4-36% (n=3) | No data | No data | No data |

n = number of studies from which the data was obtained. Data was extracted from reports of different age group: under five (Fahmida and Rospiata, 2010); school-age children (Sulistiyowati and Purwaningtyas, 2010); adolescent (Wahyuni and Krisnamurni, 2010); pregnant and lactating women (Harriyanti et al, 2010); adults (Susiloretini and Sunarto, 2010); the elderly (Prihatin and Noormintarsih, 2010). † based on FANTA dietary diversity score (Swindale and Bilinsky, 2006): low (< 2 food groups), medium (3-4 food groups) and high (≥ 5 food groups). ‡ AKG = Angka Kecukupan Gizi (Indonesian RDA). § adequate was defined as 5 times or more per week of 30 minutes or more each. ¶ washing hands with soap before eating, before preparing food, after defecating, after cleaning child's feces, and after touching poultry/animals

ภาพประกอบ 20 หลักพื้นฐาน 13 ข้อเพื่อความสมดุลของอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุชาวอินโดนีเซียในช่วง 10 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 2000 – 2010

ที่มา: อัซฟาร์ และ ฟาห์มิดา (Usfar และ Fahmida, 2011)

ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่พบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ โดยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ อาจเนื่องจากเรื่องปัญหาด้านภาษาที่ใช้ในการ

จัดทำรายงาน แต่อย่างไรก็ตามได้มีผู้รวบรวมข้อมูลในช่วงต้นที่สามารถระบุได้ว่า ประเทศอินโดนีเซียเองได้มีการเริ่มดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านดังกล่าวในกลุ่มผู้สูงอายุแล้ว โดยเริ่มจากหลักพื้นฐาน 13 ข้อเพื่อความปลอดภัยของอาหาร ซึ่งหลักดังกล่าวได้เริ่มจัดทำในประเทศอินโดนีเซียมาเป็นระยะเวลาแล้ว ซึ่งถือได้ว่ามีการดูแลคุณภาพชีวิตด้านดังกล่าวในกลุ่มประชากรสูงอายุแล้วเช่นกัน

ประเทศเมียนมา

เมียนมาเป็นหนึ่งใน 36 ประเทศที่เป็นภาระหนักของโลกสำหรับภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง โดยมากถึงร้อยละ 45 ของประชากรที่ยากจนที่สุดที่ประสบปัญหาภาวะแควะแเกร็น โดยหนึ่งในความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุดในการบรรลุโภชนาการที่ดีคือ การระดมทรัพยากรและการสนับสนุนทางการเมืองสำหรับโครงการและนโยบายด้านโภชนาการ เมียนมาได้ยกให้โภชนาการเป็นนโยบายลำดับความสำคัญสูงสุด ในปี ค.ศ. 2014 เมียนมาได้เข้าร่วม Scaling Up Nutrition (SUN) ปรธานาธิบดีได้จัดตั้งคณะทำงานด้านความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการ และคณะกรรมการความมั่นคงด้านอาหารและโภชนาการแห่งชาติ เพื่อวางแผนและดำเนินการเรื่องดังกล่าว (Livelihoods and food security fund, 2015)

ในขณะที่เมียนมาเป็นประเทศที่เพิ่งเข้าสู่สังคมสูงอายุในปี ค.ศ. 2020 เมื่อย้อนกลับไปพิจารณาแผนปฏิบัติการแห่งชาติสำหรับอาหารและโภชนาการปี ค.ศ. 2011-2015 (National Nutrition Center - the Republic of the Union of Myanmar, 2013) จะพบว่า ไม่มีแผนฯ สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ แต่จะเน้นหนักไปที่มารดา เด็ก และผู้ใหญ่ทั่วไป สำหรับผู้ใหญ่ ปัญหาที่พบคือ ปัญหาเรื่องปัญหาน้ำหนักน้อย น้ำหนักเกิน และเป็นโรคอ้วน โดยปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจะพบมากขึ้นในกลุ่มประชากรในเมืองเมื่อเทียบกับในชนบทและในหมู่แรงงานมีฝีมือ การค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้นของภาวะทุพโภชนาการและความสัมพันธ์ที่น่าจะเป็นไปได้กับการขยายตัวของเมือง วิถีชีวิตการเปลี่ยนแปลงและรูปแบบการบริโภคที่เปลี่ยนไป ในขณะที่โรคเบาหวานที่เกี่ยวข้องกับน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นในเมียนมา ทั้งนี้ได้มีการวิเคราะห์สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการในเมียนมา โดยสาเหตุแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

A. สาเหตุที่เกิดขึ้นทันที

1. ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
2. โรคติดต่อที่มาจากอาหาร น้ำ และพาหะนำโรค

B. สาเหตุที่มีมูลเหตุ

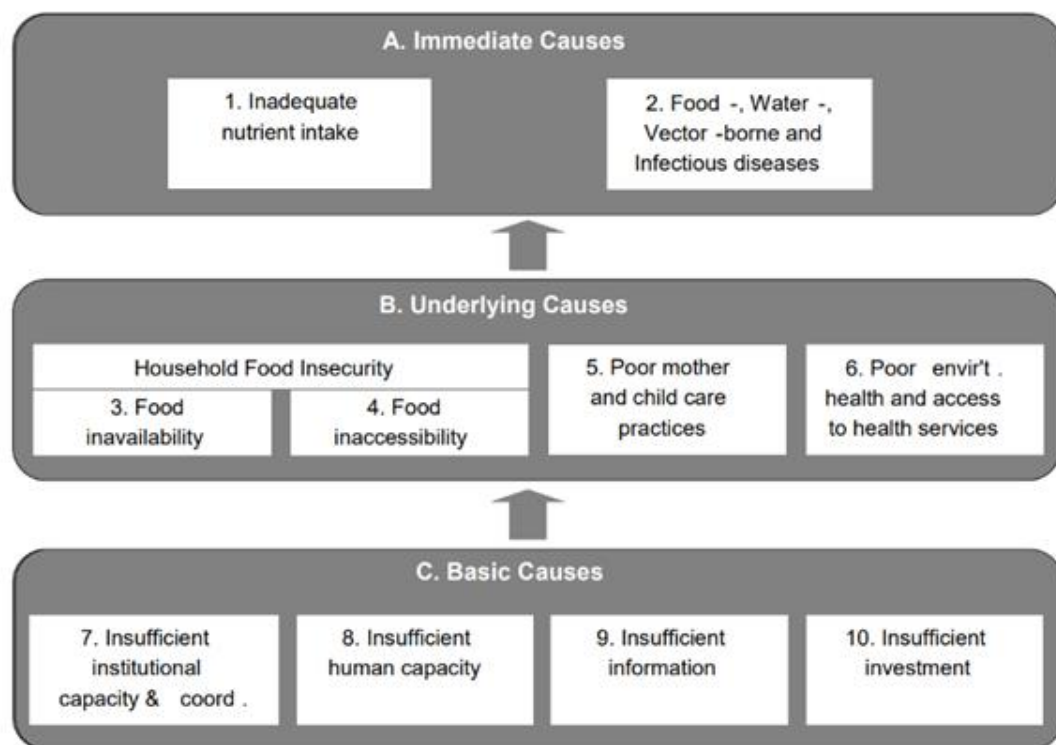
3. อาหารขาดแคลน

4. การเข้าถึงอาหารไม่ได้
5. การดูแลแม่และเด็กที่ไม่ดี
6. สภาพแวดล้อมและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ไม่ดี

C: สาเหตุพื้นฐาน

7. องค์กรที่ดูแลมีความสามารถไม่เพียงพอและขาดการประสานงาน
8. ความสามารถของทรัพยากรมนุษย์ไม่เพียงพอ
9. ข้อมูลไม่เพียงพอ
10. การลงทุนไม่เพียงพอ

โดยสาเหตุต่างๆแสดงตามภาพประกอบด้านล่าง



ภาพประกอบ 21 การวิเคราะห์สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการในเมียนมา

ที่มา: National Nutrition Center - the Republic of the Union of Myanmar (2013)

ในปี ค.ศ. 2018 ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติหลายภาค ส่วนของประเทศเมียนมา (The Myanmar Multi-sectoral National Plan of Action on Nutrition: MS-NPAN) เป้าหมายโดยรวมของแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการแห่งชาติหลายภาคส่วนของ

ประเทศเมียนมาคือ การลดภาวะทุพโภชนาการทุกรูปแบบในมารดา เด็ก และเด็กหญิงวัยรุ่นด้วยความคาดหวังว่าสิ่งนี้จะนำไปสู่ชีวิตที่มีสุขภาพดีและมีประสิทธิผลมากขึ้นที่นำไปสู่แรงบันดาลใจทางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมของประเทศ ซึ่งเมื่อพิจารณาแผนแล้วยังคงไม่พบนโยบายด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะแต่อย่างใดและจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโดยรวมแล้ว เมียนมายังคงเน้นนโยบายด้านอาหารและโภชนาการไปยังมารดา เด็ก และวัยรุ่นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้ลุล่วงก่อน (Ministry of Health - The Republic of the Union of Myanmar, 2018)

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยพบว่า ประเทศเมียนมาเป็นประเทศล่าสุดที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ แต่เนื่องจากปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่มีความรุนแรงและเป็นปัญหาเรื้อรังที่ยังแก้ไขไม่ได้ จึงยังไม่น่าแปลกใจที่รัฐบาลจะให้ความสำคัญกับกลุ่มของทารก วัยรุ่น รวมถึงสตรีมีครรภ์ก่อนเป็นลำดับแรก แต่อย่างน้อยทางรัฐบาลเมียนมาได้มีการยกระดับความสำคัญด้านอาหารและโภชนาการขึ้นมาเป็นวาระลำดับประเทศแล้วย่อมส่งผลถึงประชากรกลุ่มผู้สูงอายุไม่มากก็น้อย

หลังจากผู้วิจัยได้ทบทวนรูปแบบและนโยบายสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการจากข้อมูลที่เผยแพร่ของทั้ง 5 ประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วในกลุ่มประเทศอาเซียนคือ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศเวียดนาม ประเทศมาเลเซีย ประเทศอินโดนีเซีย และประเทศเมียนมาแล้วนั้น ผู้วิจัยพบว่า ที่เพียง 3 ประเทศคือ ประเทศสิงคโปร์ ประเทศมาเลเซีย และประเทศอินโดนีเซียที่ได้จัดให้มีนโยบายเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุและได้มีรูปแบบในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุในส่วนนี้ โดยประเทศสิงคโปร์ เป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่งตั้งแต่กำหนดค่าอายุในเกณฑ์ที่ต่างจากประเทศอื่น เพื่อให้เกิดการเตรียมพร้อมของประชากรในการเข้าสู่สังคมสูงอายุเร็วขึ้น และยังมีรูปแบบในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการในหลากหลายด้านแบบเชิงรุกเพื่อให้เหมาะกับบริบทของแต่ละกลุ่มประชากร รวมถึงการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการสนับสนุนให้ประชากรร่วมกันดูแลคุณภาพชีวิตในชุมชน ขณะที่ประเทศมาเลเซียและอินโดนีเซียได้มีรูปแบบรวมถึงนโยบายในด้านดังกล่าวเช่นกัน เพียงแต่จะเห็นเป็นภาพกว้างๆและเป็นการดูแลด้านโภชนาการพื้นฐานโดยได้มีการเริ่มดำเนินการดังกล่าวแล้ว สำหรับประเทศเวียดนามและเมียนมา แม้ว่าทั้งสองประเทศจะเข้าสู่สังคมสูงอายุแล้วแต่ยังไม่พบข้อมูลด้านรูปแบบหรือนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยทั้งสองประเทศจะเน้นรูปแบบและนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านนี้ไปที่ ทารก เด็ก สตรีมีครรภ์ รวมถึงวัยรุ่นเพื่อแก้ปัญหาหลักและเป็นปัญหาพื้นฐานของประเทศก่อน ซึ่งเห็นได้ว่า การเตรียมพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงอายุในแต่ละประเทศมีความ

แตกต่างกัน แม้ว่าสังคมสูงอายุจะเป็นเรื่องสำคัญ แต่การดำเนินการนั้นขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศที่กำลังเผชิญอยู่ จึงเป็นเรื่องที่แต่ละประเทศจะวางแผนรับมือกับความท้าทายดังกล่าวที่ขยายวงกว้างมากขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลอาหารผู้สูงอายุและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจากอาหารและโภชนาการในประเทศกลุ่มอาเซียนและประเทศอื่น ๆ

งานวิจัยในประเทศกลุ่มอาเซียน

กล่าวได้ว่า วิถีชีวิตของผู้คนส่งผลถึงคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอายุที่ยืนยาวควรมาควบคู่กับสุขภาพที่ดีเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ลดการพึ่งพาหรือเป็นภาระให้บุตรหลานหรือสังคม และให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเต็มภาคภูมิ ถือเป็นส่วนที่สำคัญอย่างยิ่งในสังคมแห่งความยั่งยืน รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุจึงเป็นแนวทางที่จะส่งเสริมสังคมสูงอายุในการสร้างสังคมให้แข็งแรงเพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้นอีกด้านหนึ่ง

มีข้อมูลจากหลากหลายงานวิจัยระบุถึง วิถีชีวิตของผู้คนส่งผลถึงการบริโภคโดยเฉพาะในผู้สูงอายุในหลากหลายประเทศว่า การพักอาศัยอยู่คนเดียว สถานภาพการสมรส ระดับการรู้หนังสือ ระดับรายได้ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างส่งผลถึงการบริโภคและภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน โดย พิมพิสุทธ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงผั่ง (2559) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 ปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดีการประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงตกต่ำลง และเมื่อรายได้ไม่ดีโอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคที่สมบูรณ์เพียงพอเป็นไปได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลติดตามมา (บรรลุ ศิริพานิช (2543 อ้างถึงใน พิมพิสุทธ์ บัวแก้ว และ รติพร ถึงผั่ง, 2559, น. 96)

วรรณวิมล เมชวิมล (2555) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 316 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือ แหล่งที่มาของรายได้ ส่วนปัจจัยเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพ การพักอาศัยร่วมกับบุคคลต่างๆ ของผู้สูงอายุ รายได้ต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว

ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ปัจจัยนำซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ปัจจัยเอื้อซึ่งประกอบไปด้วยทรัพยากรที่ส่งเสริม พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ปัจจัยเสริมซึ่งประกอบไปด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆและการได้รับคำแนะนำหรือการ สนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ข้อมูลจาก จีรนนท์ แก้วเกล้า, นิธิรัตน์ บุญตานนท์, และ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุใน อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 276 คน พบว่า ปัจจัยด้านอายุและแหล่งที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงควรมีนโยบายให้การ สนับสนุนทางสังคม ให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเขตเมือง เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

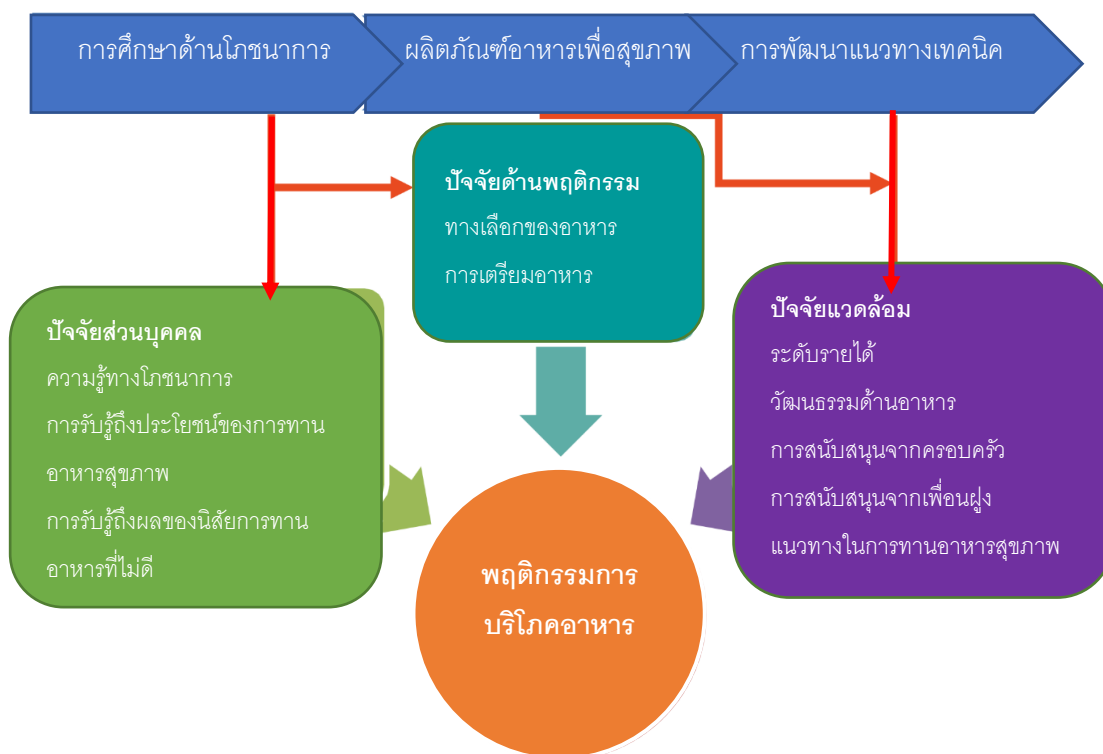
งานวิจัยในประเทศเวียดนามของเหงียนและตริวิสัน (Nguyen และ Trevisan, 2020) พบว่า ปัจจัยด้านวิถีชีวิต (Life Style) เช่น อาหารและโภชนาการ การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา มีส่วนสำคัญต่อภาวะการเสียชีวิตและความทุกข์ทรมานในเวียดนาม อาหารเวียดนามแบบดั้งเดิมถือเป็นอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่นเดียวกับอาหารเอเชียอื่นๆ อาหารเวียดนามมีไขมันต่ำ มีเนื้อสัตว์และปลาในปริมาณเล็กน้อย และมีผักมากมาย ภูมิภาคต่างๆ มีความหลากหลายและการบริโภคผักที่สูงขึ้นในภาคเหนือ โดยข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2558 เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อที่ระบุว่า ผู้ใหญ่ชาวเวียดนามมีระดับคอเลสเตอรอลใน เลือดเฉลี่ยต่ำ น่าเสียดายที่การสำรวจโภชนาการระดับชาติระบุว่า อาหารของชาวเวียดนามมีการ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นเปอร์เซ็นต์ของการบริโภคอาหารจากสัตว์ที่ เพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 12% ในปี ค.ศ. 1985 เป็น 21% ในปี ค.ศ. 2010 การบริโภคเนื้อสัตว์และ สัตว์ปีกเฉลี่ยต่อหัวต่อวันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 11 กรัมในปี ค.ศ. 1985 เป็น 84 กรัมในปี ค.ศ. 2010 การบริโภคน้ำมันและไขมันเพิ่มขึ้น 500% ระหว่างปี ค.ศ. 1985 และค.ศ. 2010 การบริโภค ผักในทางตรงกันข้ามค่อยๆ ลดลงจาก 214 กรัม/คน/วัน ในปี ค.ศ. 1985 เป็น 190 กรัม/คน/วัน ใน ปี ค.ศ. 2010 ผลิตภัณฑ์อาหารจานด่วนที่นำเข้ามาในประเทศโดยผู้ประกอบการระหว่างประเทศ ทำให้พฤติกรรมบริโภคอาหารเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วและสำคัญของชาวเวียดนามและ

พฤติกรรมดั้งเดิมของชายและหญิงที่เลวร้ายยิ่งขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มอายุน้อย ซึ่งจะเห็นได้ว่า วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปส่งผลถึงอาหารและโภชนาการ

ด้วยความชราของประชากรทั่วโลก ทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพจิตใจเพิ่มมากขึ้น สถานะสุขภาพเช่นเดียวกับสุขภาพร่างกาย ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในหมู่ประชากรสูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความอ่อนไหวต่อความไม่มั่นคงทางอาหาร งานวิจัยประเทศมาเลเซียได้มีการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความไม่มั่นคงทางอาหารและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยผู้เข้าร่วมคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 220 คน อาศัยอยู่ในเขตเปอตาลิงของรัฐสลังงอร์ มาเลเซีย สรุปได้ว่า ความโดดเดี่ยวทางสังคม (Social isolation) ความไม่มั่นคงทางอาหาร (Food insecurity) และไม่ปลอดภัยการเคลื่อนไหว (Unsafe mobility) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุตามที่อ้างไว้ในงานวิจัยของเมสบาห์ ซุไลมาน มอห์ด ชารีฟ และอิบบราฮิม (Mesbah, Sulaiman, Mohd Shariff, และ Ibrahim, 2020)

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยในประเทศมาเลเซียของอาหมัดและคนอื่นๆ (Ahmad และคนอื่นๆ, 2021) ซึ่งวิจัยในผู้สูงอายุจำนวน 3,977 คนระบุว่า ผู้สูงอายุสามในสิบคนในมาเลเซียมีความเสี่ยงหรือขาดสารอาหาร โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท ระดับการศึกษาต่ำ มีภาวะซึมเศร้า น้ำหนักน้อย ความไม่มั่นคงทางอาหาร และการบริโภคน้ำเปล่าต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะทุพโภชนาการ

ในขณะที่ ซูแทนโต ลุกีโต และบาชโรวี (Sutanto, Lukito, และ Basrowi, 2021) ได้จัดทำกรอบแนวคิด ดังภาพประกอบด้านล่าง เพื่อใช้ประเมินความเสี่ยงของพฤติกรรมจากการบริโภคทั้งหมดและการวางแผนการแทรกแซงที่อาจเกิดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุในอินโดนีเซีย โดยใช้ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) ได้ระบุปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ทฤษฎีดังกล่าวสะท้อนปฏิสัมพันธ์ของบุคคล พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมที่กำหนดทางเลือกของผู้คน ความรู้ส่วนตัว ความสามารถในตนเอง และความเชื่อจะส่งผลต่อพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ สังคม ปัจจัยแวดล้อม เช่น ระดับรายได้ วัฒนธรรมด้านอาหาร การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากเพื่อนฝูงอาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภค



ภาพประกอบ 22 กรอบแนวคิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทาง
สังคม

ที่มา: ซูแทนโต ลูกีโต และบาชโรวี (Sutanto และคนอื่น ๆ, 2021)

สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยเรื่อง การประเมินภาวะโภชนาการและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุในเมืองหลอยก้อ ประเทศไทยมีรายงานว่า ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญในเมียนมา ซึ่งกำลังเผชิญกับความท้าทายจากจำนวนประชากรสูงอายุและภาวะโภชนาการที่ย่ำแย่ จุดมุ่งหมายของการศึกษานี้คือเพื่อประเมินความชุกของภาวะทุพโภชนาการและอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุในเมืองหลอยก้อ ประเทศไทย โดยทำการศึกษาตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุจำนวน 747 คน (ชาย 313 คน และหญิง 434 คน) พบว่า ผู้เข้าร่วมการศึกษาผู้สูงอายุ จำนวน 1 ใน 5 คน ขาดสารอาหาร และร้อยละ 50 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับอายุ 70 ปีขึ้นไป รวมถึงการมีการศึกษาต่ำ เคี้ยวหนัก มีประวัติเป็นโรคหัวใจ และมีปัญหาเกี่ยวกับฟันตามที่ได้อ้างไว้ในงานวิจัยของนูร์และคนอื่น ๆ (Noe และคนอื่น ๆ, 2020)

งานวิจัยในประเทศอื่นๆ

ในขณะที่มีงานวิจัยพบว่า กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขยายอายุสุขภาพในผู้สูงอายุ แม้ว่าความสัมพันธ์จะอ่อนตัวลงเมื่ออายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการป้องกันภาวะที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการเมื่อเกิดขึ้นตั้งแต่อายุยังน้อย แต่ผลในเชิงบวกสามารถเกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย หากมีการแทรกแซงทางโภชนาการตั้งแต่นั้นๆ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ลดลงอย่างมากอาจเป็นผลมาจากอุบัติการณ์ที่ลดลงหรือการเริ่มมีอาการเหล่านี้ล่าช้า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (การลดปริมาณเกลือและไขมัน) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเชื่อที่ว่า การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพจะช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นซึ่งได้อ้างไว้ในงานวิจัยของเชอร์นอฟฟ์ (Chernoff, 2001) ในประเทศแคนาดา อาหารเป็นหนึ่งในทางเลือกที่ยืดหยุ่นได้สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและงบประมาณจำกัด มักจะสร้างผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี ส่งผลกระทบต่อความนับถือตนเองซึ่งกลับปรากฏว่ามีความเกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และพบว่ามีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันระหว่าง ภาวะโภชนาการที่ไม่ดีและการมีรายได้ต่ำ ซึ่งผลกระทบนี้รวมถึงการขาดความหลากหลายของอาหารและโภชนาการ การบริโภคสารอาหารที่ไม่เพียงพอ การบริโภคคอเลสเตอรอลที่มากเกินไป และพลังงานที่บริโภคไม่เพียงพอ ในขณะที่ระดับการศึกษาส่งผลด้านสุขภาพกล่าวคือ การไม่รู้หนังสือมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่ไม่ดี การให้ความรู้ด้านโภชนาการไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสมมีความเกี่ยวข้องกับนิสัยการกินที่ไม่ดีและปัญหาเรื่องโภชนาการ

นอกเหนือจากนี้การอยู่คนเดียวเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะโภชนาการที่ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้ชาย ความตายของคู่สมรส เพื่อนแท้ พี่น้อง หรือ ลูกหลาน สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่อาจนำไปสู่ความโดดเดี่ยว ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าซึ่งได้อ้างถึงในงานวิจัยของจันทราและคณะ (Chandra, Imbach, Moore, Skelton, และ Woolcott, 1991)

ในงานวิจัยของบจอร์นวอลล์และคณะ (Björnwall, Mattsson Sydner, Koochek, และ Neuman, 2021) เกี่ยวกับผู้สูงอายุเรื่องปัญหาความเหงาและอาหารที่ได้ทำการค้นคว้าจากงานวิจัยของหลากหลายประเทศสรุปไว้ว่า ในผู้ชายสูงอายุ การรับประทานอาหารและพักอาศัยคนเดียวอาจสัมพันธ์กับความชุกของทั้งโรคอ้วนและน้ำหนักน้อย เช่นเดียวกับนิสัยการกินที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การรับประทานอาหารคนเดียวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเมื่อเทียบกับการรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้อื่น

งานวิจัยของฮูกีส เบนนเนตต์ และเฮเธริงตัน (Hughes, Bennett, และ Hetherington, 2005) ระบุในงานวิจัยจากงานวิจัยในผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษไว้ว่า อายุและ BMI ไม่สามารถทำนายรูปแบบการบริโภคได้ แต่ผู้ชายที่มีทักษะการทำอาหารที่ดีจะมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น และรับประทานผักมากขึ้น อย่างไรก็ตามทักษะการทำอาหารมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพลังงานที่ได้รับจากอาหาร ทั้งยังระบุอีกว่า ทักษะการทำอาหารแย่งเป็นอุปสรรคต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในผู้สูงอายุและทักษะเหล่านี้ในชายสูงอายุอาจด้อยกว่าในผู้หญิงสูงอายุ

ในขณะที่วิถีในการบริโภคของผู้หญิงสูงอายุที่มีเครือข่ายสังคมขนาดใหญ่และมีความใกล้ชิดกับผู้อื่นที่หลากหลายจะมีโภชนาการที่ดี ในขณะที่ผู้หญิงสูงอายุอาจสูญเสียแรงจูงใจในการทำอาหารเองเมื่ออยู่คนเดียวโดยอ้างไว้ในงานวิจัยของเวสนาเวอร์ และ เคลเลอร์ (Vesnaver และ Keller, 2011)

เอคเบิร์ต (Egbert, 1996) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงของอายุที่เพิ่มขึ้นรวมทั้งปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมก่อให้เกิดโรคปฏิกิริยาอาหาร น้ำหนักลดลง เกิดภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า ความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง ถอนตัวออกจากสังคม แยกตัวจากผู้อื่น ยอมแพ้สิ่งต่างๆ จนอาจเกิดการเสียชีวิต ดังแสดงในภาพประกอบด้านล่าง

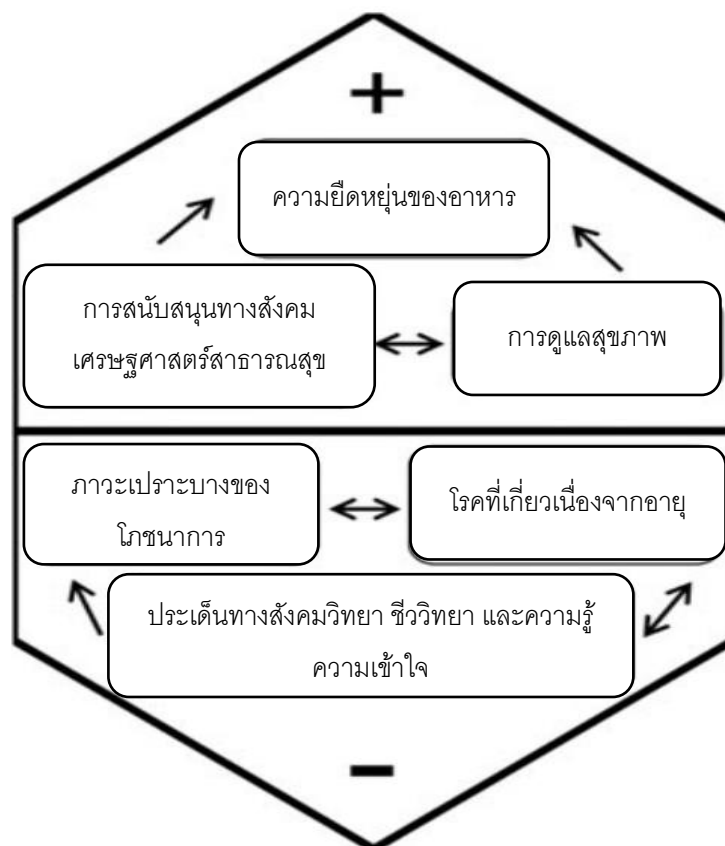
การเปลี่ยนแปลงตามวัยปกติบวกกับร่างกาย จิตใจ และสังคม



ภาพประกอบ 23 ความเหลื่อมล้ำของวัยชรา การล้มเหลวในการเจริญเติบโต

ที่มา: เอคเบิร์ต (Egbert, 1996)

ในการทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพทางโภชนาการของผู้สูงอายุ ชลิสกี (Shlisky และคนอื่น ๆ, 2017) ได้กำหนดรูปแบบที่รวบรวมปัจจัยที่หลากหลายซึ่งมีผลทั้งด้านบวกและด้านลบ ตามภาพประกอบด้านล่าง โดยระบุถึงบทบาทเชิงบวกของปัจจัยทางสังคม และผลกระทบของปัจจัยทางจิตวิทยา โดยมีปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความยืดหยุ่นของอาหาร การดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และบทบาทเชิงลบของปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ภาวะเปราะบางของโภชนาการ โรคที่เกี่ยวข้องจากอายุ ประเด็นทางสังคมวิทยา ชีววิทยา และความรู้ความเข้าใจ



ภาพประกอบ 24 ปัจจัยที่ส่งผลบวกและลบต่อสุขภาพทางโภชนาการที่ส่งผลการสูงวัยให้มีสุขภาพดี

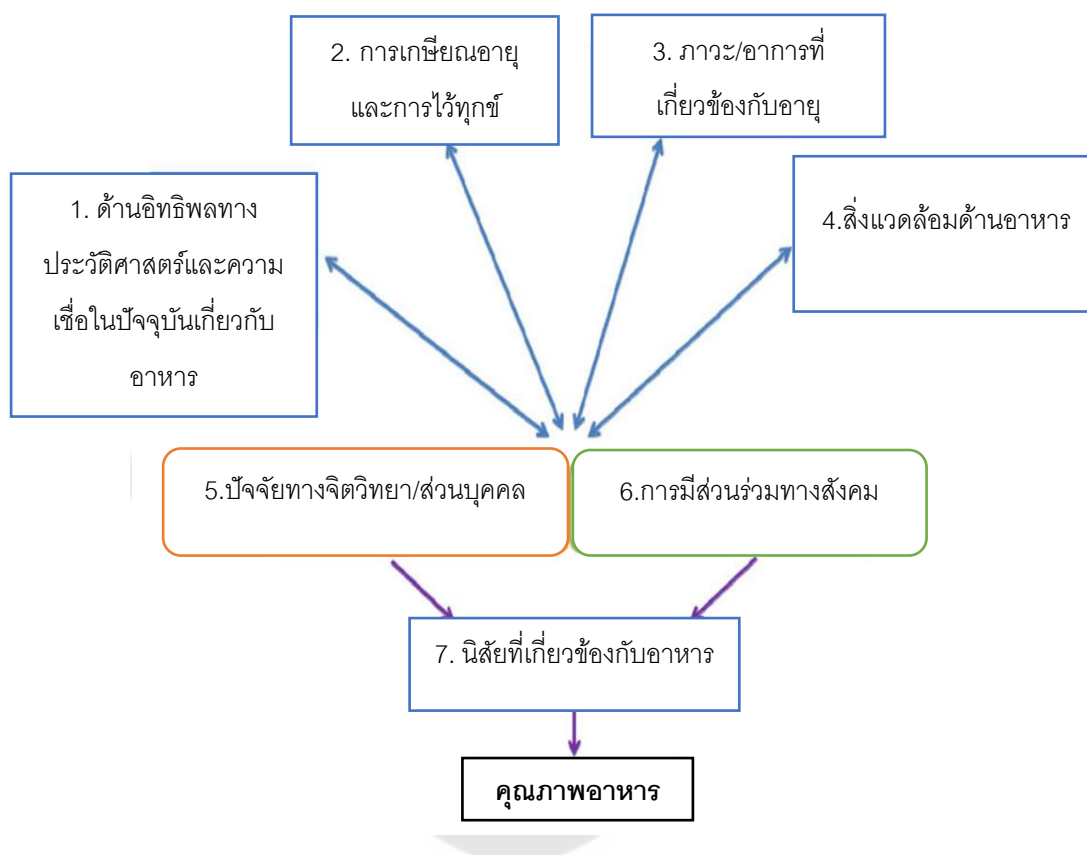
ที่มา: ชลิสกี (Shlisky และคนอื่น ๆ, 2017)

ในขณะที่งานวิจัยของบลูม (Bloom และคนอื่น ๆ, 2017) ได้มีการศึกษาเชิงคุณภาพของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนในสหราชอาณาจักร โดยมีการสำรวจลักษณะของปฏิสัมพันธ์เหล่านี้ การวิเคราะห์เฉพาะประเด็นของการสนทนากลุ่มแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุจำนวน 7 ปัจจัย เชื่อมโยงกับรูปแบบการบริโภคอาหารและคุณภาพอาหารที่แตกต่างกัน โดย 7 ปัจจัยดังกล่าว คือ

1. ด้านอิทธิพลทางประวัติศาสตร์และความเชื่อในปัจจุบันเกี่ยวกับอาหาร
2. การเกษียณอายุและการไว้ทุกข์
3. ภาวะ/อาการที่เกี่ยวข้องกับอายุ
4. สิ่งแวดล้อมด้านอาหาร

5. ปัจจัยทางจิตวิทยา/ส่วนบุคคล
6. การมีส่วนร่วมทางสังคม
7. นิสัยที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (เช่น ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน วิธีการที่เคยใช้เตรียมอาหาร)

โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุจำนวน 7 ปัจจัย ตามภาพประกอบด้านล่าง



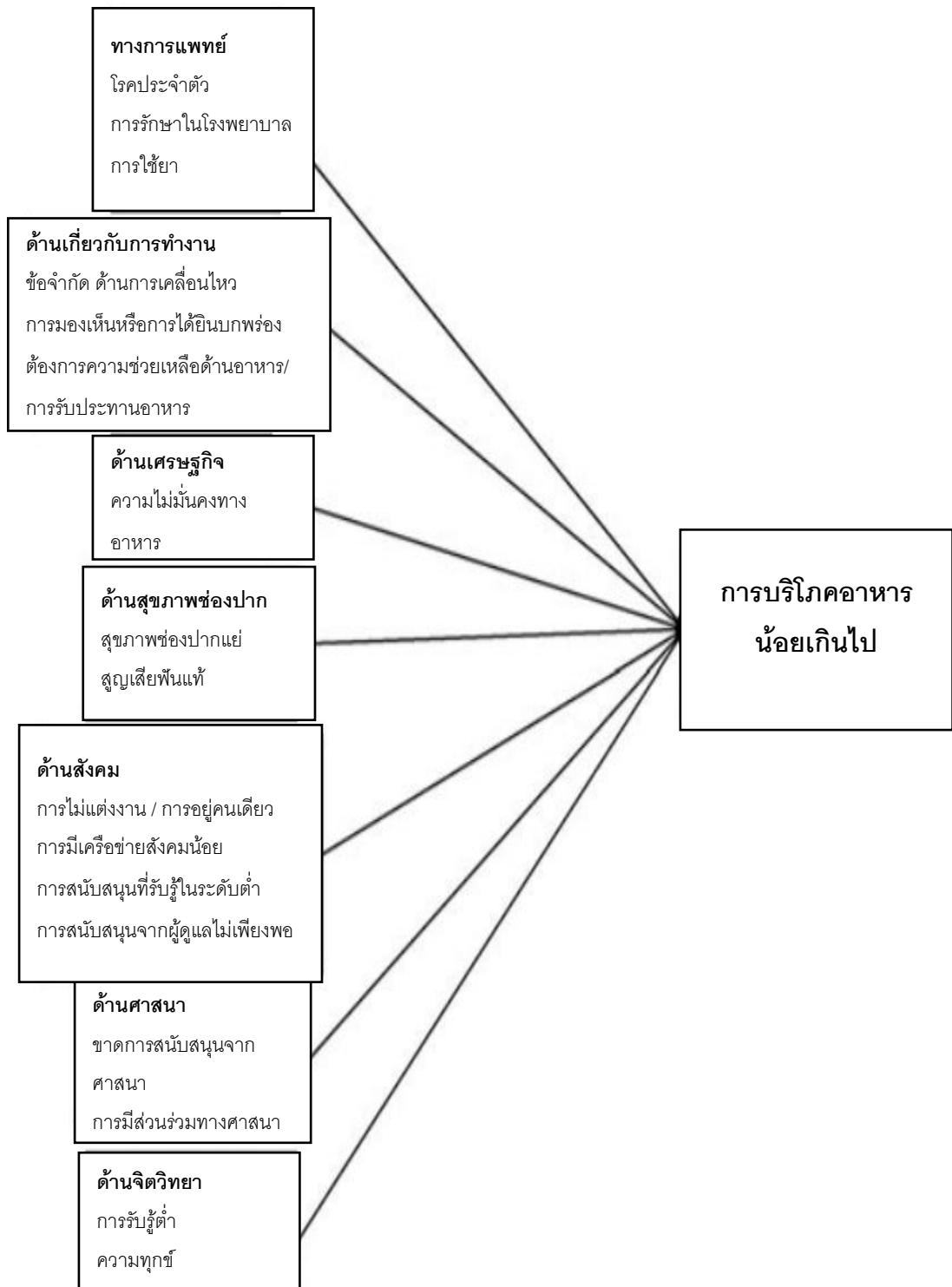
ภาพประกอบ 25 แบบจำลองสมมุติฐานของความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นสำคัญและแนวทางที่อาจส่งผลต่อคุณภาพอาหารในวัยสูงอายุ

ที่มา: บลูม (Bloom และคนอื่น ๆ, 2017)

จากบทความของโรบินสัน (Robinson, 2018) ชี้ประเด็นว่า ในอนาคตการออกแบบในการพัฒนาเรื่องโภชนาการเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ต้องมีความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องส่วนตัวและอิทธิพลเชิงบริบทที่ส่งผลต่อรูปแบบการเลือกและการบริโภคอาหาร รวมทั้งการพิจารณาความสำคัญของปัจจัยทางสังคมและจิตใจ

จากการวิจัยของโลเชอร์ (Locher และคนอื่น ๆ, 2008) พบว่า 70% ของผู้เข้าร่วมบริโภคอาหารน้อยเกินไป ซึ่งหมายถึง จำนวนแคลอรีที่ร่างกายได้รับไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับน้ำหนักของร่างกายในปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อนที่จะได้กลับมาดูแลสุขภาพที่บ้านก็เข้าข่ายในผู้มีความเสี่ยงสูงเช่นกัน นอกเหนือไปกว่านั้น โลเชอร์ได้มีการศึกษาเรื่องการบริโภคอาหารน้อยเกินไปของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้ โดยทำการศึกษาความสำคัญของปัจจัยทางสังคม โดยปัจจัยทางสังคมที่ใช้ศึกษาว่าส่งผลให้เกิดการบริโภคไม่เพียงพอในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกจากบ้านหรือไม่นั้นมี 7 ปัจจัยหลักดังภาพประกอบด้านล่างได้แก่

1. ด้านการแพทย์
2. ด้านเกี่ยวกับการทำงาน
3. ด้านเศรษฐกิจ
4. ด้านสุขภาพช่องปาก
5. ด้านสังคม
6. ด้านศาสนา
7. ด้านจิตวิทยา



ภาพประกอบ 26 รูปแบบแนวคิดของการรับประทานอาหารน้อยเกินไป

ที่มา: โลเชอร์ (Locher และคนอื่นๆ, 2008)

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ 5 ด้านคือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ดังแสดงในตารางด้านล่าง

ตาราง 13 การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในงานวิจัยอื่น (รวบรวมโดยผู้วิจัย)

| ชื่อเรื่อง | การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
|--|---|---|-----------------|---|--------------------|
| | ปัจจัยด้านส่วนบุคคล | ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ | ปัจจัยด้านสังคม | ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ |
| การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (พิมพ์สุทธิบัวแก้ว และ รติพร ถึงฝั่ง, 2559) | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555) | ✓ | ✓ | | | |
| ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (จิรนนท์ แก้วเกล้า และคนอื่น ๆ, 2561) | ✓ | | | | |
| โภชนาการในผู้สูงอายุ Nutrition of the elderly (Chandra และคนอื่น ๆ, 1991) | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| ความไม่มั่นคงทางอาหารมีส่วนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือไม่? การศึกษาภาคตัดขวางของผู้สูงอายุในเขตเมืองในประเทศมาเลเซีย Does food insecurity contribute towards depression? A cross-sectional study among the urban elderly in Malaysia (Mesbah และคนอื่น ๆ, 2020) | | | ✓ | | ✓ |
| ภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุในมาเลเซียและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: ข้อค้นพบจากการสำรวจสุขภาพและการเจ็บป่วยแห่งชาติ พ.ศ. 2561 Malnutrition among the Elderly in Malaysia and Its Associated Factors: Findings from the National Health and Morbidity Survey 2018 (Ahmad และคนอื่น ๆ, 2021) | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |

ตาราง 13 (ต่อ)

| ชื่อเรื่อง | การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
|--|---|---|-------------------------|---|----------------------------|
| | ปัจจัยด้าน ส่วนบุคคล | ปัจจัยด้าน สุขภาพ และภาวะ/ โรคที่เกิด จากอายุ | ปัจจัย ด้าน สังคม | ปัจจัยด้าน ประเภทอาหารที่ ผู้สูงอายุบริโภค เป็นประจำ | ปัจจัย ด้าน เศรษฐกิจ |
| เวียดนามเป็นประเทศที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน: ความท้าทายด้านสุขภาพ Vietnam a country in transition: health challenges (Nguyen และ Trevisan, 2020) | | | ✓ | ✓ | |
| การแทรกแซงทางโภชนาการเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีในอินโดนีเซีย Nutrition Interventions for Healthy Ageing in Indonesia (Sutanto และคนอื่น ๆ, 2021) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| การประเมินภาวะโภชนาการและปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุในเมืองหลอยก่อ ประเทศเมียนมาร์ Assessment of nutritional status and risk factors for malnutrition among the elderly in Loikaw, Myanmar (Noe และคนอื่น ๆ, 2020) | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| การรับประทานคนเดียวหรือร่วมกันในหมู่ผู้สูงอายุในชุมชน – การตรวจสอบขอบเขต Eating Alone or Together among Community-Living Older People-A Scoping Review (Björnwall และคนอื่น ๆ, 2021) | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| ความชราและการอยู่คนเดียว: อุปสรรคต่อการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพในชายสูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง Old and alone: Barriers to healthy eating in older men living on their own (Hughes และคนอื่น ๆ, 2005) | ✓ | | ✓ | ✓ | |
| การลดน้อยลง: ความล้มเหลวในการเจริญเติบโตในผู้ป่วยสูงอายุ The dwindles: failure to thrive in older patients (Egbert, 1996) | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| ข้อควรพิจารณาด้านโภชนาการเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและการลดโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอายุ Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease (Shlisky และคนอื่น ๆ, 2017) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |

ตาราง 13 (ต่อ)

| ชื่อเรื่อง | การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | | |
|--|---|---|-------------------------|---|----------------------------|-------|
| | ปัจจัยด้าน ส่วนบุคคล | ปัจจัยด้าน สุขภาพ และภาวะ/ โรคที่เกิด จากอายุ | ปัจจัย ด้าน สังคม | ปัจจัยด้าน ประเภทอาหารที่ ผู้สูงอายุบริโภค เป็นประจำ | ปัจจัย ด้าน เศรษฐกิจ | |
| อะไรมีอิทธิพลต่อคุณภาพอาหารในผู้สูงอายุ? การศึกษาเชิง คุณภาพในหมู่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจากการศึกษากลุ่ม ประชากร Hertfordshire สหราชอาณาจักร What influences diet quality in older people? A qualitative study among community-dwelling older adults from the Hertfordshire Cohort Study, UK (Bloom และคนอื่น ๆ, 2017) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| โภชนาการและการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ Nutrition and health promotion in older adults (Chernoff, 2001) | ✓ | ✓ | | ✓ | | |
| แนวทางหลายมิติในการทำความเข้าใจเรื่องการรับประทาน อาหารน้อยเกินไปในผู้สูงอายุที่บ้าน: ความสำคัญของปัจจัย ทางสังคม A multidimensional approach to understanding under-eating in homebound older adults: the importance of social factors (Locher และคนอื่น ๆ, 2008) | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| | รวม | 14 | 10 | 11 | 10 | 3 |
| | ร้อยละ | 87.50 | 62.50 | 68.75 | 62.50 | 18.75 |

จากตารางด้านบนพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและ
โภชนาการของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/ โรคที่เกิดจาก
อายุ ปัจจัยด้านสังคม ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ และปัจจัยด้าน
เศรษฐกิจ คิดเป็นร้อยละ 87.50 62.50 68.75 62.50 และ 18.75 ตามลำดับ

หลังจากรวบรวม พิจารณา สังเคราะห์ และวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้นแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการ
สรุปเบื้องต้นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้เกินร้อยละ 50 ใน 4 ด้านคือ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัย
ด้านสุขภาพและภาวะ/ โรคที่เกิดจากอายุ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านประเภทอาหารที่
ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานดังกล่าวในลำดับถัดไปเพื่อ
หารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุใน
กรุงเทพมหานคร

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษาเพื่อหารูปแบบสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยทำการวิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตามขั้นตอนและกระบวนการของการวิจัยและพัฒนา ทั้งแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยทำการวิจัยทั้งสองวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนดการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการวิจัยแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 2 ของงานวิจัย รวมถึงเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 3 ของงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 2 ของงานวิจัย รวมถึงเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 3 ของงานวิจัย

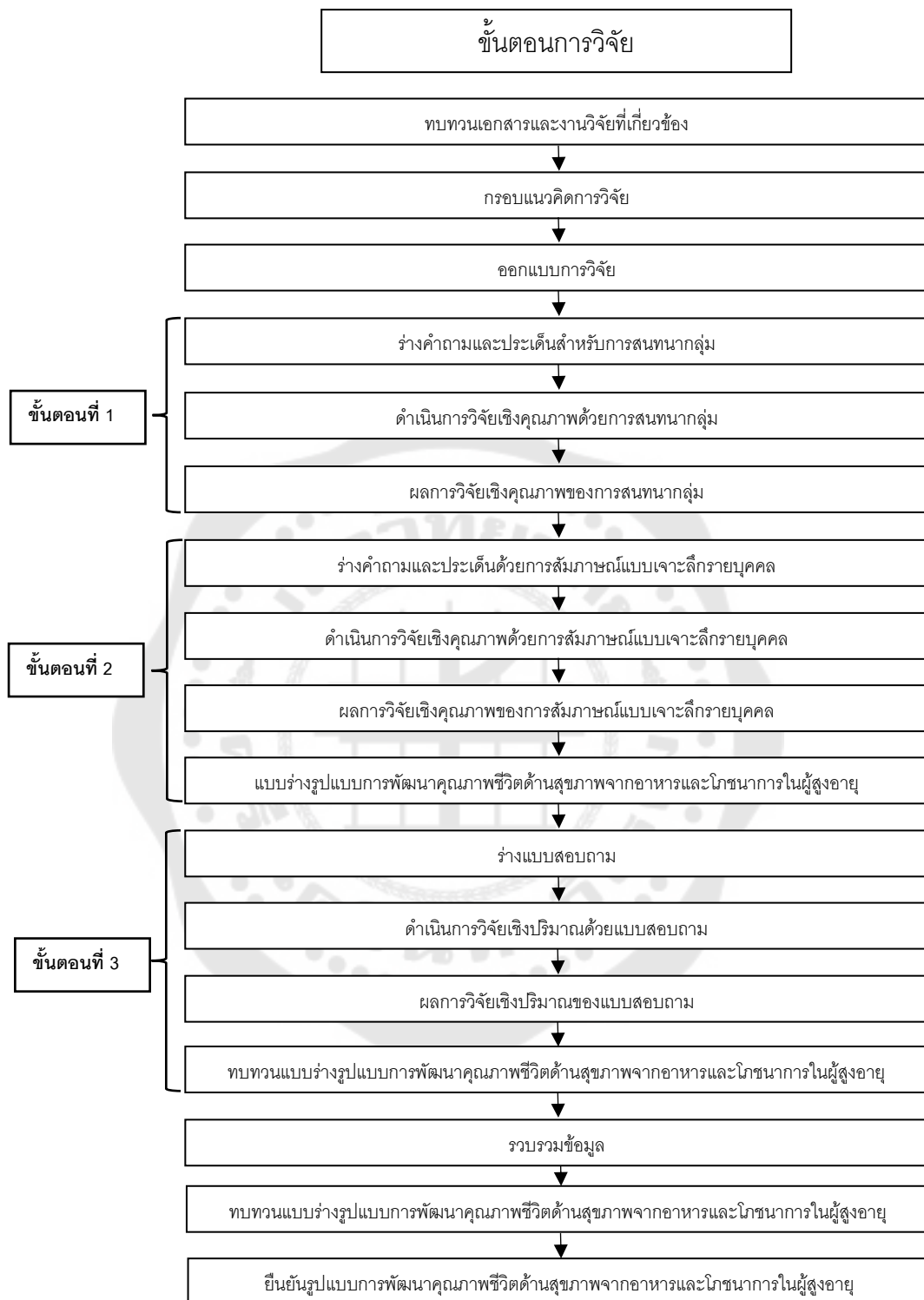
ขั้นตอนที่ 3 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำหรับตอบความมุ่งหมายของงานวิจัยทั้ง 3 ข้อคือ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ รวมถึงเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

โดยจะใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพจากขั้นตอนที่ 1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและทำความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นในขั้นตอนที่ 2 หลังจากนั้นจะรวบรวมข้อมูลทั้งขั้นตอนที่ 1 และ 2 เพื่อใช้หาข้อมูลเชิงปริมาณในขั้นตอนที่ 3 เพื่อจัดทำแบบสอบถาม หลังจากได้ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 แล้วผู้วิจัย

จะทำการพิจารณา สังเคราะห์ และวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักวิธีวิจัย (อารง สุทธาศาสน์ และ วิภาส ทองสุทธิ, 2563) ผู้วิจัยจะทำการเปรียบเทียบกับรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากอาหารและโภชนาการในต่างประเทศ เพื่อหารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจาก อาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่เหมาะสมในลำดับถัดไป

รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนจะแสดงขั้นตอนการวิจัย (Research procedure) ใน แผนภูมิดังภาพประกอบต่อไปนี้





ภาพประกอบ 27 ขั้นตอนการวิจัย (สร้างโดยผู้วิจัย)

ที่มา: รวบรวมโดยผู้วิจัย

โดยทั้ง 3 ขั้นตอนดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 1,108,912 คน โดยใช้ข้อมูลของรายงานสถิติกรุงเทพมหานคร ฉบับปี พ.ศ. 2563

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานคร เพื่อทำการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

การดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 ทำการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงสัดส่วนองค์ประกอบของประชากร ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ใช้เกณฑ์ด้านเพศและแต่ละเพศใช้เกณฑ์รายได้แบ่งแต่ละกลุ่ม โดยเลือกแบบบังเอิญ เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยโดยแบ่งเป็น 10 กลุ่มคือ

กลุ่มที่ 1 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาท

กลุ่มที่ 2 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท

กลุ่มที่ 3 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท

กลุ่มที่ 4 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท

กลุ่มที่ 5 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป

กลุ่มที่ 6 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาท

กลุ่มที่ 7 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท

กลุ่มที่ 8 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท

กลุ่มที่ 9 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท

กลุ่มที่ 10 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป

การดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 2

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) คัดเลือกตัวแทนกลุ่มจำนวน 10 คนจาก 45 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล โดยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) คือใช้เพศและรายได้ต่อเดือน ทั้งนี้ผู้วิจัยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มของการสนทนากลุ่มในข้างต้น

หลังจากนั้นผู้วิจัยจะสรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อใช้ในการจัดทำแบบสอบถามสำหรับใช้วิจัยในเชิงปริมาณในลำดับถัดไป

การดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 3

การวิจัยในเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยคิดตามหลักการคำนวณเพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ ทาโร ยามาเน (Taro Yamane (1967 อ้างถึงใน ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2549, น.47) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม 5% ดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการสุ่มตัวอย่างโดยกำหนดเป็น

0.05

สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ ดังนี้

$$n = \frac{1,108,912}{1 + 1,108,912 * (0.05)^2}$$

$$n = 400 \text{ คน}$$

การศึกษาครั้งนี้จากประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชาชนในพื้นที่ จำนวน 1,108,912 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 400 คน

จากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผู้วิจัยทำการจัดเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยแบ่งเป็นชายและหญิงกลุ่มละ 50 เปอร์เซ็นต์คือ กลุ่มละ 200 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งตามรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนคือ ไม่มีรายได้ และมีรายได้ 10,000 บาทหรือน้อยกว่า กลุ่มละ 17 เปอร์เซ็นต์ มีรายได้

10,001-20,000 บาท มีรายได้ 20,001-30,000 บาท มีรายได้ 30,001-40,000 บาท และมีรายได้มากกว่า 40,000 บาท กลุ่มละ 16.5 เปอร์เซ็นต์เท่ากัน เพื่อให้มั่นใจว่าครอบคลุมทุกกลุ่มรายได้

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือขั้นที่ 1

เครื่องมือวิจัยสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพของการสนทนากลุ่มคือ ร่างคำถามและประเด็นที่ใช้เพื่อการสนทนาซึ่งใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจัดทำร่างคำถามและประเด็นสำหรับการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview script) ถูกนำมาใช้ในขั้นตอนที่หนึ่งโดยมีโครงสร้างดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด (Opened-ended questions) เกี่ยวกับข้อมูลประชากรของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความเห็นของผู้ให้ข้อมูล ส่วนนี้เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิตและความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล เพื่อหาปัจจัยว่ามีปัจจัยด้านใดบ้าง ที่คิดว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอันเกิดจากอาหารและโภชนาการ และ ความสำคัญของปัจจัยแต่ละด้าน

ส่วนที่ 3 ความเห็นของผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนนี้เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิตและความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์ เพื่อหาว่าในปัจจัยแต่ละด้านว่ามีปัจจัยใดบ้างที่คิดว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอันเกิดจากอาหารและโภชนาการนั้น และ ความสำคัญของแต่ละปัจจัย

ส่วนที่ 4 คำแนะนำอื่นๆ ส่วนนี้เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อหาว่ามีคำแนะนำใดๆ ต่ออาหารและโภชนาการที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

แบบฟอร์มร่างคำถามสำหรับการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้างอยู่ในภาคผนวก ข

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือขั้นที่ 1

ร่างคำถามและประเด็นสำหรับการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการจัดแบบสนทนากลุ่มถูกส่งไปยังที่อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หลังจากขั้นตอนนี้ร่างคำถามและประเด็นสำหรับการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้าง ได้รับการแก้ไขตามข้อคิดเห็นและคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

แบบประเมินร่างคำถามสำหรับการสนทนาแบบกึ่งโครงสร้างอยู่ในภาคผนวก ก

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือขั้นที่ 2

เครื่องมือวิจัยสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล คือ ร่างคำถามที่ใช้เพื่อการสัมภาษณ์ซึ่งใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลในทุกขั้นตอน ผู้วิจัยจัดทำร่างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview script) ถูกลำนำมาใช้ในขั้นตอนที่สอง โดยมีโครงสร้างดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรของผู้ให้ข้อมูล ส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด (Opened-ended questions) เกี่ยวกับข้อมูลประชากรของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความเห็นของผู้ให้ข้อมูล ส่วนนี้เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิตและความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมในปัจจัยแต่ละด้านที่คิดว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอันเกิดจากอาหารและโภชนาการ และเหตุผลว่าเหตุใดปัจจัยแต่ละด้านจึงมีความสำคัญ

ส่วนที่ 3 ความเห็นของผู้ให้ข้อมูล ส่วนนี้เป็นคำถามปลายเปิด ซึ่งเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิตและความคิดเห็นของผู้สัมภาษณ์ เพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมในแต่ละปัจจัยของด้านนั้นๆ ที่คิดว่าส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอันเกิดจากอาหารและโภชนาการ เหตุผลว่าเหตุใดปัจจัยนั้นๆ จึงมีความสำคัญ และคุณภาพชีวิตด้านใดเกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการที่ได้รับและมีความสำคัญหรือไม่อย่างไร

ส่วนที่ 4 คำแนะนำอื่นๆ ส่วนนี้เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อหาว่ามีคำแนะนำใดๆ ต่ออาหารและโภชนาการที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

แบบฟอร์มร่างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างอยู่ในภาคผนวก ข

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือขั้นที่ 2

ร่างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ถูกส่งไปยังที่อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโทเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ หลังจากขั้นตอนนี้ร่างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างได้รับการแก้ไขตามข้อคิดเห็นและคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

แบบประเมินร่างคำถามสำหรับการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างอยู่ในภาคผนวก ก

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือขั้นที่ 3

เครื่องมือวิจัยสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณของการศึกษาครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ซึ่งได้รับการพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับรูปแบบการวิจัยของการศึกษานี้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากข้อมูล เอกสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริโภคอาหารและการได้รับโภชนาการของผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาค้นคว้ามาวิเคราะห์ สังเคราะห์เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม โดยโครงสร้างของแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1: ข้อมูลประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ ส่วนนี้มีหลายทางเลือก โดยมีทั้งคำถามปลายเปิด (Opened-ended questions) และคำถามปลายปิด (Close ended questions) คำถามเกี่ยวกับข้อมูลประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ การศึกษา รายได้ต่อเดือน สถานภาพการทำงาน จำนวนผู้พักอาศัยในครัวเรือน ฯลฯ

ตอนที่ 2: ลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิต จำนวน 9 ข้อ ส่วนนี้มีหลายทางเลือก เป็นคำถามปลายปิด คำถามเกี่ยวกับลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการบริโภคอาหาร เช่น อาหารที่บริโภคเป็นประจำ ความสามารถในการทำอาหาร

ตอนที่ 3: ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ ส่วนนี้ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

1. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยส่วนบุคคล
2. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ
3. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยด้านสังคม
4. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำ

ในแต่ละประเด็นใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert's rating scale) ที่ได้อ้างถึงไว้ในงานของแมกลีต (McLeod, 2019) ใช้สำหรับให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงระดับความคิดเห็นในแบบสอบถามปลายปิด ที่จะมีตัวเลือกให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบตามระดับความเห็น โดยแต่ละมาตราส่วนแสดงค่าดังนี้

- 5 แสดงถึง มีความสำคัญอย่างยิ่ง
- 4 แสดงถึง มีความสำคัญมาก
- 3 แสดงถึง มีความสำคัญ
- 2 แสดงถึง มีความสำคัญเล็กน้อย
- 1 แสดงถึง มีความสำคัญน้อยอย่างยิ่ง/ไม่มีความสำคัญ

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากอาหารและโภชนาการ จำนวน 19 ข้อ ส่วนนี้ประกอบด้วย 4 ประเด็น ดังนี้

1. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อด้านสุขภาพกาย
2. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อด้านสุขภาพใจ
3. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อด้านสัมพันธภาพทางสังคม
4. ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อด้านสิ่งแวดล้อม

ในแต่ละประเด็นใช้มาตราส่วนลิเคิร์ต (Likert's rating scale) ที่ได้อ้างอิงไว้ในงานของแมกเล็ด (McLeod, 2019) ใช้สำหรับให้ผู้ตอบแบบสอบถามแสดงระดับความรู้สึก โดยแต่ละมาตราส่วนแสดงค่าดังนี้

- 5 แสดงถึง มากที่สุด
- 4 แสดงถึง มาก
- 3 แสดงถึง ปานกลาง
- 2 แสดงถึง เล็กน้อย
- 1 แสดงถึง ไม่เลย

ตอนที่ 5: คำแนะนำ/ข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ ส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับคำแนะนำต่ออาหารและโภชนาการที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

ตัวอย่างแบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก ข

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือขึ้นที่ 3

แบบสอบถามได้รับการทดสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือตามรายละเอียดด้านล่าง

1. ความถูกต้องของเนื้อหา เพื่อทดสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญ 5 คนและขอให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความเชื่อมโยงกันระหว่างแต่ละคำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ข้อมูลที่รวบรวมได้รับการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (The Item-Objective Congruence: IOC)

ค่าความเที่ยงตรง

$$\text{สูตร } IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC = ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

R = คะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในคำถามแต่ละข้อ

N = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การจัดอันดับจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ -1, 0 และ 1 แต่ละมาตราส่วนแสดงค่าต่อไปนี้

ให้คะแนน +1 : แนใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน 0 : ไม่แนใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ให้คะแนน -1 : แนใจว่าข้อคำถามวัดไม่ได้ตรงตามวัตถุประสงค์

โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

ผู้วิจัยยังคงมีคำถามที่มี IOC สูงกว่า 0.50. และปรับหรือตัดคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 โดยอ้างอิงจากทูนเนอร์และคาร์ลสัน (Turner และ Carlson, 2003)

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญแล้วมาดำเนินการปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามคำแนะนำ

แบบประเมินแบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก ก

3. ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบนำร่องกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับการวิจัยเพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ เพื่อคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Method) ซึ่งใช้ในการกำหนดความน่าเชื่อถือโดยรวมของแบบสอบถาม ค่าความน่าเชื่อถืออยู่ในช่วงระหว่าง 0 - 1 โดยต้องมีค่าความน่าเชื่อถือตั้งแต่ 0.7 ขึ้นไป ตามหลักที่ได้อ้างอิงไว้ในงานของคอร์ตินา (Cortina, 1993)

ค่าความเชื่อมั่น

$$\text{สูตร} \quad \alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ \frac{1 - \sum s_i^2}{s_x^2} \right\}$$

โดยที่ α = ค่าความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อ

$i = 1, 2, 3, \dots, n$

s_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s_x^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวม

ค่าความแปรปรวนตัวอย่าง (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2564)

$$\text{สูตร} \quad s^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n-1}$$

โดยที่ s^2 = ค่าแปรปรวนตัวอย่าง

\bar{x} = ค่าเฉลี่ยตัวอย่าง

n = ขนาดตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 1

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนต่างๆดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสนทนากลุ่ม การรวบรวมข้อมูล
ดำเนินการตามกระบวนการต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยทำการติดต่อกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 45 คน

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความ

ประสงค์จะเข้าร่วมในงานวิจัยอ่าน เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจก่อนการลงนามในการเข้าร่วม

1.3 ผู้วิจัยทำการนัดหมายวัน เวลา สถานที่เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์

1.4 หลังจากได้ทำการนัดหมายแล้วผู้วิจัยได้ร่างการสนทนาและอุปกรณ์ที่

จำเป็นเพื่อให้พร้อมสำหรับการสนทนากลุ่ม

1.5 ผู้วิจัยจัดให้มีการสนทนากลุ่มของผู้ให้ข้อมูลตามวันและเวลาที่กำหนด

1.5 ผู้วิจัยบันทึกการสนทนากลุ่มโดยใช้อุปกรณ์บันทึกเสียง

1.6 ผู้วิจัยถอดความจากบันทึกเสียงการสนทนากลุ่มให้เป็นภาษาเขียนเพื่อ

การวิเคราะห์เพิ่มเติม

การดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 2

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยมีรายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพแบบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล การรวบรวมข้อมูลดำเนินการตามกระบวนการต่อไปนี้

2.1 หลังจากที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแทนกลุ่มทั้ง 10 คนแล้วผู้วิจัยทำการติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์

2.2 หลังจากได้ทำการนัดหมายแล้วผู้วิจัยได้เตรียมการสัมภาษณ์ บทสัมภาษณ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้พร้อมสำหรับการสัมภาษณ์

2.3 ผู้วิจัยจัดให้มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามวันและเวลาที่กำหนด

2.4 ผู้วิจัยบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้อุปกรณ์บันทึกเสียง

2.5 ผู้วิจัยถอดความจากบันทึกเสียงสัมภาษณ์ให้เป็นภาษาเขียนเพื่อการวิเคราะห์เพิ่มเติม

การดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 3

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามมีรายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบฟอร์มแบบสอบถามและการสัมภาษณ์แบบสอบถามแบบตัวต่อตัวตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาตรวจสอบความถูกต้องของการตอบแบบสอบถาม บันทึกข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์เพื่อสรุปเป็นผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 3

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพ

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ได้จัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการถอดความจากเสียงในเครื่องบันทึกเสียงของการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล

2. ผู้วิจัยแปลงจัดทำข้อมูลที่ถอดเสียงได้ให้เป็นสำเนาเอกสารเพื่อให้สามารถใช้ในการวิเคราะห์

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพจะถูกรวบรวมและวิเคราะห์ผ่านเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการสังเคราะห์เอกสารและการเกี่ยข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล มี 4 ขั้นตอนดังนี้

3.1 จำแนกประเภทข้อมูล โดยการแยกแยะและวิเคราะห์กลุ่มคำหรือประโยค แล้วทำการจำแนกประเภท หลังจากนั้นทำการพิจารณาว่า กลุ่มคำหรือประโยคเหล่านั้น เป็นประเภทของข้อมูลชนิดใด

3.2 พิจารณาเปรียบเทียบข้อมูล จำแนกข้อมูลที่เหมือนกันและต่างกัน

3.3 แปลความหมายของข้อมูล โดยใช้หลักการตีความข้อมูล ว่าข้อมูลเหล่านั้นมีคุณภาพหรือไม่

3.4 สร้างข้อสรุปในลักษณะการบรรยาย (Narrative description)

การวิจัยเชิงปริมาณ

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลของแบบสอบถาม ได้จัดกระทำข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามมาบันทึกลงในโปรแกรม ที่ใช้สำหรับหาค่าทางสถิติ โดยถูกดำเนินการโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์

2. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลที่บันทึกให้ถูกต้อง

3. ผู้วิจัยดำเนินการประมวลผลวิจัย

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลทางสถิติจะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักสถิติสำหรับงานวิจัย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2564) (กัลยา วานิชย์บัญชา และ ลีดา วานิชย์บัญชา, 2564) ผู้วิจัยได้ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าเฉลี่ย (Average: \bar{x}) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD.) และ ตารางไขว้ (Cross-tabulation)

ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง

$$\text{สูตร} \quad \bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

$$\text{โดยที่} \quad \bar{x} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum x = \text{ผลรวมของคะแนน}$$

$$n = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง}$$

ค่าร้อยละ

$$\text{สูตร} \quad P = \frac{Fx100}{n}$$

$$\text{โดยที่} \quad P = \text{ค่าร้อยละ}$$

F = ความถี่ที่ต้องการเปลี่ยนแปลงให้เป็นร้อยละ

n = จำนวนความถี่ทั้งหมด

ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$\text{สูตร} \quad SD. = \frac{\sqrt{\sum(x-\bar{x}^2)}}{n-1}$$

$$\text{โดยที่} \quad SD. = \text{ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$$

$\sum x^2$ = ผลรวมของแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x^2)$ = ผลรวมคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ผู้วิจัยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) และใช้การวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยเทคนิคการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient: ρ) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ 2 ตัวโดยจะประมาณค่า ρ ด้วยค่า r และเรียกค่า r ว่า Pearson Correlation เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐานตามสูตรดังต่อไปนี้

ความถดถอยเชิงพหุ

$$\text{สูตร} \quad Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + e$$

$$\text{โดยที่} \quad \beta_0 = \text{ส่วนตัดแกน } Y \text{ เมื่อกำหนดให้ } X_1 = X_2 = \dots = X_k = 0$$

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k$ เป็นสัมประสิทธิ์ความถดถอยเชิงส่วน โดยที่ β_i เป็นค่าที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม Y โดยเฉลี่ยเมื่อตัวแปรอิสระ X_1 เปลี่ยนไป 1 หน่วยโดยที่ตัวแปรอิสระ ตัวอื่น ๆ มีค่าคงที่

ถ้า X_1 เปลี่ยนไป 1 หน่วย ค่า Y จะเปลี่ยนไปโดยเฉลี่ย β_1 หน่วย โดยที่ X_2, X_3, \dots, X_{1k} มีค่าคงที่

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

$$\text{สูตร} \quad r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 + \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

โดยที่ $r =$ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

$n =$ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$i = 1, 2, 3, \dots, n$

$x =$ ตัวแปรอิสระ

$y =$ ตัวแปรตาม

$\bar{x} =$ ค่าเฉลี่ยตัวอย่างตัวแปร x

$\bar{y} =$ ค่าเฉลี่ยตัวอย่างตัวแปร y

ถ้าค่า r เป็นบวก แสดงว่า X และ Y มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน คือ
ถ้าค่า X เพิ่ม ค่า Y จะเพิ่ม แต่ถ้าค่า X ลด ค่า Y จะลด

ถ้าค่า r เป็นลบ แสดงว่า X และ Y มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม คือ
ถ้าค่า X เพิ่ม ค่า Y จะลด แต่ถ้าค่า X ลด ค่า Y จะเพิ่ม

ถ้าค่า r มีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า X และ Y มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน
และมีความสัมพันธ์กันมาก

ถ้าค่า r มีค่าเข้าใกล้ -1 แสดงว่า X และ Y มีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกัน
ข้ามกันและมีความสัมพันธ์กันมาก

ถ้าค่า $r = 0$ แสดงว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันเลย

ถ้าค่า r เข้าใกล้ 0 แสดงว่า มีความสัมพันธ์กันน้อย

เมื่อได้กำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ทำการวิจัยตามขั้นตอนต่อไป

บทที่ 4

ผลการดำเนินงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยศึกษาค้นคว้าตามขั้นตอนและกระบวนการของการวิจัยและพัฒนา ทั้งแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยการวิจัยทั้งสองวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยและแบ่งการนำเสนอผลการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการวิจัยแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงสัดส่วนองค์ประกอบของประชากร ทั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ใช้เกณฑ์ด้านเพศ แบ่งเป็นเพศชาย 21 คน เพศหญิง 24 คน และ แต่ละเพศใช้เกณฑ์รายได้แบ่ง โดยแบ่งเป็น 10 กลุ่มแต่ละกลุ่มเลือกแบบบังเอิญ

ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) โดยคัดเลือกตัวแทนกลุ่มจำนวน 10 คนจาก 45 คน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) คือใช้เพศและรายได้ต่อเดือน ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มของการสนทนากลุ่มในข้างต้น

ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 3 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) กลุ่มตัวอย่างทดสอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน และผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน โดยแบ่งเป็นชายและหญิงกลุ่มละ 50 เปอร์เซ็นต์ คือกลุ่มละ 200 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งตามรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน

ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการวิจัยแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group)

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการวิจัยแบบการสนทนากลุ่ม (Focus group) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 2 ของงานวิจัย รวมถึงเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 3 ของ

งานวิจัย ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงสัดส่วนองค์ประกอบของประชากร ทั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน ใช้เกณฑ์ด้านเพศ แบ่งเป็นเพศชาย 21 คน เพศหญิง 24 คน และแต่ละเพศใช้เกณฑ์รายได้แบ่ง โดยแบ่งเป็น 10 กลุ่มแต่ละกลุ่มเลือกแบบบังเอิญ รวม 45 คน ได้แก่

กลุ่มที่ 1 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาท จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 2 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 3 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 4 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 5 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 6 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาท จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 7 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 8 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 9 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท จำนวน 5 คน

กลุ่มที่ 10 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป จำนวน 5 คน

จากการประชุมสนทนากลุ่ม ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ดังแสดงในตารางด้านล่าง และวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มทำให้ได้ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ปัจจัยด้านสังคม และปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 14 ข้อมูลประชากรของผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม

| ระดับรายได้ (บาท) | ผู้ดูแลค่าใช้จ่าย (คน) | | | | | ที่พักอาศัย | เพศ | |
|----------------------|------------------------|-------------|--------|------|-----|-------------|-----|------|
| | บุตร | คู่/คู่สมรส | ตัวเอง | กงสี | รวม | | ชาย | หญิง |
| 0 – 10,000 | 6 | 1 | 1 | 0 | 8 | แหล่งชุมชน | 4 | 4 |
| 10,001 – 20,000 | 4 | 1 | 4 | 1 | 10 | แหล่งชุมชน | 5 | 5 |
| 20,001 – 30,000 | 1 | 2 | 6 | 0 | 9 | แหล่งชุมชน | 4 | 5 |
| 30,001 – 40,000 | 1 | 0 | 8 | 0 | 9 | แหล่งชุมชน | 4 | 5 |
| มากกว่า 40,000 | 1 | 0 | 2 | 6 | 9 | แหล่งชุมชน | 4 | 5 |

จากผลการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้ พิจารณา สังเคราะห์ และวิเคราะห์ ประเด็นตามปัจจัยทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ด้านสังคม และด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดังนี้

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

ระดับรายได้

เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับระดับรายได้ของแต่ละกลุ่มจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ต่อเดือน 0 – 10,000 บาท มีลูกเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายให้จำนวน 6 จาก 8 คน มีคู่/คู่สมรสเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายให้จำนวน 1 คน และมีเพียง 1 คนที่สามารถดูแลค่าใช้จ่ายส่วนตัวด้วยตนเอง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท จำนวน 10 คน สามารถดูแลค่าใช้จ่ายของตนเองได้จำนวน 4 คน มีลูกเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายจำนวน 4 คน คู่/คู่สมรสเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายจำนวน 1 คนและใช้เงินส่วนกลาง (เงินกงสี) จำนวน 1 คน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท จำนวน 9 คน สามารถดูแลค่าใช้จ่ายของตนเองได้จำนวน 6 คน คู่/คู่สมรสเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายจำนวน 2 คน มีลูกเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเพียง 1 คน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท จำนวน 9 คน สามารถดูแลค่าใช้จ่ายของตนเองได้จำนวน 8 คน มีลูกเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเพียง 1 คน กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับรายได้ต่อเดือน มากกว่า 40,000 บาท จำนวน 9 คน สามารถดูแลค่าใช้จ่ายของตนเองได้จำนวน 2 คน มีลูกเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเพียง 1 คน แต่ใช้เงินส่วนกลาง (เงินกงสี) มากถึง 6 คน โดยกลุ่มดังกล่าวเป็น กลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยในย่านชุมชนที่ตั้งอยู่ในย่านธุรกิจ มีการทำการค้าร่วมกันภายในครอบครัว และใช้เงินส่วนกลางร่วมกันมาตั้งแต่แรก ทั้งนี้เมื่อพิจารณาภาพรวมของทุกกลุ่มแล้ว ไม่พบปัญหาในการเข้าถึงแหล่งอาหาร เนื่องจากในทุกกลุ่มพักอาศัยในแหล่งชุมชน สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ตลอด แต่มีข้อสังเกตว่า ทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารทั่วไปได้ แต่มีการให้มุมมองเรื่อง ของอาหารปลอดภัย โดยให้มุมมองเกี่ยวกับอาหารสุขภาพที่ปราศจากสารพิษ/อาหารไร้สารพิษ/อาหารปลอดจากสารเร่งเนื้อแดงหรือฮอร์โมนต่างๆ อาหารประเภทอาหารปลอดภัยหรือ “คลีนฟู้ด” (Clean food) จะขึ้นอยู่กับระดับของรายได้และการเข้าถึงแหล่งในการซื้ออาหารปลอดภัยของแต่ละกลุ่มดังบทสนทนาบางตอนต่อไปนี้

“คลีนฟู้ด ผักปลอดสาร ช่วยให้เราได้รับอาหารที่ดีขึ้น คลีนฟู้ด ผักปลอดสารฯ ที่มาของวัตถุดิบต้องไม่มีสารปนเปื้อน คำว่า คลีน มี 2 อย่าง คือ ผักปลอดสารพิษ คือก่อนเก็บมาขายจะมีระยะ 15-20 วัน ไม่ฉีดปุ๋ย และผักไร้สารพิษ ตั้งแต่ปลูกลงดินไม่ใช้สารฯ เราต้องดูข้อมูล

ต้องหาข้อมูล ดูที่ แพคเกจจิ้ง (packaging) แห่่งที่มา อย่างห้ำงใหญ่มีชื่อเสีงจะรับผิดชอบต่อ
สังคค ราคาต่างกััน 70 % แต่ของดี เราเชื่อได้ ถ้าอยู่ในสภาวะที่ไหวก็เลือกได้ อย่างไ่กับหมูไว้สาร
ๆ ราคาจะต่างกััน เชื่อว่าเค้าไม่ได้ซิดแอนตี้ไบโอติก ไม่ใช่สารเร่งเนื้อแดง เราไม่รู้แต่ห้ำงเหล่านี้เรา
คาดหวังว่าเค้าจะรับผิดชอบต่อสังคค จะดีกว่ากัันกับชื่อที่อื่น...”

(สนทนากลุ่ม K44 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“อาหารปลอดสารพิษแพง...”

(สนทนากลุ่ม K1 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564)

ในขณะที่มีบางมุ่มมองซึ่ประเด็นว่า ผู้สูงอายุกทุกกลุ่มไม่ว่าจะมีระดับรายไดได้
สามารถเข้าถึงอาหารสุขภาพได้ดังบทสนทนาต่อไปนี้

“แต่ละคนต้องเข้าใจก่อนว่าอะไรที่ดีต่อสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์ ถ้าเค้ารู้ว่าอะไร
เป็นประโยชน์แล้ว แห่่งอาหารจะมีหลากหลาย ไม่จำเป็นจะต้องไปห้ำงอย่างเดียว รายได้สูงต่ำก็
จะมีแห่่งหาอาหารพวกนี้ได้...”

(สนทนากลุ่ม K42 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“คลีนฟู้ด (Clean food) ต้องมีรองรับตลาดที่เค้าหาได้ใกล้ๆตัว เพราะกลุ่มคนมี
ระดับรายไดได้ต่างกััน ถ้าเข้าถึงผักปลอดสารไม่ได้ ต้องให้วิธีคลีนกับเค้า ต้องบอกว่ทำย้งง โดย
ต้นทุนต่ำมาก ซึ่ผักทั่วป้ก็สามารทำคลีนได้ แต่เราต้องรู้ว่าทำอย้งง ต้องเอาผักไปแช่ ปล่อย
ให้น้ำไหล 5 นาที แล้วมาแช่เกลือเม็ด 3 นาทีกับน้ำแข็งแล้วหยิบมา สารพิษที่ติดอยู่คลีนไปได้
70%...”

(สนทนากลุ่ม K44 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้ว ไม่พบปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับรายไดได้ในการ
เข้าถึงอาหารทั่วไป แต่หากเป็นอาหารปลอดกัษและอาหารที่ดีต่อสุขภาพย้งมีมุ่มมองที่มี
ความสัมพันธ์กับรายไดได้อยู่ว่ อาหารปลอดกัษ/อาหารสุขภาพมีราคาแพงและเกี่ยวเนื่องกับระดับ
ของรายไดได้แต่สามารถหาอาหารปลอดกัษ/อาหารสุขภาพได้หากมีความรู้

ระดับการศึกษา

เรื่องความสัมพันธ์และความสำคัญของระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากอาหารและโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างได้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในขั้นตอนต่อไปเพื่อหา ความสำคัญและความสัมพันธ์ดังกล่าว

สถานภาพด้านการทำงาน

การวิจัยในขั้นตอนนี้ ไม่ได้ศึกษาถึงสถานภาพการทำงานเกี่ยวกับอาชีพที่ทำก่อนอายุ 60 ปีของกลุ่มตัวอย่าง แต่พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ยังคงทำงานซึ่งสร้างรายได้อยู่จำนวน 19 คน (ร้อยละ 42.22) และมีหน้าที่รับผิดชอบที่เป็นประโยชน์ในครอบครัว เช่น ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน จำนวน 21 คน (ร้อยละ 46.67) และพักผ่อนอยู่บ้านโดยไม่ได้มีภาระรับผิดชอบโดยตรง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 11.11) ถึงแม้ว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ทำงานหรือมีภาระรับผิดชอบโดยตรงใน ครัวเรือนแล้ว กลับไม่พบความสัมพันธ์ในระดับรายได้เพื่อให้ได้มาซึ่งอาหารทั่วไป กล่าวคือ ไม่ว่า สถานภาพด้านการทำงานหลังอายุ 60 ปีเป็นแบบใด กลุ่มตัวอย่างยังสามารถเข้าถึงอาหารทั่วไป ได้โดยไม่พบปัญหา ส่วนหนึ่งคือมีลูกหรือคู่/คู่สมรสดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายด้านอาหาร อีกส่วนหนึ่งคือ มีเงินเก็บจากการทำงานก่อนเกษียณ โดยที่อาหารทั่วไปที่สามารถเข้าถึงได้แต่ละกลุ่มรายได้มี ราคาที่สามารถเข้าถึงได้ อาหารทั่วไปไม่ได้มีราคาแพงและหายากจนเกินไป โดยในขั้นตอนนี้ยังไม่ ศึกษาถึงสถานภาพด้านการทำงานหลังอายุ 60 ปีกับความสัมพันธ์เกี่ยวกับรายได้และความสัมพันธ์ ต่อลักษณะอาหารที่บริโภคเป็นประจำ เมื่อเทียบระหว่าง อาหารทั่วไป อาหารสุขภาพ และอาหาร ตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งจะทำการศึกษาในขั้นตอนต่อไป

สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย

จากการพิจารณาภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า แม้จะมีจำนวนสมาชิกที่พักอาศัย ในครัวเรือนหลายคน แต่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง ทานอาหารคนเดียว คือ จำนวน 25 คน (ร้อยละ 55.56) โดยพบว่า ผู้สูงอายุจะเน้นความสะดวกในการเลือกเวลาในการทานอาหารเมื่ออยู่ ที่บ้านซึ่งจะเลือกทานคนเดียวตามเวลาที่ตนเองสะดวกหรือเลือกอาหารตามที่ตนเองชอบส่วนตัว ดังบทสนทนาต่อไปนี้

“ทานอาหารคนเดียว หิวเมื่อไหร่ก็ทาน ...”

(สนทนากลุ่ม K13 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ทานอาหารคนเดียว ทานคนละรอบกับภรรยา...”

(สนทนากลุ่ม K20 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ทานข้าวคนเดียว ก่อนโควิด มีไปทานข้าวกับเพื่อน...”

(สนทนากลุ่ม K26 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“ทานข้าวคนเดียว เตรียมไว้แต่ต่างคนต่างทาน...”

(สนทนากลุ่ม K37 K38 และ K39 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

“ทานข้าวคนเดียว ซื้อมาทานตามที่ชอบ...”

(สนทนากลุ่ม K16 K17 K18 K19 และ K27 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

ในขณะที่หากออกบ้านทานอาหารนอกบ้าน โอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะไปทานกับสามี/ภรรยาหรือทานเป็นครอบครัวเพิ่มมากขึ้นดังตัวอย่างบทสนทนา

“ทานข้าวนอกบ้านกับลูกในวันหยุด...”

(สนทนากลุ่ม K4 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564)

“เที่ยง ส่วนใหญ่ไปทานข้าวนอกบ้านกับภรรยา...”

(สนทนากลุ่ม K41 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

อีกทั้งพบว่า หากมีการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นจะเกิดการทำอาหารส่วนกลางเตรียมไว้ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารตรงตามมือ แม้ว่าจะอยู่ร่วมกันในครอบครัวกลับพบว่า ส่วนมากแล้วผู้สูงอายุถึง 41 คน (ร้อยละ 91.11) โดยกลุ่มตัวอย่าง 28 คน (ร้อยละ 62.22) เป็นผู้เตรียมอาหารด้วยตนเองและมีสามี/ภรรยาเตรียมอาหารให้จำนวน 13 คน (ร้อยละ 28.89) มีเพียง 2 คนที่คนรับใช้เตรียมอาหารให้ และมี 1 คนที่ลูกเตรียมให้ และมี 1 คนที่เตรียมอาหารให้ดังบทสนทนาต่อไปนี้

“ตื่น 6 โมงเช้า ทำอาหารให้ลูกชาย...”

(สนทนากลุ่ม K1 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564)

“17:00 ลงมาทำครัว ทำอาหารเย็นเพื่อทุกคนในบ้าน...”

(สนทนากลุ่ม K16 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“กิจวัตรช่วงเย็นคือ ทำกับข้าวเตรียมไว้ให้ลูกชายที่กลับจากที่ทำงาน...”

(สนทนากลุ่ม K37 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

โดยหน้าที่หลักในการเตรียมอาหาร/ทำกับข้าว/ซื้อหาอาหารสำเร็จรูปยังเป็นของผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านจึงต้องจัดเตรียมอาหารเอง รวมถึงเตรียมอาหารเพื่อให้ลูกหลานอีกด้วย

สำหรับปัจจัยด้านส่วนบุคคล ผู้วิจัยพบว่า ระดับรายได้ไม่มีความสัมพันธ์ในการเข้าถึงอาหารทั่วไป แต่มีความสัมพันธ์กับอาหารปลอดภัยและอาหารสุขภาพ ขณะที่สถานภาพด้านการทำงานนั้น ผู้วิจัยไม่พบความสัมพันธ์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการ ส่วนสถานภาพด้านที่อยู่อาศัย ผู้วิจัยพบความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวกับการเตรียมอาหาร แม้ว่าส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารคนเดียวตามเวลาที่ตนเองสะดวก หรือเลือกอาหารตามที่ตนเองชอบส่วนตัว แต่การออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสรับประทานอาหารกับสามี/ภรรยาหรือบุคคลภายในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า การอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว จะทำให้มีการจัดเตรียมอาหารส่วนกลางไว้ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารตรงตามมือ โดยหน้าที่หลักในการเตรียมอาหาร/ทำกับข้าว/ซื้อหาอาหารสำเร็จรูปยังเป็นของผู้สูงอายุ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่ลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้าน ทั้งนี้ผู้วิจัยยังไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับระดับการศึกษาของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในชั้นตอนนี้ จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์และความสำคัญของระดับการศึกษากับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก แต่ได้ศึกษาประเด็นนี้ในชั้นตอนต่อไป

ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ร่างคำถามที่ใช้สำหรับสนทนากลุ่มนี้ จะถามถึงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อสุขภาพโดยรวมของตนเองพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 26 คน (ร้อยละ 57.78) ตอบว่า ดี/แข็งแรง ดี/ปกติ/โอเค/ไม่เป็นอะไร/ไม่ป่วย ในขณะที่มีจำนวน 19 คน (ร้อยละ 42.22) ระบุว่า ตนเองสุขภาพไม่ดี/มีโรค/ป่วย/ป่วยนิดหน่อย แต่เมื่อถามคำถามถัดไปที่ว่า “มีโรคประจำตัวอะไรบ้าง” ในกลุ่มตัวอย่าง 26 คนที่ตอบในตอนแรกว่า ดี/แข็งแรงดี/ปกติ/โอเค/ไม่เป็นอะไร/ไม่ป่วย พบว่า บางส่วนในจำนวนนี้พบอาการเจ็บ/ป่วยบางอย่างถึง 15 คน ซึ่งเท่ากับว่า แม้ตนเองคิดว่า สุขภาพโดยรวม

ถือว่าดีหรือปกติ แต่ในความเป็นจริงมีอาการเจ็บ/ป่วยบางอย่าง โดยเมื่อลงรายละเอียดถึงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนถึง 31 คน (ร้อยละ 68.87) มีอาการในกลุ่มโรคดังกล่าวและโดยมากจะพบแพทย์เป็นประจำ ซึ่งเป็นที่มาในการดูแลสุขภาพทางด้านอาหารและโภชนาการ โดยกลุ่มที่พบอาการดังกล่าวจะมีการดูแลสุขภาพที่มาจากอาหารและโภชนาการไม่มากนักน้อย โดยจะเลือกประเภทของอาหารที่จะทาน รวมถึงปริมาณความหวาน มัน และเค็มอีกด้วย

ความถี่ในการเข้าพบแพทย์

จากบทสนทนากลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่พบแพทย์เป็นประจำจะมีการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารควบคู่กัน ตั้งแต่ปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำทุกอย่างจนถึงปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำเท่าที่ทำได้ หลายคนรับประทานยาควบคู่กับการดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ

“ทำตามทั้งหมดแนะนำทุกอย่าง ทานแต่ปลาไม่ทานไก่มาหลายปีแล้วทานจืดๆ...”

(สนทนากลุ่ม K12 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ไปหาหมอประจำ ไปหาหมอ 2 เดือนครั้ง ทานข้าวไรซ์เบอร์รี่ ตีนมาต้มน้ำกับทานกล้วยหอม 1 ลูก แทนข้าวเช้า ช่วยขับถ่าย ... เน้นปลา ทานธัญพืชเป็นประจำ แปะก๊วย ลูกเดือย ถั่วเขียว เม็ดแมงลัก พวกเครื่องธัญพืชในน้ำเต้าหู้...”

(สนทนากลุ่ม K36 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

“ปกติ 3 เดือนจะไปหาหมอ... ทำตามทั้งหมดบอก ไม่ทานเค็ม ไม่ทานหวาน ไม่ทานเผ็ด ตามทั้งหมดห้าม...”

(สนทนากลุ่ม K13 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“หมอบริหารลดอาหารหวาน มัน เค็ม /ของที่ชอบ นานๆทานที ทานบ้างแต่น้อยลง...”

(สนทนากลุ่ม K24 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“ดูแลเรื่องอาหารเลือกทาน เลี่ยงอาหารไขมันเยอะๆ เพราะหมอบอกว่าไตรกลีเซอไรด์สูง ตามที่หมอบอก ไปหาหมอบีละ 2 ครั้ง...”

(สนทนากลุ่ม K41 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางรายแม้ไม่ได้รับประทานยาตามที่แพทย์แนะนำแต่ได้ใช้การดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการทดแทนการรับประทานยาแล้วพบว่าสามารถทดแทน/ลดการรับประทานยาได้ดังบทสนทนาดังต่อไปนี้

“ตรวจสุขภาพทุกปี เบาหวานสูงหน่อย หมอจะให้ยาแต่ไม่ได้รับยาเปลี่ยนเป็นควบคุมอาหารเอง ลดแป้ง เน้นกับข้าว ออกกำลังกายทั่วไป ส่วนใหญ่จะเดิน ต้มโอเลี้ยงไม่ใส่น้ำตาล เมื่อก่อนดื่มเหล้าสุบบุรี ตอนนี้มีอายุเลิกเหล้าแล้ว...”

(สนทนากลุ่ม K33 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

“ตอนนี้ไขมันสูงแต่ไม่เคยใช้ยา ดูแลอาหาร แต่ก่อนชอบทานข้าวมันไก่โดยเฉพาะหนังและขาหมู แต่ปัจจุบันพยายามจำกัดเนื้อสัตว์ไม่ทานวิตามินเวลาทานเยอะจะมีปัญหาเรื่องปัสสาวะ จะใช้ยาไทยเช่น กล้วยดิบ ขมิ้นชัน...”

(สนทนากลุ่ม K2 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564)

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางราย เมื่อพบแพทย์เป็นประจำแล้วไม่พบความผิดปกติก็จะทานอาหารทุกอย่างตามที่ชอบ ดังบทสนทนาดังต่อไปนี้

“ไปหาหมอบประจำ ไม่มีไขมัน ไม่เป็นเบาหวาน ... ชอบขาหมู ชอบขนมหวาน ทองหยอด ทองหยิบ เม็ดขนุน เผือก วันไหนไม่ได้ทานขนมหวานมันจะโหยๆ ทานผลไม้ กับผักต้มบางอย่าง...”

(สนทนากลุ่ม K9 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างบางรายไม่ได้ไปพบแพทย์เลย แต่กลุ่มตัวอย่างใช้การดูแลสุขภาพทางเรื่องอาหารและโภชนาการทดแทนดังบทสนทนา

“ไม่เคยเข้าโรงพยาบาลเลย ควบคุมอาหารนิดหน่อย ของมัน ปลาหมึกไม่ทาน ไม่ทานแป้งทอด ไม่เคยไปเซ็คหม้อ ทำงานถือว่าเป็นการออกกำลังกายแล้ว”

(สนทนากลุ่ม K16 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางราย พบแพทย์เป็นประจำและแพทย์แนะนำให้ควบคุมและดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการแต่ไม่สามารถทำได้ จึงยินยอมที่จะทานยาเยอะๆ ควบคู่กับการฉีดยาเพื่อควบคุมโรคดังบทสนทนา

“ไม่ค่อยดูแลสุขภาพ แต่ไปหาหมอเป็นประจำได้ 20 กว่าปีแล้ว อาหารช่วยให้สุขภาพดีแน่นอน แต่เราปฏิบัติไม่ได้ ที่เค้าห้ามทานเรายังทานอยู่ ทานหมดทุกอย่าง แต่เรื่องหวานลดลงไปได้ หมอให้ทานข้าวน้อยเพราะน้ำตาลจะขึ้น แต่ไม่อิ่มเลยต้องทานอยู่ดี เลยต้องฉีดยา มาได้ 5 ปีแล้ว ยังทานตามใจตนเองอยู่ ทานยาเยอะเป็น กำมือ 6-7 เม็ดต่อมื้อ ฉีดยาเองด้วย...”

(สนทนากลุ่ม K26 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

จะเห็นได้ว่า ความถี่ในการพบแพทย์ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผลตรวจและภาพรวมของสุขภาพจากความเห็นของแพทย์จะส่งผลถึงการตัดสินใจในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเอง ซึ่งการเลือกปฏิบัติตนจะส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาจากอาหารและโภชนาการ ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนที่หลากหลายซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญที่จะศึกษาในขั้นตอนต่อไป

ความรู้ทางโภชนาการ

จากบทสนทนากลุ่มทำให้เราทราบว่า ส่วนมากกลุ่มตัวอย่างมีความเกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการอยู่บ้างแล้ว ซึ่งจะเป็นข้อมูลในลักษณะอะไรที่ควรทานและอะไรที่ไม่ควรทานหรืออาหารประเภทใดควรลด/ละ/เลิก รวมถึงอาหารประเภทใดดีต่อสุขภาพมีโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างหลายคนระบุว่า ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการที่รู้เป็นข้อมูลหรือความรู้เดิมที่รู้อยู่แล้ว ผู้สูงอายุจำเป็นต้องดูแลตนเองโดยการศึกษาค้นคว้าความรู้ด้วยตนเอง โดยหาข้อมูลจากการอ่านหรือดูจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น ข่าว สารคดี YouTube ยังพบอีกว่า นอกจากข้อมูลที่หาเองแล้วยังมีข้อมูลที่มาจากเพื่อนส่งให้อาทิ ข้อมูลที่ส่งทางแอปพลิเคชันไลน์ YouTube ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะประเมินและพิจารณาเองว่าข้อมูลนี้เชื่อถือได้หรือไม่และสั่งสมเป็นข้อมูลความรู้ไว้และสำหรับไว้ใช้ในการเลือกปฏิบัติดังตัวอย่างบทสนทนาดังต่อไปนี้

“YouTube ข้อมูลอาหารสุขภาพได้รับการส่งต่อมาจากเพื่อน อะไรดีก็ส่งต่อกันมา จะเลือกเชื่อบางอย่าง ลองทำตามในสิ่งง่ายๆ...”

(สนทนากลุ่ม K19 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ข้อมูลอาหารสุขภาพเดิมรู้ยู่บ้างแล้วตั้งแต่สมัยเรียนและดู YouTube ตามที่เพื่อนส่งมาให้...”

(สนทนากลุ่ม K34 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ควรรู้ข้อมูลอยู่แล้ว ดูจาก YouTube เพื่อนส่งมาเรื่อยๆ...”

(สนทนากลุ่ม K36 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

“ความรู้โดยทั่วไป จะบอกถึงประโยชน์ของอาหารอยู่แล้ว ข้อมูลจากสารคดี ต้องรู้เอง ศึกษาเอง...”

(สนทนากลุ่ม K33 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

ในขณะที่หลายคนระบุว่าคำแนะนำเพื่อนโดยตรง เพื่อนจะไม่เชื่อเพราะไม่ใช่แพทย์ จึงเป็นข้อสังเกตที่ว่า หากตัวกลุ่มตัวอย่างเองเป็นผู้ให้ความรู้หรือเป็นผู้บอกเพื่อนโดยตรง กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเพื่อนจะไม่เชื่อ ในขณะที่ถ้าเพื่อนส่งข้อมูลที่มีผู้ทำอยู่แล้วมาให้กลุ่มตัวอย่าง ไม่ว่าจะ เป็นภาพ เป็นวิดีโอ กลุ่มตัวอย่างจะศึกษาข้อมูลและพิจารณาข้อมูลนั้นและมีโอกาสเชื่อและปฏิบัติตามดังบทสนาดังต่อไปนี้

“บอกเพื่อนเรื่องสุขภาพ เพื่อนอาจจะไม่เชื่อ เพราะเราไม่ใช่หมอเค้าจะไม่เชื่อ จะเชื่อความคิดตัวเอง...”

(สนทนากลุ่ม K34 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

“บอกเพื่อนเรื่องสุขภาพ เพื่อนอาจจะไม่เชื่อ เพราะเราไม่ใช่หมอ...”

(สนทนากลุ่ม K35 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

อีกประเด็นคือ ข้อมูลที่มาจากพ่อแม่และข้อมูลที่มาจากบุตรหลาน กลุ่มตัวอย่างบางรายจะเชื่อข้อมูลจากสิ่งที่พ่อแม่เคยสอนมาในอดีตแต่จะไม่เชื่อลูกหลาน ในขณะที่ในบางครอบครัวแล้วก็จะเชื่อลูกหลานดังบทสนทนาต่อไปนี้

“ข้อมูลสุขภาพ บอกจากรุ่นสู่รุ่น...”

(สนทนากลุ่ม K32 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

“ให้รักษาสุขภาพทำตามหมอบอก ทำตามลูกบอก สิ่งไหนดีลูกซื้อมาให้...”

(สนทนากลุ่ม K12 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“เด็กมาชี้หน้าไม่ได้ มีแต่ผู้ใหญ่บอกเด็ก บอกลูกหลาน แต่บอกลูกน้อง ลูกน้องไม่เชื่อเพราะเราไม่ใช่หมอ ต้องโดนกับตัวเอง...”

(สนทนากลุ่ม K33 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

นอกจากนี้ ข้อมูลอีกส่วนหนึ่งคือมาจากแพทย์แนะนำว่า กลุ่มตัวอย่างควรปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการอย่างไร หรือผู้มีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ โดยข้อมูลดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างจะใช้ในการพิจารณาเลือกอาหารที่จะรับประทานในบางมื้อ

“ผู้สูงอายุเวลาจะฟังใครเนี่ยเค้าจะฟังจากผู้เชี่ยวชาญด้านอาหาร หมอพวกเนี่ย เค้าจะเชื่อคนที่ชำนาญเค้าถึงจะเชื่อ พวกที่มีความเชื่อเก่าๆต้องคนที่มีความรู้มาให้ความรู้ใหม่ๆ...”

(สนทนากลุ่ม K42 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“ให้ความรู้เค้า ประโยชน์ที่ได้ ต้องเป็นผู้มีอิทธิพล ผู้นำ อย. (องค์การอาหารและยา) หมอ หัวหน้าครอบครัว ต้องบอกถึงโทษด้วย ทำให้เค้าเชื่อ ยกตัวอย่างให้เห็นว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับเค้าและครอบครัว สื่อโทรทัศน์ช่วยเยอะ...”

(สนทนากลุ่ม K43 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“หมอบอกให้ ทานปลา ห้ามทานเนื้อสัตว์ ทานผักเยอะๆ งดของหวาน...”

(สนทนากลุ่ม K26 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“หมอลือลดอาหารหวาน มัน เค็ม /ของที่ชอบ นานๆทานที ทานบ้างแต่น้อยลง...”
(สนทนากลุ่ม K24 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“ทำตามทีหมอนแนะนำทุกอย่างทานแต่ปลา ไม่ทานไก่มาหลายปีแล้วทานจืดๆ...”
(สนทนากลุ่ม K12 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ให้หมอนแนะนำผู้สูงอายุเมื่อก่อนหมอนแนะนำไม่ให้ทานเค็มตอนนี้คือไม่ทานเลย”
(สนทนากลุ่ม K10 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“อาหารลักษณะที่ดีต่อสุขภาพคือ พวกผักผลไม้ เน้นไม่รสจัด ไม่ปรุง ไม่ทานเผ็ด
จะได้ไม่เป็นโรคไตและลดความดันด้วย อ่านจากพวกความรู้ทั่วไป ศึกษาเองและหมอบอก...”
(สนทนากลุ่ม K30 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

“ปกติ 3เดือนจะไปหาหมอ... ทำตามทีหมอบอก ไม่ทานเค็ม ไม่ทานหวาน ไม่
ทานเผ็ด ตามทีหมอนห้าม...”
(สนทนากลุ่ม K13 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ดูแลเรื่องอาหารเลือกทาน เลี่ยงอาหารไขมันเยอะๆ เพราะหมอบอกว่าไตรกลี
เซอรไนด์สูง ตามทีหมอบอก ไปหาหมอบีละ 2 ครั้ง...”
(สนทนากลุ่ม K41 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

จากตัวอย่างบทสนทนาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การมีความรู้เกี่ยวกับอาหารและ
โภชนาการมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลถึงการตระหนักรู้
แนวคิดเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ วิธีการในการดูแลและปฏิบัติตน ซึ่งยังส่งผลไปยังกลุ่มเพื่อน
และสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย การหาและศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการเป็นสิ่งที่
กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมองว่ามีความจำเป็นและความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง อย่างไรก็ตาม
ยังไม่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีข้อมูลที่ได้รับมาจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือหน่วยงานใด

ความถี่ในการออกกำลังกาย

เมื่อเทียบระหว่างอาหารและการออกกำลังกายว่าอะไรดีต่อสุขภาพมากกว่ากัน พบว่า มีคำตอบที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็น อาหารสำคัญกว่าการออกกำลังกายมีจำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.67) การออกกำลังกายสำคัญกว่าอาหารมีจำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.33) หรือ ความสำคัญของอาหารเท่ากันกับการออกกำลังกายมีจำนวนมากที่สุดคือ 25 คน (ร้อยละ 55.56) โดยกลุ่มตัวอย่างบางรายได้ให้มุมมองเพิ่มเติมดังนี้

“อยู่ที่ทานอาหารอะไร ถ้าทานอาหารที่ดีกับสุขภาพ ทานจะดีกว่า แต่ถ้าเราทานอะไรก็ได้ ออกกำลังกายจะดีกว่า ช่วยได้เยอะ ถ้าเราทานซีอิ๊ว...”

(สนทนากลุ่ม K26 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“ขึ้นอยู่กับปัจจัยว่าเราต้องการอะไร ถ้าต้องการลดน้ำตาล เป็นโรคหัวใจ ต้องออกกำลังกาย แต่ถ้าเป็นความดันก็ควบคุมอาหาร อยู่กับปัจจัยตั้งต้นว่าต้องการอะไร ประมาณ 60:40 ขึ้นอยู่กับแต่ละคน...”

(สนทนากลุ่ม K44 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

จากการวิจัยในขั้นตอนนี้พบว่า มีความสอดคล้องถึงผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำได้มีการดูแลและให้ความสำคัญด้านอาหารและโภชนาการ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมองว่า อาหารมีความสำคัญต่อสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 21 คนระบุว่า โดยปกติหนึ่งในวิธีการดูแลสุขภาพตนเองคือ การดูแลและให้ความสำคัญเรื่องอาหารและโภชนาการ ทานอาหารให้หลากหลาย ควบคุม/ลด/ละ/เลิกอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และได้มีการออกกำลังกายควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพผ่านทางอาหารและโภชนาการอีกด้วย

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุนั้น ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอาการในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพบแพทย์เป็นประจำ โดยผู้ที่มีภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะดูแลเรื่องอาหารที่จะเลือกทาน นอกจากนี้ความถี่ในการพบแพทย์และความเห็นของแพทย์ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาจากอาหารและโภชนาการ โดยผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนที่หลากหลาย เช่นเดียวกับการมีความรู้เกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลถึงการตระหนักรู้ แนวคิดเกี่ยวกับอาหารและ

โภชนาการ วิธีการในการดูแลและปฏิบัติตน ที่ส่งต่อไปยังกลุ่มเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวด้วย ขณะที่การค้นหาและศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีความเห็นว่ามีค่าจำเป็นและมีความสำคัญต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ ความถี่ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการเลือกรับประทานอาหารและโภชนาการ โดยผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มักจะให้ความสำคัญด้านอาหารและโภชนาการ รับประทานอาหารที่มีความหลากหลาย ควบคุม/ลด/ละ/เลิกอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

ปัจจัยด้านสังคม

การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข

ผลจากการสนทนากลุ่มทั้ง 10 กลุ่มพบว่า ไม่มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มใดหรือรายใดเลยสามารถนึกถึงการสนับสนุนจากสาธารณสุขหรือจากส่วนกลางเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยทั้ง 45 คน ตอบเช่นเดียวกันว่า “ไม่มี” ดังตัวอย่างบทสนทนา

“ไม่มี ไม่มีใครมาแนะนำเรื่องสุขภาพ ต้องดูแลตนเองให้ดีกว่า...”

(สนทนากลุ่ม K33 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

แต่มีบางรายระบุถึงการสนับสนุนเกี่ยวกับอาหารให้กับประชาชนโดยรวมเช่น โครงการคนละครึ่งทำให้อาหารถูกลง หรืองานเทศกาลอาหารที่จัดขึ้นในบางช่วงของปี แต่ไม่สามารถหาความเชื่อมโยงถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้มีการแนะนำนโยบาย/วิธีที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ดีต่อสุขภาพดังบทสนทนาต่อไปนี้

“1. หน่วยงานที่มีหน้าที่ต้องแคมเปญ (campaign) ให้รู้ว่าสิ่งไหนที่เหมาะสมร่างกายในวัยต่างๆกัน ต้องให้ความรู้ 2. ต้องใช้ภาษาที่ทุกคนเข้าใจง่ายๆ สื่อสารง่าย 3. ต้องรองรับตลาดที่ค้นหาได้ใกล้ๆตัว เพราะกลุ่มคนมีระดับรายได้ต่างกัน 4. ถ้าเข้าถึงผักปลอดสารไม่ได้ ต้องให้วิธี คลีน กับเค้า ต้องบอกว่าทำยังไง โดยต้นทุนต่ำมาก ซื้อมักทั่วไป ก็สามารถทำคลีน ได้ แต่เราต้องรู้ว่าทำอย่างไร ต้องเอาผักไปแช่ ปล่อยให้น้ำไหล 5 นาที แล้วมาแช่เกลือเม็ด 3 นาทีกับน้ำแข็ง แล้วหยิบมา สารพิษที่ติดอยู่ คลีน ไปได้ 70% 5. คนไทยชอบลดแลกแจกแถม ให้ห้างที่คนชั้นกลางเข้าเช่น บิ๊กซี โลตัส ให้จัดการลดแคมเปญที่คนทั่วไปเข้าถึงได้...”

(สนทนากลุ่ม K44 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“อยากให้มีสวัสดิการปลูกผักให้แล้วเอามาแจก...”

(สนทนากลุ่ม K5 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564)

“การให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ ทำเป็นภาพให้คนแก่รู้ เพราะพูดแล้วเข้าใจยาก โควิดทำให้เป็นการตื่นมา ทำให้คนแก่เข้าใจง่าย รู้ว่าโควิดติดยังไงเวลาออกไปนอกบ้าน ตอนแรกดูไม่เข้าใจพอทำให้เป็นการตื่นแล้วเข้าใจ อธิบายว่าทำไมจึงติดโควิด เคยอธิบายให้แม่ค้าที่ตลาดคลองเตยฟังด้วย...”

(สนทนากลุ่ม K15 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ให้เน้นทำสารคดีให้ผ่านตาบ่อยๆ จะได้เกิดจิตสำนึก เห็นความสำคัญ ให้ออกทีวี ให้แทรกฉายในรายการฮิตๆ...”

(สนทนากลุ่ม K34 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ทำสื่อออกมาให้น่าสนใจและเข้าใจง่าย...”

(สนทนากลุ่ม K17 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“การให้ความรู้ผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ ควรทำสื่อให้เห็นเรื่อยๆ ให้เห็นอย่างสม่ำเสมอ ตัวหนังสือเล็กๆคนแก่อ่านไม่ออก แต่ควรทำภาพให้วิ่งไปมา ที่ผ่านมา ดูจากใน YouTube ที่เพื่อนส่งมา อธิบายภาพไขมันอุดตันในเส้นเลือด เลือดผ่านไม่ได้ เส้นเลือดแตก...”

(สนทนากลุ่ม K18 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ควรทำหนังสือสารคดีออกมาให้ดู ให้เห็นถึงเหตุจากอันนี้ จะส่งผลถึงอันนี้ ทานของดี ร่างกายก็จะดี ทานมันหมูของทอด ไขมันก็จะเข้าไปในเส้นเลือด วาดรูปให้เค้าเข้าใจง่ายๆทั้งการเป็นสโตรก (Stroke) หรือ หลอดเลือดอุดตัน ไม่ต้องเน้นวิชาการมาก เห็นแล้วจะได้เข้าใจง่าย...”

(สนทนากลุ่ม K19 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ผู้วิจัยจะพบข้อมูลการนำเสนอความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการให้กับผู้สูงอายุจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข แต่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถรับรู้หรือจดจำข้อมูลในส่วนนี้ได้ แต่จะระบุว่า เป็นข้อมูลที่รู้อยู่แล้วแต่เดิม รวมถึงเป็นข้อมูลที่เพื่อนส่งให้ ข้อมูล

จาก YouTube จึงทำให้เห็นได้ว่า ยังขาดความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุและการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ โดยควรเลือกช่องทางและวิธีการสื่อสารให้เหมาะสม อีกทั้งการรณรงค์ให้มีการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงอาหารที่ดีต่อสุขภาพได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้เมื่อเราเปรียบเทียบกับนโยบายจากทางหน่วยงานสาธารณสุขของสิงคโปร์จะพบว่า การสนับสนุนและการรณรงค์ให้เกิดเป็นรูปธรรม อาทิ กระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์ได้จัดทำแผนสำหรับผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการ “I feel young in my Singapore!: Action plan for successful ageing” ได้มีการพัฒนาคู่มืออาหารราคาประหยัดและดีต่อสุขภาพตัวเลือกอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และยังส่งไปปลิวเกี่ยวกับการส่งเสริมการขายไปยังบ้านของผู้สูงอายุ เน้นให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ราคาประหยัด นอกเหนือจากนี้ ยังมีมาตรการคุ้มครองสิทธิในการจ้างงานของผู้สูงอายุ โดยมีการให้ค่าครองชีพด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุ ในขณะที่การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นมาตรการที่สำคัญของรัฐบาลสิงคโปร์ที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่รัฐบาลให้ความช่วยเหลือในโครงการ “Senior Home Care (SHC)” เป็นบริการที่รู้จักกันในชื่อว่า “Home help” เริ่มต้นใน ค.ศ. 1998 โดยการจัดบริการของ SHC จะมีบริการทั้งที่เรียกว่า SHC (Meals and Escort/Transport) ซึ่งมีบริการจัดส่งอาหารไปยังบ้าน และยังมีบริการป้อนอาหารผู้สูงอายุที่ใช้รถเข็นอีกด้วย (Ministry of Health Singapore, 2016) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการที่ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมในสังคม

จากการสนทนากลุ่มจะพบความเชื่อมโยงว่า ข้อมูลความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจะมีการแลกเปลี่ยนกันในหมู่เพื่อนฝูงผ่านทาง การสนทนาผ่านทางแอปพลิเคชัน โดยบางครั้งเป็นการส่งข้อมูล วิดีโอ หรือ YouTube มาให้กัน โดยส่งต่อกันมาเรื่อยๆ จากกลุ่มสู่กลุ่ม ทั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุได้มีการรับส่งข้อมูลดังกล่าวจะมีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการดังตัวอย่างบทสนทนากลุ่มต่อไปนี้

“YouTube ข้อมูลอาหารสุขภาพได้รับการส่งต่อมาจากเพื่อน อะไรดีก็ส่งต่อกันมา จะเลือกซื้อบางอย่าง ลองทำตามในสิ่งง่ายๆ...”

(สนทนากลุ่ม K19 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ข้อมูลอาหารสุขภาพเดิมรู้อยู่บ้างแล้วตั้งแต่สมัยเรียนและดู YouTube ตามที่เพื่อนส่งมาให้...”

(สนทนากลุ่ม K34 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ควรรู้ข้อมูลอยู่แล้ว ดูจาก YouTube เพื่อนส่งมาเรื่อยๆ...”

(สนทนากลุ่ม K36 เมื่อวันที่ 5 ธันวาคม 2564)

นอกเหนือไปกว่านั้น ก่อนที่จะเกิดสถานการณ์โควิด การออกไปทานอาหารกับกลุ่มเพื่อนทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น อาทิ

“ช่วงไม่โควิดออกไปทานข้าวข้างนอกเกือบทุกวัน ทานกับเพื่อน...”

(สนทนากลุ่ม K4 เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2564)

“ทานข้าวกับเพื่อนทานได้เยอะ ทานข้าวคนเดียวมันน่าเบื่อ...”

(สนทนากลุ่ม K19 เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564)

“ก่อนโควิดไปทานข้าวกับเพื่อนทุกวัน ไปคุยกับเพื่อนเราถึงมีอารมณ์ดี...”

(สนทนากลุ่ม K25 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

“(ตอนนี้)ทานข้าวคนเดียว ก่อนโควิด มีไปทานข้าวกับเพื่อน...”

(สนทนากลุ่ม K26 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2564)

ในส่วนของปัจจัยด้านสังคม ผู้วิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ทุกวัย มีความเห็นตรงกันว่า ไม่มีการสนับสนุนจากสาธารณสุขหรือจากส่วนกลางเกี่ยวกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ดีต่อสุขภาพ โดยมีความเห็นสอดคล้องกันว่า ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารและสุขภาพที่ตนเองมีนั้น ไม่ได้มาจากหน่วยงานของภาครัฐ จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ นอกเหนือไปกว่านี้ การเข้าร่วมกิจกรรมหรือมีส่วนร่วมในสังคมยังเป็นจุดเชื่อมโยงผู้สูงอายุกับสังคมสูงอายุที่เกิดขึ้นอีกด้วย

ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ

อาหารทั่วไป อาหารสุขภาพ และ อาหารตามคำแนะนำของแพทย์

จากภาพรวมของการสนทนากลุ่มพบว่า อาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคเป็นประจำ โดยมากจะเป็นอาหารทั่วไป ซึ่งอาหารทั่วไปที่สามารถเข้าถึงได้ในแต่ละกลุ่มรายได้มีราคา รวมถึงแหล่งอาหารที่สามารถเข้าถึงได้ อาหารทั่วไปไม่ได้มีราคาแพงและหายากจนเกินไปเมื่อเทียบกับบางประเทศ โดยอาหารทั่วไปนี้ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างให้ได้ดีมีคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน จากบทสนทนาเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างหลายรายบอกว่าได้ทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ แต่เมื่อเจาะลึกลงในรายละเอียดของอาหาร กลุ่มตัวอย่างส่วนมากใช้วิธีการหลีกเลี่ยง/ลด/ละ/เลิกอาหารหรือวัตถุดิบบางประเภทหรือบางมื้อตามคำแนะนำของแพทย์รวมถึงทำตามข้อมูลที่ได้รับรู้มา ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีส่วนในการตัดสินใจเลือกซื้อและจัดเตรียมอาหาร แม้ว่าจะยังไม่พบรายใดที่ทานอาหารสุขภาพหรือตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเคร่งครัดหรือปฏิบัติทุกมื้อแต่พยายามในการเลือกทานอาหารดังกล่าว ซึ่งได้มีบางกลุ่มให้ความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องของการทานอาหารได้ถือว่าดีแล้ว จะดีกว่าทานอาหารสุขภาพหรืออาหารตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นเรื่องของทานอาหารตามความชอบ ความอยากอาหารและเรื่องของจิตใจประกอบด้วยดังบทสนทนา

“ผู้สูงอายุทานอาหารได้ถือว่าดี จะดีกว่าทานแต่อาหารสุขภาพ...”

(สนทนากลุ่ม K28 K29 และ K30 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

“ผู้สูงอายุทานอาหารได้ถือว่าดี จะดีกว่าทานแต่อาหารสุขภาพแต่ต้องไม่มากเกินไป”

(สนทนากลุ่ม K31 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

“ผู้สูงอายุทานอาหารได้ถือว่าดี จะดีกว่าทานแต่อาหารสุขภาพ อาหารสุขภาพไม่น่าทาน ดูอย่างอาหารเจมันก็จี๊ดเกิน...”

(สนทนากลุ่ม K32 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2564)

โดยเมื่อพิจารณาถึง อาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคเป็นประจำแล้ว พบว่า ประเภทของอาหารที่ทานเป็นประจำจะมีความสัมพันธ์กับความรู้ทางอาหารและโภชนาการและความถี่ในการพบแพทย์ ยิ่งได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจะพบว่า มีโอกาสที่จะใส่ใจ

และเลือกอาหารและโภชนาการให้กับตนเองได้ดีขึ้น โดยที่อาหารจะช่วยในเรื่องร่างกายและจิตใจด้วย

ผู้วิจัยได้พิจารณา สังเคราะห์ และวิเคราะห์ประเด็นตามปัจจัยทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ด้านสังคม และด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ เมื่อพิจารณาจากการสนทนากลุ่มถึงปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่จะส่งผลถึงรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่ควรมีผู้วิจัยพบว่า

1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

1.1 ระบายได้ ไม่มีความสัมพันธ์ในการเข้าถึงอาหารทั่วไป กล่าวคือไม่ว่าจะมีรายได้เท่าไรก็ยังเข้าถึงอาหารได้ แต่หากเป็นอาหารปลอดภัยและอาหารต่อสุขภาพยังมีมุมมองที่มีความสัมพันธ์กับรายได้อยู่ว่า อาหารปลอดภัย/อาหารสุขภาพมีราคาแพงและเกี่ยวเนื่องกับระดับของรายได้แต่สามารถหาอาหารปลอดภัย/อาหารสุขภาพได้หากมีความรู้

1.2 ระดับการศึกษา ยังไม่ได้ศึกษาในชั้นตอนนี้

1.3 สถานภาพด้านการทำงาน ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการ กล่าวคือไม่มีผู้สูงอายุจะเกษียณแล้วหรือทำงานอยู่ก็สามารถเข้าถึงอาหารทั่วไปได้

1.4 สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย พบความสัมพันธ์ระหว่างการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวกับการเตรียมอาหาร การอยู่อาศัยร่วมกับผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุรับหน้าที่ในการจัดเตรียม/ทำอาหาร แม้ว่าส่วนใหญ่จะทานอาหารคนเดียวก็ตาม

2. ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ

2.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบความสัมพันธ์ระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเลือกทานอาหารและโภชนาการ

2.2 ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ พบความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการพบแพทย์และการดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มาจากอาหารและโภชนาการ

2.3 ความรู้ทางโภชนาการ พบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการและการเลือกเตรียม/ทานอาหารและโภชนาการ

2.4 ความถี่ในการออกกำลังกาย พบความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการออกกำลังกายและการเลือกทานอาหารและโภชนาการ

3. ปัจจัยด้านสังคม

3.1 การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลด้านดังกล่าวของประเทศสิงคโปร์แล้วจะเห็นว่าปัจจัยด้านนี้มีความสำคัญและอาจส่งผลถึงความสัมพันธ์ในอนาคต จึงจะศึกษาต่อในขั้นต่อไป

3.2 การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

4. ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ

4.1 อาหารทั่วไป พบความสัมพันธ์ของอาหารทั่วไปที่กลุ่มตัวอย่างทานเป็นประจำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

4.2 อาหารสุขภาพ พบความสัมพันธ์ของอาหารสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างทานเป็นประจำกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

4.3 อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ พบความสัมพันธ์ของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างทานเป็นประจำตามคำแนะนำของแพทย์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

โดยผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะลึกรายบุคคลเพื่อทำความเข้าใจเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยในแต่ละด้านทั้งสี่ด้านในการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 2 ต่อไป

ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รายบุคคล (In-depth interview)

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 2 ของงานวิจัย รวมถึงเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ ซึ่งเป็นความมุ่งหมายข้อที่ 3 ของงานวิจัย โดยคัดเลือกตัวแทนกลุ่มจำนวน 10 คนจาก 45 คน เพื่อทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก รายบุคคล (In-depth interview) และเลือกแบบโควตา (Quota sampling) คือใช้เพศและรายได้ ต่อเดือน ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มของการสนทนากลุ่มในข้างต้นได้แก่

คนที่ 1 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาท

คนที่ 2 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท

คนที่ 3 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท

คนที่ 4 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท

คนที่ 5 เพศชาย รายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป

คนที่ 6 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 0-10,000 บาท

คนที่ 7 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 10,001-20,000 บาท

คนที่ 8 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 20,001-30,000 บาท

คนที่ 9 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 30,001-40,000 บาท

คนที่ 10 เพศหญิง รายได้ต่อเดือน 40,000 บาทขึ้นไป

โดยกลุ่มตัวอย่าง มีความหลากหลายในช่วงอายุโดยผู้เข้าร่วมวิจัยมีอายุระหว่าง 60-84 ปีจำนวน 1 คน 65-69 ปีจำนวน 2 คน อายุ 70-74ปีจำนวน 4 คน 75-79 ปีจำนวน 2 คน อายุ 80ปี และมากกว่า 80 ปีขึ้นไปจำนวน 1 คนตามตารางด้านล่างต่อไปนี้

ตาราง 15 อายุของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล

| | 60-64ปี | 65-69ปี | 70-74ปี | 75-79ปี | 80ปีและมากกว่า 80ปีขึ้นไป |
|------|---------|---------|---------|---------|---------------------------|
| ชาย | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 |
| หญิง | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| รวม | 1 | 2 | 4 | 2 | 1 |

ทั้งนี้ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งออกเป็นได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าจำนวน 2 คน ระดับมัธยมศึกษาหรือปวช.จำนวน 2 คน ระดับปริญญาตรีหรือปวส. จำนวน 5 คนและระดับปริญญาโทหรือสูงกว่าจำนวน 1 คน ตามตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 16 ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล

| | ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า | มัธยมศึกษา/ปวช. | ปริญญาตรี/ปวส. | ปริญญาโท หรือสูงกว่า |
|------|---------------------------|-----------------|----------------|-------------------------|
| ชาย | 1 | 1 | 2 | 1 |
| หญิง | 1 | 1 | 3 | 0 |
| รวม | 2 | 2 | 5 | 1 |

จากผลการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้พิจารณาสังเคราะห์และวิเคราะห์ประเด็นตามปัจจัยทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ด้านสังคม และด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำโดยมีรายละเอียดดังข้อมูลต่อไปนี้

ตาราง 17 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆที่มีต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

| ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีต่ออาหารและโภชนาการที่ ผู้สูงอายุจะได้รับ | ผู้ให้ข้อมูล | | | | | | | | | | รวม | ร้อยละ |
|---|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|--------|
| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 | | |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล | | | | | | | | | | | | |
| ระดับรายได้ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ระดับการศึกษา | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| สถานภาพด้านการทำงาน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ | | | | | | | | | | | | |
| โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ | ✗ | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 8 | 80 |
| ความรู้ทางโภชนาการ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ความถี่ในการออกกำลังกาย | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ปัจจัยด้านสังคม | | | | | | | | | | | | |
| การได้รับการสนับสนุนจาก สาธารณชน | ✓ | ✗ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ | 7 | 70 |
| การมีส่วนร่วมในสังคม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | | | | | | | | | | | | |
| อาหารทั่วไป | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| อาหารสุขภาพ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |

ตาราง 18 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับความสำคัญของปัจจัยด้านต่างๆที่มีต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

| ความสำคัญของปัจจัยที่มีต่อ อาหารและโภชนาการ | ผู้ให้ข้อมูล | | | | | | | | | | รวม | ร้อยละ |
|--|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|--------|
| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 | | |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล | | | | | | | | | | | | |
| ระดับรายได้ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ระดับการศึกษา | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| สถานภาพด้านการทำงาน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ | | | | | | | | | | | | |
| โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ | ✓ | ✓ | ✗ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 9 | 90 |
| ความรู้ทางโภชนาการ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ความถี่ในการออกกำลังกาย | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ปัจจัยด้านสังคม | | | | | | | | | | | | |
| การได้รับการสนับสนุนจาก สาธารณสุข | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| การมีส่วนร่วมในสังคม | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | | | | | | | | | | | | |
| อาหารทั่วไป | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| อาหารสุขภาพ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

จากข้อมูลตาราง 17 และตาราง 18 พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความคิดเห็นว่าปัจจัยด้านส่วนบุคคลคือ ระดับรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพด้านการทำงานและสถานภาพด้านที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับและปัจจัยด้านดังกล่าวผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเห็นว่ามีผลสำคัญต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับอีกด้วย ผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อคิดเห็นในแต่ละหัวข้อดังบทสนทนาต่อไปนี้

ระดับรายได้

จากบทสัมภาษณ์จะเห็นได้ว่าผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับรายได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญและมีความสัมพันธ์ต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยสุขภาพที่เกิดจากอาหารและโภชนาการมีความสัมพันธ์จากรายได้ของผู้สูงอายุดังตัวอย่างบทสนทนาต่อไปนี้

“ถ้ามีรายได้ดีเราเลือกสรรได้ ถ้ามีรายได้ไม่ดีเราก็เหมือนกับอะไรก็ได้ก็ง่าย ๆ นะคะ ถ้ามีรายได้ดีเราถึงได้เลือก เพราะโลกมันเปลี่ยนแปลงแล้วทำให้เราเข้าใจว่าจะต้องเลือกสรรเรื่องอาหาร”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“รายได้มันก็ต้องเกี่ยวข้องกัน ปกติเคยมีรายได้อยู่ประจำแล้วพอเกษียณแล้วรายได้ไม่มี จะทานจะอยู่ผมว่ามันก็เกี่ยวข้องกันไม่มากก็น้อยเพราะว่ามันอยู่ที่รายได้ เพราะว่าอาจจะต้องประหยัดค่าใช้จ่ายตัวเอง”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K10 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2565)

ระดับการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยหลายท่านให้ความคิดเห็นว่าการศึกษาระดับการศึกษาของผู้สูงอายุจะส่งผลถึงความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับทั้งจากการศึกษาในอดีตและความสามารถในการรับรู้ข้อมูลในปัจจุบันดังตัวอย่างบทสนทนาด้านล่าง

“ระดับการศึกษาคิดว่ามีส่วนให้ทำให้ความรู้ด้านอาหารโภชนาการดี บางครั้งประเภทอาหารโภชนาการก็เปลี่ยนแปลงไปตามยุคตามสมัย การได้ข่าวสาร ได้สนใจเรื่องโภชนาการของเรา ระดับการศึกษาก็สำคัญ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

สถานภาพด้านการทำงาน

จากผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 การสัมภาษณ์แบบรายกลุ่มพบว่า ไม่ว่าจะสถานภาพด้านการทำงานหลังอายุ 60 ปีเป็นแบบใด กลุ่มตัวอย่างยังสามารถเข้าถึงอาหารทั่วไปได้โดยไม่พบปัญหา ส่วนหนึ่งคือมีลูกหรือคู่/คู่สมรสดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายด้านอาหาร อีกส่วนหนึ่งคือมีเงินเก็บจาก

การทำงานก่อนเกษียณ โดยที่อาหารทั่วไปที่สามารถเข้าถึงได้แต่ละกลุ่มรายได้มีราคาที่สามารถเข้าถึงได้ อาหารทั่วไปไม่ได้มีราคาแพงและหายากจนเกินไป แต่มีสัมภาระณ์เราจะเลือกรายบุคคลในขั้นตอนที่ 2 แล้วนั้นผู้เข้าร่วมวิจัยได้ให้ความคิดเห็นในมุมมองด้านอื่นที่นอกเหนือไปจากการได้มาซึ่งรายได้เพื่อใช้ในการดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการแต่จะเป็นประเด็นต่างๆเช่น เรื่องของเวลาในการดูแลตัวเองว่ามีเวลาในการดูแลตนเองหลังเกษียณมากกว่าตอนที่ยังทำงานอยู่ หรือขณะที่ทำงานอยู่ช่วยให้ได้มีความรู้มากกว่าตอนที่เกษียณแล้วซึ่งผลต่อความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ

“ในขณะที่ทำงาน โดยทั่วไป คนเราไม่ค่อยที่จะสนใจเท่าไรให้ให้ความสำคัญแต่เฉพาะเรื่องงาน เรื่องของรายได้ เรื่องของครอบครัวว่าลูกจะเป็นอะไรยังไง แต่พอเกษียณขึ้นมาก็ยังมีความกังวลเรื่องโรคภัยไข้เจ็บใกล้เข้ามา เมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเข้ามา เราก็จะมีความรู้สึกว่ามันจะใช้ ไม่ใช่ใช้ถูกหรือไม่ถูก แล้วก็บางครั้งเนี่ยพรรคพวกนึกแล้วเค้าเสียดายว่า สิบบีที่ผ่านมา เขาไม่น่าจะเป็นแบบนี้เลย ถ้าเค้าเลือกกลับไปได้ จะพยายามทานอะไรที่มันดีขึ้นมา ก่อนเกษียณเนี่ยต้องเรียกว่าไม่ค่อยดูแลเลย แต่การว่าเกษียณเนี่ยเริ่มจะมารู้ว่า จริงๆสำคัญเรื่องการดูแล”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“ทำงานอยู่หรือเกษียณก็มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับอาหาร เพราะว่าอย่างเช่นเวลาเราไปทำงานเนี่ย เราก็อาจจะเลือกทานอาหารที่มันด่วน เพราะไม่มีเวลาเห็นค่าแต่ถ้าเราเกษียณแล้วเนี่ย จะมีเวลาได้ทำทานเองบ้างก็อาจจะได้อาหารที่ดีขึ้น”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K2 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565)

“ตอนเรายังทำงานอยู่ เราไม่มีเวลาทำอาหารก็ซื้อๆมาบางที่มันก็ไม่ค่อยดี พอไม่ได้ทำงานแล้วเราทำอาหารเองได้”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

“เกษียณแล้ว เราอยู่แต่ในบ้านไม่ค่อยได้ทราบอะไร แต่ถ้าเราทำงาน ได้รู้ได้เห็นได้เข้าใจ... อยู่บ้านมันเหมือนกับว่า จำเจอยู่ยังไงก็อย่างนั้นไม่เคยใช้รับสื่ออะไรแต่ถ้าออกไปนอกบ้าน มันก็ให้เห็นได้รู้ได้เข้าใจ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย

ข้อมูลและความคิดเห็นด้านสถานภาพด้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั้งในมุมการอยู่คนเดียวและการอยู่ร่วมกับคู่/คู่สมรส ลูกหลาน และ/หรือญาติพี่น้องมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์ต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับดังบทสนทนาต่อไปนี้

“สภาพการอยู่อาศัย อยู่หลายคนในครอบครัวจะช่วยกันค่ะ ยิ่งถ้าอยู่กับลูกเมียนานแล้วเป็นครอบครัวใหญ่ แล้วถ้าเป็นลูกที่มีการศึกษา เขาก็จะช่วยดูแล แต่ถ้าอยู่คนเดียวเนี่ย คนเราทำจะคิดแบบอะไรก็ได้ ไม่ค่อยดูแลอะไรมาก ยกเว้นอาจมีบางคนพิถีพิถันมาก แต่ผมคิดว่าน้อยมาก ผมว่าโดยส่วนใหญ่เนี่ยอะไรก็ได้แบบง่ายๆเพราะสะดวก”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“อยู่คนเดียวอาจจะทำง่าย ๆ แต่ว่าหากมีสองคนสามคนหรือไปเราก็ต้องจัดการอาหารเพิ่มมากขึ้น”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K2 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565)

“ถ้าอยู่กันหลายคน อาหารก็หลากหลาย ถ้าอยู่คนเดียว ก็ง่ายๆสบายๆ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K7 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565)

“ถ้าอยู่เป็นครอบครัวได้อาหารและโภชนาการดีกว่า คิดว่าสำคัญทำให้เราให้รู้ขึ้น ถ้าอยู่คนเดียวเหมือนกับมันแคบ อยู่คนเดียวเป็นกรอบสี่เหลี่ยมที่ไม่ค่อยรู้อะไร แต่ถ้าอยู่กันเป็นครอบครัวก็จะารู้ให้เข้าใจ ก็ช่วยให้เราเปลี่ยนแปลงด้วย ถ้าอยู่คนเดียวอะไรก็ไม่เปลี่ยน ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง นอกจากสิ่งแวดล้อมมันจูงให้เราได้เปลี่ยน”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“ถ้าเราอยู่คนเดียวเราทานอะไรก็ได้ ถ้าเราอยู่หลายๆคนก็จะเลือกอาหารที่เหมาะสมหลายๆคน”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

“พอเกษียณแล้วเนี่ยความรู้สึกว่ามันเงียบเหงา ถ้าเกิดยังไม่มียุ้ยไม่มีหลาน ไม่ได้มีครอบครัว อาหารบางคนอาจจะทานน้อยลง อาจต้องเก็บออมไว้ใช้ถ้ายังอยู่คนเดียว อาหารอะไรที่เคยมีพิธีรีตองมากอาจจะลดลงไป อาจจะทำอะไรๆแต่ถ้าหากว่าเรามีครอบครัวอยู่แต่ยังมาทำทานกันคุยกัน เกิดไปอยู่คนเดียวอาจจะอาหารตามสั่งหรือว่าก๋วยเตี๋ยวชามเดียวจบ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K10 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2565)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านส่วนบุคคล พบว่า ระดับรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพ ด้านการทำงานและสถานภาพด้านที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ ในส่วนของสถานภาพด้านการทำงานนั้น กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักมีความคิดเห็นในมุมมองด้านอื่นที่นอกเหนือจากการได้มาซึ่งรายได้เพื่อใช้ในการดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ อาทิ เวลาในการดูแลตัวเอง ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า สถานภาพที่อยู่อาศัย อาทิ การอยู่คนเดียว การอยู่กับบุคคลในครอบครัว ส่งผลต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า ในภาพรวมผู้เข้าร่วมวิจัยมีความคิดเห็นว่าเป็นปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความถี่ในการพบแพทย์ ความรู้ทางโภชนาการและความถี่ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สำหรับเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายให้ความคิดเห็นตรงกันว่ามีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างไม่สงสัย

ความถี่ในการพบแพทย์

โดยมากผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความเห็นว่าความถี่ในการพบแพทย์มีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ

“แน่นอนอยู่แล้ว คำแนะนำของหมอถือว่าเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K10 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2565)

ในขณะที่บางรายให้ความคิดเห็นที่แตกต่างว่า แพทย์ไม่ค่อยได้มีการแนะนำเรื่องอาหารและโภชนาการเท่าไรนักและไม่ค่อยได้ไปพบแพทย์แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยยังสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดีตามบทสนทนาดังต่อไปนี้

“การพบแพทย์บ่อยไม่ได้ทำให้เราได้อาหารดีขึ้น เราต้องเข้าใจมากกว่าจะได้ทำให้เราได้อาหารดีขึ้น การที่เราสนใจเรื่องสุขภาพ และการที่เราใฝ่รู้ และต้องเรียนรู้จากตัวเองด้วยนะ หมอเค้าไม่ค่อยแนะนำเท่าไร เค้าอาจจะเวลาไม่พอที่จะมาแนะนำเรา บางทีเค้าห้ามอย่างนั้น อย่างนี้แต่เราต้องรู้ว่าการห้ามคืออะไรเราต้องเข้าใจด้วย คือถ้าเราตามเค้าแต่เราไม่เข้าใจเราก็ทำไปอย่างนั้น เค้าบอกมา เราก็ต้องใส่ใจไปค้นคว้าหรือใส่ใจที่จะรู้มันก็ทำให้เราเข้าใจขึ้น ผู้สูงวัยถ้าเข้าใจขึ้นจะมีวินัย ถ้าฟังจากหมอแล้วทำๆ เราก็จะเบื่อกว่าไม่อยากทำ แต่ถ้าเราเข้าใจเราจะมีวินัย มันใช่เลยๆ เราก็จะทำ ยิ่งเข้าใจ ยิ่งทำ ยิ่งมีวินัย”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“หมอมไม่เคยแนะนำเรื่องอาหารเลย... แต่เมื่อก่อนตอนเป็นเบาหวานใหม่ๆ หมอบอกให้หยุดดื่มกาแฟหรืออินวัน บ้าหยุดเลย น้ำตาลลดฮวบเลย ก็ไม่ได้ไปหาหมอบ่อย”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

ความรู้ทางโภชนาการ

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายให้ความคิดเห็นตรงกันว่า ความรู้ทางโภชนาการมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมวิจัยบางรายมีความคิดเห็นเพิ่มเติมในบางประเด็นดังต่อไปนี้

“บางทีคนเราค่อนข้างมีความรู้(เรื่องอาหารโภชนาการ)แต่ก็ทานตามใจปากอยู่ดี”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

“บางคนมีความรู้ทางโภชนาการแต่ติดเรื่องรายได้ อย่างถ้าเรามีความรู้ทางโภชนาการและมีรายได้ก็กล้าซื้อของที่มิประโยชน์ แต่ถ้ารายได้ไม่มี คุณจะไปซื้อได้อย่างไร ถึงมีความรู้แต่รายได้ก็ยังไม่สำคัญ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K10 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2565)

ความถี่ในการออกกำลังกาย

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายให้ความคิดเห็นตรงกันว่า ความถี่ในการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างไม่สงสัย โดยการออกกำลังกายควรทำสม่ำเสมอควบคู่กับการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยมีตัวอย่างบทสนทนาดังนี้

“การออกกำลังกายต้องทำควบคู่กัน อย่างใดอย่างหนึ่งมันก็ไม่ได้ แต่จริงๆ ออกกำลังกายแต่ถ้าโภชนาการไม่ดีก็ไม่ได้ผลอะไร ทำให้เราล้าไม่มีแรง ผู้สูงวัยควรทำทั้งสองอย่าง ถ้าเลือกอย่างเดียวคือเลือกออกกำลังกาย ถ้าทานอาหารธรรมดาไม่เคร่งมากก็ออกกำลังกายช่วย ถ้าคนเข้าใจเค้าจะเลือกทำทั้งสองอย่าง”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

ในส่วนของปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุนั้น กลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความคิดเห็นตรงกันว่า โรคติดต่อไม่เรื้อรัง ความถี่ในการพบแพทย์ ความรู้ทางโภชนาการ ความถี่ในการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสังคม

ผู้วิจัยทำการศึกษาปัจจัยด้านสังคมคือเรื่องการได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมว่ามีความสำคัญและ/หรือมีความสัมพันธ์ต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุหรือไม่อย่างไรดังนี้

การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข

จากผลการวิจัยในขั้นตอนที่ 1 การสัมภาษณ์แบบบทสนทนากลุ่ม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในปัจจุบัน โดยกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถนึกถึงการสนับสนุนจากสาธารณสุขด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุได้เลย แต่เมื่อพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลด้านดังกล่าวของประเทศสิงคโปร์แล้วจะเห็นว่าปัจจัยด้านนี้มีความสำคัญและอาจส่งผลถึงความสัมพันธ์ในอนาคต จึงจะศึกษาต่อในขั้นตอนที่ 2 นี้และจากข้อมูลในเรื่องความสัมพันธ์และความสำคัญของปัจจัยต่างๆที่มีต่ออาหารและโภชนาการพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 10 รายมีความคิดเห็นว่ปัจจัยด้านสังคมเรื่องการได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขที่จริงแล้วมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มี โดย 7 รายมีความ

คิดเห็นว่า หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขในด้านอาหารและโภชนาการจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นดังบทสนทนาต่อไปนี้

“การสนับสนุนจากสาธารณสุขมันยังห่าง แต่ว่าถ้ามาจากหน่วยงานกองกลางเนี่ยแล้ว ลักษณะของความสามารถที่เข้าถึงได้ ถ้ามันเข้าถึงได้จริงจะดี แต่ว่าปัจจุบันคือยังไม่ได้มีการเข้าถึง(การสนับสนุนจากสาธารณสุข)”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“ถ้าเค้า(หน่วยงานจากสาธารณสุข)มาก็ดี แต่ยังไม่ออก ไม่เห็นมีใครมา”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K4 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565)

“ผมว่ามันห่างนะ เขาไม่มาอยู่ในชีวิตประจำวันของเรา ถ้าเขามีการสนับสนุนก็น่าจะมีความสำคัญทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่ดีขึ้น”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K7 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2565)

“บางทีมีคนมาสอนทำอาหารให้ผู้ใหญ่ สอนเพื่อให้ปรุงอาหารให้อร่อย แต่ไม่ได้สอนให้ลดหวาน มัน เค็ม แต่ถ้าเป็นการให้ความรู้ต้องเน้นว่าเราต้องลดอะไรให้ได้อาหารสุขภาพ ถ้าเค้าจัดให้ความรู้คิดว่าสำคัญ แต่ถ้าสอนทำอาหารทั่วไปไม่ได้ช่วยอะไร”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“ที่นี่ไม่มีใครมาแนะนำอะไร เราต้องดูแลสุขภาพตัวเองด้วยตัวเอง... แต่ถ้าเค้า(หน่วยงานสาธารณสุข)มาทำมันก็สำคัญ ก็อยากให้เค้า(หน่วยงานสาธารณสุข)มาดูแลบ้างเรื่องอาหารคนสูงอายุ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

การมีส่วนร่วมในสังคม

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายให้ความคิดเห็นตรงกันว่า การมีส่วนร่วมในสังคมมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และยังรวมไปถึงการมีส่วนร่วมในครอบครัวดังบทสนทนาดังต่อไปนี้

“ผมคิดว่าสำคัญ เหตุผลคือถ้าสังคมใกล้ตัวมีการแนะนำสิ่งต่างๆเราก็จะคล้อยตาม แล้วถ้าคนในบ้านนี่เป็นคนพอรู้เรื่องโภชนาการด้วยจะยิ่งดี”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“ได้ความรู้ ถ้าผู้สูงวัยอยู่ในกลุ่มก็จะรู้ว่าอันนี้ไม่ควรทานนะ อันนี้มีประโยชน์ อยู่ในในกลุ่มผู้สูงวัย ต่างคนต่างมีความรู้กันมา เค้าก็มาแลกเปลี่ยนกัน คนรับ(ความรู้)ไปก็ต้องรู้ว่าเหมาะกับเราหรือเปล่า บางอย่างเหมาะกับเรา บางอย่างไม่เหมาะกับเรา”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสังคมในประเด็นการได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในสังคม กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีความคิดเห็นว่าการสนับสนุนจากสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะได้รับ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุขในด้านอาหารและโภชนาการจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น โดยที่กลุ่มตัวอย่างทุกรายให้ความคิดเห็นตรงกันว่า การมีส่วนร่วมในสังคมมีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และยังรวมไปถึงการมีส่วนร่วมในครอบครัว

ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ

การศึกษาในปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ ผู้เข้าร่วมวิจัยคิดเห็นว่า อาหารทั้ง 3 ประเภทได้แก่ อาหารทั่วไป อาหารสุขภาพ และอาหารตามคำแนะนำของแพทย์มีความสำคัญและความสัมพันธ์ต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากภาพรวมของการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลมีลักษณะความคิดเห็นเช่นเดียวกันกับการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 1 คือ อาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคเป็นประจำ โดยมากจะเป็นอาหารทั่วไป ซึ่งอาหารทั่วไปที่สามารถเข้าถึงได้ในแต่ละกลุ่มรายได้ ซึ่งเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในชีวิต แต่หากมีรายได้ที่ดีขึ้นควรเลือกอาหารสุขภาพ และถ้าดีต่อสุขภาพที่สุดคือควรเลือกทานอาหารและโภชนาการตามคำแนะนำของแพทย์ ทั้งนี้ผู้วิจัยพบประเด็นที่สำคัญคือ การทานอาหารตามความชอบของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยโดยมากตระหนักรู้ว่า อาหารตามความชอบในบางรายการอาหารอาจจะไม่ดีต่อสุขภาพมากนักซึ่งคือสุขภาพกายแต่จะดีต่อสุขภาพใจ ทำให้ผู้สูงอายุอยากอาหาร ทานอาหารได้มากขึ้นและทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น โดยสิ่งที่สำคัญที่สุดของ

ผู้สูงอายุคือ การทานอาหารได้ หากผู้สูงอายุทานอาหารไม่ได้จะยิ่งแย่อต่อสุขภาพ และผู้สูงอายุทราบว่า อาหารที่ชอบสมควรจะทานแค่บางมื้อเท่านั้น

ผู้วิจัยได้พิจารณา สังเคราะห์ และวิเคราะห์ประเด็นตามปัจจัยทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านบุคคล ด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ด้านสังคม และด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ เมื่อพิจารณาจากการสนทนากลุ่มถึงปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่จะส่งผลถึงรูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครที่ควรมีผู้วิจัยพบว่า

1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

1.1 ระดับรายได้ พบความสัมพันธ์และความสำคัญที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการ

1.2 ระดับการศึกษา พบความสัมพันธ์และความสำคัญที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการ

1.3 สถานภาพด้านการทำงาน พบความสัมพันธ์และความสำคัญที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการ

1.4 สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย พบความสัมพันธ์และความสำคัญที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการ

2. ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ

2.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบความสัมพันธ์และความสำคัญระหว่างโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการเลือกทานอาหารและโภชนาการ

2.2 ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ พบความสัมพันธ์และความสำคัญระหว่างความถี่ในการพบแพทย์และการดูแลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มาจากอาหารและโภชนาการ

2.3 ความรู้ทางโภชนาการ พบความสัมพันธ์และความสำคัญระหว่างความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการและการเลือกเตรียม/ทานอาหารและโภชนาการ

2.4 ความถี่ในการออกกำลังกาย พบความสัมพันธ์และความสำคัญระหว่างความถี่ในการออกกำลังกายและการเลือกทานอาหารและโภชนาการ

3. ปัจจัยด้านสังคม

3.1 การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข พบความสัมพันธ์และความสำคัญที่มีต่อคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการ

3.2 การมีส่วนร่วมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์และความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

4. ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ

4.1 อาหารทั่วไป พบความสัมพันธ์และความสำคัญของอาหารทั่วไปกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

4.2 อาหารสุขภาพ พบความสัมพันธ์และความสำคัญของอาหารสุขภาพกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

4.3 อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ พบความสัมพันธ์และความสำคัญของอาหารตามคำแนะนำของแพทย์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ

4.4 อาหารที่ชอบ พบความสัมพันธ์และความสำคัญของอาหารที่ผู้สูงอายุชอบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ ซึ่งเป็นด้านที่ผู้วิจัยสรุปได้จากการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 เพิ่มเติมและจะใช้เป็นปัจจัยเพิ่มเติมที่จะศึกษาในขั้นตอนการวิจัยลำดับถัดไป ดังข้อมูลที่สรุปไว้ในตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 19 สรุปผลการประชุมสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลในภาพรวม

| ปัจจัยและพฤติกรรม | การส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ | |
|--|----------------------------------|--------------------|
| | สัมภาษณ์แบบกลุ่ม | สัมภาษณ์แบบเจาะลึก |
| ปัจจัยด้านบุคคล | | |
| ระดับรายได้ | ✓ | ✓ |
| ระดับการศึกษา | — | ✓ |
| สถานภาพด้านการทำงาน | x | ✓ |
| สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย | ✓ | ✓ |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ | | |
| โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | ✓ | ✓ |
| ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ | ✓ | ✓ |
| ความรู้ทางโภชนาการ | ✓ | ✓ |
| ความถี่ในการออกกำลังกาย | ✓ | ✓ |
| ปัจจัยด้านสังคม | | |
| การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข | x | ✓ |
| การมีส่วนร่วมในสังคม | ✓ | ✓ |
| ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | | |
| อาหารทั่วไป | ✓ | ✓ |
| อาหารสุขภาพ | ✓ | ✓ |
| อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ | ✓ | ✓ |
| อาหารที่ชอบ | — | ✓ |

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านต่างๆตามหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก 22 ด้านว่า คุณภาพชีวิตแต่ละด้านมีความสำคัญต่อผู้ให้สัมภาษณ์หรือไม่และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านใดบ้างที่สืบเนื่องหรือมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการ เพื่อทำความเข้าใจ โดยผู้วิจัยได้พิจารณาสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตาราง 20 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตตามองค์การอนามัยโลกกับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ

| คุณภาพชีวิตด้านต่างๆ | ผู้ให้ข้อมูล | | | | | | | | | | รวม | ร้อยละ |
|---|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|--------|
| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | K8 | K9 | K10 | | |
| การเจ็บปวดตามร่างกาย | x | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | x | ✓ | x | 6 | 60 |
| กำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| การนอนหลับ | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | 8 | 80 |
| ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | 8 | 80 |
| การมีสมาธิต่างๆในการทำงาน | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | 8 | 80 |
| ความพอใจในตนเอง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | x | 8 | 80 |
| การยอมรับ รูปร่างของตนเอง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |
| ความรู้สึกไม่ดี ความเหงา วิตกกังวล | x | x | ✓ | x | ✓ | x | ✓ | x | x | x | 3 | 30 |
| ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | x | 7 | 70 |
| การต้องไปรักษาพยาบาล | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | 9 | 90 |
| ความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยได้ทำมา | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | x | ✓ | 8 | 80 |
| ความพอใจในการเข้ากับคนอื่น | x | x | ✓ | ✓ | ✓ | x | x | ✓ | ✓ | x | 5 | 50 |
| ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน | x | x | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 7 | 70 |
| ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย | ✓ | x | x | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | 7 | 70 |
| ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ | x | x | x | x | x | x | x | x | ✓ | x | 1 | 10 |
| มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น | ✓ | x | x | x | ✓ | x | ✓ | x | ✓ | ✓ | 5 | 50 |
| พอใจกับสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น | x | ✓ | x | ✓ | ✓ | x | x | x | x | x | 3 | 30 |
| โอกาสในการพักผ่อนคลายเครียด | x | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | x | 6 | 60 |
| สภาพแวดล้อมดีกับสุขภาพมากน้อยขนาดไหน | x | x | x | ✓ | ✓ | x | x | ✓ | ✓ | x | 4 | 40 |
| ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน | x | ✓ | x | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | x | x | 5 | 50 |
| รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | x | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 8 | 80 |
| ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 10 | 100 |

จากตารางดังกล่าวสามารถสรุปข้อมูลเบื้องต้นได้ดังต่อไปนี้

การเจ็บปวดตามร่างกาย

ผู้เข้าร่วมวิจัย 6 ใน 10 คนให้ความคิดเห็นว่า การเจ็บปวดตามร่างกายมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ เนื่องจากร่างกายที่เจ็บปวดนั้นมีส่วนที่เกิดจากอาหารที่ทานเข้าไปหรือการได้รับสารอาหารหรือโภชนาการไม่เพียงพอ ในขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยที่เหลือมองว่า การเจ็บปวดตามร่างกายเกิดจากการทำงาน เช่น ยกของหนัก ทำสวน ผู้วิจัยเห็นว่าการเจ็บปวดตามร่างกายนั้นเกิดจากความเป็นไปได้ทั้งสองประเด็น จึงเห็นควรศึกษาต่อเพื่อยืนยันในการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3

กำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายเชื่อว่า การมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับอาหารและโภชนาการที่ได้รับในแต่ละวันของผู้สูงอายุ

การนอนหลับ

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่คือ 8 ใน 10 คนเชื่อว่า การนอนหลับส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากการทานอาหารในแต่ละวัน หากทานมากหรือน้อยจนเกินไปจะทำให้นอนไม่หลับดังตัวอย่างบทสนทนาใน

“ถ้าทานน้อย นอนไม่หลับ ต้องทานสมดุลกับที่เราเคย ตามปริมาณที่เราเคยทานสัมพันธ์กับการนอนหลับ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K9 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข

ความพึงพอใจในชีวิต สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยแล้วค่อนข้างมองว่าเป็นนามธรรมซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมวิจัยถึง 8 ใน 10 คน เชื่อว่า ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข มีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการดังตัวอย่างบทสนทนาด้านล่าง

“ความพอใจในชีวิตและความสุขในชีวิตมันเป็นอารมณ์ เพราะฉะนั้นคือถ้าเราได้รับอาหารดี ออกกำลังกายได้ ตัวนี้จะตามมา เพราะมันมาจากอารมณ์ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุขจะตามมา”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“วันไหนทานได้เยอะก็มีความสุข คิดว่าสำคัญ วันไหนทานไม่ได้ก็ไม่ดีหน่อย ถ้าวันไหนถูกทำอาหารที่อยากทานให้ทาน ก็ทานได้เยอะหน่อย อาหารที่อยากทานก็ทำให้เรามีความสุข”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K4 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565)

“อาหารเนี่ยทำให้เราไม่เจ็บป่วย อาหารเป็นส่วนหนึ่งของการที่เรามีชีวิตอยู่ ถ้าเราเข้าใจว่าการบริโภคควรบริโภคยังไง ก็ทำให้เราไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ สำคัญคือ ความดัน เบาหวาน คอเลสเตอรอล ถ้าเราไม่มีโรคประจำตัว ก็รู้สึกใช้ชีวิตเราก็โอเคแล้วนะ ก็มีความสุข อาหารทำให้เราไม่มีโรคภัย เมื่อไม่มีโรคภัย ชีวิตก็มีความสุข”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K1 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

การมีสมาธิต่างๆในการทำงาน

จาก 8 ใน 10 คน ของผู้เข้าร่วมวิจัยเชื่อว่าการมีสมาธิต่างๆในการทำงานเกิดจากอาหารที่ทานเข้าไปและมีความสัมพันธ์กันดังตัวอย่างบทสนทนาด้านล่างนี้

“ถ้าเราทานอาหารดีๆ เราไม่ต้องมากังวลเรื่องอาหาร เรื่องสุขภาพ เราจะเป็นอันนั้นอันนี้ ลดความกังวลทำให้เรามีสมาธิ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

“ถ้าเราหิว เราไม่มีสมาธิแล้ว มีความสัมพันธ์”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K9 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

ความพอใจในตนเอง

ความพอใจในตนเองเป็นอีกหนึ่งด้านที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมองว่าเป็นนามธรรม อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า ความพอใจในตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุดังบทสนทนาดังต่อไปนี้

“ทานอาหารได้เยอะ ก็มีความสุข เกิดความพอใจ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K4 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565)

“ป่าเป็นคนทำอาหารเอง เข้าเที่ยงเย็น ป่าถึงพอใจ ทานมือเย็นเสร็จจะคิดแล้วว่า พรุ่งนี้จะทำอะไร การทำอาหารการทานอาหารเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

“อาหารถ้าเราทานเข้าไปแล้วเราก็จะมีสมาธิในการที่จะทำอย่างนั้นอย่างนี้ต่อไป ได้ อาหารที่เราอยากทาน เราได้ทานแล้วนะแล้วเราจะไปทำอย่างอื่นต่างๆได้ เราก็สบายใจ เราก็พอใจค่ะ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K5 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

การยอมรับรูปร่างของตนเอง

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 10 รายให้ความคิดเห็นตรงกันว่า การยอมรับรูปร่างของตนเองมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุได้รับ

ความรู้สึกไม่ดี ความเหงา วิตกกังวล

ในด้านของความรู้สึกไม่ดี ความเหงา วิตกกังวล ผู้เข้าร่วมวิจัย 7 ใน 10 คนมองว่าไม่มีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นควรในการตัดประเด็นนี้ออกดังตัวอย่างบทสนทนาต่อไปนี้

“ความรู้สึกไม่ดีความเหงาความวิตก ตัวนี้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้คนเนี่ยมันมีปัญหา เพราะฉะนั้นคือเท่านี้ปัญหาถ้าวิตกกังวลเนี่ยไม่ว่าคุณจะเป็นบริโภคอาหารหรือโภชนาการ คุณจะไปทำอะไรตัวนี้ก็ยังมีอยู่ แล้วก็ถามว่าสำคัญไหมก็มีส่วนสำคัญแล้วก็ต้องแก้ไขปัญหานี้ก่อนมันสำคัญแต่ว่ามันน่าจะไม่ได้สืบเนื่องจากอาหารที่เราทานมันไม่น่าจะเกี่ยวเนื่องกัน(กับอาหารและโภชนาการ)”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน

ผู้เข้าร่วมวิจัย 7 ใน 10 รายให้ความคิดเห็นว่า ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับพลังงานที่ได้รับจากอาหารและโภชนาการในแต่ละวัน

การต้องไปรักษาพยาบาล

ผู้เข้าร่วมวิจัยจาก 9 ใน 10 รายลงความเห็นว่าการต้องไปรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งเกิดจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุดังตัวอย่างบทสนทนา

“การต้องไปรักษาพยาบาลสืบเนื่องจากอาหารแน่ ถ้าคุณบริโภคอาหารที่ดีคุณก็ไม่ต้องไปรักษาพยาบาล”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

ความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยได้ทำมา

จาก 8 ใน 10 รายของผู้เข้าร่วมวิจัยมองว่า ความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยได้ทำมามีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการที่ผู้สูงอายุได้รับ

ความพอใจในการเข้ากับคนอื่น

แม้ว่าความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมวิจัยแบ่งออกเป็นสองด้านเท่ากัน ไม่ว่าจะมีความพอใจในการเข้ากับคนอื่นมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และอีกด้านหนึ่งคือไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยใช้เรื่องอาหารเป็นหนึ่งในหัวข้อหลักที่ใช้แลกเปลี่ยนข้อมูลและพูดคุยกับเพื่อนเพื่อสร้างความสัมพันธ์และในหลายครั้ง อาหารเป็นสิ่งสำคัญใช้ในการผูกมิตร จึงเห็นควรที่จะทำการศึกษาเรื่องนี้ในการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 ต่อไปดังบทสนทนาต่อไปนี้

“เราทานอาหาร ก็มีเพื่อนฝูงมาทานอาหารร่วมกัน มาคุยกัน”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K4 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565)

“บางทีคนเค้าเอาอาหารมาให้ก็เกิดความสัมพันธ์ได้พูดคุยกัน”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K8 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565)

“สมมติว่าเราจะไปเข้ากลุ่มกับกับเพื่อน บางทีเราคุยเรื่องอาหารกัน อย่างอาหารอย่างเดียวกันแต่ทำไม่เหมือนกันแล้วก็คุยกันว่าเราทำอย่างนี้ เพื่อนทำอย่างนี้”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K5 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน

จาก 7 ใน 10 รายของผู้เข้าร่วมวิจัยมองว่า ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อนมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุตามบทสนทนาด้านล่าง

“บางที่เราทำอาหารก็เอาไปให้คนอื่น บางที่คนอื่นก็เอามาให้เรา ผูกมิตรกันด้วยอาหาร”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย

ส่วนใหญ่ของผู้เข้าร่วมวิจัยให้ความคิดเห็นว่า ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุตามบทสนทนาต่อไปนี้

“ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย อยู่กับอาหารที่เราทานเข้าไป มีความเกี่ยวเนื่องบ้าง อย่างง่าย ๆ ถ้าวันนี้เรามีโอกาสได้ซื้ออาหารที่มีคุณภาพ เช่น เราได้ซื้อผักที่ไร้สาร ฯ มาทำอาหาร เวลาเราทาน เราคิดว่า วันนี้ร่างกายเราทานสารพิษลงไปน้อยหน่อย รู้สึกปลอดภัย”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“อยู่ดี ทานดี ชีวิตก็ปลอดภัย มั่นคง”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K4 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565)

“อาหารมันเกี่ยวกับสุขภาพคือความปลอดภัย ถ้าเจ็บป่วยก็คือไม่ปลอดภัย”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K10 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2565)

“ความมั่นคงปลอดภัยเกี่ยวกับอาหาร ถ้าเรามีสุขภาพที่แข็งแรง อะไรเกิดขึ้นเราก็พร้อมจะเผชิญหน้า”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K5 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่

ผู้เข้าร่วมวิจัยเกือบทั้งหมดคือ 9 ใน 10 รายเห็นว่า ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของอายุ ผู้วิจัยจึงเห็นควรตัดประเด็นนี้ออก

มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น

ผู้เข้าร่วมวิจัยมองประเด็นนี้ออกเป็นทั้งสองด้านคือมีทั้งเห็นว่าการมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุจำนวน 5 รายตามบทสนทนานี้

“ถ้าเรามีเงินเราก็เลือกคุณภาพอาหารได้ คุณภาพดีขึ้นมาอีกหน่อย”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K9 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

“การมีการเงินที่ดี เราก็สามารถซื้อของที่ดีมาบริโภค”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K10 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2565)

ในขณะที่อีก 5 รายมองว่าไม่มีความสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยจะทำการศึกษาประเด็นนี้ในการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 3 เพื่อหาความสัมพันธ์อีกครั้ง

พอใจกับสาธารณสุขที่ได้ตามความจำเป็น

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนมากคือ 7 ใน 10 รายมองว่า ความพอใจกับสาธารณสุขที่ได้ตามความจำเป็นไม่มีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเห็นว่า ควรตัดประเด็นนี้ออก

โอกาสในการพักผ่อนคลายเครียด

ผู้เข้าร่วมวิจัย 6 ใน 10 รายมองว่า โอกาสในการพักผ่อนคลายเครียดความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาประเด็นนี้ให้แน่ชัดในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 3 ต่อไป อย่างไรก็ตามมีบางบทสนทนาชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงดังกล่าวดังนี้

“มีส่วนนะ ถ้าเราทานอะไรที่ดีๆ ก็ไม่กังวลใจอะไร มันสบายใจ ทานอึ่มนอนหลับ”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K3 เมื่อวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2565)

“ถ้าเราทานอาหารดีๆ มีประโยชน์ ร่างกายเราเหมือนได้พักผ่อนเต็มที่”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K5 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

สภาพแวดล้อมดีกับสุขภาพมากน้อยขนาดไหน

แม้ว่า 6 ใน 10 رأيเห็นว่า สภาพแวดล้อมดีกับสุขภาพมากน้อยขนาดไหนไม่มีความสัมพันธ์กับอาหารแต่มีบางความคิดเห็นที่ทำให้เห็นความเชื่อมโยงบางประเด็นดังบทสนทนาต่อไปนี้

“ถ้าสภาพแวดล้อม สภาพชุมชนไม่ดี เราก็ไม่อยากอาหาร”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K5 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

“สภาพแวดล้อมดีทำให้จิตใจเราดีด้วยทำให้เราอยากทาน เหมือนเราไปเที่ยวบรรยากาศดีเราก็อยากทาน เหมือนไปทะเลก็อยากทานอาหารทะเล ทานอยู่บ้านไม่มีลมทะเล ปลูกจะไม่อร่อยเท่าไปทานที่ทะเล”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K9 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

ผู้วิจัยจึงเห็นควรว่าจะทำการศึกษาในประเด็นนี้ต่อไปในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 3 อีกครั้ง

ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน

ผู้เข้าร่วมวิจัยมองประเด็นนี้ออกเป็นทั้งสองด้านเท่ากันคือ มีทั้งเห็นว่าความพอใจในการเดินทางไปไหนมาไหนมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุจำนวน 5 รายและอีก 5 รายมองว่าไม่มีความสัมพันธ์และเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นนี้อย่างชัดเจน ผู้วิจัยจะทำการศึกษาประเด็นนี้ต่อไป

รู้สึกว่าคุณชีวิตมีความหมาย

จาก 8 ใน 10 رأيลงความเห็นว่าการรู้สึกว่าคุณชีวิตมีความหมายมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุดังตัวอย่างบทสนทนาดังนี้

“เกี่ยวนะ บางทีเราวางแผนว่าพรุ่งนี้จะทำอะไร ไปหาอะไร ต้องวางแผนไว้ก่อน ไปนู่นไปนี่เพื่อไปหาอาหารทาน เช่นเราที่นู่นไปเจอร้านอาหารดีๆ ใช้ชีวิตให้มีความสุข”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K5 เมื่อวันที่ 21 เมษายน 2565)

“เราทานได้ ชีวิตก็มีความสุข มีความหมาย”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K4 เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2565)

ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมดเชื่อว่า ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุดังบทสนทนาด้านล่างนี้

“ถ้ารับประทานอาหารที่มันมีประโยชน์ ร่างกายเราจะมีคุณภาพค่ะ คุณก็สามารถที่จะเดินทางไปไหนมาไหนเองได้”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K6 เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2565)

“ถ้าได้รับอาหารที่ดีร่างกายเราก็ไม่เจ็บป่วย ไปไหนมาไหนเองได้มันก็โอเค”

(สัมภาษณ์รายบุคคล K10 เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2565)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์และสรุปประเด็นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคลตามรายละเอียดข้างต้น ซึ่งได้มีการปรับปรุงปัจจัยในตัวแปรต้นที่จะใช้ในการศึกษาเพิ่มเติมในการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 3 การวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งตัวแปรที่ใช้ศึกษาดังนี้

1.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล (Personal factor)

1.1.1 ระดับรายได้ (Level of income)

1.1.2 ระดับการศึกษา (Level of education)

1.1.3 สถานภาพด้านการทำงาน (Working status)

1.1.4 สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย (Living status)

1.2 ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ (Health and aged related disease/ condition factor)

1.2.1 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – communicable disease: NCD)

1.2.2 ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ (Frequency of meeting the doctor)

1.2.3 ความรู้ทางโภชนาการ (Knowledge about nutrition)

1.2.4 ความถี่ในการออกกำลังกาย (Frequency of exercise)

1.3 ปัจจัยด้านสังคม (Social factor)

1.3.1 การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข (Public health support)

1.3.2 การมีส่วนร่วมในสังคม (Social engagement)

1.4 ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ (Type of food factor)

1.4.1 อาหารทั่วไป (General food)

1.4.2 อาหารสุขภาพ (Healthy food)

1.4.3 อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ (Diet as recommended by doctor)

1.4.4 อาหารที่ผู้สูงอายุชอบ (Preferred food)

2. ตัวแปรตามได้แก่

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

โดยตัวแปรตามเรื่องคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการจะทำการศึกษาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกโดยมี 4 ด้านจำนวน 18 เรื่องซึ่งมาจากผลการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 ดังนี้

ด้านสุขภาพกาย

1. การเจ็บปวดตามร่างกาย
2. กำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน
3. การนอนหลับ
4. ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน
5. การต้องไปรักษาพยาบาลเพื่อจะดำเนินชีวิตในแต่ละวัน
6. ความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยได้ทำมา
7. ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง

ด้านสุขภาพใจ

1. ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข
2. การมีสมาธิต่างๆในการทำงาน
3. ความพอใจในตนเอง
4. การยอมรับรูปร่างของตนเอง

5. รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

1. ความพอใจในการเข้ากับคนอื่น
2. ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน

ด้านสิ่งแวดล้อม

1. ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย
2. มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น
3. โอกาสในการพักผ่อนคลายเครียด
4. สภาพแวดล้อมดีกับสุขภาพมากน้อยขนาดไหน

ผลการดำเนินงานวิจัยขั้นตอนที่ 3 การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire)

การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำหรับตอบความมุ่งหมายของงานวิจัยทั้ง 3 ข้อคือ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ รวมถึงเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศ

การหาค่าเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (The Item-Objective Congruence: IOC)

ผู้วิจัยทำการทวนสอบความถูกต้องของเนื้อหา เพื่อทดสอบความถูกต้องของเนื้อหาของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญ 5 คนและขอให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความเชื่อมโยงกันระหว่างแต่ละคำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ผู้วิจัยข้อมูลที่รวบรวมได้รับการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ได้

ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 ต้องปรับปรุง ยังใช้ไม่ได้

ผู้วิจัยยังคงมีคำถามที่มี IOC สูงกว่า 0.50 และปรับหรือตัดคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 โดยอ้างอิงจากทูนเนอร์และคาร์ลสัน (Turner และ Carlson, 2003) โดยคำถามทุกข้อมีค่า IOC เกิน 0.5 โดยผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุงและแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ เช่น แก้ไขประเด็นคำถามให้มีความชัดเจน เพิ่มตัวเลือกให้ครอบคลุมและทำการทดสอบแบบสอบถามล่วงหน้าในลำดับถัดไป

การทดสอบล่วงหน้า (PRE-TEST) ของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบแบบสอบถามล่วงหน้า จำนวน 30 ชุดกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อวัดความน่าเชื่อถือได้ (Reliability) ผู้วิจัยได้ทำการวัดความสอดคล้องภายในคำตอบของคำถามหลายๆข้อในแบบสอบถามชุดนี้ โดยวัดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ซึ่งควรจะมากกว่า 0.7 จึงจะถือว่ามีความน่าเชื่อถือได้ ตามข้อมูลดังต่อไปนี้

ตาราง 21 ความน่าเชื่อถือโดยวัดจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาคของปัจจัยแต่ละด้าน

| ปัจจัยแต่ละด้าน | Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | จำนวนคำถาม |
|--|------------------|--|------------|
| ด้านส่วนบุคคล | .737 | .735 | 4 |
| ด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ | .830 | .829 | 4 |
| ด้านสังคม | .778 | .782 | 2 |
| ด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำ | .748 | .748 | 4 |

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความสอดคล้องภายในคำตอบของคำถามแต่ละด้านมีค่ามากกว่า 0.7 โดย ปัจจัยด้านส่วนบุคคล มีค่า 0.737 ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ มีค่า 0.830 ปัจจัยด้านสังคม มีค่า 0.778 ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำ มีค่า 0.748

ตาราง 22 ความน่าเชื่อถือโดยวัดจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน

| คุณภาพชีวิตแต่ละด้าน | Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | จำนวนคำถาม |
|------------------------|------------------|--|------------|
| ด้านสุขภาพกาย | .759 | .761 | 7 |
| ด้านสุขภาพใจ | .867 | .874 | 5 |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | .716 | .719 | 2 |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | .898 | .898 | 4 |

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความสอดคล้องภายในคำตอบของคำถามแต่ละด้าน มีค่ามากกว่า 0.7 โดย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย มีค่า 0.759 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจ มีค่า 0.867 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพสังคม มีค่า 0.716 คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีค่า 0.898

หลังจากผู้วิจัยได้ทดสอบค่าความเที่ยงตรงของคำถามในแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดสอบค่าความสอดคล้องภายในคำตอบของการทดสอบล่วงหน้าของแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง 30 รายเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่าง 400 คนนี้จะไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับ 30 คนข้างต้น โดยใช้แบบสอบถามโดยมีข้อมูลประชากรและวิธีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

ข้อมูลประชากรและวิธีการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่าง 400 คน ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลแบบสอบถามโดยแบ่งเป็นชายและหญิงกลุ่มละ 50 เปอร์เซ็นต์คือ กลุ่มละ 200 คน โดยแต่ละกลุ่มแบ่งตามรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน คือ ไม่มีรายได้ และมีรายได้ 10,000 บาทหรือน้อยกว่า กลุ่มละ 17 เปอร์เซ็นต์ มีรายได้ 10,001-20,000 บาท มีรายได้ 20,001-30,000 บาท มีรายได้ 30,001-40,000 บาท และมีรายได้มากกว่า 40,000 บาท กลุ่มละ 16.5 เปอร์เซ็นต์เท่ากัน เพื่อให้มั่นใจว่าครอบคลุมทุกกลุ่มรายได้ตามตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 23 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและรายได้

| รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน | เพศ | | | | รวม | ร้อยละ |
|-------------------------|-----|--------|------|--------|-----|--------|
| | ชาย | ร้อยละ | หญิง | ร้อยละ | | |
| ไม่มีรายได้ | 34 | 17.00 | 34 | 17.00 | 68 | 17.00 |
| 10,000 บาทหรือน้อยกว่า | 34 | 17.00 | 34 | 17.00 | 68 | 17.00 |
| 10,001 - 20,000 บาท | 33 | 16.50 | 33 | 16.50 | 66 | 16.50 |
| 20,001 - 30,000 บาท | 33 | 16.50 | 33 | 16.50 | 66 | 16.50 |
| 30,001 - 40,000 บาท | 33 | 16.50 | 33 | 16.50 | 66 | 16.50 |
| มากกว่า 40,001 บาท | 33 | 16.50 | 33 | 16.50 | 66 | 16.50 |
| รวม | 200 | 100.00 | 200 | 100.00 | 400 | 100.00 |
| เปอร์เซ็นต์ | | 50.00 | | 50.00 | | 100.00 |

จากการสำรวจทำให้ได้ กลุ่มตัวอย่างเพศชาย อายุ 60-64 ปีร้อยละ 39.50 อายุ 65-69 ปีร้อยละ 29.00 อายุ 70-74 ปีร้อยละ 14.00 อายุ 75-79ปีร้อยละ 10.00 อายุ 80ปีหรือมากกว่า

ร้อยละ 7.50 โดยที่เพศหญิง อายุ 60-64 ปีร้อยละ 37.00 อายุ 65-69 ปีร้อยละ 25.00 อายุ 70-74 ปีร้อยละ 19.50 อายุ 75-79ปีร้อยละ 11.00 อายุ 80ปีหรือมากกว่าร้อยละ 7.5 ดังข้อมูลในตารางด้านล่าง

ตาราง 24 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและอายุ

| อายุ | เพศ | | | | รวม | ร้อยละ |
|------------------|-----|--------|------|--------|-----|--------|
| | ชาย | ร้อยละ | หญิง | ร้อยละ | | |
| 60 - 64 ปี | 79 | 39.50 | 74 | 37.00 | 153 | 38.25 |
| 65 - 69 ปี | 58 | 29.00 | 50 | 25.00 | 108 | 54.00 |
| 70 - 74 ปี | 28 | 14.00 | 39 | 19.50 | 67 | 33.50 |
| 75 - 79 ปี | 20 | 10.00 | 22 | 11.00 | 42 | 21.00 |
| 80 ปีหรือมากกว่า | 15 | 7.50 | 15 | 7.50 | 30 | 15.00 |
| รวม | 200 | 100.00 | 200 | 100.00 | 400 | 200.00 |
| เปอร์เซ็นต์ | | 50.00 | | 50.00 | | 100.00 |

สำหรับสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ที่สุดคือ สถานภาพสมรส/มีคู่ เพศชาย ร้อยละ 67.50 เพศหญิงร้อยละ 51.50 รองลงมาคือ สถานภาพโสด เพศชายร้อยละ 5.50 เพศหญิง ร้อยละ 10.00 และหย่าร้าง/เป็นหม้าย/แยกกันอยู่ เพศชายร้อยละ 27.00 เพศหญิงร้อยละ 38.50

ตาราง 25 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและสถานภาพสมรส

| สถานภาพสมรส | เพศ | | | | รวม | ร้อยละ |
|-------------------------------|-----|--------|------|--------|-----|--------|
| | ชาย | ร้อยละ | หญิง | ร้อยละ | | |
| โสด | 11 | 5.50 | 20 | 10.00 | 31 | 7.75 |
| สมรส/มีคู่ | 135 | 67.50 | 103 | 51.50 | 238 | 59.50 |
| หย่าร้าง/เป็นหม้าย/แยกกันอยู่ | 54 | 27.00 | 77 | 38.50 | 131 | 32.75 |
| รวม | 200 | 100.00 | 200 | 100.00 | 400 | 100.00 |
| เปอร์เซ็นต์ | | 50.00 | | 50.00 | | 100.00 |

ระดับการศึกษา แบ่งเป็น กลุ่มที่ 1 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า กลุ่มที่ 2 มัธยมศึกษา/ปวช. กลุ่มที่ 3 อนุปริญญา/ปวส. กลุ่มที่ 4 ปริญญาตรี กลุ่มที่ 5 ปริญญาโท และกลุ่มที่ 6 ปริญญา

เอก โดยแบ่งเป็น เพศชาย ร้อยละ 36.00, 24.00, 8.00, 26.50, 5.00, 0.50 และ เพศหญิง ร้อยละ 38.00, 21.00, 12.50, 27.00, 1.50, และ 0 ตามลำดับ

ตาราง 26 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและระดับการศึกษา

| ระดับการศึกษา | เพศ | | | | รวม | ร้อยละ |
|-----------------------|-----|--------|------|--------|-----|--------|
| | ชาย | ร้อยละ | หญิง | ร้อยละ | | |
| ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | 72 | 36.00 | 76 | 38.00 | 148 | 37.00 |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 48 | 24.00 | 42 | 21.00 | 90 | 22.50 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 16 | 8.00 | 25 | 12.50 | 41 | 10.25 |
| ปริญญาตรี | 53 | 26.50 | 54 | 27.00 | 107 | 26.75 |
| ปริญญาโท | 10 | 5.00 | 3 | 1.50 | 13 | 3.25 |
| ปริญญาเอก | 1 | 0.50 | 0 | 0.00 | 1 | 0.25 |
| รวม | 200 | 100.00 | 200 | 100.00 | 400 | 100.00 |
| เปอร์เซ็นต์ | | 50.00 | | 50.00 | | 100.00 |

โดยมากของกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้วถึงจำนวนร้อยละ 42.25 รองลงมาคือ อาชีพอิสระร้อยละ 30.50 ทำธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 20.50 ที่เหลือร้อยละ 3.75 คือ พนักงานประจำ ยังรับราชการอยู่และทำงานพาร์ทไทม์ ตามลำดับ

ตาราง 27 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างเพศและสถานภาพด้านการทำงานในปัจจุบัน

| สถานภาพด้านการทำงาน ในปัจจุบัน | เพศ | | | | รวม | ร้อยละ |
|-----------------------------------|-----|--------|------|--------|-----|--------|
| | ชาย | ร้อยละ | หญิง | ร้อยละ | | |
| พนักงานประจำ | 4 | 2.00 | 6 | 3.00 | 10 | 2.50 |
| ทำงานพาร์ทไทม์ | 2 | 1.00 | 0 | 0.00 | 2 | 0.50 |
| ทำธุรกิจส่วนตัว | 40 | 20.00 | 42 | 21.00 | 82 | 20.50 |
| อาชีพอิสระ | 72 | 36.00 | 50 | 25.00 | 122 | 30.50 |
| รับราชการ | 3 | 1.50 | 0 | 0.00 | 3 | 0.75 |
| เกษียณอายุแล้ว | 79 | 39.50 | 102 | 51.00 | 181 | 45.25 |
| รวม | 200 | 100.00 | 200 | 100.00 | 400 | 100.00 |
| เปอร์เซ็นต์ | | 50.00 | | 50.00 | | 100.00 |

จากตารางข้อมูลเรื่องรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนเทียบกับผู้ดูแลค่าใช้จ่ายหลักในชีวิตประจำวันด้านล่างพบว่า สำหรับผู้สูงอายุเพศชายในผู้ที่มีรายได้ทุกกลุ่ม ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายหลักคือตัวผู้สูงอายุเอง ยกเว้นกลุ่มที่ไม่มีรายได้จะมีบุตร/หลาน (ร้อยละ 55.88) และกลุ่มที่ใช้รายได้จากสวัสดิการรัฐเป็นค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 29.41) ในขณะที่เพศหญิง สำหรับผู้ที่มีรายได้ ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ตัวผู้สูงอายุเองเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุด แต่หากมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มที่มีบุตร/หลานเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 47.06) และกลุ่มที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายของตนเอง (ร้อยละ 41.18) ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีรายได้ โดยมากแล้วจะมีบุตร/หลานเป็นผู้ดูรายได้ค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 73.53)

ตาราง 28 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างรายได้ส่วนบุคคลต่อเดือนและผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

| รายได้เดือน (บาท) | ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายหลักในชีวิตประจำวัน | | | | | | | | | | รวม | ร้อยละ |
|----------------------|--------------------------------------|--------|-------------|--------|-----------|--------|--------------|--------|-------|--------|-----|--------|
| | ตนเอง | ร้อยละ | คู่สมรส/คู่ | ร้อยละ | บุตร/หลาน | ร้อยละ | สวัสดิการรัฐ | ร้อยละ | อื่นๆ | ร้อยละ | | |
| เพศชาย | | | | | | | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 2 | 5.88 | 1 | 2.94 | 19 | 55.88 | 10 | 29.41 | 2 | 5.88 | 34 | 100.00 |
| ≤10,000 | 19 | 55.88 | 2 | 5.88 | 11 | 32.35 | 1 | 2.94 | 1 | 2.94 | 34 | 100.00 |
| 10,001 - 20,000 | 24 | 72.73 | 5 | 15.15 | 4 | 12.12 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 33 | 100.00 |
| 20,001 - 30,000 | 28 | 84.85 | 3 | 9.09 | 2 | 6.06 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 33 | 100.00 |
| 30,001 - 40,000 | 28 | 84.85 | 3 | 9.09 | 2 | 6.06 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 33 | 100.00 |
| ≥40,001 | 30 | 90.91 | 3 | 9.09 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 33 | 100.00 |
| รวม | 131 | 65.50 | 17 | 8.50 | 38 | 19.00 | 11 | 5.50 | 3 | 1.50 | 200 | 100.00 |
| เพศหญิง | | | | | | | | | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 0 | 0.00 | 6 | 17.65 | 25 | 73.53 | 3 | 8.82 | 0 | 0.00 | 34 | 100.00 |
| ≤10,000 | 14 | 41.18 | 2 | 5.88 | 16 | 47.06 | 2 | 5.88 | 0 | 0.00 | 34 | 100.00 |
| 10,001 - 20,000 | 14 | 42.42 | 5 | 15.15 | 12 | 36.36 | 0 | 0.00 | 2 | 6.06 | 33 | 100.00 |
| 20,001 - 30,000 | 21 | 63.64 | 3 | 9.09 | 9 | 27.27 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 33 | 100.00 |
| 30,001 - 40,000 | 25 | 75.76 | 5 | 15.15 | 3 | 9.09 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 33 | 100.00 |
| ≥40,001 | 27 | 81.82 | 3 | 9.09 | 3 | 9.09 | 0 | 0.00 | 0 | 0.00 | 33 | 100.00 |
| รวม | 101 | 50.50 | 24 | 12.00 | 68 | 34.00 | 5 | 2.50 | 2 | 1.00 | 200 | 100.00 |
| รวมทั้งหมด | 232 | 58.00 | 41 | 10.25 | 106 | 26.50 | 16 | 4.00 | 5 | 1.25 | 400 | 100.00 |

เป็นที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุพักอาศัยตามลำพังหรือพักอาศัยร่วมกับสมาชิกรายอื่นในครัวเรือน ผู้จัดเตรียมอาหารคือตัวผู้สูงอายุเอง กล่าวคือ หากผู้สูงอายุพักอาศัยตามลำพัง มีจำนวน มากถึงร้อยละ 91.67 ของผู้สูงอายุจะเป็นผู้จัดเตรียมอาหารเอง มีเพียงเล็กน้อยที่มีลูก/หลานหรือแม่บ้านเตรียมมาให้แต่จะเป็นการพักอาศัยคนละครัวเรือน แม้ว่าผู้สูงอายุจะพักอาศัยร่วมกับผู้อื่น มีจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 44.89 เป็นผู้จัดเตรียมอาหารเองและอีกร้อยละ 28.31 คือคู่สมรส/คู่ของผู้สูงอายุเป็นผู้จัดเตรียมอาหาร

ตาราง 29 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างผู้จัดเตรียมอาหารและการพักอาศัย

| ผู้จัดเตรียมมือ อาหารใน ครอบครัว | การพักอาศัย | | | | รวม | ร้อยละ |
|--|-----------------|--------|----------------------------|--------|-----|--------|
| | อยู่คน เดียว | ร้อยละ | พักอาศัย ร่วมกับผู้อื่น | ร้อยละ | | |
| ตนเอง | 44 | 91.67 | 158 | 44.89 | 202 | 50.50 |
| คู่สมรส/คู่ | 0 | 0.00 | 99 | 28.13 | 99 | 24.75 |
| บุตร/ธิดา | 3 | 6.25 | 63 | 17.90 | 66 | 16.50 |
| หลาน/เหลน | 0 | 0.00 | 3 | 0.85 | 3 | 0.75 |
| พี่/น้อง | 0 | 0.00 | 2 | 0.57 | 2 | 0.50 |
| ญาติ | 0 | 0.00 | 3 | 0.85 | 3 | 0.75 |
| แม่บ้าน/ผู้ดูแล | 1 | 2.08 | 23 | 6.53 | 24 | 6.00 |
| อื่นๆ | 0 | 0.00 | 1 | 0.28 | 1 | 0.25 |
| รวม | 48 | 100.00 | 352 | 100.00 | 400 | 100.00 |

จากตารางเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างการร่วมทานอาหารกับผู้อื่นและการพักอาศัย ด้านล่างพบว่า เกือบทั้งหมดของผู้สูงอายุที่พักอาศัยตามลำพัง 48 คนจะทานอาหารคนเดียวถึง 45 คน (ร้อยละ 93.75) มีเพียงส่วนน้อยคือ 3 คนที่จะออกไปทานอาหารกับคู่ บุตร/หลานหรือพี่/น้อง/ญาติ ในขณะที่ผู้สูงอายุ 352 คนที่พักอาศัยร่วมกับผู้อื่น จะทานอาหารร่วมกับคู่/คู่สมรส ถึงจำนวน 147 คน (ร้อยละ 41.76) และทานอาหารคนเดียวถึง 88 คน (ร้อยละ 25.00) และแบ่งเป็นทานร่วมกับบุตร/หลานหรือคนทานพร้อมกันในครอบครัวกลุ่มละ 53 คนกลุ่มละเท่ากัน (ร้อยละ 15.06) และมีเพียงเล็กน้อยที่ทานร่วมกับพี่/น้อง/ญาติและเพื่อน (ร้อยละ 3.13)

ตาราง 30 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่างเทียบระหว่างการร่วมทานอาหารกับผู้อื่นและการพักอาศัย

| ทานอาหารร่วมกับ ใครมากที่สุด | การพักอาศัย | | | | รวม | ร้อยละ |
|---------------------------------|-------------|--------|--------------------------------|--------|-----|--------|
| | อยู่คนเดียว | ร้อยละ | พักอาศัย ร่วมกับ ผู้อื่น | ร้อยละ | | |
| คนเดียว | 45 | 93.75 | 88 | 25.00 | 133 | 33.25 |
| คู่สมรส/คู่ | 1 | 2.08 | 147 | 41.76 | 148 | 37.00 |
| บุตร/หลาน | 1 | 2.08 | 53 | 15.06 | 54 | 13.50 |
| พี่น้อง/ญาติ | 1 | 2.08 | 10 | 2.84 | 11 | 2.75 |
| เพื่อน | 0 | 0.00 | 1 | 0.28 | 1 | 0.25 |
| พร้อมกันในครอบครัว | 0 | 0.00 | 53 | 15.06 | 53 | 13.25 |
| รวม | 48 | 100.00 | 352 | 100.00 | 400 | 100.00 |

เมื่อพิจารณาสิ่งที่ผู้สูงอายุคิดเห็นว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี 3 อันดับแรกคือ อันดับที่ 1 ได้แก่ การทานอาหารมีประโยชน์ (ร้อยละ 46.75) พักผ่อนให้เพียงพอ (ร้อยละ 20.00) และออกกำลังกาย (ร้อยละ 15.75) อันดับที่ 2 ได้แก่ พักผ่อนให้เพียงพอ (ร้อยละ 36.75) การทานอาหารมีประโยชน์ (ร้อยละ 25.50) และออกกำลังกาย (ร้อยละ 19.25) อันดับที่ 3 ได้แก่ พักผ่อนให้เพียงพอ (ร้อยละ 27.00) ลดภาวะความเครียด (ร้อยละ 21.25) และออกกำลังกาย (ร้อยละ 19.25) หากมองในอีกมุมจะเห็นได้ว่าเมื่อรวมคะแนน 3 อันดับแรกของทุกตัวเลือกแล้ว การทานอาหารมีประโยชน์ เป็นสิ่งสำคัญอันดับ 1 เช่นกัน (ร้อยละ 28.92) ลำดับต่อมาคือ พักผ่อนให้เพียงพอ (ร้อยละ 27.92) และออกกำลังกาย (ร้อยละ 18.08) ตามข้อมูลที่แสดงดังต่อไปนี้

ตาราง 31 สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี 3 อันดับแรก

| สิ่งที่ทำให้สุขภาพดี | อันดับ 1 | | อันดับ 2 | | อันดับ 3 | | รวม | ร้อยละ |
|----------------------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|------|--------|
| | ความถี่ | ร้อยละ | ความถี่ | ร้อยละ | ความถี่ | ร้อยละ | | |
| ทานอาหารมีประโยชน์ | 187 | 46.75 | 102 | 25.50 | 58 | 14.50 | 347 | 28.92 |
| ออกกำลังกายสม่ำเสมอ | 63 | 15.75 | 77 | 19.25 | 77 | 19.25 | 217 | 18.08 |
| ไปพบแพทย์เป็นประจำ | 47 | 11.75 | 34 | 8.50 | 71 | 17.75 | 152 | 12.67 |
| พักผ่อนให้เพียงพอ | 80 | 20.00 | 147 | 36.75 | 108 | 27.00 | 335 | 27.92 |
| ลดภาวะความเครียด | 21 | 5.25 | 40 | 10.00 | 85 | 21.25 | 146 | 12.17 |
| อื่นๆ | 2 | 0.50 | 0 | 0.00 | 1 | 0.25 | 3 | 0.25 |
| รวม | 400 | 100.00 | 400 | 100.00 | 400 | 100.00 | 1200 | 100.00 |

สำหรับอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำนั้น กลุ่มตัวอย่างทานอาหารทั่วไปร้อยละ 89.30 อาหารที่ชอบร้อยละ 74.00 อาหารสุขภาพร้อยละ 27.30 และท้ายสุดคือ อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ร้อยละ 10.80 ตามข้อมูลที่ปรากฏในตารางด้านล่าง

ตาราง 32 อาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ

| ประเภทอาหาร | อาหารที่บริโภคประจำ | ความถี่ | ร้อยละ |
|-------------------------|-----------------------|---------|--------|
| อาหารทั่วไป | ไม่ได้บริโภคเป็นประจำ | 43 | 10.75 |
| | บริโภคเป็นประจำ | 357 | 89.25 |
| | รวม | 400 | 100.00 |
| อาหารสุขภาพ | ไม่ได้บริโภคเป็นประจำ | 291 | 72.75 |
| | บริโภคเป็นประจำ | 109 | 27.25 |
| | รวม | 400 | 100.00 |
| อาการตามคำแนะนำของแพทย์ | ไม่ได้บริโภคเป็นประจำ | 357 | 89.25 |
| | บริโภคเป็นประจำ | 43 | 10.75 |
| | รวม | 400 | 100.00 |
| อาหารที่ชอบ | ไม่ได้บริโภคเป็นประจำ | 104 | 26.00 |
| | บริโภคเป็นประจำ | 296 | 74.00 |
| | รวม | 400 | 100.00 |

จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 400 ราย มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจำนวน 96 ราย (ร้อยละ 24.00) มีภาวะความดันโลหิตสูงจำนวน 203 ราย (ร้อยละ 50.75) มีภาวะไขมันในเลือดสูงจำนวน 100 ราย (ร้อยละ 25.00) ภาวะน้ำหนักเกินจำนวน 15 ราย (ร้อยละ 3.75) และเป็นโรคอื่นๆอีก 61 ราย (ร้อยละ 15.25)

ตาราง 33 ข้อมูลแสดงภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง

| ภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | สถานะ | ความถี่ | ร้อยละ |
|---------------------------|---------|---------|--------|
| น้ำตาลในเลือดสูง | ไม่เป็น | 304 | 76.00 |
| | เป็น | 96 | 24.00 |
| | รวม | 400 | 100.00 |
| ความดันโลหิตสูง | ไม่เป็น | 197 | 49.25 |
| | เป็น | 203 | 50.75 |
| | รวม | 400 | 100.00 |
| ไขมันในเลือดสูง | ไม่เป็น | 300 | 75.00 |
| | เป็น | 100 | 25.00 |
| | รวม | 400 | 100.00 |
| ภาวะน้ำหนักเกิน | ไม่เป็น | 385 | 96.25 |
| | เป็น | 15 | 3.75 |
| | รวม | 400 | 100.00 |
| โรคอื่นๆ | ไม่เป็น | 339 | 84.75 |
| | เป็น | 61 | 15.25 |
| | รวม | 400 | 100.00 |

เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการทั้ง 4 ด้านว่า ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกอย่างไร โดยคำถามทั้ง 19 ข้อ จะถูกคำนวณเป็นร้อยละและเกณฑ์ของคะแนนช่วงคือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอย่างยิ่ง เท่ากับ 0 – 20 คะแนน คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เท่ากับ 21 - 40 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลางคือ 41 - 60 คะแนน คุณภาพชีวิตที่ดีคือ 61 - 80 คะแนนและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยิ่งคือ 81-100 คะแนน จากข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างคิดเป็น 79.137 จาก 100 คะแนน ซึ่งคะแนนดังกล่าวจะอยู่ในเกณฑ์ ถือว่า โดยเฉลี่ยแล้ว กลุ่มตัวอย่าง “มีคุณภาพชีวิตที่ดี” และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 11.279 คะแนน โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพกายคิดเป็น 28.758 จาก 36.84 คะแนน (ร้อยละ 78.06) ค่าเฉลี่ยคะแนนของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจคือ 21.440 จาก 26.32 คะแนน (ร้อยละ 81.47) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมคือ 8.442 จาก 10.53 คะแนน (ร้อยละ 80.20) ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมคือ 16.345 จาก 21.05 คะแนน (ร้อยละ 77.64) และเมื่อถามกลุ่มตัวอย่างถึงคุณภาพชีวิต(ความเป็นอยู่)ในภาพรวม ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 4.153 จาก 5.26 คะแนน (ร้อยละ 78.90) โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ 4.766, 3.756, 1.522, 3.374 และ 0.874 ตามลำดับ

ตาราง 34 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการทั้ง 4 ด้าน

| คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแต่ละด้าน | ค่าเฉลี่ย | คะแนนเต็ม | % | SD. |
|-------------------------------------|-----------|-----------|--------|--------|
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย | 28.758 | 36.84 | 78.06% | 4.766 |
| คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพใจ | 21.440 | 26.32 | 81.47% | 3.756 |
| คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 8.442 | 10.53 | 80.20% | 1.522 |
| คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม | 16.345 | 21.05 | 77.64% | 3.374 |
| คุณภาพชีวิต (ความเป็นอยู่) ในภาพรวม | 4.153 | 5.26 | 78.90% | 0.874 |
| รวมคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน | 79.137 | 100.00 | 79.14% | 11.279 |

โดยภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้เกษียณอายุแล้ว มีบางส่วนที่ยังทำงานอยู่ สำหรับผู้สูงอายุเพศชายที่ยังทำงาน/มีรายได้ ผู้ดูแลค่าใช้จ่ายหลักคือตัวผู้สูงอายุเอง ยกเว้นกลุ่มที่ไม่มีรายได้จะมีบุตร/หลานหรือจากสวัสดิการรัฐเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย ในขณะที่เพศหญิง โดยมากตัวผู้สูงอายุเองเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ที่มีรายได้ ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป แต่หากมีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท บางส่วนจะมีบุตร/หลานเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีรายได้ โดยมากแล้วจะมีบุตร/หลานเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายหลัก สำหรับการดูแลเรื่องอาหาร ไม่ว่าจะผู้สูงอายุพักอาศัยตามลำพังหรือพักอาศัยร่วมกับสมาชิกรายอื่นในครัวเรือน ผู้จัดเตรียมอาหารส่วนใหญ่คือตัวผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุที่พักอาศัยเพียงคนเดียวจะทานอาหารเพียงลำพัง สำหรับผู้ที่พักอาศัยร่วมกับผู้อื่นส่วนใหญ่จะทานอาหารร่วมกับคู่สมรส/คู่ และบางส่วนยังทานอาหารเพียงลำพังรวมถึงบางส่วนที่ทานกับลูก/หลาน เมื่อพิจารณาถึงสิ่งสำคัญ 3 อันดับแรกที่ทำให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเห็นว่าการทานอาหารมีประโยชน์ เป็นสิ่งสำคัญอันดับ ลำดับต่อมาคือ พักผ่อนให้เพียงพอ และออกกำลังกาย อย่างไรก็ตามแม้ว่าการทานอาหารมีประโยชน์สำคัญ กลุ่มตัวอย่างยังทานอาหารทั่วไปเป็นส่วนใหญ่ ตามมาด้วยอาหารที่ชอบ

อาหารสุขภาพ และทำยสุคดีเพียงส่วนน้อยที่ทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ และจากผลการสำรวจยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นกัน โดยครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ตามมาด้วยหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงรวมถึงมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และยังพบโรคอื่นๆที่ไม่ใช่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุอีกด้วย ทั้งนี้มีประเมินคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการทั้ง 4 ด้านของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

การทดสอบสมมติฐาน

การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุเพื่อศึกษาว่า ปัจจัยหรือตัวแปรอิสระใดบ้างที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ โดยผู้วิจัยทำการทดสอบสมมติฐานทั้ง 4 ปัจจัยคือ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำดังนี้

ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

สมมติฐาน

H_0 : ปัจจัยด้านส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

H_1 : ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_0: \rho_{\text{Personal factor, Quality of life}} = 0$$

$$H_1: \rho_{\text{Personal factor, Quality of life}} \neq 0$$

จากกลุ่มตัวอย่าง 400 รายพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลคือร้อยละ 80.850 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 13.656 ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนในปัจจัยย่อยที่มีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการสูงสุดคือ ระดับรายได้เท่ากับ 4.378 คะแนน สถานภาพด้านการงานเท่ากับ 4.050 คะแนน สถานภาพด้านที่อยู่อาศัยเท่ากับ 4.003 คะแนน และระดับการศึกษาเท่ากับ 3.740 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนนซึ่งมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลำดับคือ 0.829 คะแนน 0.922 คะแนน 0.949 คะแนนและ 1.037 คะแนนตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านคือร้อยละ 79.137 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 11.279 คะแนนตามข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 35 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| คะแนน | Mean | Std. Deviation | N |
|--------------------------------|--------|----------------|-----|
| คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 79.137 | 11.279 | 400 |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล(ร้อยละ) | 80.850 | 13.656 | 400 |
| ระดับรายได้ | 4.378 | 0.829 | 400 |
| ระดับการศึกษา | 3.740 | 1.037 | 400 |
| สถานภาพด้านการทำงาน | 4.050 | 0.922 | 400 |
| สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย | 4.003 | 0.949 | 400 |

จากตารางข้อมูลสถิติด้านล่างพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านกับคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลคือ r เท่ากับ 0.335 และค่า Sig. (2 – tailed) ซึ่งหมายถึง ค่าที่น้อยที่สุดของระดับนัยสำคัญที่จะทำให้ปฏิเสธสมมติฐานของการทดสอบแบบสองด้าน ซึ่งจากตารางด้านล่างมีค่าเท่ากับ 0.000 แสดงว่า ปฏิเสธ H_0 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สรุปได้ว่า ร้อยละของคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลและร้อยละของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นและสัมพันธ์กันในทางบวกที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 จึงหมายความว่า ถ้าคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตัวแปรย่อย โดยตัวแปรย่อยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการมากที่สุดคือ สถานภาพด้านที่อยู่อาศัยคือ r มีค่า 0.320 รองลงมาคือ ระดับการศึกษามีค่า 0.282 สถานภาพด้านการทำงาน มีค่า 0.191 และระดับรายได้มีค่า 0.171 ซึ่งตัวแปรย่อยทุกตัวมีค่าเป็นบวกและมีค่า Sig. (2 – tailed) ที่ 0.000 ทุกตัว

ตาราง 36 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคลและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| | Pearson Correlation |
|-------------------------------------|---------------------|
| คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 1 |
| คะแนนปัจจัยด้านส่วนบุคคล(ร้อยละ) | .335** (0.000) |
| ระดับรายได้ | .171** (0.001) |
| ระดับการศึกษา | .282** (0.000) |
| สถานภาพด้านการทำงาน | .191** (0.000) |
| สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย | .320** (0.000) |

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สรุปได้ว่า ปฏิเสธ H_0 ของสมมติฐานดังนั้น ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ ถ้าคะแนนปัจจัยส่วนบุคคลเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดีขึ้น

H_1 : ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_1: \rho_{\text{Personal factor, Quality of life}} \neq 0$$

โดยด้านสถานภาพที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีสามีภรรยาคู่ของท่านบุตรหลานและ/หรือญาติพี่น้องที่พักอาศัยด้วยกันมาก มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น สถานภาพด้านการทำงานคือผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วมีเวลาหลังจากเกษียณมากขึ้น และมีรายได้มาก จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดีขึ้น

ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ

สมมติฐาน

H_0 : ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

H_2 : ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_0: \rho_{\text{Health factor, Quality of life}} = 0$$

$$H_1: \rho_{\text{Health factor, Quality of life}} \neq 0$$

จากการประมวลผลทางสถิติพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุคือร้อยละ 82.875 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 12.004 ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนในปัจจัยย่อยที่มีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการสูงสุดคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่ากับ 4.398 คะแนน ความถี่ในการเข้าพบแพทย์เท่ากับ 4.218 คะแนน ความรู้ทางโภชนาการเท่ากับ 4.125 คะแนนและความถี่ในการออกกำลังกายเท่ากับ 3.835 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลำดับคือ 0.772 คะแนน 0.826 คะแนน 0.834 คะแนนและ 0.866 คะแนน ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านคือ ร้อยละ 79.137 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 11.279 คะแนนตามข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 37 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| คะแนน | Mean | Std. Deviation | N |
|--|--------|----------------|-----|
| คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 79.137 | 11.279 | 400 |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ(ร้อยละ) | 82.875 | 12.004 | 400 |
| โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | 4.398 | 0.772 | 400 |
| ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ | 4.218 | 0.826 | 400 |
| ความรู้ทางโภชนาการ | 4.125 | 0.834 | 400 |
| ความถี่ในการออกกำลังกาย | 3.835 | 0.866 | 400 |

จากตารางข้อมูลสถิติด้านล่างพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านกับคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุได้ค่า r เท่ากับ 0.322 ค่า Sig. (2 – tailed) เท่ากับ 0.000 แสดงว่า ปฏิเสธ H_0 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สรุปได้ว่า ร้อยละของคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุและร้อยละของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์กันในทางบวกที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ถ้าคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยตัวแปรย่อยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการมากที่สุดคือ ความถี่ในการออกกำลังกาย r มีค่า 0.363 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง r มีค่า 0.292 และความรู้ทางโภชนาการ r มีค่า 0.225 ซึ่งตัวแปรย่อยดังกล่าวมีค่าเป็นบวกและมีค่า Sig. (2 – tailed) ที่ 0.000 ขณะที่ความถี่ในการเข้าพบแพทย์มีค่า r เท่ากับ 0.054 และมีค่า Sig. (2 – tailed) เท่ากับ 0.280 ซึ่งเกิน 0.05 ทำให้ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ไม่มีความสำคัญในปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ

ตาราง 38 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| | Pearson Correlation |
|--|---------------------|
| คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 1 |
| คะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ(ร้อยละ) | .322** (0.000) |
| โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | .292** (0.000) |
| ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ | 0.054 (0.280) |
| ความรู้ทางโภชนาการ | .225** (0.000) |
| ความถี่ในการออกกำลังกาย | .363** (0.000) |

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สรุปได้ว่า ปฏิเสธ H_0 ของสมมติฐานดังนั้น ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ ถ้าคะแนนปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดีขึ้น

H_2 : ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_2: \rho_{\text{Health factor, Quality of life}} \neq 0$$

โดยที่ผู้สูงอายุที่การออกกำลังกายมาก ผู้สูงอายุที่พบภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ทางโภชนาการมากจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดีขึ้น ในขณะที่การไปพบแพทย์เป็นประจำไม่มีนัยยะสำคัญต่อปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ

ปัจจัยด้านสังคม

สมมติฐาน

H_0 : ปัจจัยด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

H_3 : ปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_0: \rho_{\text{Social factor, Quality of life}} = 0$$

$$H_3: \rho_{\text{Social factor, Quality of life}} \neq 0$$

จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยด้านสังคมคือร้อยละ 80.850 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 13.656 ซึ่งค่าเฉลี่ยของคะแนนในปัจจัยย่อยที่มีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการสูงสุดคือ การได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุข เช่นการประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ การแจกจ่ายอาหาร การให้สวัสดิการด้านอาหารเท่ากับ 4.050 คะแนน และการมีส่วนร่วมในสังคมเช่น การพบปะเพื่อนฝูง/ญาติพี่น้องบุตรหลาน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมต่างๆเท่ากับ 4.003 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนนซึ่งมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลำดับคือ 0.922 คะแนนและ 0.949 คะแนนตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านคือร้อยละ 79.137 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 11.279 คะแนนตามข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 39 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านสังคมและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| คะแนน | Mean | Std. Deviation | N |
|--|--------|----------------|-----|
| คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 79.137 | 11.279 | 400 |
| คะแนนปัจจัยด้านสังคม(ร้อยละ) | 80.850 | 13.656 | 400 |
| การได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุข | 4.050 | 0.922 | 400 |
| การมีส่วนร่วมในสังคม | 4.003 | 0.949 | 400 |

จากตารางข้อมูลสถิติด้านล่างพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านกับคะแนนปัจจัยด้านสังคมได้ค่า r เท่ากับ 0.009 และค่า Sig. (2 – tailed) เท่ากับ 0.864 แสดงว่า ยอมรับ H_0 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 สรุปได้ว่า ร้อยละของคะแนนปัจจัยด้านสังคมและร้อยละของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านไม่มีความสัมพันธ์กันในทางบวกที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยตัวแปรย่อยเรื่องการได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุขคือ r มีค่า 0.000 และมีค่า Sig. (2 – tailed) เท่ากับ 0.994 กล่าวคือมีค่าเกิน 0.05 จึงทำให้การสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุขไม่มีความสำคัญและความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุขและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ ส่วนตัวแปรย่อยเรื่องการมีส่วนร่วมในสังคม r มีค่า 0.016 และมีค่า Sig. (2 – tailed) เท่ากับ 0.748 ซึ่งมีค่าเกิน 0.05 จึงทำให้การมีส่วนร่วมในสังคมจะไม่มีมีความสำคัญและความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมทางสังคมและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

ตาราง 40 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยด้านสังคมและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| | Pearson Correlation |
|--|---------------------|
| คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 1 |
| คะแนนปัจจัยด้านสังคม(ร้อยละ) | 0.009 (0.864) |
| การได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุข | 0.000 (0.993) |
| การมีส่วนร่วมในสังคม | 0.016 (0.748) |

สรุปได้ว่า ยอมรับ H_0 ของสมมติฐานดังนั้น ปัจจัยด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

H_0 : ปัจจัยด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_0: \rho_{\text{Social factor, Quality of life}} = 0$$

โดยที่การได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมไม่มีนัยยะสำคัญต่อปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ

สมมติฐาน

H_0 : ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

H_4 : ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_0: \rho_{\text{Food factor, Quality of life}} = 0$$

$$H_4: \rho_{\text{Food factor, Quality of life}} \neq 0$$

จากกลุ่มตัวอย่าง 400 รายพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำคือร้อยละ 83.113 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 12.949 ซึ่ง

ค่าเฉลี่ยของคะแนนในประเภทอาหารที่มีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการสูงสุดคือ การทานอาหารสุขภาพเท่ากับ 4.353 คะแนน การทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์เท่ากับ 4.268 คะแนน การทานอาหารทั่วไปเท่ากับ 4.068 คะแนนและการทานอาหารที่ชอบเท่ากับ 3.935 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตามลำดับคือ 0.803 คะแนน 0.844 คะแนน 0.857 คะแนน และ 0.926 คะแนนตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านคือร้อยละ 79.137 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับร้อยละ 11.279 คะแนน ตามข้อมูลในตารางดังต่อไปนี้

ตาราง 41 ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาของคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| คะแนน | Mean | Std. Deviation | N |
|--|--------|----------------|-----|
| คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 79.137 | 11.279 | 400 |
| ปัจจัยด้านอาหารที่ทานเป็นประจำ(ร้อยละ) | 83.113 | 12.949 | 400 |
| การทานอาหารทั่วไป | 4.068 | 0.857 | 400 |
| การทานอาหารสุขภาพ | 4.353 | 0.803 | 400 |
| การทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ | 4.268 | 0.844 | 400 |
| การทานอาหารที่ชอบ | 3.935 | 0.926 | 400 |

จากตารางข้อมูลสถิติด้านล่างพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านกับคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำคือ r เท่ากับ 0.285 และค่า Sig. (2 – tailed) มีค่าเท่ากับ 0.000 แสดงว่า ปฏิเสธ H_0 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 สรุปได้ว่า ร้อยละของคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำและร้อยละของคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้านมีความสัมพันธ์ในรูปเชิงเส้นและสัมพันธ์กันในทางบวกที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 จึงหมายความว่า ถ้าคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และผู้วิจัยได้ทำการทดสอบตัวแปรย่อย โดยตัวแปรย่อยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการมากที่สุดคือ การทานอาหารทั่วไป คือ r มีค่า 0.229 รองลงมาคือ การทานอาหารสุขภาพมีค่า 0.229 การทานอาหารที่ชอบมีค่า 0.225 และการทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ มีค่า 0.178 และตัวแปรย่อยทุกตัวมีค่าเป็นบวกและมีค่า Sig. (2 – tailed) ที่ 0.000 ทุกตัว

ตาราง 42 ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนปัจจัยอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำและคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน

| | Pearson Correlation |
|---|---------------------|
| คะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน(ร้อยละ) | 1 |
| ปัจจัยด้านอาหารที่ท่านเป็นประจำ(ร้อยละ) | .285** (0.000) |
| การทำงานอาหารทั่วไป | .229** (0.000) |
| การทำงานอาหารสุขภาพ | .228** (0.280) |
| การทำงานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ | .178** (0.000) |
| การทำงานอาหารที่ชอบ | .225** (0.000) |

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

สรุปได้ว่า ปฏิเสธ H_0 ของสมมติฐานดั่งนั้น ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

H_4 : ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

$$H_4: \rho_{\text{Food factor, Quality of life}} \neq 0$$

โดยที่ การทานอาหารทั่วไป การทานอาหารสุขภาพ การทานอาหารที่ชอบ และการทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ ต่างก็มีความสำคัญและจะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดีขึ้น ถ้าคะแนนปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำเพิ่มมากขึ้นจะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดีขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยเรื่อง “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยศึกษาค้นคว้าตามขั้นตอนและกระบวนการของการวิจัยและพัฒนา ทั้งแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) หลังจากได้ผลการดำเนินงานแล้ว สามารถสรุปผลการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็นหัวข้อในการสรุปผลได้ดังต่อไปนี้

1. สรุปผลการวิจัย
2. อภิปรายผลการวิจัย
3. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

จากการทดสอบสมมติฐานทั้ง 4 สมมติฐาน ทำให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังตารางต่อไปนี้

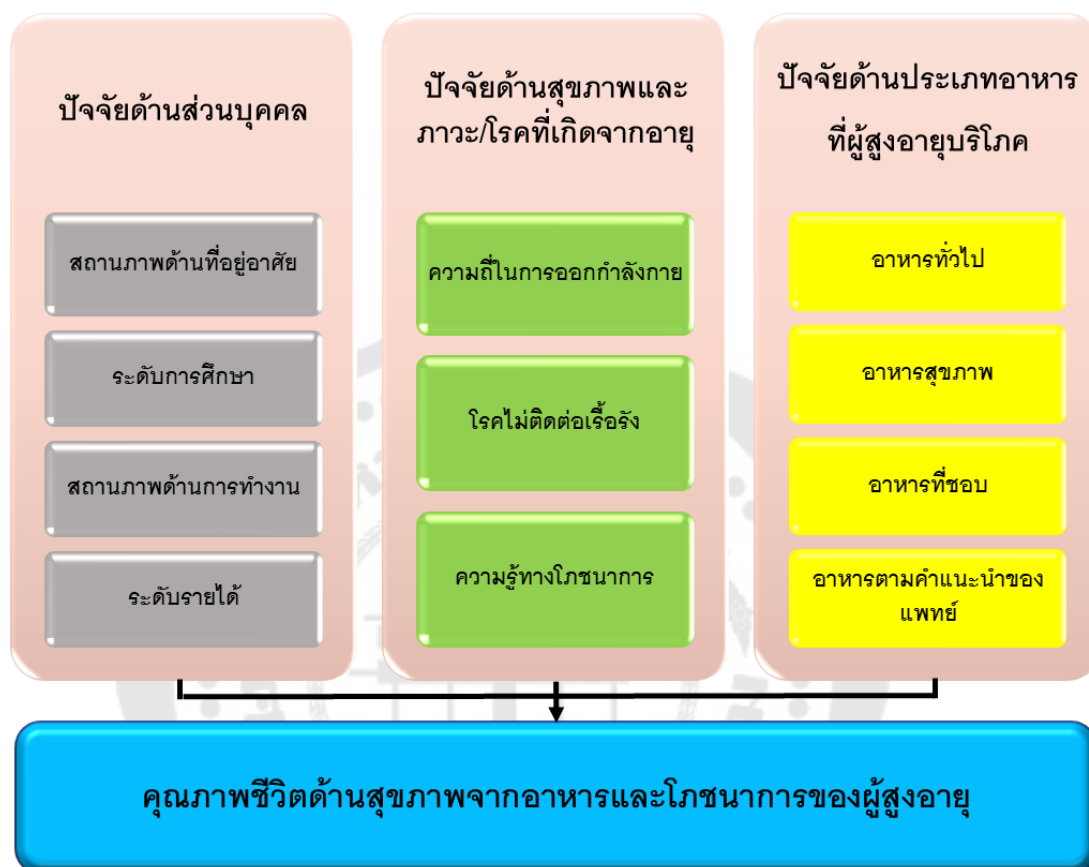
ตาราง 43 สรุปการทดสอบสมมติฐาน

| ปัจจัย | สมมติฐาน | r และ Sig. |
|------------------------------------|--|---|
| ด้านส่วนบุคคล | $H_0: \rho_{\text{Personal factor, Quality of life}} = 0$ | $r_{\text{Personal factor, Quality of life}} = 0.335$ |
| | $H_1: \rho_{\text{Personal factor, Quality of life}} \neq 0$ | Sig.(1-tailed) = 0.000 ปฏิเสธ H_0 |
| ด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ | $H_0: \rho_{\text{Health factor, Quality of life}} = 0$ | $r_{\text{Health factor, Quality of life}} = 0.322$ |
| | $H_1: \rho_{\text{Health factor, Quality of life}} \neq 0$ | Sig.(1-tailed) = 0.000 ปฏิเสธ H_0 |
| ด้านสังคม | $H_0: \rho_{\text{Social factor, Quality of life}} = 0$ | $r_{\text{social factor, Quality of life}} = 0.009$ |
| | $H_3: \rho_{\text{Social factor, Quality of life}} \neq 0$ | Sig.(1-tailed) = 0.432 ยอมรับ H_0 |
| ด้านอาหารที่บริโภคเป็นประจำ | $H_0: \rho_{\text{Food factor, Quality of life}} = 0$ | $r_{\text{Food factor, Quality of life}} = 0.285$ |
| | $H_4: \rho_{\text{Food factor, Quality of life}} \neq 0$ | Sig.(1-tailed) = 0.000 ปฏิเสธ H_0 |

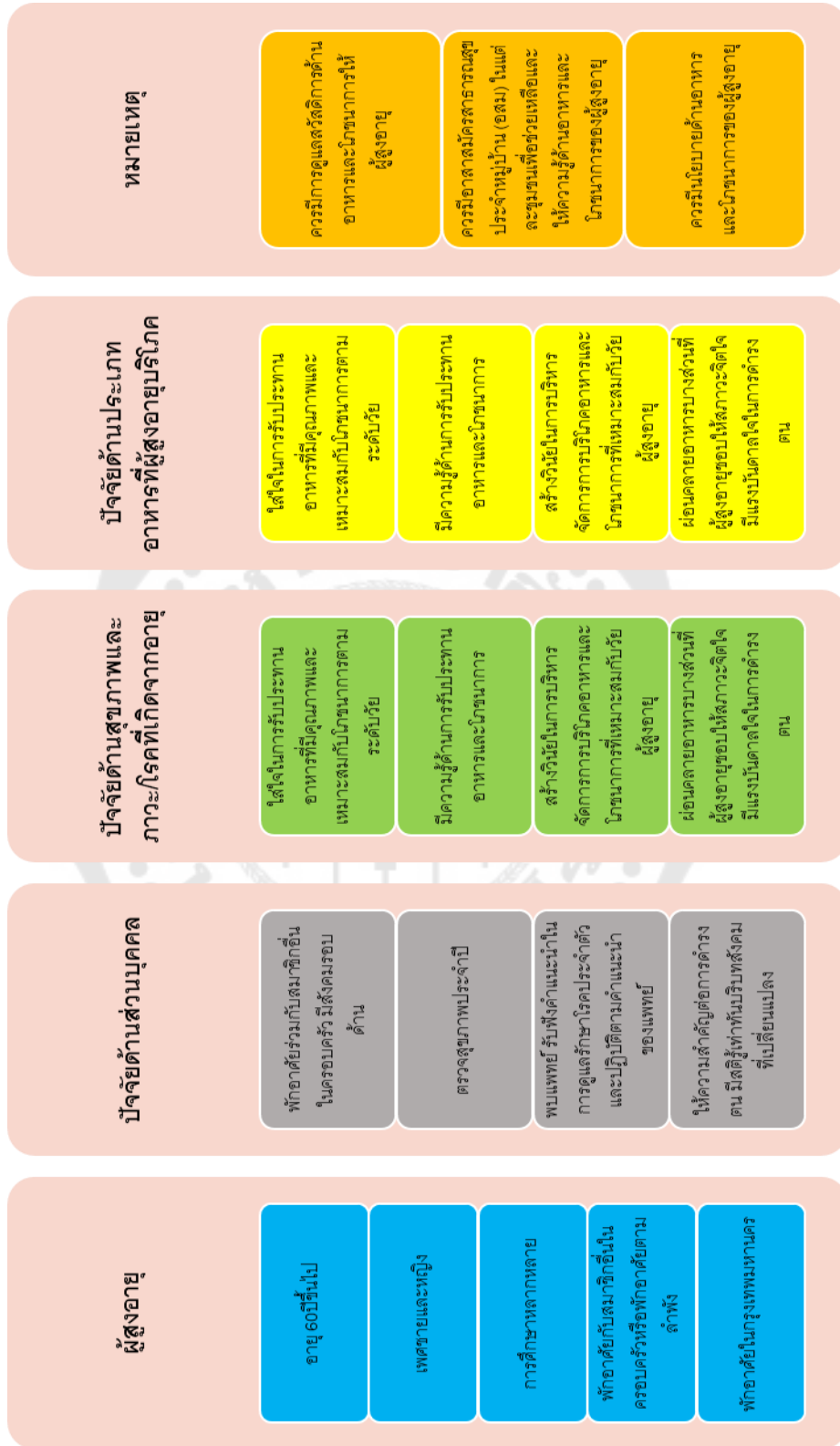
ข้อมูลทางสถิติจากแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง 400 ราย สามารถสรุปสมมติฐานการวิจัยได้ว่า

1. ปัจจัยด้านส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ โดยสถานภาพด้านที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา สถานภาพด้านการทำงาน และระดับรายได้ มีความสำคัญต่อปัจจัยด้านส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ โดยที่ผู้สูงอายุที่การออกกำลังกายมาก ผู้สูงอายุที่พบภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ทางโภชนาการมากจะมีความสำคัญต่อปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุของผู้สูงอายุ ในขณะที่การไปพบแพทย์เป็นประจำไม่มีนัยยะสำคัญต่อปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ
3. ปัจจัยด้านสังคมไม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ โดยที่การได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมไม่มีนัยยะสำคัญต่อปัจจัยด้านสังคม
4. ปัจจัยด้านอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ โดยที่ การทานอาหารทั่วไป การทานอาหารสุขภาพ การทานอาหารที่ชอบ และการทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ ต่างก็มีความสำคัญและจะทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการดีขึ้น

จากผลการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณสามารถสรุปเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้ดังต่อไปนี้



ภาพประกอบ 28 รูปแบบพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร



ภาพประกอบ 29 รูปแบบภาพรวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

อภิปรายผลการวิจัย

เมื่อก้าวเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ สังคมจะค่อยๆลดสถานะและบทบาทของผู้สูงอายุไปยังผู้เยาว์ตามทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) เพื่อให้ทำงานต่างๆ ดำเนินไปโดยให้มีการหยุดชะงักน้อยที่สุด เมื่อสถานะและบทบาทของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน โดยอาหารเป็นพื้นฐานหลักในการดำรงชีวิต และเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ถือว่าเป็นกลุ่มที่พักอาศัยในแหล่งชุมชน จึงทำให้ไม่มีปัญหาในการเข้าถึงแหล่งอาหารทั่วไปซึ่งเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต แต่ความสามารถในการเข้าถึงอาหารกลุ่มที่เป็นอาหารสุขภาพและอาหารปลอดภัยนั้น จะขึ้นอยู่กับรายได้และความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งการซื้ออาหารปลอดภัย เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตรงกับทฤษฎีความขัดแย้งทางสังคม เรื่องความไม่เท่าเทียม (Social – Conflict Theory: Inequality) อย่างไรก็ตามเมื่อเทียบกับประเทศเมียนมาที่ปัญหาเรื่องอาหารปลอดภัยและการเข้าถึงอาหารยังเป็นวาระสำคัญระดับชาติ เมื่อเทียบกันแล้วกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครยังถือว่ามีคุณภาพชีวิตพื้นฐานในการดำรงชีวิตเรื่องการเข้าถึงอาหารทั่วไปจึงไม่ถือว่าการเข้าถึงอาหารทั่วไปไม่เป็นปัญหา

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากบริโภคอาหารทั่วไปเป็นประจำ เนื่องจากเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มรายได้สามารถเข้าถึงได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐาน และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ ผู้สูงอายุเลือกใช้วิธีการหลักเลี่ยงอาหารบางประเภทตามคำแนะนำของแพทย์ในบางมื้ออาหาร และมุ่งเน้นในเรื่องการรับประทานอาหารอย่างมีความสุข ตามความพึงพอใจของผู้สูงอายุ มากกว่าการรับประทานอาหารสุขภาพ หรือรับประทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์ การรับประทานอาหารอย่างมีความสุขเป็นส่วนหนึ่งในแรงจูงใจในการมีชีวิตต่อไป กล่าวคือให้ผู้สูงอายุมีความสุขในแต่ละวันที่ได้รับประทานอาหารที่ชอบ เป็นด้านสุขภาพใจ และเมื่อรับประทานอาหารได้ อาหารดังกล่าวจะเปลี่ยนไปเป็นพลังงานและโภชนาการที่ร่างกายได้รับต่อไป โดยพบว่าอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ มีความสัมพันธ์กับความรู้ทางอาหารและโภชนาการ ที่ส่งผลต่อความใส่ใจและการเลือกอาหารและโภชนาการให้กับตนเองได้ดีขึ้น ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ โดยมีระดับการศึกษาช่วยให้แต่ละบุคคลมีความรู้

ความเข้าใจและให้ความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมีระดับการศึกษาสูงขึ้น ทำให้มีความรู้ในการเลือกบริโภคได้มากขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่า สถานภาพด้านการทำงานหลังอายุ 60 ปี ไม่ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงอาหารทั่วไปซึ่งมีราคาไม่สูงมาก ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มคนสูงอายุบางส่วนได้วางแผนการเงินไว้ล่วงหน้าแล้วทำให้มีเงินที่เก็บออมไว้เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในช่วงวัยสูงอายุ และบางส่วนมีบุตร หรือคู่/คู่สมรส รวมถึงสวัสดิการรัฐ เป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายด้านอาหาร แต่สถานภาพด้านการทำงานในผู้สูงอายุ กลับส่งผลต่อเวลาที่ผู้สูงอายุใช้ในการดูแลตนเอง เวลาสำหรับการดูแลตนเองขณะที่ทำงานอยู่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับเวลาที่ได้รับกลับมาหลังเข้าสู่วัยเกษียณ การเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาดูแลตนเองมากขึ้น มีเวลาในการทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่ไม่สามารถทำในช่วงชีวิตการทำงาน รวมถึงเวลาในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเวลาในการทำอาหาร เวลาในการทานอาหาร ไปจนถึงเวลาในการออกกำลังกายซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุเช่นกัน การที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่ต่างออกไปเมื่อเข้าสู่ช่วงเกษียณตรงกับทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์: กิจกรรม (Symbolic – Interaction Theory: Activity) ทฤษฎีที่เชื่อว่าการทำกิจกรรมย่อยๆ จะเพิ่มความพึงพอใจในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความแตกต่าง ไม่ว่าจะจะเป็นความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ความจำเป็นที่ต่างกัน รวมถึงความสามารถของร่างกายที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นกิจกรรมจึงจำเป็นต้องมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล

นอกจากนี้บุคคลที่พหุอาศัยร่วมกันในครัวเรือนเป็นพื้นที่ที่มีความสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอาหารและโภชนาการที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะผ่านทางตรงคือ บุตรหลานหรือคนในครอบครัวเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้ คอยดูแลด้านอาหารและโภชนาการให้ผู้สูงอายุ รวมถึงทางอ้อมคือ เป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรับผิดชอบในการดูแลจัดเตรียมอาหารให้สามี/ภรรยา รวมถึงบุตรหลาน สอดคล้องกับสถานภาพด้านที่อยู่อาศัยด้านการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวนั้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเตรียมอาหารตามที่กล่าวถึงในข้างต้นถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะรับประทานอาหารคนเดียวตามเวลาที่ตนเองสะดวก หรือเลือกอาหารตามที่ตนเองชอบก็ตาม การกระทำดังกล่าวถือเป็นหน้าที่ทางสังคมตามทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่ (Structural - Functionalism) กล่าวคือ เมื่อบุตร/หลานเป็นผู้ทำหน้าที่ในการหารายได้มาสู่ครอบครัว ผู้สูงอายุในฐานะพ่อและแม่จึงมีหน้าที่ในการดูแลบ้านและจัดเตรียมอาหารสำหรับคนในครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง ทั้งนี้เนื่องจากการอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น มี

คุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ สืบเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

ในขณะที่ผู้สูงอายุส่วนมากคิดว่าตนเองมีสุขภาพโดยรวมปกติ แต่ในความเป็นจริงกลับ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่ได้ปฏิบัติ ตามที่แพทย์แนะนำ ไม่รับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง แต่ใช้การดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการ ทดแทนการรับประทานยา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงวัยส่วนมากต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงและ ปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น จึงเลือกบริโภคอาหารเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และยังพบว่า ความถี่ในการพบแพทย์ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและ โภชนาการของผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งระบุว่า แพทย์ไม่ค่อยได้แนะนำเกี่ยวกับการทาน อาหารและโภชนาการเท่าไรนัก การพบแพทย์บ่อยขึ้นไม่ได้สัมพันธ์กับอาหารและโภชนาการที่จะ ได้รับ ในทางกลับกัน ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการ เกิดจากการศึกษาหาความรู้ด้วย ตนเอง หรือได้รับข้อมูลข่าวสารจากเพื่อน หรือจากบุคคลในครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนมากไม่ สามารถจดจำได้ว่า ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการที่ได้รับนั้น มาจากหน่วยงานด้าน สาธารณสุข แต่จะระบุว่า เป็นข้อมูลที่ค้นหาเองผ่านช่องทาง ยูทูบ (You Tube) หรือเป็นข้อมูลที่ เพื่อนส่งให้ส่งผลต่อแนวคิดเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ วิธีการในการดูแลและปฏิบัติตน และ การเลือกรับประทานอาหารและโภชนาการ ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุได้รับความรู้ด้านอาหารและโภชนาการจากหน่วยงานสาธารณสุขในปริมาณที่ ค่อนข้างน้อย แม้ว่าหน่วยงานด้านสาธารณสุขจะมีนโยบายหรือการดำเนินการต่างๆก็ตาม ซึ่ง แสดงให้เห็นถึงการขาดความเชื่อมโยงระหว่างผู้สูงอายุกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข ในการ สนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการ แต่เมื่อถามถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ กลับกลายเป็นว่า ผู้สูงอายุต้องการข้อมูลที่น่าเชื่อถือเพื่อใช้ในการประเมินผลในการประกอบการตัดสินใจ และเชื่อ ว่า แพทย์ หรือ บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงนักโภชนาการ เป็นแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและอยาก ให้ออกมาให้ข้อมูลให้มากขึ้นโดยผ่านช่องทางที่เหมาะสม และสื่อสารให้เข้าใจ ง่าย และสื่อให้เห็นบ่อยๆ การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่เป็น ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องเลือกช่องทางและวิธีการสื่อสารให้เหมาะสม สำหรับสิ่งสำคัญ ที่ผู้สูงอายุทำควบคู่กับการดูแลเรื่องอาหารแล้วนั้นพบว่า ผู้สูงอายุเห็นว่าการออกกำลังกายเป็น ประจําเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและ โภชนาการอีกด้วย เนื่องจากรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อตนเอง จะให้ความสำคัญด้าน อาหารและโภชนาการด้วยการรับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเห็นว่า

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ควรทำควบคู่กับการออกกำลังกาย การรับรู้สภาพร่างกายของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านกายภาพของคุณภาพชีวิตที่สืบเนื่องมาจากอาหารและโภชนาการ

แม้ว่าผลการวิจัยบ่งชี้ว่า ปัจจัยด้านสังคมเรื่องการได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่า อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากหน่วยงานสาธารณสุขได้ รวมถึงนี้ก็ไม่ออกกว่าได้รับสวัสดิการด้านอาหารใดบ้างจากสาธารณสุขในปัจจุบัน แต่จากข้อเสนอแนะที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุเองอยากให้หน่วยงานจากรัฐบาลและหน่วยงานสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทและให้การสนับสนุนเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นให้ข้อมูลความรู้และข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ เพิ่มสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพที่เกี่ยวข้องกับอาหาร แจกอาหารสุขภาพรวมถึงวิตามินที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับ หรือออกนโยบายพื้นฐานเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงอาหารสุขภาพได้ง่ายขึ้น เช่น ให้จัดโครงการคนละครึ่งสำหรับผู้สูงอายุสามารถซื้ออาหารสุขภาพได้ในครึ่งราคาเป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีโครงสร้าง – หน้าที่ (Structural - Functionalism) ในฐานะประชาชนในสังคมซึ่งเคยเป็นผู้เสียภาษีมาก่อน หน่วยงานภาครัฐจึงมีหน้าที่ดูแลถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงอายุ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตขั้นพื้นฐานซึ่งเป็นการดูแลเชิงป้องกัน อีกทั้งยังลดภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาลที่จะเกิดในอนาคต และเมื่อพิจารณาจากการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์จะให้ได้ว่า รัฐบาลให้ความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็น การเข้าไปดูแลอาหารของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถออกจากบ้านได้ในขณะที่ลูกหลานต้องออกไปทำงาน ส่วนลดค่าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การแจกข้อมูลสำหรับเมนูอาหารราคาประหยัด และจะเห็นได้ว่า ประเทศสิงคโปร์มีการเตรียมพร้อมให้กับประชาชนเร็วกว่าประเทศอื่น กล่าวคือจัดให้ประชาชนเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ อายุ 50 ปีเพื่อเตรียมความพร้อมล่วงหน้า อย่างไรก็ตามประเทศไทยสามารถตั้งเป้าหมายเพื่อยกระดับด้านอาหารและโภชนาการโดยเฉพาะให้กับผู้สูงอายุ ยกตัวอย่างเช่น เพิ่มการเตรียมพร้อมและให้ความรู้ก่อนเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ หรืออย่างทางรัฐบาลมาเลเซียยังได้มีการรณรงค์เรื่อง ภาวะโรคอ้วนและน้ำหนักเกินมาตรฐานในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการตั้งเป้าหมายไว้ในปี ค.ศ. 2025 คือ ไม่ให้เกินค่าข้อมูลเดิมที่พบในปี ค.ศ. 2015 เป็นต้น ในขณะที่ข้อมูลการวิจัยบ่งชี้ว่า ปัจจัยด้านสังคมเรื่องการมีส่วนร่วมในสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านอาหารและโภชนาการด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการ ผู้วิจัยให้ข้อสังเกตว่า ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นเพราะสถานการณ์วิกฤติโควิด-19 ผู้สูงอายุไม่สามารถออกจากบ้านได้ รวมถึงไม่ได้รับอนุญาตให้ออกจากบ้าน กลุ่มตัวอย่างหลายรายที่เคยไปทานอาหารนอกบ้าน

ร่วมกับเพื่อนมาโดยตลอดก็มีการงดไป หรือจากแหล่งที่เคยเป็นที่รวมตัวของผู้สูงอายุเช่น สวน ลุมพินี ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมาใช้บริการสวนสุขภาพดังกล่าวน้อยลงมาก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุได้ว่าการมีส่วนร่วมในสังคมถูกลดบทบาทลงจากข้อจำกัดในสถานการณ์ดังกล่าว อย่างไรก็ตามจะยังเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุยังมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับกลุ่มเพื่อนรวมถึงกลุ่มคนในครอบครัวอยู่

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทางวิชาการ

1.1 ควรนำผลการวิจัยไปใช้เผยแพร่องค์ความรู้ สร้างแรงกระตุ้นในสังคม เพื่อให้เกิดประโยชน์ในสังคม ให้คนในสังคมได้เห็นความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการเชิงป้องกัน

1.2 ควรนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์โดยให้คนในสังคมได้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจากอาหารและโภชนาการในเชิงป้องกัน

1.3 ควรนำผลการวิจัยไปทดลองใช้กับหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ

2. ข้อเสนอแนะทางการบริหาร

2.1 ควรนำผลจากการวิจัยใช้อ้างอิงเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นนโยบายด้านการสนับสนุนเรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดเป้าหมายแนวทางในการดำเนินการและตัวชี้วัดให้ชัดเจนเหมาะสม ทั้งระยะสั้นและยาวรวมถึงมีมาตรการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง

2.2 หน่วยงานสาธารณสุขควรจัดทำสื่อเพื่อให้ความรู้ เรื่องอาหารและโภชนาการ ให้ชัดเจน เข้าใจง่าย และเผยแพร่ในช่องทางที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

2.3 ควรสนับสนุนการจัดทำวิจัยเรื่องผู้สูงอายุและโภชนาการนี้อย่างสม่ำเสมอ อาจเป็นทุก 3 ปี เพื่อให้ปรับเข้ากับบริบทของสังคมพลวัตในแต่ละช่วงเวลา

3. ข้อเสนอแนะสำหรับสมาชิกในครอบครัว

3.1 สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการไปใช้ในการบำบัดดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันหลัก 3 ด้าน (ปัจจัยด้านส่วนบุคคล/ปัจจัยด้านสุขภาพ/ปัจจัยด้านประเภทอาหาร)

3.2 บุตรหลานควรเฝ้าระวังการบริโภคอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง (ปัจจัยด้านส่วนบุคคล)

3.3 สมาชิกในครอบครัวควรสร้างความสมดุลเรื่อง อาหารและโภชนาการที่มีประโยชน์ควบคู่กับอาหารที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน เพื่อให้ได้ประโยชน์ต่อสุขภาพกายสุขภาพใจ สอดคล้องกับความเป็นอยู่ของสังคม (ปัจจัยด้านประเภทอาหาร)

3.4 สมาชิกในครอบครัวควรรณรงค์ให้ผู้สูงอายุดูแลเรื่องอาหาร โภชนาการ ควบคู่กับการออกกำลังกาย (ปัจจัยด้านสุขภาพ/ปัจจัยด้านประเภทอาหาร)

3.5 สมาชิกในครอบครัวควรหาความรู้ด้านอาหารและโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้รู้เท่าทันสถานการณ์โลกด้านการบริโภคอาหารที่มีคุณภาพและพัฒนาการทางโภชนาการ โลก (ปัจจัยด้านสุขภาพ)

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

4.1 ควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ นำมาซึ่งการปรับปรุงและพัฒนาให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ สังคม และประเทศต่อไป

4.2 ควรดำเนินการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่นกลุ่มประชากรที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (Silver Age) เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเลือกใช้เครื่องมือวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง

4.3 ควรทำการวิจัยร่วมกับประเทศอาเซียนที่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในบริบทเดียวกับสังคมไทย ทั้งเรื่องจำนวนประชากรผู้สูงอายุและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารและโภชนาการ

บรรณานุกรม

- Ahmad, M. H., Salleh, R., Siew Man, C., Pardi, M., Che Abdul Rahim, N., Shahril, N., . . . Ahmad, N. A. (2021). Malnutrition among the Elderly in Malaysia and Its Associated Factors: Findings from the National Health and Morbidity Survey 2018. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2021, 6639935.
- ASEAN Regional Guidelines on Food Security and Nutrition Policy. (2017). Jakarta:
- Bailey, R. L., Miller, P. E., Mitchell, D. C., Hartman, T. J., Lawrence, F. R., Sempos, C. T., และ Smiciklas-Wright, H. (2009). Dietary screening tool identifies nutritional risk in older adults. *Am J Clin Nutr*, 90(1), 177-183.
- Björnwall, A., Mattsson Sydner, Y., Koochek, A., และ Neuman, N. (2021). Eating Alone or Together among Community-Living Older People-A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(7).
- Bloom, I., Lawrence, W., Barker, M., Baird, J., Dennison, E., Sayer, A. A., . . . Robinson, S. (2017). What influences diet quality in older people? A qualitative study among community-dwelling older adults from the Hertfordshire Cohort Study, UK. *Public Health Nutr*, 20(15), 2685-2693.
- Chandra, R. K., Imbach, A., Moore, C., Skelton, D., และ Woolcott, D. (1991). Nutrition of the elderly. *Cmaj*, 145(11), 1475-1487.
- Chernoff, R. (2001). Nutrition and health promotion in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56 Spec No 2, 47-53.
- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Crispin Jenkinson. (2020). Quality of life. In (Vol. 2021): Encyclopedia Britannica.
- Dawson, C., Capewell, R., Ellis, S., Matthews, S., Adamson, S., Wood, M., . . . Sharma, N. (2020). Dysphagia presentation and management following COVID-19: an acute care tertiary centre experience. *J Laryngol Otol*, 1-6.
- Egbert, A. M. (1996). The dwindles: failure to thrive in older patients. *Nutr Rev*, 54(1 Pt 2), S25-30.

- Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) and World Health Organization (WHO). (1992). *International conference on nutrition*. Rome: Force, N. D. D. T., and Association, A. D. (2002). *National Dysphagia Diet: Standardization for Optimal Care*: American Dietetic Association.
- George, R., and Jeffrey, S. (2014). *Sociological Theory* (Ninth Edition). Singapore: McGraw Hill Education.
- Hughes, G., Bennett, K., and Hetherington, M. (2005). Old and alone: Barriers to healthy eating in older men living on their own. *Appetite*, 43, 269-276.
- Huynh, T. (2020). *Update: Food Systems for Healthier Diets A4NH Contributions to the Nutrition Sensitive Movement in Vietnam Continue May 2020*. Hanoi:
- John J. Macionis. (2018). *Sociology* (Sixteenth Edition). Essex: Pearson Education.
- Joint WHO/FAO Expert Consultation. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organ Tech Rep Ser*, 916, i-viii, 1-149, backcover.
- Lee, B. (2011). Dietary Guidelines in Singapore. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 20, 472-476.
- Livelihoods and food security fund. (2015). *Nutrition*. Yangon:
- Locher, J. L., Ritchie, C. S., Robinson, C. O., Roth, D. L., Smith West, D., and Burgio, K. L. (2008). A multidimensional approach to understanding under-eating in homebound older adults: the importance of social factors. *Gerontologist*, 48(2), 223-234.
- McLeod, S. A. (2019). Likert scale. *Simply Psychology*.
- Mesbah, S. F., Sulaiman, N., Mohd Shariff, Z., and Ibrahim, Z. (2020). Does food insecurity contribute towards depression? A cross-sectional study among the urban elderly in Malaysia. *International journal of environmental research and public health*, 17(9), 3118.
- Ministry of Health - The Republic of the Union of Myanmar. (2018). *Multi-sectoral National Plan of Action on Nutrition (MS-NPAN) 2018/19 – 2022/23*.
- Ministry of Health Singapore. (2016). *I feel young in my Singapore! Action plan for successful ageing*. Singapore:
- National Coordinating Committee on Food and Nutrition. (2016). *National Plan of Action for*

- Nutrition of Malaysia III 2016-2025*. Malaysia:
- National Nutrition Center - the Republic of the Union of Myanmar. (2013). *National Plan of Action for Food and Nutrition (2011-2015)*.
- Nguyen, T. T., และ Trevisan, M. (2020). Vietnam a country in transition: health challenges. *BMJ Nutr Prev Health*, 3(1), 60-66.
- Noe, M. T. N., Saw, Y. M., Saw, T. N., Kyaw, Y. P., Zin, P. E., Cho, S. M., . . . Hamajima, N. (2020). Assessment of nutritional status and risk factors for malnutrition among the elderly in Loikaw, Myanmar. *Nutrition*, 79-80, 110933.
- Policy - National Nutrition Strategy for 2011-2020, With a vision toward 2030 (226/QD-TTg)*. (2012). Hanoi:
- Robinson, S. M. (2018). Improving nutrition to support healthy ageing: what are the opportunities for intervention? *Proc Nutr Soc*, 77(3), 257-264.
- Salomon, J. A., Wang, H., Freeman, M. K., Vos, T., Flaxman, A. D., Lopez, A. D., และ Murray, C. J. (2012). Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2144-2162.
- Shlisky, J., Bloom, D. E., Beaudreault, A. R., Tucker, K. L., Keller, H. H., Freund-Levi, Y., . . . Meydani, S. N. (2017). Nutritional Considerations for Healthy Aging and Reduction in Age-Related Chronic Disease. *Adv Nutr*, 8(1), 17-26.
- Sutanto, L., Lukito, W., และ Basrowi, R. (2021). Nutrition Interventions for Healthy Ageing in Indonesia. *Amerta Nutrition*, 4, 1.
- Taechangam, S., Pinitchun, U., และ Pachotikarn, C. (2008). Development of nutrition education tool: healthy eating index in Thailand. *Asia Pac J Clin Nutr*, 17 Suppl 1, 365-367.
- Thitiphon Yothaphan. (2562). *สู่วัยใกล้โรค2564(3 กันยายน)*.
- Turner, R., และ Carlson, L. (2003). Indexes of Item-Objective Congruence for Multidimensional Items. *International Journal of Testing*, 3, 163-171.
- United Nations. (2015). *The 2030 Agenda for Sustainable Development*, . New York:
- United Nations. (2019). *World Population Prospects 2019*.

United Nations. (2022). World Population Prospects 2022. Available from United Nations
Retrieved 20/12/2022

Usfar, A. A., และ Fahmida, U. (2011). Do Indonesians follow its Dietary Guidelines?:
evidence related to food consumption, healthy lifestyle, and nutritional status within
the period 2000-2010. *Asia Pac J Clin Nutr*, 20(3), 484-494.

Vesnaver, E., และ Keller, H. H. (2011). Social influences and eating behavior in later life: a
review. *J Nutr Gerontol Geriatr*, 30(1), 2-23.

Wakimoto, P., และ Block, G. (2001). Dietary intake, dietary patterns, and changes with
age: an epidemiological perspective. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56 Spec No
2, 65-80.

Williamson, C. (2015). *Policy Mapping on Ageing in Asia and the Pacific Analytical
Report*. Chiang Mai:

The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). (2012). Geneva:

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2564a). จำนวนผู้สูงอายุ จากการสำรวจประชากรสูงอายุใน
ประเทศไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ จังหวัด เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2560 (จัดทำ
ทุก 3 ปี). Retrieved 25 สิงหาคม 2564, from สำนักงานสถิติแห่งชาติ สืบค้นจาก
<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2564b). จำนวนและสัดส่วนประชากรจากการทะเบียน
จำแนกตามกลุ่มอายุ (วัยเด็ก วัยแรงงาน วัยสูงอายุ) เพศ ภาค และจังหวัด พ.ศ. 2554 -
2563. Retrieved 25 สิงหาคม 2564, from สำนักงานสถิติแห่งชาติ สืบค้นจาก
<http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/01.aspx>

กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564).
ภาวะสังคมไทย ไตรมาสหนึ่ง. กรุงเทพฯ:

กัลยา วานิชย์บัญชา. (2564). สถิติสำหรับงานวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพฯ: สามลดา.

กัลยา วานิชย์บัญชา, และ ลีดา วานิชย์บัญชา. (2564). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์
ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 34). กรุงเทพฯ: สามลดา.

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, ง. ศ. (2563). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. นครปฐม:

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. (2559). จิตวิทยาบุคลิกภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 1).

กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรนนท์ แก้วเกล้า, นิธิรัตน์ บุญตานนท์, และ ชวัลญเมือง แก้วดำเกิง. (2561, กรกฎาคม - ธันวาคม).

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, 33(2), 24-33.

ดร.ณัฐนันท์ วิจิตรอักษร, นายอลงกรณ์ ฉลาดสุข, นางสาวพิมพ์ชนก เกื้อรอด, นายภัทร อภิวัฒน์กุล,
และ นางสาวชวัลญกมล ถนัดคำ. (2561). รายงานการศึกษาประมาณการค่าใช้จ่าย
สาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า โดยสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศ.

กรุงเทพมหานคร:

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2549). การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS : ครอบคลุมทุกเวอร์ชัน
(พิมพ์ครั้งที่ 5 ปรับปรุงใหม่ล่าสุด..): กรุงเทพฯ : บิสซิเนสอาร์แอนดีดี.

นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล. (2560). นโยบายและการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุ คือ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่
ซีมีเศร้า กินข้าวอร่อย”. Paper presented at the การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนา
ศักยภาพและเสริมทักษะด้านโภชนาการ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุตลอดช่วงชีวิตและ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่าย

นายแพทย์วิชัย ตันไพจิตร. (2528). หนังสือสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เล่มที่ 9. กรุงเทพฯ:
มูลนิธิโครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ.

ปรีชา นวลเป็นไย. (2561). ประชากรรุ่นเกิดล้าน. วารสารข้าราชการ, 60(4), 3-4.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ.2546. (2553). ราชกิจจานุเบกษา (น. 1).

พระราชบัญญัติอาหารพ.ศ.2522. (2522, 8 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา.

พิมพ์สิทธ์ บัวแก้ว, และ รติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย.
วารสารสมาคมนักวิจัย, 21(2), 94-109.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2563). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี 2562.

นครปฐม:

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของ
ผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม. กรุงเทพฯ:

วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2564). คุณภาพคือความอยู่รอด ตอน คุณภาพชีวิต...อยู่ที่ใคร?2564(11
กันยายน 2564).

สำนักงานสภานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ และสำนักงาน

คณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2562). นโยบายและยุทธศาสตร์

การอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 - 2570 และแผนด้าน
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม พ.ศ. 2563 - 2565. กรุงเทพฯ:
สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2561). ธงโภชนาการผู้สูงอายุและภาพอธิบายสัดส่วนของผลไม้.
นนทบุรี:
สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ,
และ ราณี พรมานะรังกุล. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI). เชียงใหม่:
หน่วยงานสถิติ กองยุทธศาสตร์บริหารจัดการ กรุงเทพมหานคร. (2564). รายงานสถิติ
กรุงเทพมหานคร ประจำปี พ.ศ. 2563, . กรุงเทพฯ:
อารง สุทธาศาสน์, และ วิภาส ทองสุทธิ. (2563). ปฏิบัติการวิจัยทางสังคมศาสตร์ มาตรฐาน
วิทยานิพนธ์และดุษฎีนิพนธ์. กรุงเทพฯ: อินทภาษา.





ภาคผนวก ก
แบบประเมินเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย สำหรับผู้เชี่ยวชาญ

1. แบบประเมินประเด็นสำหรับการสนทนากลุ่ม
2. แบบประเมินประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล
3. แบบประเมิน แบบสอบถาม เรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

1. แบบประเมินประเด็นสำหรับสทนากลุ่ม



ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม
เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ
ในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

การสนทนากลุ่มในครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ในครอบครัวของคุณมีสมาชิกกี่คน ใครบ้าง
2. ใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆของคุณ
3. กิจวัตรประจำวันของคุณเป็นอย่างไร
4. สุขภาพโดยรวมของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
5. โดยปกติคุณดูแลสุขภาพอย่างไร
6. คุณคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้คุณมีสุขภาพที่ดี
7. โดยปกติอาหารที่คุณบริโภคเป็นประจำคืออาหารลักษณะใด
8. โดยปกติคุณมักจะทานอาหารกับใคร
9. คุณคิดว่าอาหารมีส่วนช่วยให้คุณมีสุขภาพที่ดีได้อย่างไร
10. คุณคิดว่าอาหารลักษณะใดที่ดีต่อสุขภาพของคุณ
11. ใครเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้กับคุณ
12. คุณคิดว่าปัจจัยใดจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
13. คุณคิดว่านโยบายใดจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
14. คุณคิดว่าควรทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของอาหารที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ลงนามอาจารย์ที่ปรึกษา _____ 

ตำแหน่ง อ.อรุณทิพย์ ปรานี ๒๖๖

2. แบบประเมินประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล



ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล
เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ
ในกรุงเทพมหานคร


คำชี้แจง

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลในครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากร และปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประเด็นในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ดังนี้

1. ในครอบครัวของคุณมีสมาชิกกี่คน ใครบ้าง
2. ใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆของคุณ
3. กิจกรรมประจำวันของคุณเป็นอย่างไร
4. สุขภาพโดยรวมของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
5. โดยปกติคุณดูแลสุขภาพอย่างไร
6. คุณคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้คุณมีสุขภาพที่ดี เรียงลำดับความสำคัญ
7. โดยปกติอาหารที่คุณบริโภคเป็นประจำคืออาหารลักษณะใด
8. โดยปกติคุณมักจะทานอาหารกับใคร
9. คุณคิดว่าอาหารมีส่วนช่วยให้คุณมีสุขภาพที่ดีได้อย่างไร
10. คุณคิดว่าอาหารลักษณะใดที่ดีต่อสุขภาพของคุณ
11. ใครเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้กับคุณ
12. คุณคิดว่าปัจจัยใดจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เรียงลำดับความสำคัญ
13. ปัจจัยใดดังต่อไปนี้มีความสัมพันธ์ และ / หรือ ความสำคัญเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ
 - ปัจจัยด้านส่วนบุคคล: ระดับรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพด้านการทำงาน สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย
 - ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ ความรู้ทางโภชนาการ ความถี่ในการออกกำลังกาย
 - ปัจจัยด้านสังคม: การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชน การมีส่วนร่วมในสังคม

- บัณฑิตด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ: อาหารทั่วไป อาหารสุขภาพ อาหารตามคำแนะนำของแพทย์
14. ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตตามองค์การอนามัยโลกประเด็นใดสืบเนื่องมาจากอาหารและโภชนาการ และมีความสำคัญหรือไม่
- การเจ็บปวดตามร่างกาย
 - กำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน
 - การนอนหลับ
 - ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข
 - การมีสมาธิต่างๆในการทำงาน
 - ความพอใจในตนเอง
 - การยอมรับ รูปร่างของตนเอง
 - ความรู้สึกไม่ดี ความเหงา วิตกกังวล
 - ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน
 - การต้องไปรักษาพยาบาล
 - ความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยได้ทำมา
 - ความพอใจในการเข้ากับคนอื่น
 - ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน
 - ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย
 - ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่
 - มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น
 - พอใจกับสาธารณสุขุได้ตามความจำเป็น
 - โอกาสในการพักผ่อนคลายเครียด
 - สภาพแวดล้อมดีกับสุขภาพมากนักขนาดไหน
 - ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน
 - รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย
 - ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง
 - ท่านมีคุณภาพชีวิต/ความเป็นอยู่ในระดับใด
15. คุณคิดว่านโยบายใดจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเรียงลำดับความสำคัญ

16. คุณคิดว่าควรทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของอาหารที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุ
มีสุขภาพที่ดีขึ้น เรียงลำดับความสำคัญ

ลงนามอาจารย์ที่ปรึกษา _____ 

()
ตำแหน่ง อาจารย์ที่ปรึกษา

3. แบบประเมิน แบบสอบถามเรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
จากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร



แบบประเมิน แบบสอบถามเรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับนี้เพื่อผู้วิจัยจะได้รวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อการทดสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ ข้อคำถามที่ผู้วิจัยทำการรวบรวมมาจากการศึกษาตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และจากผลการดำเนินงานวิจัยเชิงคุณภาพ

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ตอน ดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ
- ตอนที่ 2 ลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ
- ตอนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อบริการด้านต่างๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ
- ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากอาหารและโภชนาการ จำนวน 19 ข้อ
- ตอนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ

การตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนความเชื่อมโยงกันระหว่างแต่ละคำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษา การจัดอันดับจะอยู่ในช่วงตั้งแต่ -1, 0 และ 1 แต่ละมาตราส่วนแสดงค่าต่อไปนี้

- ให้คะแนน +1 : แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน 0 : ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
- ให้คะแนน -1 : แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

โปรดแสดงความคิดเห็นโดยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน หากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม กรุณาเติมรายละเอียดข้อเสนอแนะลงในช่องข้อเสนอแนะบริเวณช่องด้านขวาของแบบสอบถาม

คำชี้แจง ตอนที่ 1 และ 2 ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับข้อมูลของท่าน
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

| รายละเอียดข้อคำถาม | ความคิดเห็นของ ผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ |
|---|--------------------------------|---|----|------------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| 1. เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง <input type="checkbox"/> 3. ไม่ต้องการระบุ | | | | |
| 2. อายุ <input type="checkbox"/> 1. อายุ 60 – 64 ปี <input type="checkbox"/> 2. อายุ 65-69 ปี <input type="checkbox"/> 3. อายุ 70-74ปี <input type="checkbox"/> 4. อายุ 75-79 ปี <input type="checkbox"/> 5. อายุ 80ปีและมากกว่า 80 ปีขึ้นไป | | | | |
| 3. สถานภาพการสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 3. หย่าร้าง/เป็นหม้าย | | | | |
| 4. ระดับการศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา/ปวช. <input type="checkbox"/> 3. ปริญญาตรี/ปวส. <input type="checkbox"/> 4. ปริญญาโทหรือสูงกว่า | | | | |
| 5. สถานภาพด้านการทำงาน <input type="checkbox"/> 1. ยังทำงานประจำ <input type="checkbox"/> 2. เกษียณอายุแล้ว | | | | |
| 6. รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน <input type="checkbox"/> 1. รายได้ 0-10,000 บาท <input type="checkbox"/> 2. รายได้ 10,001-20,000 บาท <input type="checkbox"/> 3. รายได้ 20,001-30,000บาท <input type="checkbox"/> 4. รายได้ 30,001-40,000บาท <input type="checkbox"/> 5. รายได้ 40,000 บาทขึ้นไป | | | | |
| 7. ใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆของท่าน <input type="checkbox"/> 1.ตนเอง <input type="checkbox"/> 2. คู่สมรส <input type="checkbox"/> 3. บุตรหลาน <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆโปรดระบุ | | | | |
| 8. ในครอบครัวที่พักอาศัยด้วยกันของท่านมีสมาชิก ____คน | | | | |
| 9. ในครอบครัวที่พักอาศัยด้วยกันของท่านประกอบไปด้วยสมาชิกคนใดบ้าง <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส <input type="checkbox"/> 2. บุตรธิดา <input type="checkbox"/> 3. หลาน <input type="checkbox"/> 4. พี่/น้อง <input type="checkbox"/> 5.ญาติ <input type="checkbox"/> 6.แม่บ้าน/ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆโปรดระบุ ____ | | | | |

ตอนที่ 2 ลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิต

| รายละเอียดข้อคำถาม | ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ |
|--|--------------------------------|---|----|------------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| 10. โดยปกติอาหารที่ท่านมักจะบริโภคเป็นประจำคืออาหารลักษณะใด (เลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) <input type="checkbox"/> 1. อาหารทั่วไป <input type="checkbox"/> 2. อาหารสุขภาพ <input type="checkbox"/> 3. อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ <input type="checkbox"/> 4. อาหารที่ชอบทาน | | | | |
| 11. โดยปกติแล้วใครเป็นผู้จัดเตรียมมื้ออาหารในครอบครัว <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส <input type="checkbox"/> 2. บุตรธิดา <input type="checkbox"/> 3. หลาน <input type="checkbox"/> 4. พี่/น้อง <input type="checkbox"/> 5. ญาติ <input type="checkbox"/> 6. แม่บ้าน/ผู้ดูแล <input type="checkbox"/> 7. อื่นๆ โปรดระบุ _____ | | | | |
| 12. โดยปกติแล้วท่านมักจะประกอบอาหารทานเองในครอบครัวหรือซื้ออาหารสำเร็จรูป <input type="checkbox"/> 1. ประกอบอาหารทานเอง <input type="checkbox"/> 2. ซื้ออาหารสำเร็จรูป | | | | |
| 13. ท่านทำอาหารเองเป็นหรือไม่ <input type="checkbox"/> 1. ทำอาหารเป็น <input type="checkbox"/> 2. ทำอาหารไม่เป็น | | | | |
| 14. โดยปกติท่านมักจะทานอาหารกับใคร <input type="checkbox"/> 1. ทานคนเดียว <input type="checkbox"/> 2. ทานร่วมกับคู่สมรส <input type="checkbox"/> 3. ทานร่วมกับบุตรหลาน <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ โปรดระบุ _____ | | | | |
| 15. ท่านคิดว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไรบ้าง <input type="checkbox"/> 1. สุขภาพโดยรวมดีมาก <input type="checkbox"/> 2. สุขภาพโดยรวมดี <input type="checkbox"/> 3. สุขภาพโดยรวมปานกลาง <input type="checkbox"/> 4. สุขภาพโดยรวมไม่ค่อยดี <input type="checkbox"/> 5. สุขภาพโดยรวมไม่ดีอย่างมาก | | | | |
| 16. โดยปกติท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร <input type="checkbox"/> 1. ทานอาหารมีประโยชน์ <input type="checkbox"/> 2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 3. ไปพบแพทย์เป็นประจำ <input type="checkbox"/> 4. พักผ่อนให้เพียงพอ <input type="checkbox"/> 5. ลดภาวะความเครียด <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆ โปรดระบุ _____ | | | | |

| รายละเอียดข้อความ | ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ |
|--|--------------------------------|---|----|------------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| 17. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีที่สุด 3 อันดับแรก (โดย ใส่เลข "1" ในข้อที่สำคัญเป็นอันดับที่หนึ่ง ใส่เลข "2" ในข้อที่ สำคัญเป็นอันดับที่สอง ใส่เลข "3" ในข้อที่สำคัญเป็นอันดับที่สาม) <input type="checkbox"/> 1. ทานอาหารมีประโยชน์ <input type="checkbox"/> 2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ <input type="checkbox"/> 3. ไปพบแพทย์เป็นประจำ <input type="checkbox"/> 4. พักผ่อนให้เพียงพอ <input type="checkbox"/> 5. ทำใจให้สบาย <input type="checkbox"/> 4. อื่นๆโปรดระบุ _____ | | | | |

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยด้านต่างๆ
 คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นว่าปัจจัยด้านใดมีความสำคัญต่ออาหารและ

โภชนาการของผู้สูงอายุ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสม

- 5 แสดงถึง มีความสำคัญอย่างยิ่ง
- 4 แสดงถึง มีความสำคัญมาก
- 3 แสดงถึง มีความสำคัญ
- 2 แสดงถึง มีความสำคัญเล็กน้อย
- 1 แสดงถึง มีความสำคัญน้อยอย่างยิ่ง/ไม่มีความสำคัญ

| รายละเอียดคำถาม | ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ |
|---|--------------------------------|---|----|------------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล | | | | |
| 18. ท่านคิดว่าระดับรายได้ของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| 19. ท่านคิดว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| 20. ท่านคิดว่าเวลาในเพิ่มมากขึ้นหลังจากเกษียณมีความสำคัญต่อการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |

| รายละเอียดคำถาม | ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ | | | คำแนะนำ |
|---|-----------------------------|---|----|---------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| 21. ท่านคิดว่า สามี/ภรรยาหรือลูกหลานที่พักอาศัยด้วยกันกับผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ | | | | |
| 22. ท่านคิดว่า ภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| 23. ท่านคิดว่า การไปพบแพทย์เป็นประจำมีความสำคัญ ต่อการดูแลอาหารและโภชนาการมากขึ้น | | | | |
| 24. ท่านคิดว่า ความรู้ทางโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสำคัญ ต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุเอง | | | | |
| 25. ท่านคิดว่า ความถี่ในการออกกำลังกายมีความสำคัญ ต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุเอง | | | | |
| ปัจจัยด้านสังคม | | | | |
| 26. ท่านคิดว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุขมีความสำคัญ ต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| 27. ท่านคิดว่า การมีส่วนร่วมในสังคมมีความสำคัญ ต่ออาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | | | | |
| 28. ท่านคิดว่า การทานอาหารทั่วไปมีความสำคัญ ต่อโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| 29. ท่านคิดว่า การเลือกทานอาหารสุขภาพมีความสำคัญ ต่อโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| 30. ท่านคิดว่า การเลือกทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์มีความสำคัญ ต่อโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |
| 31. ท่านคิดว่า การทานอาหารที่ผู้สูงอายุชอบมีความสำคัญ ต่อโภชนาการของผู้สูงอายุ | | | | |

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมหรือใกล้เคียงที่สุด

5 แสดงถึง มากที่สุด

4 แสดงถึง มาก

3 แสดงถึง ปานกลาง

2 แสดงถึง เล็กน้อย

1 แสดงถึง ไม่เลย

| รายละเอียดคำถาม | ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ |
|---|-------------------------|---|----|------------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| ด้านสุขภาพกาย | | | | |
| 32. ท่านมีความกังวลเรื่องการเจ็บปวด ความไม่สบายตามร่างกาย | | | | |
| 33. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน | | | | |
| 34. ท่านสามารถนอนหลับอย่างเพียงพอ | | | | |
| 35. ท่านมีความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันได้ | | | | |
| 36. ท่านต้องไปรักษาพยาบาลเพื่อจะดำเนินชีวิตในแต่ละวัน | | | | |
| 37. ท่านมีความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยได้ทำมา | | | | |
| 38. ท่านสามารถเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง | | | | |
| ด้านสุขภาพใจ | | | | |
| 39. ท่านมีความพึงพอใจในชีวิต เช่นมีความสุข มีความสงบ | | | | |
| 40. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ | | | | |
| 41. ท่านมีความพอใจในตนเอง | | | | |
| 42. ท่านยอมรับรูปร่างของตนเอง | | | | |
| 43. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย | | | | |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | | | |
| 44. ท่านมีความพอใจในการเข้ากับคนอื่น | | | | |
| 45. ท่านมีความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน | | | | |

| รายละเอียดคำถาม | ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ |
|---|-----------------------------|---|----|------------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | | | | |
| 46. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัย | | | | |
| 47. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น | | | | |
| 48. ท่านมีโอกาสในการพักผ่อนคลายเครียด | | | | |
| 49. สภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ต่อสุขภาพของท่าน | | | | |
| 50. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่)ที่ดี | | | | |

ตอนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

| รายละเอียดข้อคำถาม | ความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ | | | ข้อเสนอแนะ |
|--|--------------------------------|---|----|------------|
| | -1 | 0 | +1 | |
| 51. ท่านคิดว่านโยบายใดจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับ อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ | | | | |
| 52. ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญ ของอาหารที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพที่ดีขึ้น | | | | |

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านผู้เชี่ยวชาญได้สละเวลาอันมีค่าในการประเมินแบบสอบถาม
ในครั้งนี้

ญาติ อ่อนอิน

นิสิตปริญญาเอก สาขาการจัดการทางสังคม

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ลงนามผู้เชี่ยวชาญ

(_____)

ตำแหน่ง _____



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. ประเด็นสำหรับการสนทนากลุ่ม
2. ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล
3. แบบสอบถาม

ประเด็นสำหรับการสนทนากลุ่ม
เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของ
ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

การสนทนากลุ่มในครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประเด็นในการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. ในครอบครัวของคุณมีสมาชิกกี่คน ใครบ้าง
2. ใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆของคุณ
3. กิจกรรมประจำวันของคุณเป็นอย่างไร
4. สุขภาพโดยรวมของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
5. โดยปกติคุณดูแลสุขภาพอย่างไร
6. คุณคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้คุณมีสุขภาพที่ดี
7. โดยปกติอาหารที่คุณบริโภคเป็นประจำคืออาหารลักษณะใด
8. โดยปกติคุณมักจะทานอาหารกับใคร
9. คุณคิดว่าอาหารมีส่วนช่วยให้คุณมีสุขภาพที่ดีได้อย่างไร
10. คุณคิดว่าอาหารลักษณะใดที่ต่อสุขภาพของคุณ
11. ใครเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้กับคุณ
12. คุณคิดว่าปัจจัยใดจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
13. คุณคิดว่านโยบายใดจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
14. คุณคิดว่าควรทำอะไรให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของอาหารที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล
เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของ
ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลในครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทางประชากรและปัจจัยในการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ และเพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประเด็นในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ดังนี้

1. ในครอบครัวของคุณมีสมาชิกกี่คน ใครบ้าง
2. ใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายต่างๆของคุณ
3. กิจวัตรประจำวันของคุณเป็นอย่างไร
4. สุขภาพโดยรวมของคุณเป็นอย่างไรบ้าง
5. โดยปกติคุณดูแลสุขภาพอย่างไร
6. คุณคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้คุณมีสุขภาพที่ดี เรียงลำดับความสำคัญ
7. โดยปกติอาหารที่คุณบริโภคเป็นประจำคืออาหารลักษณะใด
8. โดยปกติคุณมักจะทานอาหารกับใคร
9. คุณคิดว่าอาหารมีส่วนช่วยให้คุณมีสุขภาพที่ดีได้อย่างไร
10. คุณคิดว่าอาหารลักษณะใดที่ดีต่อสุขภาพของคุณ
11. ใครเป็นผู้จัดเตรียมอาหารให้กับคุณ
12. คุณคิดว่าปัจจัยใดจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เรียงลำดับความสำคัญ
13. ปัจจัยใดดังต่อไปนี้มีความสัมพันธ์ และ / หรือ ความสำคัญเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ
 - ปัจจัยด้านส่วนบุคคล: ระดับรายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพด้านการงาน สถานภาพด้านที่อยู่อาศัย

- ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะ/โรคที่เกิดจากอายุ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความถี่ในการเข้าพบแพทย์ ความรู้ทางโภชนาการ ความถี่ในการออกกำลังกาย
- ปัจจัยด้านสังคม: การได้รับการสนับสนุนจากสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในสังคม
- ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ: อาหารทั่วไป อาหารสุขภาพ อาหารตามคำแนะนำของแพทย์

14. ท่านคิดว่าคุณภาพชีวิตตามองค์การอนามัยโลกประเด็นใดสืบเนื่องมาจากอาหารและโภชนาการ และมีความสำคัญหรือไม่

- การเจ็บปวดตามร่างกาย
- กำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน
- การนอนหลับ
- ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข
- การมีสมาธิต่างๆในการทำงาน
- ความพอใจในตนเอง
- การยอมรับ รูปร่างของตนเอง
- ความรู้สึกไม่ดี ความเหงา วิตกกังวล
- ความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน
- การต้องไปรักษาพยาบาล
- ความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่เคยได้ทำมา
- ความพอใจในการเข้ากับคนอื่น
- ความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน
- ความรู้สึกเกี่ยวกับชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย
- ความพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่
- มีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น
- พอใจกับสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น
- โอกาสในการพักผ่อนคลายเครียด
- สภาพแวดล้อมดีกับสุขภาพมากน้อยขนาดไหน

- ความพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน
- รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย
- ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง
- ท่านมีคุณภาพชีวิต/ความเป็นอยู่ในระดับใด

15. คุณคิดว่านโยบายใดจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เรียงลำดับความสำคัญ

16. คุณคิดว่าควรทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของอาหารที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น เรียงลำดับความสำคัญ



แบบสอบถาม เรื่อง รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของปริญญาโท ตามหลักสูตรปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการจัดการทางสังคม มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหารูปแบบในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติต่อไปในอนาคต

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 5 ตอน ดังต่อไปนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ
 - ตอนที่ 2 ลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิตของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ
 - ตอนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยด้านต่างๆที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจากอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ
 - ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจากอาหารและโภชนาการ จำนวน 19 ข้อ
 - ตอนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ
- ผู้วิจัยใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่านเพื่อโปรดสละเวลาพิจารณาตอบแบบสอบถามตามความคิดเห็นของท่านดังคำถามต่อไปนี้

คำชี้แจง ตอนที่ 1 และ 2 ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่ตรงกับข้อมูลของท่าน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ

| | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ชาย | <input type="checkbox"/> 2. หญิง | <input type="checkbox"/> 3. เพศทางเลือก | <input type="checkbox"/> 4. ไม่ต้องการระบุ |
|---------------------------------|----------------------------------|---|--|
2. อายุ

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. อายุ 60 – 64 ปี | <input type="checkbox"/> 2. อายุ 65-69 ปี | <input type="checkbox"/> 3. อายุ 70-74ปี | |
| <input type="checkbox"/> 4. อายุ 75-79 ปี | <input type="checkbox"/> 5. อายุ 80ปีหรือมากกว่า | | |
3. สถานภาพการสมรส

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. โสด | <input type="checkbox"/> 2. สมรส/มีคู่ | <input type="checkbox"/> 3. หย่าร้าง/เป็นหม้าย/แยกกันอยู่ |
|---------------------------------|--|---|
4. ระดับการศึกษา

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า | <input type="checkbox"/> 2. มัธยมศึกษา/ปวช. | <input type="checkbox"/> 3. อนุปริญญา/ปวส. |
| <input type="checkbox"/> 4. ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> 5. ปริญญาโท | <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาเอก |
5. สถานภาพด้านการทำงานในปัจจุบัน

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. พนักงานประจำ | <input type="checkbox"/> 2. ทำงานพาร์ทไทม์ | <input type="checkbox"/> 3. ทำธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> 4. อาชีพอิสระ | <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ | <input type="checkbox"/> 6. เกษียณอายุแล้ว |
6. รายได้ส่วนบุคคลต่อเดือน

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่มีรายได้ | <input type="checkbox"/> 2. รายได้ 10,000 บาทหรือน้อยกว่า |
| <input type="checkbox"/> 3. รายได้ 10,001-20,000 บาท | <input type="checkbox"/> 4. รายได้ 20,001-30,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 5. รายได้ 30,001-40,000 บาท | <input type="checkbox"/> 6. รายได้ 40,001 บาทขึ้นไป |
7. ใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายหลักในชีวิตประจำวันของท่าน

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ตนเอง | <input type="checkbox"/> 2. คู่สมรส/คู่ | <input type="checkbox"/> 3. บุตรหลาน |
| <input type="checkbox"/> 4. สวัสดิการของรัฐ <input type="checkbox"/> 5. อื่นๆ โปรดระบุ _____ | | |
8. ท่านพักอาศัยคนเดียว หรือ อยู่ร่วมกับผู้อื่น(มีคนอยู่ด้วย)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. อยู่คนเดียว (ข้ามไปทำข้อ 11) | <input type="checkbox"/> 2. พักอาศัยร่วมกับผู้อื่น |
|--|--|
9. ในครอบครัวที่พักอาศัยด้วยกันของท่านมีสมาชิกจำนวน _____ คน
10. ในครอบครัวที่พักอาศัยกับท่านประกอบไปด้วยสมาชิกใดบ้าง(เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. คู่สมรส/คู่ | <input type="checkbox"/> 2. บุตร/ธิดา | <input type="checkbox"/> 3. หลาน/เหลน | <input type="checkbox"/> 4. บิดา/มารดา |
| <input type="checkbox"/> 5. พี่/น้อง | <input type="checkbox"/> 6. ญาติ | <input type="checkbox"/> 7. แม่บ้าน/ผู้ดูแล | <input type="checkbox"/> 8. อื่นๆ โปรดระบุ _____ |

ตอนที่ 2 ลักษณะรูปแบบการดำเนินชีวิต

11. โดยปกติอาหารที่ท่านมักจะบริโภคเป็นประจำคืออาหารลักษณะใด(ตอบได้มากกว่า1ข้อ)

1. อาหารทั่วไป โปรดระบุ เช่น _____
2. อาหารสุขภาพ โปรดระบุ เช่น _____
3. อาหารตามคำแนะนำของแพทย์ โปรดระบุ เช่น _____
4. อาหารที่ชอบทาน โปรดระบุ เช่น _____

12. โดยปกติแล้วใครเป็นผู้จัดเตรียมมื้ออาหารในครอบครัว

1. ตนเอง 2. คู่สมรส/คู่ 3. บุตร/ธิดา 4. หลาน/เหลน
5. พี่/น้อง 6.ญาติ 7. แม่บ้าน/ผู้ดูแล 8. อื่นๆ โปรดระบุ _____

13. โดยปกติแล้วท่านมักจะประกอบอาหารทานเองในครอบครัวหรือซื้ออาหารที่ปรุงเสร็จมาทาน

1. ประกอบอาหารทานเอง 2. ซื้ออาหารที่ปรุงเสร็จแล้วมาทาน 3. พอกัน

14. ท่านทำอาหารเองเป็นหรือไม่ 1. ทำอาหารเป็น 2. ทำอาหารไม่เป็น

15. โดยปกติท่านมักจะทานอาหารกับใครมากที่สุด

1. ทานคนเดียว 2. ทานร่วมกับคู่สมรส/คู่ 3. ทานร่วมกับบุตร/หลาน
4. ทานร่วมกับพี่น้อง/ญาติ 5. ทานร่วมกับเพื่อน 6. ร่วมกันในครอบครัว
7. อื่นๆโปรดระบุ _____

16. ท่านคิดว่าในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไรบ้าง

1. สุขภาพโดยรวมดีมาก 2. สุขภาพโดยรวมดี 3. สุขภาพโดยรวมปานกลาง
4. สุขภาพโดยรวมไม่ค่อยดี 5. สุขภาพโดยรวมไม่ดีอย่างมาก

17. โดยปกติท่านดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร (เลือกคำตอบได้มากกว่า1ข้อ)

1. ทานอาหารที่มีประโยชน์ 2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3. พบแพทย์เป็นประจำ
4. พักผ่อนให้เพียงพอ 5. ลดภาวะความเครียด 6. อื่นๆ โปรดระบุ _____

18. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสิ่งที่ทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดีที่สุด 3อันดับแรก(โดยใส่เลข"1"ในข้อที่สำคัญ

เป็นอันดับหนึ่ง ใส่เลข"2"ในข้อที่สำคัญเป็นอันดับสอง ใส่เลข"3"ในข้อที่สำคัญเป็นอันดับสาม)

1. ทานอาหารที่มีประโยชน์ 2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3. ไปพบแพทย์เป็นประจำ
4. พักผ่อนให้เพียงพอ 5. ลดภาวะความเครียด 6. อื่นๆ โปรดระบุ _____

19. ปัจจุบันท่านมีภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรังใดบ้าง

1. น้ำตาลในเลือดสูง 2. ความดันโลหิตสูง 3. ไขมันในเลือดสูง
4. ภาวะน้ำหนักเกิน 5. อื่นๆโปรดระบุ _____ 6. ไม่มีภาวะ/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตอนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อปัจจัยด้านต่างๆ

คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นว่าปัจจัยด้านใดมีความสำคัญต่ออาหารและ

โภชนาการของผู้สูงอายุ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสม

5 แสดงถึง มีความสำคัญอย่างยิ่ง

4 แสดงถึง มีความสำคัญมาก

3 แสดงถึง มีความสำคัญ

2 แสดงถึง มีความสำคัญเล็กน้อย

1 แสดงถึง มีความสำคัญน้อยอย่างยิ่ง/ไม่มีความสำคัญ

| | ระดับความสำคัญ | | | | |
|---|----------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ปัจจัยด้านส่วนบุคคล | | | | | |
| 20. ท่านคิดว่า ระดับรายได้ ของท่านมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 21. ท่านคิดว่า ระดับการศึกษา ของท่านมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 22. ท่านคิดว่า เวลาที่เพิ่มมากขึ้น หลังจากเกษียณมีความสำคัญต่อการดูแลด้านอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 23. ท่านคิดว่า สามี ภรรยา คู่ ของท่าน บุตรหลานและ/หรือญาติพี่น้องที่พักอาศัยด้วยกันกับท่านมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| ปัจจัยด้านสุขภาพและภาวะโรคที่เกิดจากอายุ | | | | | |
| 24. ท่านคิดว่า หากท่านพบ ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเป็นต้น การพบภาวะ/โรคดังกล่าวมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่านมากขึ้นกว่าเดิม | | | | | |

| | ระดับความสำคัญ | | | | |
|--|----------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. ท่านคิดว่าการไปพบแพทย์เป็นประจำมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 26. ท่านคิดว่าระดับความรู้ทางโภชนาการของท่านมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 27. ท่านคิดว่าความถี่ในการออกกำลังกายมีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| ปัจจัยด้านสังคม | | | | | |
| 28. ท่านคิดว่าการได้รับการสนับสนุนด้านอาหารและโภชนาการจากสาธารณสุข เช่น การประชาสัมพันธ์ การให้ความรู้ การแจกจ่ายอาหาร การให้สวัสดิการด้านอาหาร มีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 29. ท่านคิดว่าการมีส่วนร่วมในสังคม เช่น การพบปะเพื่อนฝูง/ญาติพี่น้อง บุตรหลาน การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมต่างๆ มีความสำคัญต่อการดูแลอาหารและโภชนาการของท่าน | | | | | |
| ปัจจัยด้านประเภทอาหารที่ผู้สูงอายุบริโภคเป็นประจำ | | | | | |
| 30. ท่านคิดว่าการทานอาหารทั่วไปมีความสำคัญต่อโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 31. ท่านคิดว่าการเลือกทานอาหารสุขภาพมีความสำคัญต่อโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 32. ท่านคิดว่าการเลือกทานอาหารตามคำแนะนำของแพทย์มีความสำคัญต่อโภชนาการของท่าน | | | | | |
| 33. ท่านคิดว่าการทานอาหารที่ท่านชอบมีความสำคัญต่อโภชนาการของท่าน | | | | | |

ตอนที่ 4 ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องเนื่องจากอาหารและโภชนาการ

คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นว่า ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกอย่างไร โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมหรือใกล้เคียงที่สุด

5 แสดงถึง มากที่สุด

4 แสดงถึง มาก

3 แสดงถึง ปานกลาง

2 แสดงถึง เล็กน้อย

1 แสดงถึง ไม่เลย

| | ความคิดเห็น | | | | |
|--|-------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ด้านสุขภาพกาย | | | | | |
| 34. ท่านมีความกังวลเรื่องการเจ็บปวด ความไม่สบายตามร่างกาย | | | | | |
| 35. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวัน | | | | | |
| 36. ท่านสามารถนอนหลับอย่างเพียงพอ | | | | | |
| 37. ท่านมีความพอใจที่สามารถทำสิ่งต่างๆในแต่ละวันได้ | | | | | |
| 38. ท่านต้องไปรักษาพยาบาลเพื่อจะดำเนินชีวิตในแต่ละวัน | | | | | |
| 39. ท่านมีความพอใจกับความสามารถในการทำงานอย่างที่ เคยได้ทำมา | | | | | |
| 40. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ | | | | | |
| ด้านสุขภาพใจ | | | | | |
| 41. ท่านมีความพึงพอใจในชีวิต เช่นมีความสุข มีความสงบ | | | | | |
| 42. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ | | | | | |
| 43. ท่านมีความพอใจในตนเอง | | | | | |
| 44. ท่านยอมรับรูปร่างของตนเอง | | | | | |
| 45. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย | | | | | |

| | ความคิดเห็น | | | | |
|---|-------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | | | | | |
| 46. ท่านมีความพอใจในการเข้ากับคนอื่น | | | | | |
| 47. ท่านมีความพอใจกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อน | | | | | |
| ด้านสิ่งแวดล้อม | | | | | |
| 48. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย | | | | | |
| 49. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น | | | | | |
| 50. ท่านมีโอกาสในการพักผ่อนคลายเครียด | | | | | |
| 51. สภาพแวดล้อมที่ท่านอยู่ดีต่อสุขภาพของท่าน | | | | | |
| | | | | | |
| 52. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต(ชีวิตความเป็นอยู่)ที่ดี | | | | | |

ตอนที่ 5 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

53. ท่านคิดว่านโยบายใดจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ

54. ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของอาหารที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

ญาตา อ่อนอิน

นิสิตปริญญาเอก สาขาการจัดการทางสังคม

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประวัติผู้เขียน

