

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจาก เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา และเรียบเรียงสาระสำคัญ ตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
 - 2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา
 - 2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา
 - 2.3 ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมวิทยา
3. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ปัญหาของผู้สูงอายุ
 - 3.2 ความต้องการของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
 - 4.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
 - 4.2 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ
 - 4.3 การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่
 - 4.4 บริโภคนิสัย
5. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง จึงจัดว่าเป็นผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์การปลดเกษียณซึ่งตรงกับที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่รุ่นหลานและเยาวชนรุ่นต่อไป หากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดี จะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัวและเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรม องค์กรการอนามัยโลก (อ้างถึงใน ชูศักดิ์ เวศแพศย์, 2520, หน้า 1-3) ได้ให้คำจำกัดความหมายของผู้สูงอายุ (elderly) ว่ามีอายุระหว่าง 60-74 ปี คนชราที่มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และคนชราที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

Hanlon (อ้างถึงใน กัลยาณี ทองสว่าง, 2546, หน้า 9) กล่าวสรุปว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (young-old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (middle-old) อายุ 75-84 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (old-old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

Hall (อ้างถึงใน มณฑิรา เขียวยิ่ง, จินตนา ลีละไกรวรรณ และสร้อยอนุสรณ์ธีรกุล, 2540, หน้า 20-21) กล่าวว่า ผู้ทำการศึกษา ค้นคว้าและทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (gerontologist) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (chronological aging) หมายถึง สภาพการสูงอายุของมนุษย์ ที่พิจารณาตามจำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริง โดยไม่นำเอาเรื่องสุขภาพ ความสามารถ ความรู้ทางสติปัญญา บทบาทในสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้อง
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (biological aging) หมายถึง สภาพการสูงอายุ ที่พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (psychological aging) หมายถึง สภาพการสูงอายุ ที่พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ เซาว์ปัญญา การเรียนรู้ และลักษณะของบุคลิกภาพที่ปรากฏในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของชีวิตมนุษย์แต่ละคนที่มีอายุมากขึ้น

4. การสูงอายุตามสภาพของสังคม (sociological aging) หมายถึง การสูงอายุที่พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงในบทบาท หน้าที่ และสถานภาพของบุคคลในระบบสังคม ได้แก่ ครอบครัว หน่วยงาน และองค์กร เป็นต้น

สำหรับในประเทศไทยกำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุปานกลางเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้สูงอายุมากเป็นผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (นภาพร ชโยวรรณ และ โนเดล, 2542, หน้า 9)

การกำหนดใครเป็นผู้สูงอายุควรพิจารณาองค์ประกอบ 3 ด้านคือ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม ทางด้านชีวภาพคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และความสามารถในการใช้ศักยภาพทางด้านร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิตวิทยาพิจารณาความสามารถการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม การรับรู้ การจดจำ การรับรู้ใหม่ ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเอง และแรงกระตุ้นในตนเอง ส่วนด้านสังคมดูบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ

จากแนวคิดที่กล่าวมาเกี่ยวกับความหมายของผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ว่าส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนดว่าผู้ใดจะเป็นผู้สูงอายุ โดยกำหนดว่าบุคคลที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุแต่ก็ยังมีแนวคิดที่ไม่ได้ใช้เกณฑ์ด้านอายุ แต่ใช้เกณฑ์ด้านสมรรถภาพร่างกาย การปรับตัวต่อสภาพร่างกาย การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม เป็นสำคัญ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้เกณฑ์อายุเป็นหลัก โดยกำหนดว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายและจิตใจของคนเราจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ดังนี้ (สมหมาย วงษ์กระสันต์, 2543, หน้า 11)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

1.1 ระบบผิวหนัง (integumentary system) เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง และเซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เดิมลดลง ผิวหนังของผู้สูงอายุจึงบางและเหี่ยวย่น

1.2 ระบบประสาทและสมอง (nervous system) ศูนย์การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลางทำงานลดลง มีการเสื่อมของประสาทเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

1.3 ระบบประสาทสัมผัสต่าง ๆ (special sense) มีการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นไม่ดี หูชั้นในเสื่อมมาก มีอาการหูตึง ประสาทลิ้น และค่อมรับรสเสื่อมลง

1.4 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทั้งหลอดเลือดและหัวใจ หัวใจมีขนาดใหญ่ขึ้น โดยเฉพาะบริเวณผนังของหัวใจจะหนาขึ้น ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติ หัวใจจะแข็ง

1.5 ระบบทางเดินหายใจ (respiratory system) สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากกำลังของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกมีกำลังลดลง

1.6 ระบบทางเดินอาหาร (digestive system) ภาวะอาหารและลำไส้มีความสามารถในการย่อยอาหารลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการท้องอืดได้ง่าย

1.7 ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system) ต่อมใต้สมอง มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดน้อยลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจของผู้สูงอายุของแต่ละคนมีความแตกต่างกันมากขึ้นอยู่กับความเชื่อ ทศนคติ และบุคลิกของผู้นั้นเป็นหลัก บางรายมักเป็นผู้วิตกกังวล ก็จะมีอาการเปลี่ยนแปลงมาก จนเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นคนเงียบหรือหงุดหงิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ก่อให้เกิดโรคทางกายตามมา เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง

เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นต้น ฉะนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ควรสังเกตความผิดปกติและช่วยแก้ไข
อาการของจิตที่ไม่ปกติ

อาการของจิตไม่ปกติ ได้แก่

- 2.1 มีอาการซึมเศร้า ขาดความสนใจสิ่งรอบตัว ขาดความสนุกสนานเพลิดเพลิน
 - 2.2 กินไม่ได้ น้ำหนักลด
 - 2.3 นอนไม่หลับ
 - 2.4 วิดกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย
 - 2.5 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
 - 2.6 รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สร้างภาระให้ผู้อื่นลำบาก
 - 2.7 ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ด้วยตนเอง
 - 2.8 หมกอาลัย คิดถึงแต่เรื่องความตาย
3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงทางสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลง
บทบาทในการทำงานประจำ การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว ต้องมาเป็น
ผู้พึ่งพาอาศัย การถูกทอดทิ้ง ผลจากการย้ายถิ่นของวัยทำงาน ที่ต้องออกไปทำงาน
นอกพื้นที่ ไม่มีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ จึงต้องอยู่ตามลำพัง การเสื่อมความ-
เคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับความเคารพนับถือ จากผู้อ่อนอาวุโสในฐานะที่เป็นผู้มี
ประสบการณ์แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามสังคมตะวันตก ที่ถือว่า
ตัวใครตัวมัน และคิดว่าผู้สูงอายุไม่ทันต่อเหตุการณ์ ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ
ซึ่งความคิดเช่นนี้ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยดังที่ปรากฏอยู่ในสังคมปัจจุบัน

สรุปได้ว่าวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ทั้งด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้น
จากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ลดลง การเปลี่ยนแปลง
ทางด้านจิตใจ และอารมณ์ จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความรู้สึกไร้ค่า
คุณค่าไร้ประโยชน์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและ
บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาด้านการดำเนินชีวิต
และมีความต้องการแตกต่างออกไปจากประชากรในวัยอื่น ๆ สังคมจึงควรหันมาสนใจ

และตอบแทนกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิตอย่างมีความสุข

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ



ปัจจุบัน การศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวาง เป็นศาสตร์แขนงหนึ่งเรียกว่า วุฒิวิทยา (gerontology) ประกอบด้วยวิชาการหลายสาขา อาทิเช่น วิชาทางการแพทย์ พยาบาล จิตวิทยา สังคมวิทยา เป็นต้น จึงมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุหลายทฤษฎี สำหรับ Ebersole and Hess (อ้างถึงใน ละออง สุวิทยาภรณ์, 2534, หน้า 13-18) ได้กล่าวถึงทฤษฎีของการสูงอายุว่า สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา สรุปได้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี ได้แก่

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (collagen theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ จะพบสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (collagen) และไฟบรัสโปรตีน (fibrous protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น และเกิดจากการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้า ปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงบริเวณกระดูกข้อต่อ จะมองเห็นปุ่มกระดูกได้ชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-35 ปี บริเวณที่มีการจับตัวกันของเส้นใยสูง ได้แก่ กระดูก เอ็น กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (immunological theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติน้อยลง พร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ ได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้ว และไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ	
ห้องสมุดแห่งชาติ	
วันที่.....	๖ 5 ต.ค. 2555
เลขทะเบียน.....	249104
เลขเรียกหนังสือ.....	

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกาย คล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะสีริษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้จะมีอายุเท่ากัน ก็ตาม

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยความเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกาย และความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (somatic mutation and error theories) ทฤษฎีแรก กล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีขนาดเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงทันที มีผลทำให้เซลล์มีชีวิตสั้นลง ส่วนทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงที่โครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกติ นั้น จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์ ทำให้มีผลต่อขบวนการเผาผลาญภายในร่างกาย ซึ่งอาจจะเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากมีผลทำให้เสียชีวิต

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร โดยเชื่อว่าหลักจากใช้งานครั้งแล้วครั้งเล่า ย่อมมีการสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตต่างจากเครื่องจักร ที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเองได้ เนื้อเยื่อบางชนิด เช่น ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าที่ตายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อม แต่ในระบบเซลล์อื่น ๆ เช่น เซลล์ประสาท และเซลล์กล้ามเนื้อ จะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่อีก เมื่อเข้าสู่การมีอายุเพิ่มขึ้น การเสริมสร้างจะแตกต่างจากพวกแรก คือ เป็นการเสริมสร้างภายในเซลล์เดิม ประสิทธิภาพในการซ่อมเสริมจะด้อยกว่า จึงจะชะลอความเสื่อม และความถดถอยได้น้อยกว่า จะเห็นได้ว่า ถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มากมีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมที่บกพร่อง (deprivation theory) เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เป็นผลให้การอดซึม หรือการส่งผ่านออกซิเจน และสารอาหารต่าง ๆ ในเลือดไปสู่เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ อวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อมลง

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (accumulation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า คน หรือ สัตว์ที่สูงอายุ จะพบว่าในน้ำเหลือง (serum) มีการสะสมของสารบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้ หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์ และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มี อายุุน้อย ในปัจจุบันยังไม่สามารถแยกสกัดสารดังกล่าวออกจากน้ำเหลืองได้ และยังไม่ พบองค์ประกอบทางเคมี จากการทดลองต่าง ๆ สรุปได้ว่า สารที่สะสมนี้ มีผลแทรกแซง ขบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพการดูดซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เสื่อมลง และเสียไปในที่สุด

1.8 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (free radical theory) ทฤษฎีนี้ กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และ อื่น ๆ จึงทำให้อนุมูลอิสระ (free radical) ซึ่งเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารนี้จะถูกเร่งให้เกิดมากขึ้น โดยการฉายรังสี แต่มีสารที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเรดิคัล อิสระได้แก่ สารพวกวิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนี้ สารพวกวิตามินเอ วิตามินซี และไนอาซีน ยังช่วยจับสารเรดิคัลอิสระอีกด้วย

1.9 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด และการปรับตัว (stress-adaptation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตายได้ ผู้ที่ต้อง เผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (psychological theory) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นการ เปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เมื่อร่างกายเกิดการเสื่อม ถอย สภาพจิตใจและอารมณ์ย่อมได้รับความกระทบกระเทือนไปด้วย สำหรับ บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2535, หน้า 16) ได้กล่าวถึงทฤษฎีทางจิตวิทยา ว่าเป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยการ เปลี่ยนบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาการปรับตัวเกี่ยวกับ สติปัญญา ความนึกคิด ความจำ การรับรู้ และแรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อยู่อาศัย แนวคิด ของทฤษฎีทางจิตวิทยา มี 2 แนวคิด คือ ทฤษฎีบุคลิกภาพ (personality theory) และ ทฤษฎีความปราชัย (intelligence theory)

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (personality theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความ สุขหรือทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาทางด้านจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุ เติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรัก ถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคน

อื่นรักผู้อื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่น ได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข แต่ถ้าหากผู้สูงอายุคนใดที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้อื่น จิตใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมัน มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขในชีวิต

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (intelligence theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุยังปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ มีการค้นคว้า และพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้ ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือค่อนข้างดี มีเงินใช้สอย โดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

3. ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมวิทยา (activity theory) เป็นทฤษฎีที่ทำให้มองเห็นสภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากขึ้น จากการศึกษาทฤษฎีกิจกรรมของ Barrow and Smith (อ้างถึงใน ชนานุช อภิภัทรธำรง, 2540, หน้า 16-18) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับคนทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพื่อจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรม หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุยังมีบทบาท และรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับทางสังคม นอกจากนี้ Lemon, Bengson, and Peterson (อ้างถึงใน สุริย์ ชลเกตุ, 2540, หน้า 21) ศึกษาทฤษฎีกิจกรรม และยืนยันว่า การที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม เป็นเพราะมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ชอบการเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อต้องการจะคงลักษณะนิสัยนี้ไว้เหมือนเมื่ออยู่ในวัยกลางคนให้มากที่สุด และการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ ก็เป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้าย หรือการเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน

โดยสรุปกล่าวได้ว่า ทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้ควรมีบทบาท หรือกิจกรรมทางสังคมพอสมควร เช่น การมีงานอดิเรกทำหรือการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม สมาคม หรือกิจกรรมต่าง ๆ และทำงานเชิงเศรษฐกิจที่ก่อให้เกิดรายได้ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อไป เมื่อมีอายุเพิ่มขึ้นและความต้องการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุเอง ตามสภาพความสามารถของร่างกาย เพื่อรักษาสถานภาพทางสังคมของตนเองไว้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคง

ทั้งทางเศรษฐกิจสังคม และเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมสืบไป

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

1. ปัญหาของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปตามธรรมชาติ เมื่อถึงวัยสูงอายุ ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ดังนั้น ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 2 ด้านนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาต่าง ๆ ตามมา พอสรุปได้ดังนี้

1.1 ปัญหาสุขภาพกาย พบว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมสมรรถภาพลง ผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ไม่ต่างจากวัยอื่น แต่มีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพ ที่มีผลมาจากความเสื่อมของร่างกายมากกว่าวัยอื่น ๆ และพบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่มักมีปัญหาการเป็นโรคหลาย ๆ โรค ขณะเดียวกัน จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในช่วงปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2539 ของ นภาพร ชโยวรรณ และ โนเคล (2539, หน้า 120) พบว่า โรคหรืออาการที่ผู้สูงอายุเป็นกันมาก คือ โรคข้อ ทำให้เกิดการปวดข้อ หลัง และเอว โรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ และโรคหัวใจ ตามลำดับ ซึ่งปัญหาสุขภาพกายเหล่านี้ ย่อมส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และโดยเฉพาะอาจเกิดจากพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุด้วย

สรุปได้ว่า เมื่อสูงอายุมากขึ้น ก็ย่อมมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ความแตกต่างเรื่องโรคที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ กับคนในกลุ่มวัยอื่นอยู่ที่ผู้สูงอายุนั้น มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคต่าง ๆ เพราะร่างกายมีความเสื่อมโทรมลง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทั้งภายในร่างกาย และภายนอกในร่างกายต่ำลง มีภูมิคุ้มกันต้านทานลดลง หายจากโรคได้ยากใช้เวลานานกว่าวัยอื่น ๆ และมีโอกาสเสียชีวิตสูง

1.2 ปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาการสูญเสียบทบาททางสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ตลอดจนต้องปรับเปลี่ยนแบบแผน

ในการดำเนินชีวิต (สุรกุล เจนอบรม, 2534, หน้า 19) ประกอบกับการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์วิตกกังวล ใจน้อย กระตกระเทือนใจได้ง่าย จากการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกังวาน (2530, หน้า 215) พบว่าผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงาหงายกว่าบุคคลอื่น เพราะมีเวลาว่างมากขึ้น มีการพลัดพรากจากบุคคลที่รัก โดยเฉพาะคู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเหงาและว้าเหว่ ผู้สูงอายุที่เป็นโสดจะเหงาน้อยกว่าผู้ที่มีครอบครัว เพราะผู้เป็นโสดจะเคยชินกับความเหงา และเรียนรู้ที่จะปรับตัวติดต่อกับบุคคลอื่นนอกครอบครัวของตนได้ดีกว่า นอกจากนี้ปัญหาความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ก็ทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้วิตกกังวล เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ จะมีอารมณ์เศร้า ระวัง ท้อแท้ ผิดหวัง หดหู่ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้

1.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีปัญหาทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต จึงมีข้อจำกัดในการทำงาน นอกจากนี้ บทบาท ภาระ และหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุก็ตกลง เกิดการเปลี่ยนแปลงสถานภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า สูญเสียความเคารพนับถือตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากงาน หลดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (สุรกุล เจนอบรม, 2534, หน้า 19) และจากการศึกษาของ บรรลุศิริพานิช และธงชัย ทวีชาชาติ (2532, หน้า 148) พบว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบบ่อย คือ ปัญหาการเงิน สำหรับผู้สูงอายุในชนบทส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพที่ไม่มีช่วงเกษียณอายุการทำงาน เมื่ออายุมากขึ้นและร่างกายไม่อำนวย จึงจะหยุดการทำงาน ทำให้ประสบปัญหาการขาดรายได้ เนื่องจากไม่มีหลักประกันในชีวิต ประกอบกับอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่มีรายได้ต่ำ ไม่สามารถเก็บออมไว้ใช้ในยามชราได้ จึงมีชีวิตที่ขาดคุณภาพ

สำหรับปัญหาด้านสังคมนั้น เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาตามมา ซึ่ง Arkoff (อ้างถึงใน วชิราภรณ์ สุมนวงษ์, 2536, หน้า 17) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณค่า การสมาคมกับเพื่อนฝูงผู้ร่วมงานน้อยลง ทั้งยังขาดรายได้จากเดิมที่เคยมีอยู่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว โดยเมื่อลูก ๆ เจริญเติบโตมีครอบครัวเป็นของตนเอง และแยกย้ายออกไปสร้างครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะต้องอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับความสูญเสียมากขึ้น มองโลกในแง่ร้าย ซึมเศร้า และสิ้นหวัง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิต และเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคจิตในวัยชราได้

2. ความต้องการของผู้สูงอายุ จากปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในด้านต่าง ๆ จากผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว และจากสังคม โดย ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็กสมบัติ, ระพีวรรณ คำหอม และสุคนธ์สุนทร (2536, หน้า 24-26) ได้สรุป ความต้องการของผู้สูงอายุไว้ 3 ประเภท ดังนี้

2.1 ความต้องการทางกาย ความต้องการด้านนี้ ได้แก่ ความต้องการด้านปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล

2.2 ความต้องการทางสังคม เป็นความต้องการที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความยกย่องนับถือ ความสำคัญ ความเป็นเจ้าของ ความมีโอกาสทำในสิ่งที่ปรารถนา ความต้องการเหล่านี้ หากได้รับการตอบสนอง จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสดชื่น รู้จักตนเอง รับรู้ว่าคุณค่า และส่งผลถึงความสุข ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ

2.3 ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุไม่คิดจะเป็นเพียงผู้คอยรับความช่วยเหลือจากครอบครัว และผู้อื่นแต่เพียงอย่างเดียว แต่ต้องการที่จะเป็นผู้ที่มีบทบาท คือ ยังต้องการมีงานทำ และมีรายได้เพื่อช่วยตนเอง

นอกจากความต้องการ 3 ประเภทดังกล่าวข้างต้นแล้ว ผู้สูงอายุต้องการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และผู้ใกล้ชิด ซึ่งพันธุ์ทิพย์ รามสูตร (อ้างถึงใน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, 2539, หน้า 61) ได้เสนอแนะวิธี เพื่อนำไปปฏิบัติต่อผู้สูงอายุไว้ว่าอย่าทอดทิ้งผู้สูงอายุอยู่คนเดียวมานานเกินไป ควรให้ความสำคัญ นับถือ ยกย่อง ชักชวนให้ผู้สูงอายุพูดคุย ใต้อถามทุกข์สุข ให้เงินทองของใช้ และสิ่งที่คุณสูงอายุต้องการ พาผู้สูงอายุ

ไปที่สถานที่เป็นความหลัง หรือพาไปพบญาติมิตร เพื่อนเก่าที่เคยรักใคร่ นับถือ และสนิทสนมกันมา และพยายามจัดหาหนังสือ เทป วิทยุ วิทยุทัศน์ประเภทต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุได้อ่าน ได้ฟัง และได้ชม จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินได้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ



ความหมายและประเภทของพฤติกรรม

พฤติกรรม ความหมายตามพจนานุกรม หมายถึง การกระทำหรืออาการ ที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า

Traddle (อ้างถึงใน จินตนา พรหมฉาย, 2541, หน้า 11) ให้ความหมายของ พฤติกรรมว่า เป็นปฏิกิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของมนุษย์ หมายถึง ปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออก ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่ สังเกตไม่ได้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม โดยได้รับอิทธิพลจาก ความคาดหวัง ของบุคคลในครอบครัว สถานการณ์ในขณะนั้นและประสบการณ์ ในอดีต

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2526, หน้า 97) อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์ว่า หมายถึง กิจกรรมทุกชนิดรวมถึงปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและ ภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตาม สภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมของมนุษย์เริ่มต้นตั้งแต่อยู่ใน ครรภ์มารดาแล้วค่อย ๆ พัฒนาการเล็งดูตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกาย และ วุฒิภาวะเกิดเป็นพฤติกรรมของมนุษย์แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด

1. พฤติกรรมภายใน คือ ปฏิกิริยาภายในบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสั่งการ ที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบฉีดเลือด ไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคล อื่นแต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้

2. พฤติกรรมภายนอก คือ ปฏิบัติหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน การเดิน การขับรถ เป็นต้น พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถทำความเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคมขณะเกิดการเรียนรู้ นั้น ๆ

จากความหมายของพฤติกรรม จะเห็นว่า มีผู้ให้ความหมายไว้ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรม คือ การกระทำหรือปฏิบัติต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอก มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ โดยเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาแล้วค่อย ๆ พัฒนาการเลี้ยงดูตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกาย

ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

วศินา จันทศิริ (2531, หน้า 203) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นพฤติกรรมที่มีความเคยชินในการกินอาหาร ได้แก่ การกินหรือไม่กินอะไร กินอย่างไร จำนวนมือที่กิน รวมทั้งสุขนิสัยก่อนการกินและขณะกิน รวมทั้งชนิดของอาหารที่กิน

ศิริลักษณ์ สินธวาลัย (2544, หน้า 8) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นเรื่องของลักษณะวิธีการกินอาหาร ว่ากินอะไร กินอย่างไร มากหรือน้อย บ่อยหรือไม่ในรอบวันหรือเดือน มีระเบียบมารยาทการกินอย่างไร เป็นต้น พฤติกรรมดังกล่าวอาจจำแนกไปตามลักษณะหรือประเภทของบุคคล เช่น เป็นเด็ก เป็นผู้ใหญ่ ผู้ป่วย เป็นต้น หรืออาจจำแนกการกินตามโอกาส เช่น การกินที่บ้าน การกินที่ร้านอาหาร หรือในวาระต่าง ๆ เช่น วันเกิด วันแต่งงาน เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจยังจำแนกออกโดยตามภาคหรือยุคสมัยที่ต่างกันเป็นหลัก

WHO (1972, p. 647) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (food consumption behavior) ว่าหมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่ รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมือที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังรับประทานอาหาร

Kalosa (1982, pp. 15-31) กล่าวถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของมนุษย์ว่า ขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต (life style) ที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อในเรื่องอาหารของแต่ละ

บุคคล ได้แก่ คำกล่าวในเรื่องอาหารที่บอกเล่าต่อ ๆ กันมา การที่คนรับรู้ว่าจะกินได้หรือไม่นั้น บางครั้งไม่รู้ว่าจะกินแล้วจะมีประโยชน์หรือมีโทษอย่างไร ไม่คิดใจที่จะรู้รายละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของอาหารนั้น ๆ เพราะโดยทั่วไปมักจะพอใจในรสชาติของอาหารมากกว่าความสนใจในประโยชน์หรือคุณค่าของโภชนาการของอาหาร ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พบในแต่ละสังคมจึงไม่จำเป็นต้องเป็นพฤติกรรมที่ถูก และสอดคล้องกับหลักวิชาทางโภชนาการเสมอไป

สุทธิลักษณ์ สมิตตะศิริ (2533, หน้า 2-4) กล่าวว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่น ๆ ได้แก่

1. ความเชื่อในการบริโภคอาหาร (food belief) เป็นความเข้าใจ และประสบการณ์ที่ได้รับถ่ายทอดสะสมกันมา โดยมักจะมีเหตุผลหรืออ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงเหตุผลของความเชื่อนั้น ๆ ซึ่งอาจเป็นจริงหรือไม่เป็นจริงก็ได้

2. ความนิยมในการบริโภคอาหาร (food fad) เป็นการกระทำเอาอย่างกันเพื่อความมีส่วนร่วม รักษาสถานะทางสังคมหรือเพื่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจโดยไม่จำเป็นต้องถูกต้องและมีเหตุผลเสมอไป

3. ลักษณะนิสัยในการบริโภค (food habits) หมายถึง ลักษณะและการกระทำที่ซ้ำซาก ซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งทำด้วยความตั้งใจ สืบต่อเนื่องกันมาเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน เพื่อให้การรับประทานอาหารบรรลุถึงความประสงค์ทางอารมณ์และสังคม อาหารแต่ละอย่างประกอบด้วยสารอาหารหลาย ๆ อย่างในปริมาณไม่เท่ากัน สารอาหารแต่ละอย่างให้ประโยชน์แก่ร่างกายแตกต่างกัน ไม่มีอาหารชนิดใดชนิดเดียวที่ประกอบไปด้วยสารอาหารทุกอย่างที่ร่างกายต้องการในปริมาณเพียงพอและได้สัดส่วน เช่น ข้าวเป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตมาก น้ำมันหรือเนยเป็นอาหารที่มีไขมันมาก เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่วเป็นอาหารที่มีโปรตีนมาก ผักและผลไม้เป็นอาหารที่มีวิตามินและแร่ธาตุมาก เป็นต้น ปริมาณของสารอาหารในอาหารแต่ละชนิดจะมีมากหรือน้อย นอกจากนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของอาหาร วิธีการปรุงอาหารและวิธีการเก็บรักษายังมีผลทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหารบางชนิดได้ ดังนั้นการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดี

จึงควรรับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิดในปริมาณที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างเหมาะสม

สรุปว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะหรือการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การเลือกที่จะรับประทานอาหารหรือไม่รับประทานอาหาร บางอย่าง และสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หรือพฤติกรรมการกินที่สะสมมาตั้งแต่เด็ก ไม่ใช่การเรียนรู้ด้วยตนเองตามสัญชาตญาณธรรมชาติ มนุษย์เราบริโภคอาหารหรือรู้ว่าอะไรเป็นอาหารจากขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมที่คนในสังคมวัฒนธรรมยึดถือปฏิบัติแล้วถ่ายทอดทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อเนื่องกันมาเรื่อยจนกลายเป็นวัฒนธรรมอาหาร (food culture) องค์กรที่ดี พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ได้มีมาแต่กำเนิดแต่เกิดจากการเรียนรู้ เลียนแบบจากครอบครัวและสภาวะแวดล้อม จึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และประการสำคัญคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

ความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

สิริพันธุ์ จุลกรังคะ (2541, หน้า 7) กล่าวว่า การบริโภคอาหารเพื่อให้ได้คุณค่า และปริมาณที่เหมาะสม โดยที่สารอาหารต่าง ๆ และพลังงานที่ได้รับควรจะสมดุลกัน เพื่อที่ร่างกายได้มีภาวะโภชนาการที่ดี ไม่เป็นโรคขาดสารอาหาร ดังนั้น ในทางปฏิบัติ จึงควรบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ นอกจากนี้ คณะกรรมการปรับปรุงชุดวิชาโภชนศาสตร์ สาธารณสุข (2547, หน้า 104-105) ได้กล่าวถึง ความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่า โภชนาการมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโต การดำรงชีวิต สุขภาพและคุณภาพชีวิตมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารนับเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคลครอบครัว และชุมชน ปัจจุบันคนไทยยังมีปัญหาโภชนาการอยู่มากทั้งภาวะโภชนาการขาดและโภชนาการเกินที่เป็นสาเหตุของการเจริญเติบโต และพัฒนาการที่ช้ากว่าปกติและทำให้ร่างกายอ่อนแอ หรือป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ซึ่งสาเหตุของปัญหาดังกล่าวเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังไม่ถูกต้อง

คนที่มีสุขภาพ และอนามัยดี นอกจากจะเป็นคนที่มีร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บแล้ว ยังต้องมีอารมณ์ดีสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี มีประสิทธิภาพ

ในการทำงานสูง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคทั้งสิ้น (จิตติมา โสภารัตน์, 2543, หน้า 62; สันทนา สุธาดารัตน์, 2536, หน้า 4-10)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การบริโภคอาหารเพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการ ไม่ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ และรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อเสริมสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และมีประสิทธิภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม ดังที่มีผู้สังเกตว่าบางครอบครัวสมาชิกทุกคนไม่ค่อยแก่ แต่บางครอบครัวทุกคนดูแก่กว่าอายุจริง ผมหงอก ผมหาง ผิวหนังเหี่ยว ทั้งนี้เนื่องจากพันธุที่แก่เร็ว ซึ่งได้รับถ่ายทอดมาจากพันธุกรรม สภาพแวดล้อมที่พบว่ามีผลสำคัญคือ ภาวะโภชนาการ โรคภัยไข้เจ็บ และวิถีทางดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไป มีผลซ้ำเติมอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ซึ่งมีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมยิ่งขึ้น การส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ จึงต้องคำนึงถึงความต้องการสารอาหารต่าง ๆ ตลอดจนปัจจัยที่จะมีผลต่อการได้รับสารอาหารนั้น ๆ ด้วย

การจะมีภาวะโภชนาการและสุขภาพดี คุณภาพชีวิตดี ต้องคำนึงถึงหลักใหญ่ ๆ คือ ต้องกินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักตัว กินข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับประเภทแป้งเป็นบางมื้อ กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นผู้สูงอายุต้องมีการสมาคม ติดต่อกับเพื่อนหรือญาติ หรือมีกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ได้ผลทางจิตวิทยาและสรีรวิทยา การออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความอยากอาหาร ทำให้กล้ามเนื้อต้นตัวขึ้น และช่วยมิให้มีการขับถ่ายสารอาหารบางอย่าง เช่น แร่แคลเซียม ฟอสฟอรัส และไนโตรเจน ตลอดจนการได้อยู่ในที่ที่มีอากาศดีสภาพ

ที่สะดวก ได้พักผ่อนและออกกำลังกายบ้างตามสมควรแก่อายุ ตลอดจนการไปรับการตรวจสุขภาพเป็นประจำ

สรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีนั้น ต้องส่งเสริมการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และแต่ละหมู่ต้องมีความหลากหลาย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อร่างกายผู้สูงอายุ และสิ่งที่สำคัญก็คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นตัวขึ้น และยังช่วยในการขับถ่ายได้ดี ตลอดจนหมั่นตรวจสุขภาพเป็นประจำ

ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ

เนื่องจากระบบการทำงานอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานด้อยลง การรับรู้รสและกลิ่นน้อยลง ทำให้ความอยากอาหารลดลง ด้วยประกอบกับมีปัญหาเรื่องเหงือกและฟันและระบบการย่อยการดูดซึมอาหารไม่ดี จึงทำให้เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ บางทีก็ท้องผูก มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย

ปัญหาของผู้สูงอายุในเรื่องอาหารการกิน มีปัญหาทั้งกินไม่ได้และกินไม่พอ จึงทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยเฉพาะสารอาหารพวกโปรตีน วิตามินหรือเกลือแร่บางตัว และถ้าผู้สูงอายุได้อาหารบางอย่างมากเกินไปไม่ถูกส่วน หรือได้ไม่ครบ 5 หมู่ อาจเกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะชะลอหรือป้องกันได้ ถ้าผู้สูงอายุให้ความเอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และมีแพทย์แนะนำเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหาร

ทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือไม่ถูกสัดส่วน มีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหารได้ โรคที่พบได้บ่อย คือ (เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2528, หน้า 64-65)

1. โรคขาดโปรตีนและแคลอรี ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะขาดโปรตีนและแคลอรีควบคู่กันไป เนื่องจากปัญหาเรื่องฟัน การย่อย และการดูดซึมของระบบทางเดินอาหารลดน้อยลง

2. โรคขาดวิตามิน ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามินได้แทบทุกตัว โดยเฉพาะถ้าได้โปรตีนและแคลอรีไม่เพียงพอ เพราะโปรตีนมักเป็นแหล่งให้วิตามิน โรคขาดวิตามินที่

พบบ่อย คือ บีหนึ่ง บีสิบสอง โฟลาซิน วิตามินเอ วิตามินเค แต่ถ้าไม่ชอบกินผลไม้รสเปรี้ยว ก็มีโอกาสขาดวิตามินซีได้มาก

3. โรคขาดเกลือแร่ เกลือแร่ที่พบขาดบ่อย ได้แก่ แคลเซียมและเหล็ก

4. โรคภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคอ้วน ถ้าได้รับแคลอรีมากเกินไป

หรือถ้ากินไขมันจากสัตว์อาจมีไขมันในเลือดสูง

จากปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ปัญหาที่พบ คือ ในเรื่องการกินอาหารไม่เพียงพอหรือได้ไม่ครบ 5 หมู่ ซึ่งจะทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา อาจเนื่องมาจากระบบการทำงานอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุควรหันมาดูแลเอาใจใส่เรื่องการบริโภคอาหาร

โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ความต้องการสารอาหารสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ในขั้นต้นไม่แตกต่างกับความต้องการของคนในวัยอื่น ๆ แต่ยังมีลักษณะพิเศษบางประการที่แตกต่างไปสำหรับผู้สูงอายุ คือ

1. ความไม่สมบูรณ์ของฟัน คนส่วนมากจะย่างเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยฟันที่ไม่สมบูรณ์ อาจเนื่องมาจากสุขภาพของฟันไม่ดีหรือความไม่สะดวกสบายของฟันปลอมที่ใส่ จะมีผลสะท้อนทำให้คนสูงอายุขาดสารอาหารที่ควรได้รับ เนื่องจากไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ตามปกติ และมักจะหลีกเลี่ยงอาหารที่ต้องใช้ฟันขบเคี้ยว เมื่อนาน ๆ เข้าทำให้ภาวะโภชนาการเสื่อมลง

2. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพังไม่ได้รับการเลี้ยงดู จากลูกหลานมักจะซื้อหาอาหารในแต่ละมื้อไม่ถูกต้อง บางคนสุขภาพไม่อำนวยในการจัดหาอาหารให้ตัวเองจึงลงท้ายด้วยการหาอาหารแบบง่าย ๆ แทนการหาอาหารที่ดีเหมาะสม

3. นิสัยในการกิน ส่วนมากคนสูงอายุมักจะมีนิสัยการกินที่แน่นอน ซ้ำ ๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้คนสูงอายุได้รับคุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสม การกินอาหารจะขึ้นอยู่กับความชอบ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงให้เกิดความแตกต่าง ได้รับอาหารเหลวน้อย เบื่อและกลัวต่อการกินอาหารที่ผิดแผกออกไป กลัวการ

ท้องผูก กลัวอาหารไม่ย่อย ซึ่งมักจะเกิดกับบุคคลที่เมื่ออายุน้อย ๆ ไม่ชอบดื่มน้ำนมไม่กินผักและผลไม้ จนกลายเป็นนิสัยที่ไม่ดี

4. ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย ปกติเมื่อมีอายุสูงขึ้นความสามารถในการรับรสและกลิ่นจะลดลง จะมีผลกระทบต่อการกินอาหารโดยปกติ ปริมาณของน้ำย่อยจะลดลงทำให้การย่อยและการดูดซึมไม่อยู่ในระดับปกติ มักจะเกิดปัญหาการใช้อาหารไขมัน ทำให้เกิดการไม่สบาย มีแก๊สมากหลังการกินอาหารไขมัน ทั้งนี้เพราะมีการหลั่งน้ำดีที่ไม่สม่ำเสมอ

5. ความไม่สมดุลของพลังงาน เนื่องจาก Basal Metabolism ของคนสูงอายุจะลดลง จึงมีความต้องการพลังงานน้อยลงด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่เปลี่ยนนิสัยการบริโภค จึงมักจะเกิดโรคอ้วน ทำให้การทำงานของส่วนต่าง ๆ ในร่างกายไม่เป็นไปตามปกติ เป็นต้นเหตุของโรคหัวใจ โรคเบาหวาน

6. ความต้องการวิตามินและเกลือแร่ แม้ว่าอายุจะเพิ่มขึ้นแต่ความต้องการวิตามินและแร่ธาตุของผู้สูงอายุมิได้ลดลง ถ้าเอาความเอาใจใส่ต่ออาหารที่กินให้เพียงพอ ร่างกายก็จะได้รับวิตามินอย่างเพียงพอ แต่ในคนสูงอายุมักจะลดปริมาณอาหารที่กินลง และมักจะเลือกอาหารที่มีคุณภาพไม่ดีและที่สำคัญประสิทธิภาพการดูดซึมอาหารลดลง เป็นสาเหตุให้ร่างกายขาดวิตามิน ส่วนแร่ธาตุที่สำคัญที่มักจะขาดคือ แคลเซียมและเหล็ก สาเหตุการเกิดโรคโลหิตจางเนื่องจากขาดเหล็กในผู้สูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากการหลั่งของกรดเกลือในการย่อยอาหารลดลง ทำให้การดูดซึมเหล็กในลำไส้ลดลง

วัยกลางคนจนถึงวัยสูงอายุจะเกิดโรคกระดูกเปราะ (osteoporosis) คือ กระดูกมีความแข็งแรงลดลง สาเหตุเนื่องจากการเคลือบกระดูกของแร่ธาตุที่สำคัญลดลง คือ ได้รับปริมาณแคลเซียมต่ำเกินไป ทำให้สมดุลของแคลเซียมเป็นลบ ดังนั้นการป้องกันการเกิด osteoporosis คือ ต้องได้รับแคลเซียมสูงตลอดการมีชีวิต และเมื่ออายุเข้าวัย 40 ปี เป็นต้นไปจะต้องได้รับอาหารที่มีแคลเซียมตลอดเวลา

ประเด็นสำคัญในการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารครั้งนี้ ประกอบด้วย การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ และบริโภคนิสัย

การบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดแบ่งอาหารของไทยออกเป็นอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อความสะดวกในการเลือกรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ โดยพิจารณาจากปริมาณของสารอาหารที่มีอยู่มากในบรรดาอาหารต่าง ๆ ที่คนไทยนิยมรับประทาน และได้คำนึงถึงสุขนิสัยในการบริโภคของคนไทย ในอาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยสารอาหารหลายชนิดมากบ้างน้อยบ้าง ในวันหนึ่ง ๆ จึงต้องรับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิดด้วยกัน อาหารหลัก 5 หมู่ ซึ่งประกอบด้วย (คารินทร์ ฤกษ์, 2550, หน้า 26)

อาหารหมู่ที่ 1 ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ และผลิตภัณฑ์จากถั่ว สารอาหารที่ได้จากอาหารหมู่นี้มีหลายชนิด ได้แก่ โปรตีน รองลงมาได้แก่ไขมัน เกลือแร่ และวิตามินต่าง ๆ พวกเครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับมีวิตามินและเกลือแร่มากเป็นพิเศษ ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้ คือ ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต สร้างเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ รวมทั้งซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอในอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของสารเคมีในร่างกายที่ให้อำนาจในการต้านทานโรค ให้พลังงานโดยโปรตีน 1 กรัมให้พลังงาน 4 แคลอรี ซึ่งเป็นส่วนประกอบของน้ำย่อยและฮอร์โมน เพื่อควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

การกินอาหารในหมู่นี้ ควรเน้นบริโภคปลาโดยเฉพาะปลาทะเล เพราะจะให้กรดไขมันไม่อิ่มตัวที่จำเป็น ซึ่งจะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ ส่วนเนื้อหมูหรือเนื้อสัตว์ที่มีสีแดงควรหลีกเลี่ยง เพราะมีกรดไขมันอิ่มตัวในอาหาร

ในการจัดอาหาร คนไทยควรจะได้รับพลังงานจากอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์ร้อยละ 10-15 ของพลังงานที่ควรจะได้รับในแต่ละวัน สำหรับพลังงานจากอาหารพวกถั่วเมล็ดแห้งควรได้รับปริมาณร้อยละ 12 ของพลังงานที่ควรจะได้รับในแต่ละวัน อาหารในหมู่นี้ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ

1. เนื้อสัตว์ ผู้สูงอายุควรได้รับเนื้อสัตว์ประมาณวันละ 120 กรัม จะเป็นเนื้อสัตว์ชนิดใดก็ได้ แต่ควรเป็นเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมันและนุ่ม เคี้ยวง่ายอาจใช้สับหรือเคี้ยวให้เปื่อยนุ่มพอที่ผู้สูงอายุจะเคี้ยวได้ ปลาเป็นเนื้อสัตว์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ควรระวังก้างเครื่องในสัตว์ เช่น ตับหรือเลือดหมู ควรได้รับสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2. ไข่ เป็นอาหารที่มีคุณค่าสูงเหมาะกับผู้สูงอายุ เนื่องจากนุ่มเคี้ยวง่าย ย่อยและดูดซึมง่าย ผู้สูงอายุควรได้รับไข่สัปดาห์ละ 3-5 ฟอง และถ้าไม่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูงก็กินไข่ได้วันละ 1 ฟอง

3. นม เป็นอาหารที่มีแคลเซียมและโปรตีนมากเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการโปรตีนและแคลเซียมเพื่อใช้ในการซ่อมเซลล์ที่สึกหรอ สำหรับผู้มีไขมันในเลือดสูง ควรใช้นมผงที่ไม่มีไขมัน 4 ช้อนโต๊ะผสมน้ำให้ได้ 1 ถ้วยตวง หรือจะใช้นมถั่วเหลืองก็ได้

4. ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ เป็นพืชที่มีโปรตีนสูง ผู้สูงอายุอาจนำมาต้มให้นุ่ม และประกอบอาหารกินกับข้าว จะช่วยให้ได้รับโปรตีนเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุควรได้รับถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเขียว ถั่วแดง ถั่วดำ หรือน้ำเต้าหู้ วันละ ½ ถ้วยตวง อาจหุงข้าวผสมถั่วเขียว โดยใช้อัตราส่วนของข้าว 3 ส่วนต่อถั่วเขียว 1 ส่วน จะช่วยให้ได้โปรตีนและวิตามินบีเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุควรกินครั้งละน้อย ๆ มิฉะนั้นอาจเกิดท้องอืดได้

อาหารหมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล หัวเผือก หัวมัน ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้คือ ให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ทำให้ร่างกายมีแรงงานสามารถประกอบกิจการต่าง ๆ ได้

คนไทยควรได้รับพลังงานจากอาหารหมู่นี้ร้อยละ 55 ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน การบริโภคอาหารในหมู่นี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ผ่านขบวนการฟอกสีหรือขัดสี เช่น ข้าวขาว ขนมันปิ้งที่ทำจากแป้งสาลีขาว เพราะอาหารที่ผ่านขบวนการดังกล่าวจะมีการสูญเสียวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญไปด้วย หากผู้สูงอายุต้องการกินข้าวกล้องก็ควรนำมาแช่น้ำก่อน 10 นาทีก่อนหุง ข้าวจะได้นุ่ม ข้าวกล้องนอกจากจะให้พลังงานแล้วยังช่วยป้องกันโรคเหน็บชาได้อีกด้วย อาหารในหมู่นี้ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ ข้าวและผลิตภัณฑ์จากข้าวและแป้งชนิดต่าง ๆ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมันจิ้น บะหมี่ ขนมันปิ้ง ผู้สูงอายุควรได้รับพอสมควร ไม่ควรกินมากเกินไป ควรกินข้าวมีอยู่ 1 งาน (ประมาณ 2 ทัพพี) มันเทศมีแคลโรตีนมากอาจนำมาทำเป็นขนม เช่น มันต้มน้ำตาล

อาหารหมู่ที่ 3 ได้แก่ พืช ผักต่าง ๆ ทั้งผักใบเขียว ผักสีเหลืองมีทั้งผักที่เป็นใบเป็นดอก ผล ราก ต้น หัว สารอาหารที่ได้จากหมู่นี้คือ วิตามินและเกลือแร่ เช่น วิตามินเอ วิตามินบี แคลเซียม เหล็ก เป็นต้น ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้ คือ ช่วยบำรุงสุขภาพ

ร่างกาย และทำให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานตามปกติ ช่วยให้ร่างกายสดชื่น บำรุงสุขภาพของผิวหนัง นัยน์ตา เหงือกและฟัน ซึ่งช่วยป้องกันและต้านทางโรค นอกจากนี้ยังช่วยในการขับถ่ายสะดวก

คนไทยควรได้รับพลังงานจากผักต่าง ๆ ร้อยละ 5 ของพลังงานที่ควรได้รับแต่ละวัน อาหารในหมู่ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ ผักสีเขียวและสีเหลือง ผู้สูงอายุควรกินผักทุกวัน เพื่อที่จะได้สารที่ให้วิตามินเอ แคลเซียม เหล็ก และยังได้ใยอาหารในผักช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้ท้องไม่ผูก ทั้งยังป้องกันโรกระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ อีกด้วย เช่น ริดสีดวงทวาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่เนื่องจากผักมีกากแข็งจึงย่อยยาก และอาจทำให้ท้องอืดเพราะมีก๊าซมาก ผู้สูงอายุไม่ควรกินผักดิบ ควรกินเป็นผักต้มหรือหนึ่งจนสุกนุ่ม ผักบางชนิดอาจกินดิบได้ เช่น ผักกาดหอม

อาหารหมู่ที่ 4 ได้แก่ ผลไม้ต่าง ๆ สารอาหารที่ได้จากอาหารหมู่ที่ 4 คือ วิตามินและเกลือแร่ต่าง ๆ ผลไม้แทบทุกชนิดให้วิตามินซีแก่ร่างกาย นอกจากนี้ยังให้วิตามินเอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลไม้ที่มีสีเหลือง ผลไม้แห้งจะให้แคลเซียมและแร่เหล็กพอสมควร ส่วนวิตามินอื่นจะมีอยู่บ้างในปริมาณไม่มากนักแต่ช่วยเสริมให้ได้วิตามินต่าง ๆ ในอาหารครบถ้วน ประโยชน์ของอาหารหมู่ที่ 4 เช่นเดียวกับอาหารหมู่ที่ 3 อาหารหมู่ที่ 4 มีน้ำตาลสูงกว่าอาหารหมู่ที่ 3 คนไทยควรได้รับพลังงานจากอาหารหมู่ที่ 4 ประมาณร้อยละ 3 ของพลังงานที่ควรได้รับแต่ละวัน อาหารในหมู่ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ ผลไม้ ผู้สูงอายุควรได้รับผลไม้ทุกวัน เพื่อที่จะได้รับวิตามินซีและใยอาหาร ควรเลือกผลไม้ที่มีเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย ได้แก่ มะละกอสุก กล้วยสุก ส้ม น้ำผลไม้คั้น ผู้สูงอายุควรได้รับวันละ 1-2 ครั้ง

อาหารหมู่ที่ 5 ได้แก่ ไขมันและน้ำมันจากพืชและสัตว์ ไขมันไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของน้ำมันที่ใช้ประกอบอาหารเท่านั้น เนื้อสัตว์บางอย่าง เช่น เนื้อหมู ไช้ หรือถั่วต่าง ๆ โดยเฉพาะถั่วลิสง ถั่วเหลืองก็มีไขมันอยู่เป็นจำนวนมากพอสมควร

ไขมันจากสัตว์เป็นไขมันชนิดอิ่มตัว ที่ใช้มากที่สุดคือ น้ำมันหมู นอกจากนี้เนยซึ่งเป็นไขมันจากนม รวมไปถึงไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อสัตว์ด้วย เช่น ไขแดง มันไก่ ครีมในนม เป็นต้น

ไขมันจากพืชเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันมะกอก เป็นต้น น้ำมันมะพร้าว มีกรดไขมันมาก ประโยชน์ของอาหารหมู่นี้คือ เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงาน ทั้งในการเติบโตในเด็กและให้พลังงานในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะงานหนัก หรืองานที่ต้องใช้เวลาทำงาน เช่น กรรมกรแบกหาม ช่างไม้ นักกีฬา เป็นต้น พลังงานที่ได้จากไขมันและน้ำมันที่กินในปริมาณที่เหมาะสม ร่างกายก็จะสะสมไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น บริเวณใต้ผิวหนัง และรอบ ๆ อวัยวะต่าง ๆ ไขมันจะทำหน้าที่ปกป้องอวัยวะต่าง ๆ ไปในตัวด้วย นอกจากนี้ ไขมันยังให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายอีกด้วย และถ้าเกิดการขาดอาหารขึ้น ไขมันก็จะเปลี่ยนเป็นพลังงานที่ร่างกายจะนำมาใช้ในกรณีที่ร่างกายเกิดความผิดปกติ เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรัง กินอาหารไม่ได้ ร่างกายก็จะใช้ไขมันเป็นพลังงาน แต่ถ้ากินอาหาร ไขมันมากเกินไป ไขมันจะสะสมมากตามบริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วนขึ้น คนไทยควรได้รับพลังงานจากอาหารหมู่นี้ ประมาณร้อยละ 10 ของพลังงานที่ควรได้รับแต่ละวัน อาหารในหมู่นี้ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ คือ ไขมันและน้ำมัน ผู้สูงอายุไม่ควรกินอาหารที่มีไขมันมากเกินไป เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน หมูสามชั้น อาหารทอดในน้ำมันมาก ๆ ได้แก่ ปาท่องโก๋ กุ้งชุบแป้งทอดคั่วขี้เถ้าแกงมันทอด ข้าวเกรียบ ข้าวเหนียวมูน และอาหารใส่กะทิต่าง ๆ เพราะจะทำให้มีอาการแน่น ท้องอืด และทำให้น้ำหนักเพิ่มได้มาก ผู้สูงอายุควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิกมาก เช่น น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันรำ น้ำมันถั่วเหลืองแทนน้ำมันหมู น้ำมันมะพร้าว กะทิ น้ำมันพืชที่ใช้ปรุงอาหาร ควรได้รับโดยเฉลี่ยประมาณวันละ 2-2 ½ ช้อนโต๊ะ

ความต้องการวิตามิน ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเท่ากับหรือน้อยกว่าวัยหนุ่มสาวเล็กน้อย การเปลี่ยนแปลงเรื่องการเลือกรับประทานอาหารอ่อน ๆ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟัน อาจมีผลต่อการบริโภควิตามินได้ ทำให้ได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง บีสอง บีหก บีสิบสอง กรดโฟลิก และวิตามินซี แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผัก ผลไม้สด ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับผัก ผลไม้ให้เพียงพอในแต่ละวัน

ความต้องการแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุต่าง ๆ เท่ากับในวัยผู้ใหญ่ แต่ส่วนมากที่มีปัญหา คือ การบริโภคน้ำไม่เพียงพอ แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ แร่ธาตุเหล็ก ซึ่งถ้าขาดทำให้เป็นโรคซีดหรือโลหิตจาง พบว่าแม้จะรับประทานเพียงพอ แต่การดูดซึมในผู้สูงอายุน้อยกว่าคนหนุ่มสาว อาหารที่มีแร่ธาตุเหล็กมาก คือ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ เป็นต้น เพื่อให้การดูดซึมดีขึ้นผู้สูงอายุควรรับประทานผักสดหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงด้วยในแต่ละมื้อ ความต้องการแร่ธาตุเหล็กของผู้สูงอายุประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน

ความต้องการแคลเซียม พบว่า ปัญหาการขาดแคลนแคลเซียมมีมากในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะมีการบริโภคน้อย นอกจากนี้การดูดซึมและการเก็บไว้ในร่างกายยังมีน้อยกว่าคนหนุ่มสาว จึงทำให้เกิดปัญหาโรคกระดูกเปราะ อาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียม ได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง เป็นต้น ความต้องการแคลเซียมในผู้สูงอายุ ประมาณ 800 มิลลิกรัมต่อวัน

ความต้องการน้ำ น้ำมีความสำคัญช่วยในระบบย่อยอาหาร และขับถ่ายของเสีย ส่วนมากผู้สูงอายุ จะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ความต้องการน้ำของผู้สูงอายุ คือประมาณ 1 มิลลิลิตร / 1 กิโลแคลอรี หรือ 30 มิลลิลิตร/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือประมาณ 1,500 มิลลิลิตร ซึ่งเท่ากับ 6-8 แก้วต่อวัน

หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

จันทรรัตน์ ศรีสุข (2543, หน้า 55) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาการรับประทานอาหารเนื่องจาก (1) ฟัน (2) การรับรสที่เสียไปมีผลทำให้ผู้สูงอายุเลือกอาหาร จำกัดการกินเฉพาะอย่าง ทำให้เกิดปัญหากินน้อยกินไปฟันไม่ดี เคี้ยวไม่ได้ ตระหนี่ หรือไม่เห็นความจำเป็นของการกินอาหารที่ถูกต้อง (3) กินมากกินไป จะพบในผู้สูงอายุที่ร่อยกับ การรับประทานอาหาร สามารถชั่งน้ำหนักตัวดูว่ากินหรือไม่ หากน้ำหนักตัวกิน 1 ใน 5 ของที่ควรจะเป็นตามเกณฑ์แล้วอาจพบปัญหาต่อไปนี้ตามมา ได้แก่ หัวใจทำงานมาก ข้อเข่าเสียเพราะรับน้ำหนักมากกินไป เป็นต้น (4) การเจ็บป่วยทำให้ไม่อยากอาหาร เปลี่ยนนิสัยการกินตามการรับรส เช่น ชอบกินของหวานเมื่ออายุมากขึ้น ที่เป็นเช่นนี้ เพราะเมื่อสูงอายุการรับรสหวานจะดีที่สุด (5) ปรับนิสัยการกินเป็นการกินอย่างมี

จุดประสงค์ เราอาจพบว่าผู้สูงอายุหลายคนเมื่อมีอายุมากขึ้นเปลี่ยนเป็นเลือกกินอาหารเฉพาะอย่าง เช่น กินเพื่อสุขภาพ กินเพื่อเป็นบุญ เช่น การกินมังสวิรัต กินเพื่อให้มีการขับถ่ายดี เป็นต้น มีความพิถีพิถันมากขึ้น ซึ่งรากฐานของการเปลี่ยนแปลงนิสัยการกินนี้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกและความพอใจของคนบางคน

สมหมาย วงษ์กระสันต์ (2543, หน้า 35) ได้กล่าวว่า ความเจ็บป่วยของคนเรามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ การกินอาหารที่ไม่สะอาดมีสารเคมีปนเปื้อน สุก ๆ คิบ ๆ หวานจัด เค็มจัด เผ็ดจัด มีไขมันมาก มีแต่ปริมาณ ไม่มีคุณภาพหรือสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการเลือกกินอาหารทั้งประเภท ปริมาณและคุณภาพ ที่สอดคล้องเหมาะสมกับวัย โดยถือเป็นเรื่องจำเป็นต้องใส่ใจเป็นพิเศษ

นอกจากนี้ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้จัดทำ “ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย” ซึ่งมีดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองโภชนาการ, ม.ป.ป.)

1. ดัดแปลงลักษณะของอาหารให้สามารถเคี้ยวได้ง่าย เช่น สับละเอียด ต้มเปื่อย หรือปรุงอาหารให้มีลักษณะค่อนข้างเหลว
2. ไม่ควรบริโภคอาหารรสจัด เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด และไขมันมาก
3. ปริมาณอาหารในแต่ละมื้ออาจลดลงแต่เพิ่มมื้ออาหารได้มากขึ้น เช่น จากวันละ 3 มื้อ เป็น 5 มื้อ
4. การกินอาหารมื้อหนักในเวลากลางวัน หรือบ่ายให้เป็นมื้อหนักเพื่อลดภาระที่กระเพาะจะต้องย่อยอาหารจำนวนมาก ร่างกายได้พักผ่อนเต็มที่ ช่วยให้หลับสบายและขณะที่หลับร่างกายไม่จำเป็นต้องใช้พลังงานมาก
5. ควรกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ
6. งดคิม้มน้ำชากาแฟ สุรา และงดสูบบุหรี่ทุกชนิด เพราะจะทำให้เกิดโรคต่อร่างกาย
7. ควรกินอาหารที่ย่อยง่าย มีเส้นใยหรือกากอาหารมาก เช่น ผัก ผลไม้ เป็นต้น เพื่อช่วยให้ท้องไม่ผูก

8. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ (ประมาณวันละ 6-8 แก้วต่อวัน) เพื่อช่วยให้ระบบถ่ายสะดวกขึ้น

9. ควรออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตัวเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ไม่อ่อนเพลีย

อาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุปกติ

1. ข้าวสุกหุงนิ่ม ๆ ข้าวต้มกับข้าวต้มเครื่อง โจ๊ก
 2. แกง เช่น แกงส้ม แกงเลียง ต้มให้ผักและเนื้อนุ่ม ต้มยำ แกงจืดหมูสับกับผักนุ่ม ๆ (ตำลึง ผักกาดขาว ฟัก)
 3. น้ำพริกต่าง ๆ เช่น น้ำพริกปลาทุ ผักต้ม
 4. เนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น หมู ไก่ ตับ ต้องทำให้นุ่ม ปลาเนื้อ ปลาทอดไม่กรอบ
 5. ไข่เจียว (ใช้น้ำมันน้อย) ไข่ต้ม ไข่ดาว ไข่ตุ๋น
 6. ผักต่าง ๆ กินได้ไม่จำกัดจำนวน แต่ควรล้างให้สะอาด ก่อนนำมาปรุงอาหาร
 7. ผลไม้ต่าง ๆ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ
 8. ไขมันควรใช้ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว ปรุงอาหาร
 9. เครื่องดื่ม น้ำจืด น้ำมะตูม น้ำส้มคั้น นำนมพร่องมันเนย หรือน้ำนมถั่วเหลือง
- อาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรบริโภค

อาหารจำพวกข้าว แป้ง และน้ำตาล ควรกินให้น้อยลงเพราะจะทำให้อ้วน

1. ไม่ควรกินข้าวที่ขัดสีจนขาวเกินไป และข้าวที่นำมาประกอบอาหารที่เพิ่มกะทิ และไขมัน เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ ข้าวเหนียวน้ำกะทิทุเรียน ข้าวเหนียวมะม่วง ข้าวหลาม เป็นต้น รวมถึง ขนมเชื่อมต่าง ๆ ที่ใช้น้ำตาลจำนวนมาก เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เม็ดขนุน ข้าวเหนียวแดง กระจยาสารท ของเชื่อมต่าง ๆ ทุเรียนกวน เป็นต้น
2. อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไม่ควรกินเนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ต่าง ๆ เนื้อสัตว์ที่ย่อยยาก เช่น หนังไก่ทอด ขาหมู หมูสามชั้น ไข่แดง เป็นต้น
3. อาหารจำพวกไขมันสูงที่ผู้สูงอายุไม่ควรกิน ได้แก่ น้ำมันหมู น้ำมันจากไก่ น้ำมันมะพร้าว และปาล์ม ของทอดต่าง ๆ เช่น กล้วยทอด ปาท่องโก๋ อาหารชุบแป้งทอด อาหารและขนมใส่กะทิ เช่น แกงเผ็ด กล้วยบวชชี เป็นต้น



4. ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน มะม่วงสุก ละครุด กล้วยหอม ลำไย น้อยหน้า ขนุน เป็นต้น

หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุควรเลือกทานอาหารที่ง่าย ไม่บริโภคอาหารรสจัด และควรกินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ ๆ ซึ่งอาหารที่บริโภคควรมีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ควรควบคุมอาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาล เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารจำพวกไขมันสูง และผลไม้รสหวานจัด ควรกินในปริมาณที่เหมาะสมแก่ร่างกาย เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของผู้สูงอายุ

ความหมายของบริโภคนิสัย

Good (1973, p. 57) กล่าวว่า บริโภคนิสัย หมายถึง การรับประทานอาหารตามความคุ้นเคยหรือความเคยชินกับชนิดอาหาร หรือบริโภคตามทัศนคติต่ออาหารนั้น ๆ

Robinson and Weigley (1978, p. 58) กล่าวว่า บริโภคนิสัย หมายถึง สิ่งที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และประสบการณ์ที่ได้รับมาแต่เกิด โดยได้รับอิทธิพลจากครอบครัว สังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ สภาพภูมิศาสตร์ เชื้อชาติ และศาสนา

วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (2527, หน้า 16-20) กล่าวถึง บริโภคนิสัยว่า เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ ซึ่งอาศัยกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ร่วมกับปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ฯลฯ การศึกษาเรื่องบริโภคนิสัยของชุมชนจึงไม่ใช่การมองชนิดอาหารที่บริโภคและวิธีการที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมดังกล่าวเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมที่มีความผูกพันกับวิถีการดำเนินชีวิตทั้งหมดของคน ปัจจัยแวดล้อมเหล่านี้ได้แก่

1. ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) สภาพแวดล้อมของชุมชน อันเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหาร และการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพภูมิอากาศ ดิน ฟ้าอากาศ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิสูงสุด-ต่ำสุดของปี ทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตอาหาร ตลอดจนทางคมนาคมติดต่อกับโลกภายนอก
2. สุขภาพและสรีระสภาพ (health and physiological condition) โดยปกติบริโภคนิสัยที่ดี และสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักจะไปด้วยกัน แต่ในบางชุมชน ผลการศึกษาด้านบริโภคนิสัยแสดงว่า มีบริโภคนิสัยที่ดีแต่กลับมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย

เช่น ภาวะโลหิตจาง ก็ต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น การสูบบุหรี่ สิ่งแวดล้อม การติดเชื้อจากโรคพยาธิ เป็นต้น

3. ภาวะเศรษฐกิจ (economic status) รายได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเลือกซื้อ (หรือไม่ซื้อ) อาหารชนิดต่าง ๆ ที่มีขายในชุมชน มาบริโภค แต่การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้น ๆ จะมีบริโภคนิสัยที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ทางโภชนาการ ค่านิยม และความเชื่อด้านอาหารด้วย

4. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (cultural factor) วัฒนธรรมในที่นี้ หมายถึง วัฒนธรรมอาหาร (food culture) เป็นส่วนใหญ่

5. ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (social factor) ปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัยนั้น ๆ เป็นกฎเกณฑ์ที่ไม่ปรากฏเป็นกฎหมายบังคับ แต่รู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมน้อย ๆ แต่ละสังคมซึ่งจะมีอาหารประจำสังคมหรืออาหารประจำชาติของตน แต่มิได้หมายความว่าทุกคนในสังคมจะมีโอกาสหรือมีสิทธิที่จะบริโภคอาหาร ที่มีอยู่ในสังคมของตนได้เสมอทั้งหมด เพราะแต่ละสังคมมักกำหนดสถานภาพของแต่ละบุคคลไว้ต่าง ๆ กันตามเพศ วัย ฐานะ ศักดิ์ศรี และความสำคัญของแต่ละบุคคล เมื่อสังคมกำหนดสภาพตามประเภทของบุคคลต่าง ๆ ไว้แล้วเช่นนี้ มักมีกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกันไว้ด้วย

6. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factor) คนไทยนิยมกินข้าวที่ขาวสะอาด ซึ่งหุงจากข้าวสาร ที่ขัดสีคราบรำออกจนหมดสิ้น ทั้ง ๆ ที่ความรู้ทางด้านโภชนาการนั้น บอกว่าข้าวขาวนั้น ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการเท่ากับข้าวซ้อมมือ เพราะข้าวซ้อมมือมีวิตามินมากและมีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่ทั้ง ๆ ที่รู้ก็ยังคงนิยมกินข้าวขาว เพราะ “ข้าวแดงเป็นข้าวของคนคุก”

นอกจากข้างต้นยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกหลายประการ ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนพฤติกรรมบริโภค หรือการยอมรับอาหารของแต่ละบุคคล เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ถิ่นที่อยู่อาศัย ความชอบ ความพึงพอใจเมื่อได้ลิ้มรสอาหารชนิดนั้น ๆ เป็นครั้งแรก ความเชื่อเกี่ยวกับคุณสมบัติของอาหารแต่ละชนิดต่อสุขภาพของร่างกาย ตลอดจนการอบรมสั่งสอนที่ได้รับจากครอบครัว

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2528, หน้า 61) ได้กล่าวถึง บริโภคนิสัยว่า วัฒนธรรมมีบทบาทอย่างมากในการกำหนดบริโภคนิสัย บริโภคนิสัยไม่ได้หมายความว่าเฉพาะอาหารที่กินเท่านั้น แต่รวมถึงการผลิต การเตรียมการปรุง ตลอดจนแบบแผนการรับประทานอาหารต่าง ๆ ด้วย ข้อที่ควรเน้นเป็นพิเศษคือ บริโภคนิสัยนั้น มีนัยยะ หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินในกรอบของวัฒนธรรม มิได้หมายถึงเฉพาะประสบการณ์เท่านั้น แต่มีนัยยะทางจิตวิทยาต่อเค้าถึง ภาวะการมีส่วนร่วม (emotion involved) และการได้รับความพึงพอใจ จากการปฏิบัติตามนิสัยนั้น การศึกษาที่มุ่งเน้นอธิบายว่าทำไมคนจึงบริโภคอาหารชนิดนั้น ๆ จึงต้องศึกษาหน้าที่ทางสังคม ตลอดจนความเชื่อและความหมายทางวัฒนธรรม เกี่ยวกับการผลิตอาหาร การเตรียมอาหาร ซึ่งก็คือ การศึกษาแบบแผนการใช้ชีวิตของคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอาหาร

จากความหมายของบริโภคนิสัย พอสรุปได้ดังนี้ บริโภคนิสัย หมายถึง นิสัยการกินและวัฒนธรรมในการรับประทานอาหาร การมีบริโภคนิสัยที่ดีนั้น หมายถึง การรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และเหมาะสมกับวัยของตนเอง บริโภคนิสัยไม่ได้หมายความว่าเฉพาะอาหารที่กินเท่านั้น แต่รวมถึงการผลิต การเตรียม การปรุง ตลอดจนแบบแผนการรับประทานอาหาร บริโภคนิสัยที่ไม่ดีไม่ได้คิดตัวมาตั้งแต่กำเนิด แต่เกิดจากสิ่งแวดล้อมและการเลียนแบบสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดบริโภคนิสัย ได้แก่ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี อาหารในท้องถิ่น บริโภคนิสัยของมนุษย์นั้นมีจุดกำเนิดยุ่งยาก ซับซ้อน และขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน โดยมีความแตกต่างกันไปตามบุคคล ท้องถิ่น ประเทศ และสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของมนุษย์

ปิ๋ว โรจนบุรานนท์ (อ้างถึงใน วรรณฤดี แก้วแกมแข, 2544, หน้า 43) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของมนุษย์ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ คือ

1. รายได้ของครอบครัว มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญมากกับอาหารการกิน เป็นความจริงที่ว่าแม้รายได้ดี แต่อาจไม่ได้รับประทานอาหารที่ดีถูกส่วน มีประโยชน์ต่อร่างกาย

ก็ได้ เนื่องจากขาดความรู้ หรือมีนิสัยในการรับประทานอาหารไม่ดีตั้งแต่เด็ก แต่ก็ยังดีกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย เพราะถ้าไม่ฉลาดในการซื้อหรือขาดความรู้ในเรื่องอาหารแล้ว มักจะไม่ได้อาหารที่มีคุณภาพมีประโยชน์แก่ร่างกายมารับประทาน บุคคลที่มีรายได้ดี สามารถเลือกซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีมากกว่าอาหารที่มีเพียงปริมาณ แต่บุคคลที่มีรายได้น้อยมักเลือกซื้ออาหาร โดยคำนึงถึงปริมาณของอาหารมากกว่าคุณภาพ รายได้มีความสัมพันธ์กับบริโภคนิสัยของประชาชน โดยเป็นตัวกำหนดรายจ่ายอาหาร เพื่อบริโภคของหมู่ประชาชนที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง และการบริโภคอาหารของครอบครัวไม่ได้ดีขึ้นเสมอไปเมื่อรายได้เพิ่มขึ้น เพราะส่วนใหญ่ไปเพิ่มอาหารประเภทฟุ่มเฟือยที่มีราคาแพง ซึ่งกลับจะทำให้ภาวะโภชนาการเลวลง

2. ราคาของอาหารมีความสำคัญเกี่ยวกับการซื้ออาหาร ตามปกติราคาสินค้าขึ้นอยู่กับความต้องการ ถ้าของใดมีมากราคาถูก ของใดมีน้อยก็แพงซึ่งผู้ซื้อต้องฉลาดในการเลือกซื้อของที่ราคาแพงมาใช้ โดยการใช้ศิลปะในการปรุงแต่งเข้าช่วย จะทำให้อาหารมีคุณภาพดีราคาไม่แพง แต่บางครั้งอาหารแพงเพราะภาวะเงินเฟ้อ ทำให้บริโภคนิสัยเปลี่ยนไป มีการได้รับประทานอาหารอย่างประหยัด

3. อาหารที่มีในท้องถิ่น การผลิตและการกระจายชนิดและปริมาณอาหารที่มีในท้องถิ่นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดต่อนิสัยการกินของประชาชน อาหารที่ผลิตได้ในท้องถิ่นมีราคาถูกกว่าอาหารที่ต้องนำมาจากทางไกล เพราะหาซื้อได้ง่ายกว่าและคนในท้องถิ่นใดก็จะมีนิสัยในการรับประทานอาหารที่มีอยู่ในถิ่นนั้น และไม่รับประทานอาหารที่ตนไม่เคยรู้จัก แต่อาหารบางชนิดแม้จะผลิตได้ในท้องถิ่นนั้นแต่คนในท้องถิ่นอาจไม่ได้รับประทานก็ได้ เพราะผู้ผลิตอาหารนั้นนำไปขายที่อื่นได้ในราคาแพงกว่า เช่น ปลาไหลที่เลี้ยงไว้เพื่อส่งไปขายญี่ปุ่น เป็นต้น

4. ขนาดของครอบครัว จำนวนคนที่มีอยู่ในครอบครัว ที่มีผลกระทบต่อนิสัยเกี่ยวกับอาหาร การกินในครอบครัวเช่นกัน กล่าวคือ ครอบครัวใหญ่ที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ย่อมสูง และคุณภาพอาหารย่อมต่ำลงด้วย

5. ขนบธรรมเนียม และวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญ และมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยเป็นอย่างมาก เพราะได้ฝังตัวอยู่ในจิตสำนึกของตนมาแต่เกิด และได้รับการปลูกฝังเรื่องอาหารการกินจากบิดามารดาของตนเมื่อเจริญเติบโตขึ้นมากับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม

ต่าง ๆ ตลอดจนความจำเจต่ออาหารที่มีอยู่ ทำให้เกิดการเรียนรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และความเคยชินต่ออาหารจนกลายเป็นนิสัยในที่สุด เมื่อคนส่วนใหญ่ในท้องถิ่นมีนิสัยการกินไปในทำนองเดียวกัน จะก่อให้เกิดเป็นขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งเป็นการยากที่จะเปลี่ยนแปลงได้

6. ศาสนา ความเคร่งในศาสนา มักจะมีความสำคัญต่อบริโภคนิสัยของมนุษย์เป็นจำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ผู้นับถือศาสนาอิสลามจะไม่บริโภคเนื้อหมู ชาวฮินดูไม่บริโภคเนื้อวัว ฮินดูส่วนใหญ่ไม่บริโภคเนื้อสัตว์นอกจากนม หรืออาหารที่ประกอบจากนม เนื่องจากยึดถือข้อห้ามอย่างเคร่งครัด ชาวคริสเตียนบางกลุ่มไม่บริโภคเนื้อสัตว์

7. อิทธิพลของการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาก็จะมีความรู้ในเรื่องของอาหาร โดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์ หรือไม่มีประโยชน์ควรละเว้นเสีย โดยเฉพาะการศึกษาของแม่บ้านจะมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยของครอบครัวมาก เพราะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องอาหารภายในบ้านทั้งหมด

8. ความต้องการอาหารของแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามอายุ เพศ อาชีพ และภาวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น เด็กต้องการอาหารมากเพื่อช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต หญิงตั้งครรภ์และในระยะเวลาให้นมบุตรต้องการอาหารมากขึ้น สำหรับการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อในครรภ์ และการเจริญเติบโตของทารก และผู้ทำงานหนัก ต้องการอาหารมากกว่าผู้ทำงานโดยใช้สมอง นอกจากนี้การรับประทานอาหารแต่ละอย่าง ยังขึ้นอยู่กับอายุ และเพศอีกด้วย เช่น นมเป็นเครื่องดื่มสำหรับเด็ก อาหารสำหรับหญิง ได้แก่ สลัด ผลไม้ ผัก อาหารสำหรับเพศชาย ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ

9. ครอบครัว และกลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยมาก โดยเฉพาะเด็กเพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดสิ่งต่าง ๆ ให้แก่เด็ก รวมทั้งการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร

10. ความสามารถในการรับรสสัมผัส ความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่น หวาน เค็ม และขม จะกระตุ้นปุ่มรับรสสัมผัสของลิ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน

11. ภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับโรค อารมณ์ และจิตใจอาจไม่ดี ทำให้ความอยากอาหารลดลง และอาจทำให้บริโภคนิสัยเปลี่ยนแปลงไป เพราะถึงแม้ว่าอาหารจะนำรับประทานเพียงใด

ถ้าอารมณ์และจิตใจของคนไม่อยู่ในสภาพปกติพร้อมที่จะรับประทานอาหาร เขาก็จะไม่รับประทานอาหารนั้น

12. สื่อมวลชน มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้า โดยเฉพาะเด็กจะนิยมซื้อสินค้าตามที่โฆษณาทางโทรทัศน์ นอกจากนี้สื่อมวลชนยังมีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัยอีกด้วย สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบริโภคนิสัย ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ราคาอาหารที่มีในท้องถิ่น ขนาดของครอบครัว ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม ศาสนา การศึกษา ความต้องการอาหารของแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามอายุ เพศ และภาวะต่าง ๆ ของร่างกาย ครอบครัวและกลุ่มเพื่อน ความสามารถในการรับรสสัมผัส ภาวะทางจิตใจ อารมณ์และความเจ็บป่วย และสื่อมวลชน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อนิสัยการกินและวัฒนธรรมในการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและต้านทานโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นการศึกษาในขั้นต้น เพื่อศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยเลือกศึกษาเฉพาะบางตัวแปร ซึ่งตัวแปรที่นำมาศึกษาวิจัย ได้แก่ สถานภาพส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิต ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สถานภาพส่วนบุคคล เป็นตัวแปรเหตุ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะของปัจเจกบุคคล และการยอมรับสิ่งใหม่ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการแสวงหาสิ่งต่าง ๆ มาตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (สุทิน อ่อนอุบล, 2541, หน้า 24) ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล

ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ดังนี้

1.1 เพศ เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างของบุคคล เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายและเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างด้านค่านิยม นอกจากนี้ เพศ ยังเป็นค่าในการกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพภายในครอบครัว ชุมชนและสังคมด้วย (Orem, 1980, p. 220) ซึ่งเพศยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญกับปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจ เนื่องจากความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งการมีทัศนคติต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน บทบาทของเพศย่อมมีส่วนสำคัญต่อการดูแลตนเองด้วย โดยเฉพาะในสังคมไทยเรา เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นผู้ดูแล จึงพบว่า ในยามเจ็บป่วยเพศหญิงสามารถที่จะดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศชาย (นัยนา พิพัฒน์วนิชชา, 2535, หน้า 26) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muhlenkamp and Broerman (อ้างถึงใน พรทิพา สุภราสี, 2538, หน้า 49) ที่พบว่า เพศที่ต่างกันจะบอกถึงแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ต่างกัน และเพศหญิง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกมากกว่าเพศชาย

1.2 อายุ อายุเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยเสริมให้บุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างทางด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกาย และความรู้สึกรู้จักคิด อายุเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ ซึ่งมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991, pp. 238-241) ซึ่งสอดคล้องกับ จูรีรัตน์ เพชรทอง (2540, หน้า 122) ที่พบว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.3 ระดับการศึกษา ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของบุคคล ช่วงส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ ทำให้มีสติปัญญา สามารถเรียนรู้และทำความเข้าใจกับข้อมูลต่าง ๆ ได้ดี บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งมีข้อจำกัดในการรับรู้ และเรียนรู้ ตลอดจนโอกาสในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองด้วย ดังนั้น บุคคลที่มี

การศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง คิดว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Orem อ้างถึงใน ฉัตรทอง อินทร์นอก, 2540, หน้า 35) ซึ่งสอดคล้องกับ สุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539, หน้า 102) ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.4 อาชีพ อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคล เนื่องจากอาชีพมีผลต่อโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคจากงานที่ทำอยู่ และโอกาสในการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ ซึ่งจะมีผลต่อความเชื่อ ทักษะคติ รวมถึงพฤติกรรมของบุคคล ลักษณะอาชีพที่แตกต่างกัน มีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านอาหารที่แตกต่างกัน (Barrch อ้างถึงใน สิริทิพย์ โคนสันเทียะ, 2541, หน้า 137) ซึ่งสอดคล้องกับ สุทธนิจ หุณหสาร (2539, หน้า 125-126) ที่พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.5 รายได้ เป็นตัวกำหนดสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีของครอบครัว ทำให้ทุกคนสามารถกำหนดคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ตามมาตรฐานของครอบครัว โดยสุทิน อ่อนอุบล (2541, หน้า 70) กล่าวว่า บุคคลที่นับว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี คือ บุคคลที่สามารถดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจของตน ให้มีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม และค่านิยมของสังคม นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2541, หน้า 127) พบว่า หนุ่มสาวที่มีรายได้ดี จะเกื้อหนุนหรือตอบแทนผู้สูงอายุในครอบครัว ด้วยการให้เงินตามรายรับของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีเงินใช้จ่ายและมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ได้

1.6 สถานภาพสมรส คู่สมรสนั้น จัดเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เนื่องจาก คู่สมรส เป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพ ผู้ที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือจากคู่สมรส จะทำให้มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตัวในการดูแลรักษาสุขภาพและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม จากผลการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2543, หน้า 33) ที่พบว่า ผู้ที่มีสถานภาพคู่มีความสัมพันธ์กับความสามารถ

ในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

2. ลักษณะของครอบครัว จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างครอบครัวของสังคมไทย เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกัน กล่าวคือ ขนาดครอบครัวได้ลดลง โดยเฉพาะในเขตชนบท ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียว หรืออยู่กับหลาน และบุตรหลานยังย้ายถิ่นออกไปตั้งถิ่นฐานในถิ่นอื่นอีก เนื่องมาจากเหตุผลต่าง ๆ เช่น เหตุผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงา ขาดผู้ดูแล ส่งผลให้สภาพจิตใจเสื่อมไปด้วย ปัจจัยด้านครอบครัวน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว ขนาดของครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่

2.1 ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว สังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันสำคัญที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ คู่สมรสและบุตร หลานในครอบครัว สามารถเป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจและกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสที่ช่วยตนเองได้น้อยลง เนื่องจากปัญหาสุขภาพ พบว่า คู่สมรสที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว (ประภาพร จินันทุยา, 2536, หน้า 82)

2.2 ขนาดของครอบครัว สังคมไทย เป็นสังคมที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรม ไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ทำให้ลักษณะ โครงสร้างของครอบครัวไทย มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยาย ซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวมากไปเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่า โดยเฉพาะในสังคมชนบทที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อมนี้ นั่นคือ ต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลง ประชาชนวัยแรงงานอพยพย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ ทิ้งให้เด็กและผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความหว้าหว่ ขาดคนเข้าใจ จากผลการศึกษาของ สุทิน อ่อนอุบล (2541, หน้า 127) ศึกษาเรื่อง ความต้องการบริการด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็กจะรู้สึกกว่า ตนเอง ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ว้าหว่ ทำให้ต้องพึ่งพาองค์กรของรัฐในการต้องการรับความ-

ช่วยเหลือด้านต่าง ๆ

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ขนาดของครอบครัว หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ โดยไม่เป็นภาระของผู้สูงอายุ แบ่งขนาดของครอบครัวเป็น 3 ขนาด คือครอบครัวขนาดใหญ่ คือ มีสมาชิกจำนวน 6 คนขึ้นไป ครอบครัวขนาดกลาง คือ มีสมาชิกจำนวน 4-6 คน และครอบครัวขนาดเล็ก คือ มีสมาชิกจำนวน 1-3 คน

2.3 การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหา และมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่แตกต่างออกไปจากประชากรกลุ่มอื่น จึงจำเป็นต้องหาวิธีที่จะต้องให้ความช่วยเหลือ เอาใจใส่ ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนอง ตามสภาพปัญหาและความต้องการเหล่านั้น อันจะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต บุคคลที่จะตอบสนองในสิ่งเหล่านี้ให้ผู้สูงอายุได้ดีที่สุด คือ บุตร หลาน ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวนั่นเอง และการดูแลในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการบริการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ

โดยสมาชิกในครอบครัว จะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในครอบครัวได้รับการเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัว และให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตความเป็นอยู่เท่าเทียมกับบุคคลอื่นในสังคม (สุทิน อ่อนอุบล, 2541, หน้า 72-128) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช และธงชัย ทวีชาติ (2532, หน้า 141) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการให้บุตรหลานมาดูแล เอาใจใส่ในการดำเนินชีวิต

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การดูแลของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุของสมาชิกภายในครอบครัว ได้แก่ การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การทำงาน การเดินทาง และการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย

2.4 สัมพันธภาพในครอบครัว จินตนา ศรีธรรมมา (2539, หน้า 110) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้มากที่สุด แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวมีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้สูงอายุ เป็นแหล่งที่ตอบสนองต่อความต้องการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่

ได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาของ (สุทิน อ่อนอุบล, 2541, หน้า 128) พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับระดับความต้องการบริการด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ หากสมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันแล้ว สมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับบริการสวัสดิการสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นประโยชน์ เป็นความต้องการหรือความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

3. ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของร่างกาย เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายถูกใช้งานมาเป็นเวลายาวนาน ทำให้เกิดความเสื่อมสภาพลง การทำหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย ก็ทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ และมีผลต่อสุขภาพจิตได้ในที่สุด เพราะโดยทั่วไป สุขภาพกายจะมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต บุคคลที่สุขภาพกายดี ก็จะมีสุขภาพจิตดี ปัญหาสุขภาพกายเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย นอกจากบ่งชี้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแล้ว ยังสามารถใช้ประเมินถึง คุณภาพของการดูแลรักษา และการประเมินความต้องการด้านสุขภาพอนามัย รวมทั้งกิจกรรมต่างๆที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ (สุทิน อ่อนอุบล, 2541, หน้า 73) ดังนั้น ปัจจัยทางด้านภาวะสุขภาพน่าจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ ภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิต

3.1 ภาวะสุขภาพกาย เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตน โดยจะขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ บุคลิกภาพ สติปัญญา การเรียนรู้และสภาพทางอารมณ์ของแต่ละบุคคล (สุนันต์ วงศ์กุญชร, 2537, หน้า 28)

สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ Speak, Cowart, and Pellet (อ้างถึงใน สุทิน อ่อนอุบล, 2541, หน้า 35-36) ซึ่งมีแนวคิดในการพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพกายใน 3 ด้าน มาใช้ในการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยมีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (past health) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพกายของบุคคล ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

2) การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกายในปัจจุบัน (present health) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพกายของบุคคลในปัจจุบัน

3) การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกาย กับบุคคลอื่นที่อายุเท่า ๆ กันของบุคคลในสังคม (compared to others your age) เป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกายของบุคคล เมื่อเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่า ๆ กัน

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพกาย หมายถึง สภาพและหน้าที่ของร่างกาย โดยทั่วไปของผู้สูงอายุในปัจจุบัน โดยใช้เกณฑ์วัดจากความรู้สึกร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรค และระบบภายในร่างกาย ความสามารถในการทำงานและกิจวัตรประจำวัน และความรู้สึกต่อสุขภาพกายของตนเอง

3.2 ภาวะสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นสภาพจิตใจของผู้สูงอายุที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจ โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่แสดงออกมาในลักษณะต่าง ๆ ที่เห็นได้ชัดเจน คือ โกรธง่าย หงุดหงิด ฐึ่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาในครอบครัวได้

Kaplan, Freedman, and Sadock (อ้างถึงใน ลำเนาวั เรื่องยศ, 2535, หน้า 24) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ปราศจากโรคจิต และประสาท สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สุชา จันทรเฒ (2536, หน้า 142) กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคล ที่จะปรับตัวให้มีความสุข อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวก สุขสบาย ตลอดจนสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง ท่ามกลางสภาพการณ์ที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปได้อย่างไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ซึ่งสรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตอบสนอง ความต้องการของตนเอง มีสัมพันธภาพ และรักษาสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไว้ได้ ทำให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ปราศจากอาการทางโรคจิต อาการทางประสาท และมีความพึงพอใจในชีวิต



ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง ภาวะทางสุขภาพจิตโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน วัตถุประสงค์การรับรู้สภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุในภาพรวม ได้แก่ ความเข้าใจในตนเอง สภาพการทำงาน และการเผชิญกับปัญหา

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ได้แก่ สถานภาพส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม ส่วนลักษณะของครอบครัว ซึ่งประกอบไปด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้ทราบว่าขนาดของครอบครัวที่ลดลง โดยเฉพาะในเขตชนบท ซึ่งปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง ส่วนลูก ๆ ก็ไปทำงานต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงาและขาดผู้ดูแลเอาใจใส่และภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมสภาพของร่างกาย การทำหน้าที่ของอวัยวะร่างกาย ก็ทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ โดยทั่วไป สุขภาพกายจะมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายดี ก็จะมีสุขภาพจิตดีด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้วิจัยสนใจปัจจัยเหล่านี้ ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยศึกษารายงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำเสนอได้ ดังนี้
จินตนา รอดนำพา (2535) ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (simple random sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่า t test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และทดสอบความแตกต่างระหว่างคู่ โดยวิธีของ Scheffé ผลการวิจัยพบว่า

1. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านการรับประทานอาหาร การนอนหลับและการพักผ่อนหย่อนใจ การออกกำลังกาย การใช้สารเสพติด และการรักษา

สุขภาพจิต โดยเฉลี่ยอยู่ที่ระดับดี

2. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชายกับหญิง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มาลี ภักตรสุพรรณาคาร (2536) ศึกษาเรื่อง การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 50 คน เป็นชาย 28 คน หญิง 22 คน ได้จากการสุ่มแบบอย่างง่าย (simple random sampling) เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลใช้ค่าร้อยละ และหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่า ผู้สูงอายุชายได้รับพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตและโปรตีน เฉลี่ยวันละ 2,070 กิโลแคลอรี 72.93 กรัม 278.96 กรัม และ 75.64 กรัม ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุหญิงได้รับพลังงาน ไขมัน คาร์โบไฮเดรตและโปรตีน เฉลี่ยวันละ 1,877 กิโลแคลอรี 67.68 กรัม 251.59 กรัม และ 66.54 กรัม ตามลำดับ

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 150 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) พบว่า จำนวนปีที่ศึกษารายได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับการบรรลุคุณธรรมของตน และการรับประทานอาหารโดยรวมและรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวก ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพและเพศกับการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางลบ

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ, ระพีวรรณ คำหอม และ สุดสงวน สุธีสร (2540) ศึกษาเรื่อง การเกี่ยวพันทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพศึกษาใน 3 พื้นที่ คือ จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดสระบุรี และจังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 250 ราย พบว่า ลักษณะการเกี่ยวพันทางสังคมที่ผู้สูงอายุต้องการ มี 3 ประเภท ได้แก่ การเกี่ยวพันทางอารมณ์ การเกี่ยวพันทางสังคมและบริการและการเกี่ยวพันด้านข้อมูล

ข่าวสาร ตามลำดับ

กัลยาณี ทองสว่าง (2546) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเคหะชุมชนออเงิน จำนวน 115 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไคสแควร์ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และเพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

บุศยรา นาคลำภา (2546) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในตำบลโตนด อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 300 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบหลายชั้น (multistage random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

2. ผู้สูงอายุที่มีเพศ สถานภาพสมรส และอาชีพ ที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ความเชื่อเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงสถานที่ต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายในครอบครัว และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลภายนอกครอบครัว ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถร่วมกันอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม ได้ร้อยละ 5.30, 21.70, 39.10 และ 30.30 ตามลำดับ ยกเว้น ระดับการศึกษา ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จันทร์ทิพย์ สิ้นธุวงยานนท์ (2547) ศึกษาเรื่อง *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านหม้อ อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี* จำนวน 300 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอย พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา และกิจกรรมทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ส่วนด้านสังคมและวัฒนธรรม ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

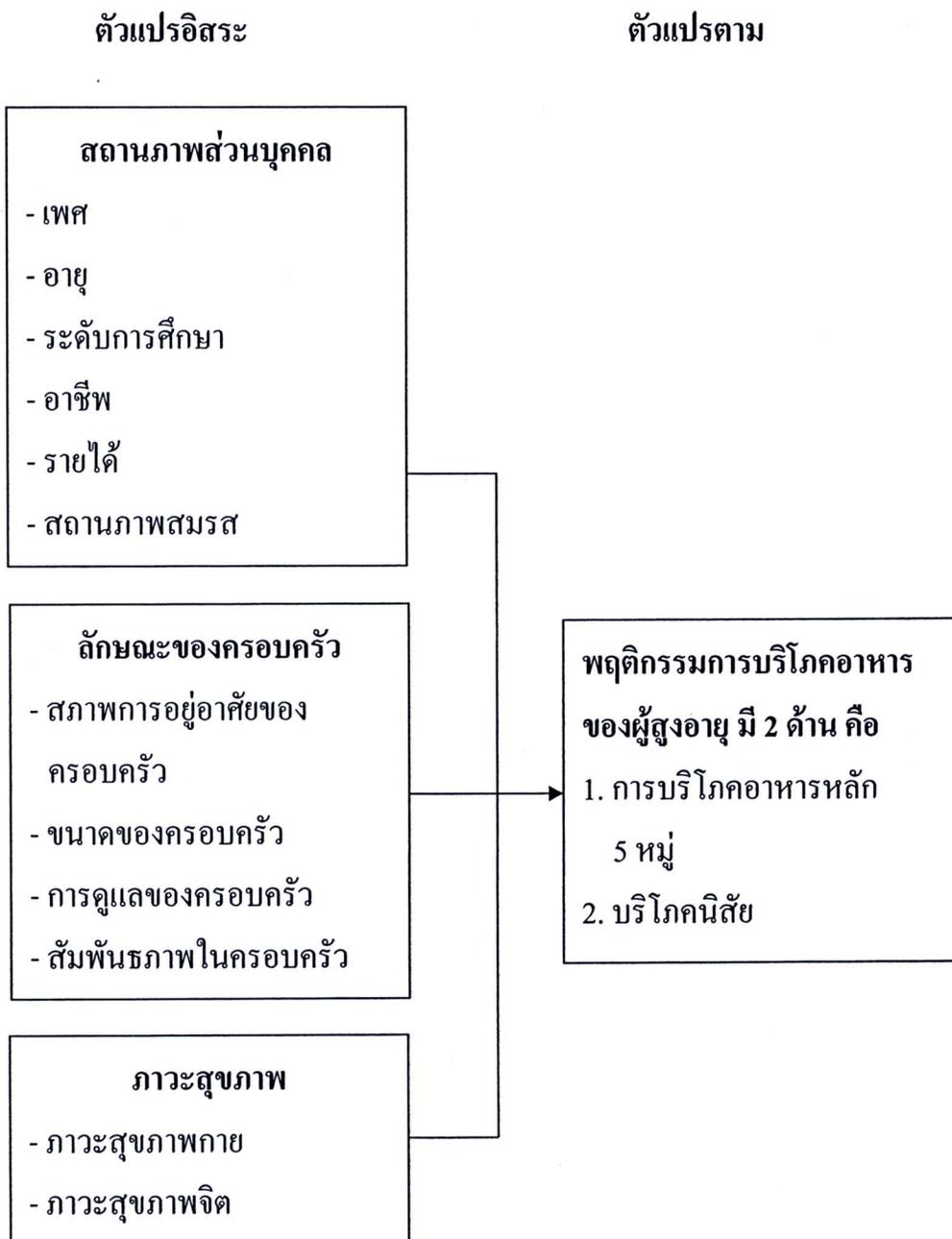
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม และแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม

ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ สามารถร่วมกันอธิบายการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการศึกษา ด้านสังคมและวัฒนธรรม และกิจกรรมทางสังคมโดยรวม ได้ร้อยละ 16.20, 9.40, 27.10 และ 15.50 ตามลำดับ ยกเว้น เพศ การดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว และภาวะสุขภาพกาย ไม่ส่งผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

อมรรัตน์ ศรีโชติ (2548) ศึกษาเรื่อง *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จำนวน 142 คน* เก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Cramer' V และเพียร์สัน โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 พบว่า ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลดำเนินสะดวกอยู่ในระดับที่ดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กรอบแนวความคิดในการวิจัย

จากแนวคิดทฤษฎีและรายงานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยได้สรุปกรอบแนวความคิดในการศึกษาตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวความคิดที่ใช้ในการศึกษา