

บทที่ 1

บทนำ



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มที่กำลังเพิ่มจำนวนสูงขึ้นทั่วโลก ทั้งนี้เนื่องจากความเจริญทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้อัตราตายจากโรคต่าง ๆ ลดลงและประชากรมีอายุยืนขึ้น จากสถิติผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ. 2533 พบว่าผู้สูงอายุมีจำนวน 4.0 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ.2543 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 5.0 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2534) และอายุขัยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นคือในปี พ.ศ. 2533 - 2538 ผู้ชายมีอายุเฉลี่ย 66.48 ปี และผู้หญิงจะมีอายุเฉลี่ย 71.04 ปี สำหรับปี พ.ศ. 2543 - 2548 คาดว่าผู้ชายจะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 68.18 ปี และผู้หญิงจะมีอายุเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 72.39 ปี (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537) สำหรับกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย จำนวนผู้สูงอายุก็สูงขึ้นเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2533 ผู้สูงอายุมีจำนวน 346,000 คน ซึ่งคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 กรุงเทพมหานครจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึง 587,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 - 7 ได้มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนโดยตรงก็ได้ยึดหลักนโยบายนี้ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีก้าวหน้า และในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ยังคงมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนป่วยด้วยโรคอันเนื่องมาจากพฤติกรรมลดลง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุได้ให้ความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขยังเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโภชนาการที่ถูกต้องและเหมาะสม

การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอายุยืนขึ้น แต่สุขภาพไม่แข็งแรง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข นภาพร ชัยวรรณ และ มาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532: 7- 8) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพร้อยละ 41 ซึ่งผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพและเป็นโรคหลายโรคพร้อมๆ กัน(ประนอม โอทกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537 : 38)

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของอวัยวะระบบไปในทางที่เสื่อมลงตามทฤษฎีความสูงอายุทางชีวภาพ แม้ว่าเราไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ลงได้แต่เราสามารถชะลอความเสื่อมให้ช้าออกไปได้ โดยการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ และสมส่วน (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532:12) เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ รับประทานผัก ผลไม้ และอาหารที่มีกากใย (Robinson, 1994) เกษม และ กุลยา ดันติผลาชีวะ(2528: 32-33) กล่าวถึง พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุว่า ต้องกินเป็น หมายถึงการกินอาหารได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย ไม่มากหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันสูง งดเว้นการดื่ม ชา กาแฟ ซึ่งสอดคล้องกับ แจก ธนะศิริ(2536:121) ได้แนะนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อชะลอความชราและปราศจากโรคในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคคือ การรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ให้ครบทุกหมู่ บริโภคอาหารอย่างครบถ้วนและเพียงพอ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีอายุยืนยาวอย่างสมบูรณ์แข็งแรงนั้น อาหารการกินนับว่ามีส่วนสำคัญอย่างมาก(บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531: 28)

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะระบบไปในทางเสื่อมลง สำหรับในระบบทางเดินอาหารก็เช่นกัน นับตั้งแต่การสูญเสียฟัน ความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง การหลั่งของน้ำลายและน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลง ลำไส้และกระเพาะอาหารเคลื่อนไหวช้าลง (Eliopoulos, 1993: 81; Hcgstel, 1994: 62; Miller, 1995: 197) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการรับประทานอาหารคือ เมื่อสูญเสียฟันจึงจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทดแทนฟันแท้ที่หมดสภาพไป แต่ปัญหาที่พบคือการใส่ฟันปลอมไม่พอดี ทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก อาจมีอาการเจ็บ ทำให้ความอยากอาหารลดลง แม้แต่ฟันปลอมที่พอดีก็มีข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหารบางชนิด เช่น ผักสด เนื้อสัตว์(จุลี เลาะห์วีระพานิช, 2539) ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานเนื้อสัตว์น้อย(วลัย อินทร์มพรรย์, 2530: 102) และชอบรับประทานอาหารอ่อนที่เคี้ยวง่าย จากการศึกษาของดวงฉัตร มีพงษ์(2536) พบว่าผู้สูงอายุจะชอบอาหารที่เคี้ยวจนเปื่อย และการศึกษาของอมรรัตน์ เจริญชัย และคณะ(2529) พบว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครรับประทานแป้งและข้าวเป็นลำดับหนึ่ง ซึ่งถ้ารับประทานคาร์โบไฮเดรตมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายอาจทำให้เกิดโรคอ้วน และโรคเบาหวานตามมา สำหรับการเสื่อมของการรับรสและกลิ่นทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความอยากอาหาร ซึ่ง Peggy (1996) ได้ทำการทดสอบการรับกลิ่นในผู้สูงอายุ พบว่าเพศหญิงมีการสูญเสียการรับรสและกลิ่นมากกว่าเพศชาย และการรับรสจะดีขึ้นเมื่อรับประทานอาหารที่มีรสหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ เจริญชัย และคณะ(2529) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศ

หญิงชอบอาหารรสหวานมากที่สุด และ Peggy ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรสและกลิ่นเสียไปนี้จะมีการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง นอกจากนี้ น้ำลายและน้ำย่อยรวมทั้งกรดเกลือก็ลดลงด้วย เมื่อกรดเกลือลดลงการดูดซึมของแคลเซียมและเหล็กจึงลดลง ผู้สูงอายุจึงมักเกิดภาวะกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่ายขึ้น ซึ่งภาวะซีดและโลหิตจางจะเกิดขึ้นเสมอในผู้สูงอายุ (ประนอม โอทกานนท์ และคณะ, 2537: 129)

วลัย อินทร์มรรย (2536, 605) และวลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์ (2537, 227) กล่าวว่าคนเรามีความต้องการอาหารต่างกันตามเพศ วัย และสภาวะของร่างกาย เช่น อายุที่ต่างกันจะทำให้ความต้องการสารอาหารในปริมาณที่ต่างกัน ผู้ชายจะมีความต้องการพลังงานจากอาหารมากกว่าผู้หญิงในวัยเดียวกัน จากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร และการศึกษาของวรรณารุ่งวงษ์ (2539) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านการศึกษาก็มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุด้วย (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2537: 227; Roe, 1987: 88; Harman, 1979 cited in Robinson, 1994: 177) การศึกษามีผลต่อการเลือกรับประทานอาหาร ผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะรับประทานอาหารตามความเคยชินที่เคยปฏิบัติมาเป็นประจำ ความเข้าใจในสิ่งแวดลอมต่างๆก็มีขอบเขตจำกัดและให้ความสำคัญกับสุขภาพน้อย จากการศึกษาของ Speake Cowart และ Pellet (1989) ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และวรรณวิมลเบญจกุล (2535) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

**ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัว** มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ Abdussaslam (1989: 45) กล่าวว่า ผู้มีฐานะเศรษฐกิจดีจะรับประทานอาหารประเภทโปรตีนและไขมันสูง นิยมอาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูป ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อโรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับ วิชัย ตันไพจิตร (2531: 1-5; 2538: 105-111) กล่าวว่าคนไทยในเมืองที่มีฐานะความเป็นอยู่ดีแต่ขาดการเอาใจใส่ต่อการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการย่อมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้สูงอายุเมื่ออายุครบ 60 ปีต้องออกจากงานทำให้มีรายได้ลดลงจึงประหยัดด้วยการซื้ออาหารประเภทเนื้อสัตว์ลดลงและซื้ออาหารประเภทแป้งมากขึ้น (Harman 1979: cited in Robinson, 1994: 177) ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอ

Bloom (1975, 65-197 อ้างถึงในวิมล คำสวัสดิ์, 2537: 37-38) กล่าวว่าพฤติกรรมด้านการปฏิบัติต้องอาศัยความรู้เป็นส่วนประกอบ เพราะความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับการจำได้หรือระลึกได้ ขึ้นต่อไปจึงจะเกิดความเข้าใจและนำไปใช้ การขาดความรู้ทำให้การบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วนของประชาชนสูงขึ้น เช่น การบริโภคอาหารที่มีเส้นใยน้อย พิษภัยจากสารปนเปื้อน สารเคมีบางอย่าง และการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมืองใหญ่เช่นกรุงเทพมหานครปัญหาการเกิดภาวะโภชนาการเกินเนื่องจากพฤติกรรมการกินไม่ได้สัดส่วนได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น (ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ, 2536: 32) จากการศึกษาของ สมนา ชมพูทวีป, ปิยะลัมพร พุ่มสุวรรณ และ ศรีจิตรา บุนนาค (2534) พบว่าผู้สูงอายุจากคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีไขมันในเลือดสูงมากที่สุด มลลิต ชูเนตร (2538) ศึกษาพบว่าความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kupha และ Mitchell (1992) ที่พบว่าความรู้ด้านโภชนาการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้เพราะทุกคนปรารถนาที่จะมีสุขภาพดี การได้ทราบว่าสิ่งใดจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรงคนส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติตาม

นอกจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย ฐานะเศรษฐกิจ การศึกษา และความรู้ของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแล้ว ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอีกด้วย Roe (1987: 89) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้มักต้องรับประทานอาหารสำเร็จรูปเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ความจำกัดทางด้านร่างกายในการไปซื้ออาหารและการประกอบอาหารเองทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ จากสภาพที่อยู่อาศัยที่เป็นแฟลตหรืออาคารสูง ผู้สูงอายุขึ้นลงลำบากก็เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเลือกซื้ออาหารรับประทานด้วย จากการศึกษาของมนต์ภรณ์ วงษ์หนองหว้า (2537) พบว่าการปฏิบัติด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมลลิต ชูเนตร (2538) ที่พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

Duffy (1993: 95) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินสุขภาพและความผาสุกด้วยตนเอง หรือหมายถึงความคิดของบุคคลที่สะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของเขา (Speake, Cowart and Pellet, 1989: 95) การที่บุคคลจะประเมินสุขภาพของตนอย่างไรนั้น ขึ้น

อยู่กับความคิดและความรู้สึกของแต่ละบุคคล แต่ในความรู้สึกของคนทั่วไปการมีสุขภาพดีหมายถึงจะต้องมีสุขภาพแข็งแรงและปราศจากโรค จากการศึกษาของ Speake, Cowart และ Pellet (1989) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับดีจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซวีญไจตันตีวัตมนเสถียร (2534) ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) มนต์ภรณ์ วงษ์หนองหว้า (2537) และวันดี แย้มจันทร์อา (2538) ที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว นอกจากจะทำให้สภาพแวดล้อมเสื่อมโทรมลงอันมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของคนแล้ว ยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีการดำเนินชีวิต ค่านิยม และพฤติกรรมการบริโภค จากการศึกษาของ สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ (2537) พบว่ากลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้นับถือทำงานในย่านสีลม มีแนวโน้มรับประทานอาหารประเภทแป้งน้อยลง และรับประทานโปรตีนจากสัตว์และไขมันมากขึ้น ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อการกินเนื่องจากมีความสะดวกในการซื้อ ประหยัดเวลา รสชาติ ตลอดจนการโฆษณา สำหรับแขวงรองเมืองซึ่งเป็นเขตใจกลางเมืองของกรุงเทพมหานคร จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานเมื่อ 20 มีนาคม - 15 เมษายน 2539 พบว่าครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่มี 424 ครัวเรือน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 570 ราย ลักษณะของชุมชนนี้มีความเป็นชุมชนเขตเมืองอย่างชัดเจน คือ มีทั้งบ้านเรือนที่อยู่กันแออัดเป็นสลัม มีบ้านเป็นหลัง เป็นตึกแถวและอาคารสูงหลายสิบชั้น โดยแขวงรองเมืองมีพื้นที่เพียง 1.3 ตารางกิโลเมตร แต่มีประชาชนอาศัยถึง 51,018 คน และมีความหนาแน่นของประชากร 39,245 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2533: 50) ซึ่งแขวงรองเมืองมีประชากรหนาแน่นมากที่สุดในเขตปทุมวัน สำหรับแหล่งของอาหารมีมากมายตั้งแต่ตลาดสด ร้านค้า หาบเร่ และแผงลอยที่ขายอาหารสดและอาหารสำเร็จรูปซึ่งสามารถซื้อหาได้สะดวก และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนนี้มีความแตกต่างกัน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และภาวะสุขภาพ

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรทางสาธารณสุขและเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุจึงสนใจศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตเมือง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางไปสู่การวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรคอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ตลอดจนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและ คุณภาพชีวิตที่ดี และยังเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอีกด้วย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ในเรื่องต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
2. ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

### ขอบเขตการวิจัย

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 570 คน  
กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ จำนวน 144 คน
2. มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และพักอาศัยอยู่ในแขวงรองเมือง
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และไม่มีภาวะสับสน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์

## ตัวแปรที่ศึกษา

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. ความรู้ด้านโภชนาการ
3. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
4. การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย
5. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่
  - 5.1 เพศ
  - 5.2 อายุ
  - 5.3 ระดับการศึกษา
  - 5.4 รายได้ของครอบครัว

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ปัจจัยส่วนบุคคล** หมายถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว

1. อายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
  - 1.1 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี
  - 1.2 อายุระหว่าง 70 - 79 ปี
  - 1.3 อายุ 80 ปีขึ้นไป
2. ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ
  - 2.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ
  - 2.2 ระดับประถมศึกษา
  - 2.3 ระดับมัธยมศึกษา
  - 2.4 สูงกว่ามัธยมศึกษา
  - 2.5 อื่นๆ
3. รายได้ของครอบครัว แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
  - 3.1 ไม่พอใช้
  - 3.2 พอใช้
  - 3.3 เหลือเก็บ

**พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร** หมายถึง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมอาหารทุกประเภท ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน ผัก ผลไม้และน้ำดื่ม รวมทั้งการกระทำที่เป็นกิจนิสัยซึ่งผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและเป็นปกติในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

**ความรู้ด้านโภชนาการ** หมายถึง ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหารหลัก 5 หมู่ ที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน รวมทั้งปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง วัดได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักอาหาร 5 หมู่ ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2538)

**ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน** หมายถึง ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การลุกจากที่นอน การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การแต่งตัวและการอาบน้ำ วัดได้จากแบบประเมินกิจวัตรประจำวันที่ปรับปรุงมาจากการศึกษาของ ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2537)

**การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย** หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพร่างกายของตนเองในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงเวลาปัจจุบันขณะเก็บข้อมูล ซึ่งสามารถประเมินได้โดยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Speake Cowart และ Pellet (1989) และการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบการรับความรู้สึก ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท และระบบทางเดินปัสสาวะ



### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอย่างถูกต้อง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย