

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานครมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุแขวงรองเมืองจำนวน 144 คน สุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์มี 5 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล มี 4 ข้อ

ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการ มี 20 ข้อ

ชุดที่ 3 เป็นแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใช้มาตราส่วน ประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ มี 6 ข้อ

ชุดที่ 4 เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มี 15 ข้อ

ชุดที่ 5 เป็นแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มี 20 ข้อ

รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 65 ข้อ แบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการคำนวณหาความเที่ยงโดยใช้สูตรของคูเดออร์-ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเที่ยง 0.91 คำนวณหาความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้

ค่าความเที่ยง 0.80 0.70 และ 0.46 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS<sup>X</sup> ดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุโดยใช้ไคสแควร์
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

### สรุปผลการวิจัย

#### 1. ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ

1.1 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 144 คน เป็นเพศหญิง 84 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 เพศชาย 60 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.4 ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 45.8 จบการศึกษาระดับประถมร้อยละ 33.3 ผู้สูงอายุประเมินรายได้ของครอบครัวว่าพอใช้ร้อยละ 49.3 เหลือเก็บร้อยละ 38.9 และไม่พอใช้ร้อยละ 11.8

1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 62.5 รับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่วนผู้ที่ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้ในปริมาณที่กำหนด (2 ช้อนโต๊ะ/มือ) คิดเป็นร้อยละ 15.3 ผู้สูงอายุรับประทานอาหารโปรตีนจากเนื้อปลาเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 53.5 ผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานอาหารเนื้อปลาเลยมีเพียงร้อยละ 2.1 และพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานอาหารทะเลเลยคิดเป็นร้อยละ 11.1 สำหรับการดื่มนม ผู้สูงอายุที่ดื่มนมวันละ 1 แก้ว 4-7 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 34 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มนมเลยคิดเป็นร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศชายคิดเป็นร้อยละ 38.3

การรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต พบว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 57.6 รับประทานอาหารจำพวกแป้งและข้าวได้เพียงพอ โดยปฏิบัติ 4-7 วัน/สัปดาห์ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับประทานอาหารจำพวกแป้งและข้าวได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 22.2 สำหรับการรับประทานขนมหวาน ผู้สูงอายุที่รับประทานขนมหวานเป็นประจำ 4-7 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 28.5 ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานขนมหวานเลยคิดเป็นร้อยละ 20.8 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 63.2 ไม่เติมน้ำตาลลงในอาหาร

การรับประทานผัก พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 72.9 รับประทานผัก 4-7 วัน/สัปดาห์ ผู้สูงอายุที่รับประทานผลไม้ 4-7 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 55.6 มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 4.9 ที่ไม่รับประทานผลไม้เลย

การรับประทานอาหารประเภทไขมัน พบว่าผู้สูงอายุเกินกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 64.6 รับประทานน้ำมันพืช 4-7 วัน/สัปดาห์ ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน 4-7 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุรับประทานไขมันสัตว์ 4-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 3.5 และผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีกะทิ 4-7 วัน/สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 4.9

ผู้สูงอายุดื่มกาแฟ 6-8 แก้ว 4-7 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 61.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.7 ซึ่งผู้สูงอายุเพศชายดื่มกาแฟ 4-7 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 78.3 มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าหลักวันละ 3 มื้อ และรับประทานอาหารตรงเวลา คิดเป็นร้อยละ 77.1 และร้อยละ 59.7 ตามลำดับ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ 4-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 50.7 ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ 1-3 วัน/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 28.5 ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่เลย คิดเป็นร้อยละ 5.6

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนเพศ อายุ และรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนเพศ อายุ และรายได้ของ

ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ พบว่าเพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.5 ความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.6 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.7 การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร รับประทานอาหารประเภทโปรตีนได้เพียงพอร้อยละ 62.5 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับประทานโปรตีนได้ในปริมาณที่ RDA กำหนดเลย ร้อยละ 15.3 ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาจได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ หรือได้รับโปรตีนในปริมาณมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ และคณะ (2534) พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุในเขตเมืองที่เป็นตัวอย่างรับประทานอาหารไม่พอดีกับที่ร่างกายต้องการ ส่วนใหญ่จะรับประทานได้น้อยกว่าที่ต้องการ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะทุกระบบไปในทางเสื่อมลง เช่น การสูญเสียฟัน (วลัย อินทรมพรรย์, 2530 : 100, 2536 : 690; Gwendolyn, 1994 : 124; Miller, 1995 : 197) ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเคี้ยวอาหารบางชนิด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานเนื้อสัตว์น้อย และชอบรับประทานอาหารอ่อนที่เคี้ยวง่าย จากการศึกษาของดวงฉัตร มีพงษ์ (2536) พบว่าผู้สูงอายุจะชอบอาหารที่เคี้ยวจนเปื่อย โปรตีนที่ผู้สูงอายุแขวงรองเมืองรับประทานเป็นประจำคือโปรตีนจาก

เนือปลา โดยผู้สูงอายุร้อยละ 53.5 รับประทานเนือปลา 4-7 วัน/สัปดาห์ รองลงมาคือ รับประทาน 1-3 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 38.1 นับว่าผู้สูงอายุรับประทานโปรตีนที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพราะเนือปลาเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย และเคี้ยวง่าย

ผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับประทานไข่ วันละ 1 ฟอง ร้อยละ 11.8 ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่ตอบว่าไม่รับประทานไข่เพราะทราบว่าไข่มีโคเลสเตอรอลสูง ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง สามารถรับประทานไข่ได้วันละ 1 ฟอง เพราะไข่เป็นโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (วินัส ตันติบูล, 2536 : 424 ; วลัย อินทรมพรรย์ 2536 : 698) ถ้าผู้สูงอายุมีไขมันในเลือดสูง อาจแนะนำให้รับประทานเฉพาะไข่ขาวได้ ผู้สูงอายุที่ตีมนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 34 ผู้สูงอายุที่ไม่เคยตีมนมเลย ร้อยละ 29.2 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 38.3 ผู้สูงอายุบางคนไม่ตีมนม เพราะคิดว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็กเท่านั้น (วดีนา จันทร์ศิริ, 2532 : 114) ซึ่งควรมีการให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานไข่ และการตีมนม เพื่อให้ผู้สูงอายุนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองให้ได้ รับประทานอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกาย

2. ผู้สูงอายุที่ไม่เคยรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตได้ตามที่กรมอนามัยกำหนด ร้อยละ 20.8 จากการศึกษาของ สุวิมล ตันตศุภศิริ (2529) พบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ได้พลังงานจากอาหารที่บริโภคน้อยกว่าพลังงานที่คนไทยควรได้รับ ซึ่งผู้สูงอายุมีการลดลงของน้ำลายและน้ำย่อยต่าง ๆ (วลัย อินทรมพรรย์, 2536 : 690 ; Hogstel, 1994 : 62 ; Miller, 1995 : 197) ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้ง ขาดความชื้นและไม่มีเมือกหล่อลื่นอาหาร ทำให้การกลืนอาหารลำบาก นอกจากนี้การรับรสและกลิ่นเสื่อมลง (วลัย อินทรมพรรย์, 2536 : 690 ; Gwendolyn, 1994 : 124 ; Miller, 1994 : 197) ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร สำหรับการรับประทานขนมหวาน ผู้สูงอายุที่รับประทานขนมหวานเป็นประจำ 4-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 28.5 ผู้สูงอายุที่เติมน้ำตาลลงในอาหารเป็นประจำ ร้อยละ 11.8 การที่ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน เนื่องจากการรับรสของลิ้นเสียไป (Ebersole & Hess, 1990 : 69) ต่อมรับรสมีจำนวนลดลง (Mummah & Smith, 1981 : 23 อ้างถึงในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536: 69) ผู้สูงอายุจะสูญเสียการรับรส ทำให้รับประทานอาหารรสจัดขึ้น และการรับรสจะดีขึ้นเมื่อรับประทานอาหารที่มีรสหวาน จากการศึกษาของอมรรัตน์ เจริญชัยและคณะ (2529) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครชอบอาหารที่มีรสหวาน

3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานผัก และผลไม้เป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 72.9 และ 55.6 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานผลไม้เลยร้อยละ 4.9 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องฟันทำให้เคี้ยวลำบาก ประกอบกับกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวมีแรงน้อยลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538 : 155) ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบรับประทานผลไม้

4. การรับประทานไขมัน มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 64.5 รับประทานน้ำมันพืชเป็นประจำ มีผู้สูงอายุส่วนน้อยเพียงร้อยละ 8.3 ที่ไม่เคยรับประทานน้ำมันพืชเลย (รับประทานน้ำมันหมูเป็นประจำ) ซึ่งผู้สูงอายุควรรับประทานไขมันจากสัตว์ให้น้อยที่สุด ควรใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันข้าวโพด (ประไพศรีศิริจักรวาล และ ประภาศรี ภูวเสถียร 2533 : 301) ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารทอด 4-7 วัน/สัปดาห์ ร้อยละ 13.9 ผู้สูงอายุควรรับประทานน้ำมันประมาณ 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน (จินทนา เชื้อนาค, 2538 : 98) การได้รับไขมันมากจะทำให้อ้วนและเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้สูงอายุในแขวงรองเมืองไม่รับประทานอาหารที่มีกะทิร้อยละ 33.3 นับว่าเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เพราะไขมันจากมะพร้าวแม้ว่าจะเป็นไขมันจากพืชแต่ก็เป็นไขมันชนิดอิ่มตัวซึ่งไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ

5. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 61.8 ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วเป็นประจำ น้ำจะช่วยในระบบย่อยอาหารและช่วยให้ไตขับถ่ายของเสียได้ดี ผู้สูงอายุจึงควรได้รับน้ำวันละ 6-8 แก้ว (กองโภชนาการ กรมอนามัย 2538 : 14) ผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้วร้อยละ 18.8 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมักไม่ค่อยกระหายน้ำ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538:179) และมีปัญหาในการกลืนปัสสาวะ ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงจึงทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่มากภายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นทำให้ปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้ง ในเพศหญิงกล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลืนปัสสาวะไม่ได้ ผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเกินกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 61.8 ดื่มน้ำชา กาแฟเป็นประจำ 4-7 วัน/สัปดาห์ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534) ซึ่งศึกษาผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการงดเว้นการดื่มน้ำชา กาแฟ ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุในแขวงรองเมืองเป็นชาวไทยเชื้อสายจีน จึงมีการดื่มน้ำชากันมาก ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่สืบทอดต่อกันมา

6. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 77.1 รับประทานอาหารเช้าหลักวันละ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวันดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) และ มาลี ภัทรสุพรรณาคาร (2536)

มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 58.3 รับประทานอาหารเช้า เคี้ยวง่าย รสไม่จัด สอดคล้องกับการศึกษาของดวงฉัตร มีพงษ์ (2536) พบว่าผู้สูงอายุชอบอาหารที่เคี้ยวจนเปื่อย ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟัน ทำให้มีปัญหาในการเคี้ยวอาหาร ประกอบกับผู้สูงอายุในแขวงรองเมืองรับประทานอาหารเช้าที่ปรุงแบบอาหารจีน รสชาติอาหารส่วนใหญ่จึงเป็นอาหารรสไม่จัด

7. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งรายได้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ถ้ามีฐานะเศรษฐกิจไม่ดี จะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะซื้ออาหารตามความต้องการได้มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ภาวะเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการกิน ไม่สามารถกินได้ตามความเหมาะสมทั้งปริมาณและคุณค่าอาหารที่ควรได้รับ ทั้งนี้เพราะความจำกัดทางเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีวิตประจำวัน จึงไม่สามารถจัดหาอาหารตามที่ร่างกายต้องการได้ (เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528 : 35) เมื่อมีรายได้ของครอบครัวที่ต่ำจึงจำเป็นต้องประหยัดด้วยการซื้ออาหารประเภทเนื้อสัตว์น้อยลงเพราะเนื้อสัตว์มีราคาแพง และรับประทานอาหารเช้าประเภทแป้งและข้าวเพิ่มขึ้น ส่วนครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวสูงการรับประทานอาหารเช้าประเภทเนื้อสัตว์ก็สูงขึ้นด้วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และวรรณา รุ่งวณิชชา (2539) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของวันดี แย้มจันทร์ฉาย (2538) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

ส่วนเพศ อายุ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Speak, Cowart และ Pellet (1989) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ดวงฉัตร มีพงษ์ (2536) พบว่า เพศและอายุไม่มีอิทธิพลต่อการยอมรับอาหารของผู้สูงอายุ วรรณวิมล เบญจกุล (2535) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิต และขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งขัดแย้งกับดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าอายุมี

ความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร และวรรณา รุ่งวงนิชชา (2539) พบว่าเพศและการศึกษามีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

สำหรับระดับการศึกษาที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุนั้นอาจเนื่องจากความสนใจใฝ่หาความรู้ของแต่ละบุคคล และปัจจุบันการได้รับความรู้ด้านโภชนาการมีกว้างขวาง แหล่งความรู้อาจได้จากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หนังสือพิมพ์ โฆษณา หรือบุคคลใกล้ชิด ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าถ้าไม่ให้ความสนใจในการดูแลส่งเสริมสุขภาพก็อาจมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามความเคยชิน และความชอบของตน ส่วนผู้ที่มีการศึกษาดำกว่าถ้ามีความสนใจในการดูแลสุขภาพ ก็ชวนชวนหาความรู้และปฏิบัติตามเพื่อให้ตนมีสุขภาพแข็งแรงและปราศจากโรคอันเนื่องมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Speak, Cowart และ Pellet (1989) ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และวรรณวิมล เบญจกุล (2535) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

8. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ( $r = .217$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ดันตวิวัฒน์เสถียร (2534) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นริศรา ลีลามานิตย์ (2535) พบว่าความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กัน สุเนตรา นิมานันท์ (2537) พบว่าความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มลลณี ชูเนตร (2538) พบว่าความรู้ด้านโภชนาการสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และKupha และ Mitchell (1992) พบว่าความรู้ด้านโภชนาการช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของวิมล คำสวัสดิ์ (2537) พบว่าความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่ง Bloom (1975: 65-197 อ้างถึงในวิมล คำสวัสดิ์, 2537: 37-38) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติว่าต้องอาศัยความรู้เป็นส่วนประกอบ เพราะความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ หรือระลึกได้ ขั้นต่อไปจึงจะเกิดความเข้าใจและนำเอาไปใช้ ผู้สูงอายุก็เช่นกันการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องความรู้ด้านโภชนาการที่จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงและป้องกันโรค หรือแพทย์แนะนำการรับประทานอาหารบางชนิดซึ่งอาจก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะจำและนำไปปฏิบัติตาม ทั้งนี้เป็นผลเนื่องจากการได้รับความรู้



9. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ มนต์ภรณ์ วงษ์หนองหว้า (2537) ที่พบว่าการปฏิบัติด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และมลลณี ชูเนตร (2538) พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ในระดับดีทั้งหมด การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารจึงไม่มีความแตกต่างกัน

10. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร (2534; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; มนต์ภรณ์ วงษ์หนองหว้า, 2537; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหารได้ดี ไม่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องทนทุกข์ทรมาน แม้ว่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียฟัน แต่เมื่อได้ใช้ฟันปลอมช่วยในการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็สามารถรับประทานอาหารได้ดีโดยไม่รู้สึกรำคาญฟันปลอมเป็นอุปสรรคแต่อย่างใด

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. จากผลการวิจัยพบว่ารายได้ของครอบครัวและความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จึงควรวางแผนในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับฐานะเศรษฐกิจ และสภาพร่างกาย
2. เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้รับการศึกษาในระดับต่ำ การให้ความรู้ควรมีวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย
3. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ตีมนม และรับประทานไข่ โดยให้ผู้สูงอายุมีความเข้าใจถึงปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง

4. สถานบริการทางสาธารณสุขควรมีแผนพับ หรือเอกสารเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการและการดูแลตนเองด้านโภชนาการเผยแพร่ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อไปว่า การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้หรือไม่
2. ควรมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เคยปฏิบัติเป็นประจำกับโรคที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในชุมชน
3. การถามผู้สูงอายุในเรื่องของความรู้ไม่ควรใช้ศัพท์ที่เป็นวิชาการ เพราะจะทำให้คะแนนที่ได้ออกมาต่ำ
4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชนอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละชุมชนมีความแตกต่างกัน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องศึกษาเฉพาะชุมชนเพื่อทราบปัญหาและทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย