

แบบรายการประกอบคำขอประเมินผลงาน
ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8

ของ

นายวิรุท นนสุรัตน์

ตำแหน่ง นักโภชนาการ ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งเลขที่ 1323

กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

กรมอนามัย

เพื่อ แต่งตั้งให้ดำรง

ตำแหน่งนักโภชนาการ ระดับชำนาญการพิเศษ

ตำแหน่งเลขที่ 1323 กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

กรมอนามัย

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม - พฤศจิกายน 2561
3. สัดส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ 100%
4. ผู้ร่วมจัดทำผลงาน -
5. บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Analysis) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) ศึกษาสถานภาพส่วนบุคคล ลักษณะของครอบครัว และภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 2) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 3) ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 และ 4) เปรียบเทียบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยนำด้านความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และรายได้ของครัวเรือน ปัจจัยเสริมด้านครอบครัว ด้านเพื่อน และการรับรู้สื่อโฆษณา ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 480 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Analysis) หาค่าความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Pearson Product Moment Correlation

ผลการวิจัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.5) อายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี (ร้อยละ 63.3) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 62.1) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 89.8) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.1) รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 66.3) ด้านปัจจัยนำ มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารมากที่สุด คือ การกินผัก ผลไม้เป็นประจำทุกวันทำให้ได้รับวิตามินและใยอาหาร (ร้อยละ 70.0) และมีความรู้ที่น้อยที่สุดคือ การกินอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันทอดซ้ำ อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ (ร้อยละ 43.5) มีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมากที่สุดคือ อาหารเข้าเป็นอาหารมื้อสำคัญต่อร่างกายมากที่สุด (ร้อยละ 69.8) ส่วนความเชื่อที่น้อยที่สุดคือ การซื้ออาหารนอกบ้านมีความเสี่ยงที่จะได้รับอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ (ร้อยละ 30.4) ด้านปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งอาหารได้สะดวกมากที่สุด คือ สามารถหาซื้ออาหารสดได้ง่าย (ร้อยละ 83.5) และการเข้าถึงแหล่งอาหารได้สะดวกน้อยที่สุด คือ การใช้บริการร้านอาหารนอกบ้าน (ร้อยละ 27.1) ด้านปัจจัยเสริม พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ เพื่อนไม่ชวนรับประทานอาหารดิบ อาหารแปลก ๆ (\bar{X} = 2.82, S.D. = 0.48) ส่วนข้อที่มี

ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ครอบครัวยุโรปไม่ปรุงอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด ($\bar{X} = 1.51, S.D. = 0.71$) พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า โดยรวมปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X} = 2.09, S.D. = 0.20$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ปฏิบัติเป็นประจำ 10 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ดังนี้ กินปลา ($\bar{X} = 2.88, S.D. = 0.33$) รองลงมา กินผัก ($\bar{X} = 2.87, S.D. = 0.34$) และล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร ($\bar{X} = 2.86, S.D. = 0.38$) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ กินนม ($\bar{X} = 2.21, S.D. = 0.65$) และ กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ($\bar{X} = 1.95, S.D. = 0.67$) ไม่เคยปฏิบัติ 8 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ดังนี้ กินอาหารที่ไม่มีไขมันและน้ำมัน ($\bar{X} = 1.63, S.D. = 0.64$) รองลงมา ไม่กินอาหารประเภททอดและผัด ($\bar{X} = 1.56, S.D. = 0.59$) และ ไม่กินอาหารประเภทที่มีรสหวาน ($\bar{X} = 1.52, S.D. = 0.60$)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ สถานภาพสมรส และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุนจากเพื่อน ครอบครัว สื่อโฆษณา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่เพศ อายุ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ดังนั้นเขตสุขภาพที่ 8 จึงควรกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญเพื่อพัฒนาปรับปรุงความรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ในรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อการสร้างความรู้ความตระหนักให้กับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัว และผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโภชนาการในชมรมผู้สูงอายุ และพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุต่อไป

6. บทนำ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งสหประชาชาติระบุว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging Society และจะเป็น "สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ" (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 โดยตัวเลขของประเทศไทย คาดการณ์ว่าในปี 2564 ไทยจะเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เกินร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด สถานการณ์นี้เป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและการพัฒนาประเทศ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและการแพทย์ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว นโยบายการวางแผนครอบครัวหรือการควบคุมการมีบุตร ทำให้เกิดการลดภาวะเจริญพันธ์อย่างรวดเร็ว และการลดลงอย่างต่อเนื่องของระดับการตายของประชากร ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (จิราภรณ์ การะเกตุ, 2562, ออนไลน์)

จากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2558 จำนวนประชากรในประเทศไทยอยู่ที่ 65,203,979 คน เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป 10,569,021 คน หรือ คิดเป็นร้อยละ 16.2 ของประชากรทั้งหมด แปลว่า ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว และคาดการณ์ว่าในปี 2564 ไทยจะเข้าสู่สังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์ โดยมีผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี เกินร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมด การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตามนิยามของสหประชาชาติ สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 ของประชากรรวม จนปัจจุบันปี 2561 เป็นร้อยละ 17.96 โดยเป็นผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.11 และในปี พ.ศ. 2568 หรืออีก 10 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 (14.4 ล้านคน) (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2557, น. 57)

เขตสุขภาพที่ 8 อุดรธานี รับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพประชาชน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดสกลนคร จังหวัดอุดรธานี จังหวัดนครพนม จังหวัดบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู และจังหวัดเลย มีประชากรทั้งสิ้น 5,500,000 คน มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 693,055 คน คิดเป็นร้อยละ 12.49 ของประชากรทั้งหมด ในจำนวนประชากรผู้สูงอายุดังกล่าว มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ 3.01) ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ จำนวน 529 ตำบล (ร้อยละ 82.14) (กรมอนามัย, 256, น. 1-19) ชมรมผู้สูงอายุมีจำนวน 1,327 ชมรม จากการปฏิบัติงานของผู้วิจัย พบว่า ส่วนใหญ่กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุจะเน้นในเรื่องการป้องกันภาวะหกล้มและสมองเสื่อม และมีกิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างความสุข จากการสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 ของผู้วิจัย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ กินอาหารรสหวานจัด เค็มจัด กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดความรู้เรื่องการกินอาหารที่เหมาะสมตามวัย มีพฤติกรรมการกินเชื่อตามเพื่อนและสื่อโฆษณา และส่วนใหญ่จะกินอาหารที่คนในครอบครัวเตรียมให้ ซึ่งบางครั้ง คุณค่าทางโภชนาการไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบกับในบางครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มักมีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากเป็นช่วงวัยของการเสื่อมถอยในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมีจำนวนและขนาดลดลง ระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนตัวของหลอดอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ในกระเพาะอาหารลดลง เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อม ทำให้การดูดซึมอาหารลดลง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายดังกล่าว เป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาทางโภชนาการ และสาเหตุที่สำคัญคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง และเหมาะสม อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุยังขึ้นกับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ที่มีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคได้ทั้งบวก และลบ รวมถึงสถานการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่ได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน มักจะกินอาหารในแต่ละมื้อไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และผู้สูงอายุบางคนสุขภาพไม่อำนวยในการ

จัดหาอาหารให้ตัวเอง จึงลงท้ายด้วยการจัดหาอาหารแบบง่าย ๆ แทนอาหารที่ดีและเหมาะสม (ริชณา จรรยาชัยเลิศ, 2557, น. 45-47)

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ข้อมูลจากสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ วรัญญา มณีรัตน์ (2558, น. 7) ; ทวีศิลป์ ศรีอักษร (2551, น. 57-65) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเสริมด้านครอบครัวและเพื่อน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้ ร้อยละ 34.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สุรศักดิ์ สุนทร และคณะ (2553, น. 49) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ ทศนคติ และปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อมรรัตน์ ปุยงาม (2553, น. 5) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว สุขภาพกายและสุขภาพจิต วรณวิมล เมฆวิมล (2555, น. 58-60) ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ปัจจัยนำได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยเอื้อได้แก่ ทรัพยากรที่ส่งเสริมพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุและกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ และปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่าง ๆ และการได้รับคำแนะนำ หรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตามเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ มาริสา หวังเจริญ และคณะ (2559, น. 61-72) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์ (2560, น. 109-116) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ปัจจัยด้านเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส รายได้ และพื้นที่อาศัยมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้ ทศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยด้านครอบครัวและเพื่อน ปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว สุขภาพกาย และสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อนำข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ มาเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุได้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีและมีความสุขส่งผลให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ต่อไป

7. วัตถุประสงค์

7.1 ศึกษาสถานภาพส่วนบุคคล ลักษณะของครอบครัว และภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8

7.2 ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8

7.3 ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8

7.4 เปรียบเทียบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพ ที่ 8

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบพรรณนา (Descriptive Analysis) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานภาพส่วนบุคคล ลักษณะของครอบครัว และภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และเปรียบเทียบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ซึ่งประกอบไปด้วยดังนี้

8.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

8.1.1 ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วยจังหวัดอุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 693,055 คน

8.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วยจังหวัดอุดรธานี หนองบัวลำภู สกลนคร และจังหวัดบึงกาฬ สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random Sampling) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1) สุ่มจังหวัด โดยการจับสลากมา 4 จังหวัด จาก 7 จังหวัด ผลที่ได้ จังหวัดอุดรธานี จังหวัดหนองบัวลำภู จังหวัดสกลนคร และจังหวัดบึงกาฬ

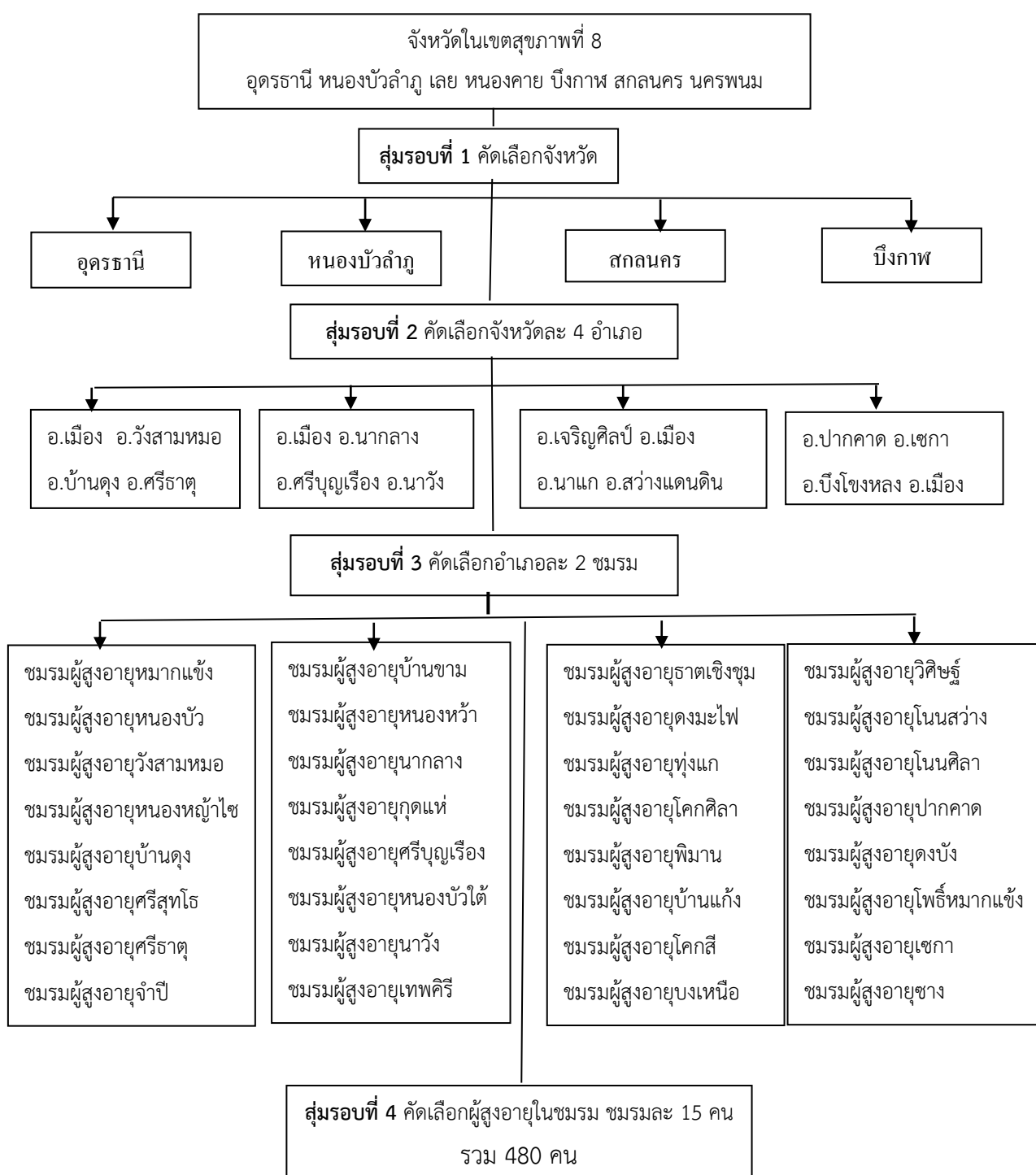
2) สุ่มอำเภอ โดยการจับสลากจาก 4 จังหวัด ๆ ละ 4 อำเภอ

3) สุ่มชมรมผู้สูงอายุจาก 4 อำเภอของแต่ละจังหวัดมาอำเภอละ 2 ชมรม

4) สุ่มผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุชมรมละ 15 คน

การคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีของ R.v.krejcie และ D.w Morgan ที่ประชากรผู้สูงอายุ 693,055 คน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน แต่ในสถานการณ์จริงในการกระบวนการศึกษาอาจมีการ

สูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษาก็จะมีการเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการนำอัตราการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) มาใช้ในการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างโดยการตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ (อรุณ จิรวัดน์กุล, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มโดยปรับเพิ่มร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 480 คน แผนภูมิแสดงการสุ่มแบบหลายขั้นตอนดังนี้



8.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส พื้นที่ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว สุขภาพช่องปาก และการปรุงประกอบอาหาร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร รายได้ของครัวเรือน

ตอนที่ 3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และสื่อโฆษณา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8

8.3 การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

8.3.1 ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

8.3.2 ศึกษาทฤษฎีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

8.3.3 ร่างแบบสอบถาม

8.3.4 นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) นายชาติเรธาธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี 2) นางยุพา ชัยเพชร นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี และ 3) นางสาวบังเอิญ ทองมอญ นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย แก่ไขแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบและนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ Try Out กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในชมรมผู้สูงอายุตำบลเขม อำเภอนพพิตสัย จังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาความเชื่อมั่นแบบ Alpha's Cronbach Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.82

8.3.5 จัดพิมพ์เป็นแบบสอบถามฉบับใช้งานจริง

8.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2561 และมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

8.4.1 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดและอำเภอที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

8.4.2 ผู้วิจัยลงเก็บข้อมูลผู้สูงอายุในชมรมที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

8.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

8.5.1 ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภค และปัจจัยต่าง ๆ ลงรหัสและบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์

8.5.2 นำข้อมูลที่ได้ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์ แจกแจงทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

8.6.3 ใช้สถิติ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สำหรับ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภค และข้อมูลปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค

8.6.4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation

9. ผลการวิจัยและอภิปรายผล

9.1 ผลการวิจัย

9.1.1 สถานภาพส่วนบุคคล ลักษณะของครอบครัว และภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 480 คน ผลการศึกษาพบว่าเป็นหญิง ร้อยละ 73.5 และชาย ร้อยละ 26.5 โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 63.3 รองลงมาคืออายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30.8 มีสถานภาพ สมรสร้อยละ 62.1 รองลงมาคือสถานภาพเป็นหม้าย ร้อยละ 35.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 89.8 และมีมัธยมศึกษา ร้อยละ 5.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 58.4 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.3 รองลงมาคือรายได้มากกว่า 5,000 – 15,00 บาทต่อเดือน ร้อยละ 26.9 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.92 ส่วนผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.56 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.06 โรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 8.1 โรคหัวใจ ร้อยละ 5.91 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพฟันในการรับประทานอาหาร ร้อยละ 58 มีดัชนีมวลกายเกิน ร้อยละ 63.8 และมีรอบเอวเกิน ร้อยละ 59.4

9.1.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า โดยรวมปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X} = 2.09$, S.D.= 0.20) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ปฏิบัติเป็นประจำ 9 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ดังนี้ กินปลา ($\bar{X} = 2.88$, S.D.= 0.33) รองลงมาคือกินผัก ($\bar{X} = 2.87$, S.D.= 0.34) และล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร ($\bar{X} = 2.86$, S.D.= 0.38) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ กินนม ($\bar{X} = 2.21$, S.D.= 0.65) และกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ($\bar{X} = 1.95$, S.D.= 0.67) ไม่เคยปฏิบัติ 9 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ดังนี้ กินอาหารที่

ไม่มีไขมันและน้ำมัน ($\bar{X} = 1.63$, S.D.= 0.64) รองลงมา กินข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง ($\bar{X} = 1.58$, S.D.= 0.58) และ ไม่กินอาหารประเภททอดและผัด ($\bar{X} = 1.56$, S.D.= 0.59) ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วน (Rating Scale) ที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ที่เกณฑ์การให้คะแนน โดยประยุกต์มาจากเกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9) ดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	3
ปฏิบัติบางครั้ง	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติของผู้สูงอายุในชุมชนเขตสุขภาพที่ 8 เป็น 3 ระดับ ดังนี้

2.34 – 3.00	หมายถึง	ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน
1.67 - 2.33	หมายถึง	ไม่ได้ปฏิบัติทุกวัน
1.00 - 1.66	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{X}	S.D.	ความหมาย
1. กินอาหารครบ 5 หมู่	2.61	0.49	ปฏิบัติเป็นประจำ
2. กินอาหารหลากหลาย ไม่ซ้ำซาก	2.50	0.57	ปฏิบัติเป็นประจำ
3. กินข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง	1.58	0.58	ไม่เคยปฏิบัติ
4. กินผัก	2.87	0.34	ปฏิบัติเป็นประจำ
5. กินผลไม้	2.72	0.45	ปฏิบัติเป็นประจำ
6. กินปลา	2.88	0.33	ปฏิบัติเป็นประจำ
7. กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	1.95	0.67	ปฏิบัติบางครั้ง
8. กินนม	2.21	0.65	ปฏิบัติบางครั้ง
9. กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่	2.72	0.48	ปฏิบัติเป็นประจำ
10. ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร	2.86	0.38	ปฏิบัติเป็นประจำ
11. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดเส้นรอบเอว	2.77	0.44	ปฏิบัติเป็นประจำ
12. ตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	2.80	0.48	ปฏิบัติเป็นประจำ
13. กินอาหารที่ไม่มีไขมันและน้ำมัน	1.63	0.64	ไม่เคยปฏิบัติ
14. ไม่กินอาหารประเภททอดและผัด	1.56	0.59	ไม่เคยปฏิบัติ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	\bar{X}	S.D.	ความหมาย
15. ไม่กินอาหารประเภทที่มีรสหวาน	1.52	0.60	ไม่เคยปฏิบัติ
16. ไม่เติมน้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน	1.39	0.55	ไม่เคยปฏิบัติ
17. ไม่เติมน้ำตาลทุกครั้งที่ยกินอาหาร	1.32	0.60	ไม่เคยปฏิบัติ
18. ไม่กินอาหารรสเค็ม	1.35	0.56	ไม่เคยปฏิบัติ
19. ไม่เติมน้ำปลาหรือเกลือทุกครั้งที่ยกินอาหาร	1.43	0.66	ไม่เคยปฏิบัติ
20. ไม่กินอาหารที่ใส่สีผสมธรรมชาติ	1.15	0.41	ไม่เคยปฏิบัติ
รวม	2.09	0.20	ปฏิบัติบางครั้ง

9.1.3 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า

ปัจจัยนำ ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในชมรม เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า ข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ การกินผักผลไม้เป็นประจำทุกวันทำให้ได้รับวิตามินและใยอาหาร (ร้อยละ 70.0) ส่วนข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ การกินอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันทอดซ้ำ อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ (ร้อยละ 43.5) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. เนื้อวัวเป็นอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้สูงอายุมากที่สุด	291	60.6
2. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว	292	60.8
3. การดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มอัดลมไม่ช่วยทำให้ท่านมีสุขภาพดี	307	64.0
4. การดื่มนมสามารถป้องกันโรคกระดูกพรุนได้	257	53.5
5. การกินอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันทอดซ้ำ อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้	209	43.5
6. การกินอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน	302	62.9
7. การกินผักผลไม้เป็นประจำทุกวันทำให้ได้รับวิตามินและใยอาหาร	336	70.0
8. ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานเนื้อหมู เนื้อวัว ให้มากเพื่อให้ได้รับโปรตีนที่เพียงพอ	233	48.5
9. ถั่วเหลืองสามารถรับประทานแทนเนื้อสัตว์ได้	298	62.1
10. การกินขนมกรุบกรอบ เช่น มันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ข้าวโพดอบกรอบ เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับไขมันและเกลือสูง	316	65.8

ปัจจัยนำ ความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พบว่า ข้อที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องมากที่สุดคือ อาหารเช้าเป็นอาหารมื้อสำคัญต่อร่างกายมากที่สุด (ร้อยละ 69.8) ส่วนข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามมีความเชื่อเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ การซื้ออาหารนอกบ้าน มีความเสี่ยงที่จะได้รับอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ (ร้อยละ 30.4) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. อาหารเช้าเป็นอาหารมื้อสำคัญต่อร่างกายมากที่สุด	335	69.8
2. การรับประทานอาหารมาก ๆ ไม่ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มากขึ้น	151	31.5
3. การซื้ออาหารนอกบ้าน มีความเสี่ยงที่จะได้รับอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ	146	30.4
4. อาหารเสริม เช่น รังนก น้ำหมักต่าง ๆ ไม่สามารถทำให้ร่างกายแข็งแรงได้	153	31.9
5. การรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบๆ จะทำให้เป็นโรคพยาธิ	329	66.5
6. การงดรับประทานอาหารเย็นไม่ใช่วิธีการลดน้ำหนักที่ดีที่สุด	183	38.1
7. การรับประทานอาหารรสจัด คือ เผ็ดจัด เค็มจัด ไม่ทำให้เจริญอาหาร	311	64.8
8. การดื่มสุราเล็กน้อยไม่ทำให้เจริญอาหารมากขึ้น	331	69.0
9. อาหารราคาถูก หาง่าย เป็นอาหารที่อาจมีประโยชน์ต่อร่างกาย	271	56.5
10. ผู้สูงอายุควรรับประทานผักสดและผลไม้ที่ไม่หวานจัด	333	69.4

ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งอาหารได้สะดวก พบว่า ข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าถึงแหล่งอาหารได้สะดวกมากที่สุด คือ สามารถหาซื้ออาหารสดได้ง่าย (ร้อยละ 83.5) ส่วนข้อที่ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าถึงแหล่งอาหารได้สะดวกน้อยที่สุด คือ ใช้บริการร้านอาหารนอกบ้าน อย่างน้อยเดือนละครั้ง (ร้อยละ 27.1) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงแหล่งอาหารได้สะดวก

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. ร้านสะดวกซื้ออยู่ใกล้บ้านท่าน	339	70.6
2. ร้านอาหารตามสั่งอยู่ใกล้บ้าน	236	49.2
3. สามารถซื้ออาหารปรุงสำเร็จได้ง่าย	277	57.7
4. สามารถหาซื้ออาหารสดได้ง่าย	401	83.5
5. ตลาดสดหรือตลาดโต้รุ่งอยู่ใกล้บ้านท่าน	294	61.3
6. ประกอบอาหารด้วยตนเอง	274	57.1
7. คนในครอบครัวทำอาหารให้รับประทาน	385	80.2
8. เลือกซื้ออาหารราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับยี่ห้ออื่น	327	68.1
9. ไม่มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารแต่ละวัน	270	56.3
10. ใช้บริการร้านอาหารนอกบ้าน อย่างน้อยเดือนละครั้ง	130	27.1

ปัจจัยเสริม การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และสื่อโฆษณา พบว่า ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.57, S.D. = 0.52$) เมื่อจำแนกเป็นรายข้ออยู่ในระดับมาก 8 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก คือ เพื่อนไม่ชวนรับประทานอาหารดิบ อาหารแปลก ๆ ($\bar{X} = 2.82, S.D. = 0.48$) รองลงมาคือไม่เลือกซื้ออาหารที่มีของแถม ($\bar{X} = 2.78, S.D. = 0.51$) และไม่เลือกซื้อหรือรับประทานอาหารตามโฆษณาจากโทรทัศน์หนังสือพิมพ์ ($\bar{X} = 2.76, S.D. = 0.54$) อยู่ในระดับปานกลาง 2 ข้อดังนี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนบ้าน หรือคนในครอบครัวแนะนำเรื่อง การเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับอายุ ($\bar{X} = 2.30, S.D. = 0.77$) และ ครอบครัวไม่ประกอบอาหารประเภท ทอด ย่าง แกงกะทิ ($\bar{X} = 1.51, S.D. = 0.71$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และ สื่อโฆษณา

ข้อมูล	\bar{X}	S.D.	ความหมาย
1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนบ้าน หรือคนในครอบครัว แนะนำเรื่องการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับอายุ	2.30	0.77	ปานกลาง
2. ครอบครัวของท่านไม่ปรุงอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด	1.51	0.71	ปานกลาง
3. ครอบครัวไม่ประกอบอาหารประเภท ทอด ย่าง และแกงกะทิ	2.53	0.62	มาก
4. เพื่อนมักชวนรับประทานอาหารสุภาพหรืออาหารที่มีประโยชน์	2.62	0.58	มาก
5. เพื่อนไม่นำอาหารเสริมบำรุงร่างกายมาให้	2.64	0.65	มาก
6. เพื่อนไม่ชวนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือน้ำอัดลม	2.75	0.55	มาก
7. เพื่อนไม่ชวนรับประทานอาหารดิบ อาหารแปลกๆ	2.82	0.48	มาก
8. ไม่เลือกซื้อหรือรับประทานอาหารตามโฆษณาจากโทรทัศน์หนังสือพิมพ์	2.76	0.54	มาก
9. ได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ ก่อนเลือกซื้อหรือรับประทานอาหาร	2.61	0.65	มาก
10. ไม่เลือกซื้ออาหารที่มีของแถม	2.78	0.51	มาก
รวม	2.57	0.52	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า สถานภาพโสด สมรส การศึกษาระดับประถมศึกษา และความเชื่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการศึกษาระดับมัธยมศึกษา การเข้าถึงแหล่งอาหาร และการสนับสนุน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 นอกนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตัวแปร	r	p-value
1. เพศชาย	0.059	0.195
2. อายุ		
2.1 ผู้สูงอายุตอนต้น	0.023	0.621
2.2 ผู้สูงอายุตอนกลาง	0.055	0.233
2.3 ผู้สูงอายุตอนปลาย	0.061	0.182
3. สถานภาพ		
3.1 โสด	0.104	0.023*
3.2 สมรส	0.108	0.018*
3.3 หม้าย/หย่าร้าง	0.077	0.094
4. การศึกษา		
4.1 ไม่ได้รับการศึกษา	0.057	0.212
4.2 ประถมศึกษา	0.099	0.029*
4.3 มัธยมศึกษา	0.121	0.008**
4.4 อนุปริญญาขึ้นไป	0.020	0.658
5. อาชีพ		
5.1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0.029	0.522
5.2 เกษตรกร	0.053	0.250
5.3 ค้าขาย	0.058	0.201
5.4 รับจ้าง	0.075	0.101
5.5 ข้าราชการบำนาญ	0.037	0.419

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ตัวแปร	r	p-value
6. ความรู้	0.007	0.885
7. ความเชื่อ	0.091	0.046*
8. การเข้าถึงแหล่งอาหาร	0.125	0.006**
9. การสนับสนุน	0.526	0.000**

*0.05 **0.01

9.2 สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

9.2.1 สถานภาพส่วนบุคคล ลักษณะของครอบครัว และภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 480 คน ผลการศึกษา พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 ซึ่งสอดคล้องกับค่ากล่าวของ Fon (อัจฉรา อัจฉายกชาติ, 2533, ออนไลน์) ที่กล่าวไว้ว่า โดยเฉลี่ยผู้หญิงเรามักจะอายุยืนยาวกว่าผู้ชาย เหตุผลประการหนึ่งเกี่ยวข้องกับทางด้านร่างกาย เหตุผลอื่น ๆ นั้น ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตที่ต่างกันของเพศทั้งสอง ผู้ชายที่รู้จักการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิตของตนเอง ก็จะสามารถยืดอายุออกไปได้อีก นี่คือ ข้อเท็จจริงของชีวิตคนเราที่ผู้หญิงมีแนวโน้มจะอายุยืนกว่าผู้ชาย และถึงแม้วันที่จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นในหลายประเทศ กลับปรากฏชัดว่า ผู้หญิงก็ยังเป็นผู้พิชิตความสูงวัยอยู่นั่นเอง ข้อได้เปรียบทางด้านร่างกายของเพศหญิง ได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ เป็นสาเหตุสำคัญในการกำหนดวงจรชีวิตของทั้งหญิงและชาย เช่น ฮอรโมนบางตัวซึ่งมีบทบาทสำคัญมาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60 – 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.3 อาจจะเนื่องมาจากยังเป็นช่วงอายุที่ร่างกายยังแข็งแรง และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เทียบเท่ากับอายุวัยทำงาน จึงทำให้ช่วงอายุนี้นี้มีจำนวนมากกว่า ผู้สูงอายุตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรสมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 62.1 เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่ต่อเนื่องมาจากช่วงอายุวัยทำงานซึ่งประชากรส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสมากกว่าสถานภาพอื่น ๆ ส่วนการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 89.8 เนื่องจากการศึกษาอาจจะยังไม่เข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม อาจจะมีปัจจัยหลายอย่าง เช่น ฐานะทางด้านการเงิน สังคมสิ่งแวดล้อม ความห่างไกล เทคโนโลยีและความเจริญทางสังคมที่เป็นอยู่ และอีกปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 58.1 เนื่องจากสังคมชนบทของประชากรไทยภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.3 เนื่องจากส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม จึงมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 เพราะส่วนมากจะทำเกษตรเพื่อดำรงเลี้ยงชีพ มีส่วนน้อยที่แบ่งขาย อาจจะเป็นเพราะได้รับการสืบทอดวิถีการดำเนินชีวิตมาตั้งแต่บรรพบุรุษ

9.2.2 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า โดยรวมปฏิบัติบางครั้ง ($\bar{X} = 2.09$, S.D.= 0.20) เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ปฏิบัติเป็นประจำ 9 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ดังนี้ กินปลา ($\bar{X} = 2.88$, S.D.= 0.33) รองลงมากินผัก ($\bar{X} = 2.87$, S.D.= 0.34) และ ล้างมือทุกครั้งก่อนกินอาหาร ($\bar{X} = 2.86$, S.D.= 0.38) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ดังนี้ กินนม ($\bar{X} = 2.21$, S.D.= 0.65) และ กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ($\bar{X} = 1.95$, S.D.= 0.67) ไม่เคยปฏิบัติ 9 ข้อ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ดังนี้ กินอาหารที่ไม่มีไขมันและน้ำมัน ($\bar{X} = 1.63$, S.D.= 0.64) รองลงมากินข้าวซ้อมมือหรือข้าวกล้อง ($\bar{X} = 1.58$, S.D.= 0.58) และ ไม่กินอาหารประเภททอดและผัด ($\bar{X} = 1.56$, S.D.= 0.59) ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันข้าวซ้อมมือค่อนข้างหายากและมีราคาแพง ผู้สูงอายุนิยมกินข้าวเหนียวเป็นหลักและชอบกินอาหารประเภทปิ้งย่าง ไม่นิยมต้มต้มเพราะทำให้ท้องเสียและมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยา อินทมาตย์ (2561, น. 61-64) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทยเลย อำเภอผาขาว จังหวัดเลย พบว่า กินข้าวเหนียว ร้อยละ 94.0 และกินเนื้อปลาเป็นประจำ ร้อยละ 84.3 ต้มนมถั่วเหลืองบ่อยครั้ง ร้อยละ 27.8 และต้มนมจืดบางครั้ง ร้อยละ 34.9

9.2.3 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และเปรียบเทียบความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8

1) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ สถานภาพ การศึกษา อภิปรายได้ดังนี้

1.1) สถานภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 พบว่า สถานภาพโสดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะรับประทานอาหารตามความเชื่อและความชอบ ส่วนผู้สูงอายุที่สมรสจะรับประทานอาหารตามที่คู่สมรสจัดหา ประกอบกับวัฒนธรรมของคนอีสานจะกินอาหารพร้อมหน้าพร้อมตากัน ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของ อมรรัตน์ ปุยงาม (2553, น.5) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ได้แก่ คู่สมรสยัง

มีชีวิตอยู่และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านโภชนาการที่ต่ำกว่าสถานภาพสมรส เดี่ยว หม้าย หย่า แยกกันอยู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.2) การศึกษา ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ การศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาทำให้ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากินได้ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอมรรัตน์ ปุยงาม (2553, น. 5) ที่พบว่าระดับการศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธารามจังหวัดราชบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2) ปัจจัยนำ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 ความเชื่อ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าความเชื่อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคนอีสานมีความเชื่อและวัฒนธรรมการบริโภคปลาร้า และผงชูรส และเลือกบริโภคอาหารตามความชอบและความเชื่อที่ติดตัวมาตั้งแต่เด็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล (2555, น. 58-60) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้ ความเชื่อมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3) ปัจจัยเอื้อ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 การเข้าถึงแหล่งอาหาร ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้อาจเนื่องจากแหล่งอาหารสามารถหาได้ง่าย และวัฒนธรรมคนอีสานโดยเฉพาะในเขตชนบทไม่ชอบออกไปรับประทานอาหารนอกบ้าน ซื้อวัตถุดิบจากตลาดนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณวิมล เมฆวิมล (2555, น. 58-60) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่าการเข้าถึงแหล่งอาหารมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4) ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 การสนับสนุน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในเขตอีสานมีทางเลือกในการเข้าถึงสื่อได้น้อย อาศัยการพูดคุยและบอกต่อจากเพื่อน และบุคคลในครอบครัว ซึ่งน้อยมากที่จะมีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณวิมล เมฆวิมล (2555, น. 58-60)

ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10. การนำไปใช้ประโยชน์

10.1 เขตสุขภาพที่ 8 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง คือ ผู้สูงอายุควรกินเนื้อหมูเนื้อวัวให้มากเพื่อให้ได้รับโปรตีน การกินอาหารที่ทอดด้วยน้ำมันทอดซ้ำ อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ และการดื่มนมสามารถป้องกันโรคกระดูกพรุนได้ จึงเห็นควรให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ทั้งในรูปแบบการฝึกอบรม การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ และโซเชียลมีเดียผสมผสานกันรวมทั้งสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้องต่อไป

10.2 เขตสุขภาพที่ 8 ควรให้คำแนะนำและปลูกฝังความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ คือ การซื้ออาหารนอกบ้าน มีความเสี่ยงที่จะได้รับอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ การกินอาหารมาก ๆ จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มากขึ้น และการงดกินอาหารเย็นเป็นวิธีการลดน้ำหนักที่ดีที่สุด ซึ่งอาจจะกระทำโดยการให้พระสงฆ์ที่ได้รับการถวายความรู้เรื่องโภชนาการเป็นผู้เทศน์เนื้อหาที่สอดคล้องกับโรคภัยของผู้สูงอายุที่มีความเชื่อ และกินอาหารให้ถูกต้องเป็นประจำทุกวัน

10.3 ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเผยแพร่ความรู้ในการเลือกกินอาหารที่เหมาะสมตามวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญของสารอาหารต่าง ๆ ตลอดจนปรุงประกอบอาหารลดหวาน มัน เค็ม

10.4 ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการวางแผนและกำหนดกลยุทธ์ในการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และขยายความครอบคลุมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับกรมอนามัย

10.5 จากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง เช่นไม่รู้ว่า การกินอาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำทำให้เกิดโรคมะเร็ง เขตสุขภาพที่ 8 และศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี ควรกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญที่จะพัฒนาปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเรื่องการบริโภคอาหารและนำไปแก้ไขปัญญาในระดับพื้นที่อย่างจริงจัง

11. ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหา/อุปสรรค

11.1 การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย มาไม่ครบในวันนัดหมาย จำเป็นต้องเพิ่มวันเก็บข้อมูลเพื่อหากกลุ่มเป้าหมายให้ครบตามที่กำหนดไว้

11.2 ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องสายตา ทำให้ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน ต้องถามซ้ำ ๆ เพื่อยืนยันความเข้าใจของข้อมูล

11.3 จำนวนบุคลากรน้อย ทำให้ต้องเพิ่มวัน และช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลให้ได้ประสิทธิภาพ

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

12.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง และผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสบุตรหลานและญาติ และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะความเจ็บป่วยตามลำดับ ดังนั้นในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการควรเน้นกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

12.2 ปัจจัยด้านอาหาร ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายทางด้านอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรให้ความสำคัญแก่ปัจจัยดังกล่าว โดยมั่นใจว่าชุมชนที่มีผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้อย่างเพียงพอ ควรมีการตรวจคุณภาพของอาหารและควบคุมราคาของอาหารให้มีความเหมาะสมอยู่เสมอ

12.3 ควรมีการศึกษารูปแบบเพื่อจัดโปรแกรมอาหารที่ส่งผลต่อสุขภาพที่เหมาะสมในการบริโภคอาหารตามช่วงวัย (ผู้สูงอายุ) เพื่อเป็นแนวทางในการเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสมตามพื้นที่และท้องถิ่น

12.4 ควรมีการศึกษาในประเด็นการบริโภคหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น เช่น การสูบบุหรี่ สูxonามัย ที่ส่งผลต่อสุขภาพ

13. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชาติรี เมธานารธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างดียิ่ง ขอขอบคุณ นางยุพา ชัยเพ็ชร นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านโภชนาการ) นางสาวบังเอิญ ทองมอญ นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ ซึ่งเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการ ให้คำปรึกษาการดำเนินงาน ชี้แนะปรับปรุง ตลอดจนรายงานผลการสำรวจ ขอขอบคุณ

ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพื้นที่
ขอขอบคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตสุขภาพที่ 8 และชมรมผู้สูงอายุเป้าหมายทุกแห่ง
ทำนุขอขอบคุณผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

14. เอกสารอ้างอิง

- จิราภรณ์ การะเกตุ. (2556). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2556 โดย มส.ผส. สืบค้นเมื่อ 15
พฤษภาคม_2562 จาก <https://il.mahidol.ac.th/th/i-Learning-Clinic/general-articles/paged/3/>
- ธิษณา จรรยาชัยเลิศ. (2557). จากพื้นฐานโภชนาการสู่ฉลากหวาน มัน เค็ม ธิษณา จรรยาชัยเลิศ,
สุนทรินทร์ สัจจะวัชรพงศ์, ไตรภพ มีชัย. นนทบุรี : สมาคมนักกำหนดอาหารแห่ง
ประเทศไทย.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2557). ประชากรไทย อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต [จุลสาร]. นครปฐม :
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิยา อินทมาตย์. (2556). พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทยเลย
อำเภอผาขาว จังหวัดเลย. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้าง
เสริมสุขภาพ. เลย: มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- โปรแกรม 3C. (2563). กรุงเทพฯ : กรมอนามัย.
- มาริสา หวังเจริญ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
กรณีศึกษาชมรม ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร. วารสารคห
เศรษฐศาสตร์. 59(3): 61-72.
- วรัญญา มณีรัตน์ จันทกานต์ เหล่าวงษา กุลชา กุณาพันธ์ สุทธิดา ไพศาล และขวัญฤทัย สิมตื่น.
(2558). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาตำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอ
เมือง จังหวัดเชียงราย. เชียงราย: สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงราย.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนา. พาณิช.
- สุรศักดิ์ สุนทร และคณะ. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุ
ตำบลหนองบ่ออำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยการสาธารณสุข
สิรินธร.
- อมรรัตน์ ปุยกาม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบล
บ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

อัจฉรา อัจฉายกชาติ. (2533). ทำไมผู้หญิงอายุยืนกว่าผู้ชาย ใน “Why do women outlive men,” *The Nation*. (January 3, 1990). สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2561 จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/4883>,

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....

(นายวิรุท นนสุรัตน์)

นักโภชนาการชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ

ผู้เสนอผลงาน

.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสาวทิพา ไกรลาศ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

.....

- หมายเหตุ 1. หากผลงานมีลักษณะเฉพาะ เช่น แผ่นพับ หนังสือ แอปปันท์เสียง ฯลฯ ผู้เสนอ
งานอาจส่งผลงานจริงประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการก็ได้
2. จำนวนไม่เกิน 15 หน้า