

รายงานการวิจัย

เรื่อง

หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร
Buddhadhamma in Promoting Food Consumption Behavior
of Aging People in Bangkok

โดย

พระคมสัน จิตเมธโส
นายเดช ชูจันทร์
นางสาวปิยวรรณ หอมจันทร์
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พ.ศ. ๒๕๕๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
MCU RS 610757067



รายงานการวิจัย

เรื่อง

หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร
Buddhadhamma in Promoting Food Consumption Behavior
of Aging People in Bangkok

โดย

พระคมสัน จิตเมธโส

นายเดช ชูจันทร์

นางสาวปิยวรรณ หอมจันทร์

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

พ.ศ. ๒๕๕๗

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
MCU RS 610757067

(ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)



Research Report

Buddhadhamma in Promoting Food Consumption Behavior of Aging People in Bangkok

By

Phra Komsan Titamataso

Mr. Dech Choojanaud

Miss. Piyawan homchan

Faculty of Social Sciences Mahachulalongkornrajavidyalaya University

B.E. 2557

Research Project Founded by Mahachulalongkornrajavidyalaya University

MCU RS 610757067

(Copyright Mahachulalongkornrajavidyalaya University)

ชื่อรายงานการวิจัย:	หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
ผู้วิจัย:	พระคมสัน จิตเมธโส, นายเดช ชูจิตอด, นางสาวปิยวรรณ หอมจันทร์
ส่วนงาน:	คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ปีงบประมาณ:	๒๕๕๗
ทุนอุดหนุนการวิจัย:	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร ๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ๓) เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์จำนวน ๒๙๑ คน จากจำนวนประชากร ๑,๐๖๕ คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร คือ ค่าความถี่ (Frequencies) ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และทดสอบสมมติฐานเพื่อบรรยายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม และการทดสอบค่าเอฟ (F-test) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตั้งแต่สามกลุ่มขึ้นไป และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (In-Depth Interview) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบบริบท

ผลการวิจัยพบว่า

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ปัญหาอุปสรรค มีดังนี้

๑) ผู้สูงอายุมีนิสัยชอบบริโภคอาหารตามใจปาก ไม่มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และโรคร้ายต่าง ๆ

๒) ผู้สูงอายุเชื่อคำเชิญชวนและคล้อยตามคำโฆษณาสินค้าจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น และอยากทดลองสินค้าตามคำโฆษณา

๓) ผู้สูงอายุชอบเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จรูปรับประทานเอง เพราะสะดวกสบาย ไม่เป็นภาระของบุตรหลาน ผลเสียต่อสุขภาพ คือ ทำให้กระดุกฝุ่ กร่อน ไม่แข็งแรง มีอาการปวดตามข้อ ปวดตามกระดูก ปวดเมื่อยตามตัว

๔) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านตามลำพัง ทำให้เกิดอาการโรคซึมเศร้า เหงา ต้องการเพื่อน และคนพูดคุยที่รู้ใจพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป

แนวทางการแก้ไขและการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม มีดังนี้

๑) ใช้วิธีการพิจารณาปัจจัยปัจจุขณะ บริโภคอาหารตามความเหมาะสม พอประมาณ ไม่ให้อึดติดในรสชาติอาหาร (รสตัณหา) ไม่ยึดกลิ่นของอาหาร (คันธตัณหา) การบริโภคอาหารเพียงเพื่อคลายเวทนา คือ ความทุกข์ ความหิวเป็นโรคที่ร้ายแรงที่สุด (ชิฆจฉา ปรมา โรคา)

๒) ใช้วิธีการพิจารณาตามหลักกาลามสูตร ไม่เชื่อคำเชิญชวนหรือคำโฆษณา (มา อนุสสเวน) ใช้ปัญญาพิจารณาโดยแยกคายก่อนบริโภคอาหาร

๓) ใช้วิธีการสำรวมอินทร์ (อินทริยสังวร) ทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ไม่ยินดียินร้ายในเวลาเห็นรูปร่างหน้าตาของอาหารเมนูต่าง ๆ เป็นต้น

๔) ใช้วิธีการพูดคุยสนทนา (ธมมสากฉฉา) และจัดกิจกรรมสำหรับคนในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุ (กลยุณมิติตต) เช่น นั่งพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป ร้องเพลง เล่นดนตรี ออกกำลังกาย หรือออกไปเที่ยวนอกบ้านร่วมกัน เป็นต้น

๕) ส่งเสริมกิจกรรมการลดการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การบวชนกขัมมะ รักษาอุโบสถศีล ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุปรับตัวในร่างกายให้สมดุลจากการลดบริโภคอาหารมื่อเย็น

Research Title: Buddhhadhamma in Promoting Food Consumption Behavior of aging People in Bangkok.

Researchers: Phra Komsan Titamataso,
Mr. Dech Choojanaud
Miss. Piyawan homchan

Department: Faculty of Social Sciences,
Mahachulalongkornrajavidyalaya University

Fiscal Year: 2557 / 2014

Research Scholarship Sponsor: Mahachulalongkornrajavidyalaya University

ABSTRACT

The research consisted of three main objectives, namely: 1) to study Buddhhadhamma in promoting food consumption; 2) to compare food consumption behavior of aging people in Bangkok; and 3) to study problems, obstacles and present way to solve problems in food consumption behavior in accordance with the principles of Buddhhadhamma.

The research was used the Mixed Method with both quantitative and survey methods. The sampling group of the research was the 291 aging people being members of two Associations for Elderly in Bangkok from totally 1,065 with the help of accidental sampling. The tools used for data collection were questionnaire. The statistics used in data analysis were the Frequencies, Percentage, Mean, Standard Deviation (S.D.), F-test, One Way Analysis of Variance (One Way ANOVA) and the difference in pair by the way of Least Significant Difference (LSD). And also the In-depth interview was conducted with the help of Content Analysis Techniques.

The findings of the research are as follow :

1. The aging people's opinion concerning the Buddhhadhamma in promoting food consumption of aging people in the area of Bangkok was totally found in medium level with $\bar{X} = 3.08$; being considered each aspect, all have been found in medium level, too.

2. The comparison of aging people's opinion concerning the Buddhhadhamma in promoting food consumption of aging people in the area of Bangkok classified by personal factors: gender, occupation before retired age, income, resident, health problems, exercise and merit-making which were different effected to opinion concerning the Buddhhadhamma in promoting food consumption

of aging people in the area of Bangkok totally had significant differences at .05 level of confidence.

3. From studying the problems, obstacles and present way to solve problems in food consumption behavior in accordance with the principles of Buddhaddhamma, it has been found as follows: 1) most have behavior in consumption as they like to eat, but they realize effects from meat-eating and also digestive system; 2) the most believe in advertising media like television, radio, etc., and prefer to test fruit juice for health with the belief that those be useful for health; 3) the most understand the Buddhist principles, but not at all, and the most go for making merit just for relax only; and 4) the most copy consumption behavior from friends being good health from consumption.

4. From In-depth interview

The most aging people like to make merit in monasteries, do activities for health, have food for health; meanwhile, their consumption behavior consult to Thai culture, not accept to change consumption behavior due to use to behave since childhood till old age; furthermore, they know principles of Buddhaddhamma like bhojanemattanyuta that is meant moderating in eating, not eat too more or less harming their stomach somehow.

กิตติกรรมประกาศ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เกิดขึ้นได้เนื่องจากผู้วิจัยและคณะได้มีแนวคิดการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยการนำเอาหลักพุทธธรรมเข้าไปช่วยแก้ไขและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและอายุยืนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ดังนั้น งานวิจัยเรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครนี้ ผู้วิจัยและคณะจึงได้ใช้ชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒ ชมรม ซึ่งเป็นชมรมผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในชมรมจำนวนมาก ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการทพ. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เพื่อเป็นชมรมตัวอย่างและกลุ่มเป้าหมายในการนำเอาหลักพุทธธรรมเข้าไปแก้ไขและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้กับผู้สูงอายุ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยและคณะจึงขอขอบคุณผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเป้าหมายการวิจัยทั้ง ๒ ชมรมและผู้ให้ข้อมูลสำคัญเชิงลึกโดยการสัมภาษณ์ ได้แก่ ๑) พระครูสาธิตธรรมวิจิตร ๒) พระครูขันติธรรมานุวัตร ๓) พระมหาหมั่น จกกรตโน ๔) นายบุญนาค เนียมสะอาด ๕) นายโชค ไกรเทพ ๖) นายสำรวม ฤกษ์สนธิ ๗) นายสมิ แสงทอง ๘) นายประเสริฐ สมภักดิ์ ๙) นางสาวหทัยชนก จันทรแรม และ ๑๐) นางสาวปราณี ลาภเย็น ที่ได้ให้โอกาสแก่ผู้วิจัยและคณะได้ทำงานวิจัยอย่างมีคุณค่า สามารถเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และผู้ที่สนใจสามารถทำการศึกษาวิจัยต่อยอดการวิจัยที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป

พระคมสัน จิตเมธโส และคณะ

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

สารบัญ

บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
อักษรย่อชื่อคัมภีร์	ท
บทที่ ๑ บทนำ.....	๑
๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	๓
๑.๓ ขอบเขตของการวิจัย	๔
๑.๔ ปัญหาที่ต้องการทราบ.....	๕
๑.๕ สมมติฐานในการวิจัย	๕
๑.๖ นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย	๕
๑.๗ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	๖
บทที่ ๒ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๗
๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	๗
๒.๑.๑ ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค	๗
๒.๑.๒ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ.....	๑๕
๒.๑.๓ แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ.....	๑๗
๒.๑.๔ สถานการณ์การบริโภคอาหารในปัจจุบัน.....	๒๐
๒.๑.๕ ความปลอดภัยของอาหารต่อสุขภาพ	๒๒
๒.๒ ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์.....	๒๓
๒.๒.๑ ทฤษฎีความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์.....	๒๓
๒.๒.๒ ทฤษฎีความคาดหวัง.....	๒๓
๒.๒.๓ ทฤษฎีการพัฒนาลักษณะ.....	๒๔
๒.๒.๔ ทฤษฎีความพึงพอใจ.....	๒๔
๒.๒.๕ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	๒๔

๒.๓	แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	๒๘
๒.๓.๑	ความหมายของผู้สูงอายุ	๒๘
๒.๓.๒	ความสูงอายุหรือความชราภาพ.....	๓๐
๒.๓.๓	สภาพของผู้สูงอายุ	๓๑
๒.๓.๔	ความต้องการของผู้สูงอายุ.....	๓๒
๒.๓.๕	ปัญหาของผู้สูงอายุ	๓๔
๒.๓.๖	โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	๓๗
๒.๔	แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคตามหลักพุทธธรรม	๓๘
๒.๔.๑	อินทริยสังวร.....	๓๘
๒.๔.๒	กัลยาณมิตตา.....	๓๙
๒.๔.๓	ปัญญา.....	๔๐
๒.๔.๔	วิกาลโภชนา.....	๔๑
๒.๔.๕	โภชนมัตตัญญูตา	๔๑
๒.๔.๖	สติสัมปชัญญะ.....	๔๒
๒.๔.๗	สันโดษ.....	๔๒
๒.๔.๘	อาหาเรปฏิกูลสัญญา.....	๔๓
๒.๕	ข้อมูลพื้นที่วิจัย	๔๔
๒.๕.๑	ข้อมูลผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สถานการณ์ และแนวโน้ม	๔๔
๒.๕.๒	บริบทพื้นที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์.....	๔๗
๒.๕.๓	บริบทพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกรุงเทพมหานคร.....	๔๘
๒.๖	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	๔๙
๒.๖.๑	งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	๔๙
๒.๖.๒	งานวิจัยเกี่ยวกับหลักพุทธธรรม.....	๕๒
๒.๖.๓	งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภค	๕๔
๒.๗	กรอบแนวคิดในการวิจัย	๕๗
บทที่ ๓	วิธีดำเนินการวิจัย.....	๕๘
๓.๑	รูปแบบการวิจัย.....	๕๘
๓.๒	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๕๘
๓.๓	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	๖๐
๓.๔	การเก็บรวบรวมข้อมูล	๖๓
๓.๕	การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์.....	๖๔

บทที่ ๔ ผลการวิจัย.....	๖๖
๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม.....	๖๗
๔.๒ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร.....	๖๙
๔.๓ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร.....	๗๔
๔.๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทาง การแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	๑๐๔
๔.๕ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร”.....	๑๐๖
๔.๖ สรุปองค์ความรู้จากการวิจัย.....	๑๐๙
บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	๑๑๐
๕.๑ สรุปผลการวิจัย.....	๑๑๑
๕.๒ อภิปรายผล.....	๑๒๑
๕.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป	๑๒๓
บรรณานุกรม.....	๑๒๔
ภาคผนวก	๑๓๐
ภาคผนวก ก บทควมวิจัย.....	๑๓๑
ภาคผนวก ข กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลจากโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์	๑๔๔
ภาคผนวก ค ตารางเปรียบเทียบวัตถุดิบประสงค์ กิจกรรมที่วางแผนไว้ และกิจกรรมที่ได้ ดำเนินการมาและผลที่ได้รับของโครงการ.....	๑๔๕
ภาคผนวก ง ตัวอย่างแบบสอบถาม	๑๔๘
ภาคผนวก จ ตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์.....	๑๕๔
ภาคผนวก ฉ รูปภาพกิจกรรมดำเนินการวิจัย.....	๑๕๕
ภาคผนวก ช แบบสรุปโครงการวิจัย.....	๑๖๐
ประวัติผู้วิจัย	๑๖๓

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
๒.๑ แสดงจำนวนประชากรและประชากรผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	๔๕
๒.๒ แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	๔๗
๓.๑ แสดงจำนวนกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	๕๙
๔.๑ จำนวน และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม	๖๗
๔.๒ แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม	๖๙
๔.๓ แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	๗๐
๔.๔ แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	๗๑
๔.๕ แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร	๗๒
๔.๖ แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว	๗๓
๔.๗ การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ	๗๔
๔.๘ การเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณ	๗๕
๔.๙ การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของหลักพุทธธรรม ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณ	๗๖
๔.๑๐ การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของหลักพุทธธรรม ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อ เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณ	๗๗

ตารางที่	หน้า
๔.๓๒ การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของหลักพุทธธรรม ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญต่อเดือน	๙๘
๔.๓๓ การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของหลักพุทธธรรม ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อ เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญต่อเดือน.....	๙๙
๔.๓๔ การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของหลักพุทธธรรม ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญต่อเดือน	๑๐๐
๔.๓๕ การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของหลักพุทธธรรม ในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญต่อเดือน	๑๐๑
๔.๓๖ สรุปโดยภาพรวมการเปรียบเทียบความคิดเห็นผู้สูงอายุเกี่ยวกับหลักพุทธธรรมในการ ส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามสมมติฐานที่ ๑ – ๗	๑๐๒

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
๒.๑ การบริโภคในวัฏจักรชีวิต.....	๑๐
๒.๒ กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	๕๗
๔.๑ สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย.....	๑๐๙

อักษรย่อชื่อคัมภีร์

พระไตรปิฎก = เล่ม/ข้อ/หน้า
ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

พระสุตตันตปิฎก

ที.สี. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย สีลขันธวรรค (ภาษาไทย)
ที.ปา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย ปาฎิกวรรค (ภาษาไทย)
ม.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย มูลปณณาสก์ (ภาษาไทย)
ม.อุ. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก มัชฌิมนิกาย อุปริปณณาสก์ (ภาษาไทย)
ส.ส. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สคาถวรรค (ภาษาไทย)
ส.สพา. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก สังยุตตนิกาย สฬายตนวรรค (ภาษาไทย)
อง.สตตก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย สัตตกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.อฏฐก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย อฏฐกนิบาต (ภาษาไทย)
อง.ทสก. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก อังคุตตรนิกาย ทสกนิบาต (ภาษาไทย)
ขุ.ม. (ไทย)	=	สุตตันตปิฎก ขุททกนิกาย มหานิทเทส (ภาษาไทย)

พระอภิธรรมปิฎก

อภิ.สง. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก ธรรมสังคณี (ภาษาไทย)
อภิ.วิ. (ไทย)	=	อภิธรรมปิฎก วิภังค์ (ภาษาไทย)

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมียาวขึ้นแต่ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ปัจจัยที่สำคัญ ๒ ประการ คือ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่พบว่ามีผลสำคัญก็คือ ภาวะโภชนาการและวิถีการทางดำเนินชีวิต ซึ่งสาเหตุเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไปนั้นมีผลซ้ำเติมให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายซึ่งมีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมยิ่งขึ้น การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความต้องการสารอาหารโดยเน้นความสมดุลความพอเหมาะพอดีและความหลากหลายของอาหาร นอกจากนี้การออกกำลังกาย การผ่อนคลายทางกายและทางจิต การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นพิษก็เป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับพื้นฐานของการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุอันเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่เกิดโรคต่าง ๆ ได้ในอนาคต เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ฯลฯ

สถิติจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีจำนวนทั้งสิ้น ๗,๕๓๙,๐๐๐ คน แยกเป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน ๓,๔๗๗,๐๐๐ คน และผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน ๔,๐๖๒,๐๐๐ คน สำหรับกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีจำนวนผู้สูงอายุราว ๗๖๕,๙๗๔ คน^๑ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๕๓ ประชากรผู้สูงอายุมีการขาดสารอาหารร้อยละ ๑๗.๙ ประชากรวัยผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ ๒๓.๙ สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ - ๒๕๕๒ อันดับแรกคือ มะเร็งทุกชนิด รองลงมาคือ อุบัติเหตุ อันดับ ๓ คือ โรคหัวใจ และอันดับ ๔ คือ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง^๒ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ การเติบโตของสังคมเมืองเกิดการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ตลอดเวลา ดังนั้นจึงต้องทำให้ผู้สูงอายุรู้จักการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น คือ สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มุ่งแก้ปัญหาโดยใช้สติปัญญาความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาใช้ ในการปรับอารมณ์ ความรู้สึกให้เหมาะสม สามารถเผชิญปัญหาและทำหน้าที่หรือ

^๑ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๑๔ - ๑๕.

^๒ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒.

บทบาทในสังคมได้อย่างมีความสุข^๓ ดังที่ ลาซารัส และโฟล์คแมน (Lazarus and Folkman) กล่าวว่า หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ ก็อาจสามารถทำให้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือได้อย่างมีความสุข หากการปรับตัวล้มเหลวก็นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยได้^๔

ปัญหาโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ควรพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยคือ เกิดจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ด้อยการศึกษาจึงทำให้ขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น เนื่องจากอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพอนามัยของมนุษย์ให้แข็งแรงและสมบูรณ์ นับตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดาจนคลอดออกมาเป็นทารก เจริญเติบโตจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ถึงวัยชรา ร่างกายจำเป็นต้องได้รับอาหารประจำวัน การบริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างเหมาะสม เป็นไปตามศักยภาพที่ควรจะเป็น มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจนำไปสู่รากฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ สติปัญญา จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมก่อให้เกิดประโยชน์ทางร่างกายคือ ทำให้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายดีขึ้น ส่วนประโยชน์ทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมคือ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขจิตใจที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิต สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ ช่วยให้มีอารมณ์แจ่มใสเบิกบานและอัตราการเกิดความหว้าเหว่และภาวะซึมเศร้าลดลง ทำให้มีระดับปฏิสัมพันธ์ในสังคมเพิ่มมากขึ้น

พระพุทธศาสนาถือเป็นสถาบันสำคัญสถาบันหนึ่งในระบบสังคมไทยและเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ศาสนามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการควบคุมพฤติกรรมของมนุษย์ มีบทบาทสำคัญในการหล่อหลอมหรือขัดเกลาอุปนิสัยใจคอของบุคคลให้ละเอียดอ่อน สวยงาม มีความรัก ความเมตตา และความเอื้ออาทรต่อกันและกัน การดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมต่าง ๆ ของคนไทยได้รับอิทธิพลจากหลักธรรมคำสอนในพระพุทธศาสนา ซึ่งได้ฝังอยู่ในความคิดหรือชีวิตจิตใจของคนไทยมาเป็นเวลานาน สามารถสังเกตได้จากผลสะท้อนที่ปรากฏในด้านต่าง ๆ เช่น วิถีชีวิต ทัศนคติ พฤติกรรม นิสัยใจคอของคนไทยตลอดถึงขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ลักษณะดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากหลักธรรมในพระพุทธศาสนาโดยการนำมาดัดแปลงให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน^๕

คำสอนของพระพุทธศาสนาที่เรียกว่า หลักพุทธธรรม เป็นอีกทางหนึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมของมนุษย์ หลักพุทธธรรมเป็นคำสอนที่มุ่งสำหรับคนทุกประเภทคือครอบคลุมสังคมทั้งหมด ลักษณะทั่วไปของพุทธธรรมนั้นสามารถสรุปได้ ๒ อย่าง คือ

^๓ กุศล สุนทรธาดา, **จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย**, (กรุงเทพมหานคร: กองทุนสนับสนุนการวิจัย, ๒๕๓๙), หน้า ๓๑๖.

^๔ Lazarus, R.S. and S.Folkman, **Stress, Appraisal and Coping**, (New York: Spring Publishing Company, 1984), p.19.

^๕ สมเด็จพระญาณสังวรราชนานูภาพ, **จามเทวีวงศ์ พงศาวดารเมืองทริภุญไชย**, (พระนคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บรรณกิจเทรดดิ้ง, ๒๕๑๖), หน้า ๗.

๑. แสดงหลักความจริงสายกลาง หรือที่เรียกว่า “มัชฌิมนธรรม” ว่าด้วยความจริงตามแนวของเหตุผลบริสุทธิ์ตามกระบวนการของธรรมชาติ^๖ นำมาแสดงเพื่อประโยชน์ในทางปฏิบัติในชีวิตจริงเท่านั้น ไม่ส่งเสริมความพยายามที่จะเข้าถึงสัจธรรมด้วยวิถีถกเถียงสร้างทฤษฎีต่าง ๆ

๒. แสดงปฏิบัติทางสายกลาง หรือที่เรียกว่า “มัชฌิมาปฏิปทา” อันเป็นหลักการครองชีวิตของผู้ฝึกอบรมตน ผู้รู้เท่าทันชีวิต ไม่หลงมกมาย มุ่งผลสำเร็จ คือ ความสุข สะอาด สว่าง สงบ เป็นอิสระที่สามารถมองเห็นได้ในชีวิตนี้^๗

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “สังคมสูงวัย” (Ageing Society) กรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนประชากรทั้งหมด โดยมีผู้สูงอายุในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจากประชากรตามทะเบียนราษฎรจำนวน ๕,๖๙๒,๒๘๔ คน มีผู้สูงอายุ จำนวน ๘๕๙,๔๔๙ คน^๘ คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๙ ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีความเสี่ยงที่จะต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ในบ้านปลายชีวิต โดยสถานการณ์ที่พบอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการขาดการดูแลที่ดีจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง จนต้องหันมาพึ่งพิงบ้านพักผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ และการเข้าพักในสถานที่ดังกล่าวมีค่าใช้จ่ายสูง ปัญหาอีกอย่างหนึ่งคือผู้สูงอายุไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณ ทำให้ไม่มีความมั่นคงทางการเงินเพียงพอที่จะเลี้ยงตัวเองได้อย่างมีคุณภาพหลังจากหมดช่วงอายุการทำงาน^๙

จากการประมวลผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการวิจัยด้วยการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และนำหลักพุทธธรรมเข้าไปส่งเสริมกรรมการบริโภค เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีความสุข ดังคำขวัญที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ว่า “Add Life to Years” หมายความว่า เพิ่มชีวิตชีวาให้อายุที่ยืนยาวออกไป^{๑๐}

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมกรรมการบริโภคอาหาร

๑.๒.๒ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๑.๒.๓ เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม

^๖ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), ธรรมกับการศึกษาของไทย, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙), หน้า ๖.

^๗ ม.อ. (ไทย) ๑๒/๔๙๔/๒๒.

^๘ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๗

^๙ เดลินิวส์ออนไลน์, ผู้สูงอายุ อนาคตที่ทุกคนต้องเป็น, <<http://www.dailynews.co.th/bangkok/314312>>, เมษายน ๒๕๕๘.

^{๑๐} บรรลุ ศิริพานิช, บริการสุขภาพผู้สูงอายุ, แพทยสภาสาร, ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๙ (กันยายน ๒๕๒๕): หน้า ๔๘.

๑.๓ ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” มีการกำหนดขอบเขตไว้ ดังนี้

๑.๓.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยเรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” มุ่งศึกษาหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภค และแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยปรับปรุงจาก หทัยกาญจน์ ไสตรดี และอัมพร ฉิมพลี^{๑๑} จำนวน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๒) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๓) ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และ ๔) ด้านครอบครัว

๑.๓.๒ ขอบเขตด้านตัวแปร

๑) ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย การเข้าวัดทำบุญ

๒) ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๒) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๓) ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และ ๔) ด้านครอบครัว

๑.๓.๓ ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์, จำนวน ๑,๐๖๕ คน^{๑๒}

ในเชิงคุณภาพนั้นผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จากผู้ทรงคุณวุฒิของชมรมผู้สูงอายุและนักวิชาการโภชนาการ และศึกษาหลักพุทธธรรมจากบุคลากรทางพระพุทธศาสนาเพื่อนำไปเป็นแนวทางการแก้ไขและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยจะทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose Sampling) จำนวน ๑๐ ท่าน

๑.๓.๔ ขอบเขตด้านสถานที่

ชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

^{๑๑}นางสาวหทัยกาญจน์ ไสตรดีและนางสาวอัมพร ฉิมพลี, พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, รายงานการวิจัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, (มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม), ๒๕๕๐, หน้า ๓๓.

^{๑๒}สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และฝ่ายแผนที่ กองสำรวจ และแผนที่ สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖), <http://203.155.220.230/info/stat_search/stat_54/pop54_02.pdf>, มกราคม ๒๕๕๗.

๑.๓.๕ ขอบเขตด้านระยะเวลา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ ๒๗ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๓๐ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๗

๑.๔ ปัญหาที่ต้องการทราบ

๑.๔.๑ หลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเป็นอย่างไร

๑.๔.๒ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร

๑.๔.๓ เสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม มีอะไรบ้าง

๑.๕ สมมติฐานในการวิจัย

สมมติฐานที่ ๑ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๒ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๓ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๔ ผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๕ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๖ ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๗ ผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

๑.๖ นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการบริโภค หมายถึง การแสดงออกของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการใช้สินค้าและบริการทางเศรษฐกิจ อันได้แก่ การบริโภคอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร และวิธีการรับประทานอาหารรวมทั้งกระบวนการในการตัดสินใจที่มีผลต่อการแสดงออก

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

หลักพุทธธรรม หมายถึง หลักการหรือคำสอนของพระพุทธเจ้าที่เป็นการค้นหาเหตุผลในเรื่องจริง^{๑๓} อันเป็นหลักธรรมที่นำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

อินทรีย์สังวร หมายถึง การสำรวมอินทรีย์ทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ไม่ให้ยินดียินร้าย ในเวลาเห็นรูป ฟังเสียง ดมกลิ่น ลิ้มรส ถูกต้องโผฏฐัพพะ รู้ธรรมารมณ์ด้วยใจ ก่อนการเลือกบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

กัลยาณมิตตา หมายถึง ความมีกัลยาณมิตร มีผู้แนะนำสั่งสอน เป็นที่ปรึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างถูกสุขลักษณะ

ปัญญา หมายถึง ความรอบรู้ รู้เหตุรู้ผล รู้คุณรู้โทษการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยการพิจารณาไตร่ตรอง ศึกษาข้อมูลอย่างรอบครอบ ก่อนบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

วิกาลโภชนา หมายถึง การงดเว้นในการบริโภคอาหารในยามวิกาลของผู้สูงอายุ

โภชนเมตตัตถุญตา หมายถึง การรู้จักประมาณในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

สติ สัมปชัญญะ หมายถึง ความระลึกได้และความรู้ตัวการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

๑.๗ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

ก. ประโยชน์ที่ได้รับ

๑.๖.๑ ทำให้ทราบถึงหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร

๑.๖.๒ ทำให้ทราบผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๑.๖.๓ ทำให้ทราบแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม

ข. หน่วยงานที่ได้รับประโยชน์

๑.๖.๑ มหาวิทยาลัยและสถานศึกษาทั้งภาครัฐ และเอกชน ได้ข้อมูลไปเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาเพื่อการบริหารวิชาการ และการพัฒนาบุคลากรในสังคมต่อไป

๑.๖.๒ วัด องค์การการกุศล หน่วยงานไม่แสวงหาผลกำไร ได้ข้อมูลไปเพื่อเป็นการปรับปรุงการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุต่อไป

๑.๖.๓ ประชาชนทุกระดับ สามารถนำองค์ความรู้จากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ หรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนและคนในครอบครัวให้ดีขึ้น อันจะทำให้การพัฒนาของประเทศเกิดความมั่นคงอย่างยั่งยืน

^{๑๓} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), พุทธธรรมฉบับปรับปรุงและขยายความ, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๑.

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากเอกสาร วารสาร หนังสือ ตำราทางวิชาการโดยมีตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

- ๒.๑ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ๒.๒ ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์
- ๒.๓ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคตามหลักพุทธธรรม
- ๒.๕ ข้อมูลพื้นที่วิจัย
- ๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ๒.๗ กรอบแนวคิดในการวิจัย

๒.๑ แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

๒.๑.๑ ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค

เมื่อกล่าวถึงคำว่า “พฤติกรรมผู้บริโภค” หลายคนมักจะนึกถึงหลักการทางเศรษฐศาสตร์ เช่น ทฤษฎีการบริโภคแบบรายได้เปรียบเทียบ (Relative Theory of Consumption) หรือทฤษฎีการบริโภคแบบรายได้ถาวร (Permanent Income Hypothesis) แม้แต่เรื่องของหลักอุปสงค์ (Demand) และ อุปทาน (Supply) ซึ่งอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างราคาและปริมาณสินค้า เหล่านี้ล้วนแล้วแต่เกี่ยวข้องกับการบริโภคทั้งสิ้น แต่เนื่องจากการวิจัยนี้มุ่งศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยมุ่งเน้นถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในสังคม ดังนั้นผู้วิจัยจึงอธิบายถึงพฤติกรรมการบริโภคในภาพรวมว่า พฤติกรรมการบริโภค คือ การศึกษาปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์การ และกระบวนการที่พวกเขาเหล่านั้นใช้เลือกสรร รักษา และกำจัด สิ่งที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ บริการ ประสบการณ์ หรือแนวคิด เพื่อสนองความต้องการและผลกระทบที่กระบวนการเหล่านี้มีต่อผู้บริโภคและสังคม^๑ พฤติกรรมผู้บริโภคเป็นการผสมผสานจิตวิทยา สังคมวิทยา มานุษยวิทยาสังคม และเศรษฐศาสตร์ เพื่อพยายามทำความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจของผู้ซื้อ ทั้งปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคล พฤติกรรมผู้บริโภคศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้บริโภคปัจเจกชน อาทิ ลักษณะทางประชากรศาสตร์และตัวแปรเชิงพฤติกรรม เพื่อพยายามทำความเข้าใจความต้องการของประชาชน พฤติกรรมผู้บริโภคโดยทั่วไปก็ยังพยายาม

^๑Kuester, Sabine, MKT 301 : Strategic Marketing & Marketing in Specific Industry Contexts, University of Mannheim, 2012, P. 110.

ประเมินสิ่งที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภคโดยกลุ่มบุคคล เช่นครอบครัว มิตรสหาย กลุ่มอ้างอิง และสังคมแวดล้อมด้วย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภค

นักเศรษฐศาสตร์เชื่อว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคมามากที่สุด คือ รายได้แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในแนวคิดของรายได้ว่าเป็นรายได้ประเภทใด แต่ข้อสรุปส่วนใหญ่ คือ การบริโภคจะถูกกำหนดโดยรายได้เป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการบริโภค เช่น

๑) ความมั่งคั่งหรือทรัพย์สิน (Wealth) ซึ่งอิทธิพลของทรัพย์สินที่มีต่อการบริโภคมีการอธิบายจากทฤษฎีช่วงอายุขัย แม้ว่าทฤษฎีรายได้ถาวรจะไม่ปรากฏตัวแปรทรัพย์สินมาอย่างเด่นชัดในฟังก์ชันการบริโภค แต่ Friedman ได้อธิบายว่า รายได้ถาวรเป็นรายได้ที่สามารถนำมาบริโภคโดยไม่กระทบต่อฐานะทรัพย์สิน ดังนั้น ทรัพย์สินจึงถือว่าเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการบริโภค

๒) จำนวนสินค้าคงทนถาวรที่บุคคลมีอยู่ เช่น รถยนต์ ตู้เย็น โทรทัศน์ ถ้าบุคคลมีสินค้าประเภทคงทนถาวรอยู่แล้วเป็นจำนวนมาก โอกาสที่จะซื้อหาใหม่ก็มีน้อย เพราะสินค้าเหล่านี้มีอายุการใช้ประโยชน์ยาวนาน แต่ถ้าบุคคลมีสินค้าประเภทคงทนถาวรอยู่จำนวนน้อยจึงมีแนวโน้มที่จะซื้อหาใหม่มากขึ้น

๓) การคาดคะเนเกี่ยวกับราคาสินค้าในอนาคต ถ้าผู้บริโภคคาดว่าปริมาณสินค้าจะขาดแคลนหรือคาดว่าราคาสินค้าจะสูงขึ้น ผู้บริโภคจะพากันซื้อสินค้ามากกักตุนไว้มากขึ้น แต่ถ้าผู้บริโภคคาดว่าปริมาณสินค้าจะล้นตลาดหรือคาดว่าราคาสินค้าจะลดลงแล้ว ผู้บริโภคจะชะลอการซื้อไว้ โดยรอให้ราคาลดลงถึงที่สุดก่อนจึงจะซื้อ

๔) อัตราดอกเบี้ย (Interest) นักเศรษฐศาสตร์สำนักคลาสสิก เชื่อว่าเมื่ออัตราดอกเบี้ยสูงขึ้นจะเป็นแรงจูงใจให้มีการออมมากขึ้น ซึ่งจะทำให้การบริโภคลดลง

๕) การคาดคะเนเกี่ยวกับรายได้ในอนาคต ถ้าผู้บริโภคคาดคะเนว่ารายได้ในอนาคตของเขาจะสูงขึ้น ผู้บริโภคมีแนวโน้มจะใช้จ่ายเพื่อการบริโภคมากขึ้น เก็บออมน้อยลงโดยหวังว่ารายได้ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคตจะสามารถชดเชยการออมที่ต่ำลงในปัจจุบันได้ แต่ถ้าผู้บริโภคคาดว่าในอนาคตเขาจะมีรายได้ลดลงหรือไม่มีรายได้แล้ว ผู้บริโภคจะลดการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคลงโดยเตรียมเก็บออมเงินเพิ่มขึ้นเพื่อจะไม่ให้เดือดร้อนในอนาคต

๖) ระดับราคาและภาวะเงินเฟ้อ ถ้ารายได้ตัวเงิน (Nominal Income) และระดับราคามีอัตราเพิ่มขึ้นเท่ากัน ทำให้รายได้แท้จริงมีระดับคงเดิมแล้ว การบริโภคแท้จริงก็จะไม่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมดังกล่าวมีข้อสมมติว่าผู้บริโภคไม่ถูกหลอกด้วยภาพลวงตาของเงิน หากผู้บริโภคมีภาพลวงตาของเงินแสดงว่าผู้บริโภคจะยึดมูลค่าตัวเงินเป็นหลัก โดยมีได้สนใจอำนาจซื้อหรือค่าที่แท้จริงของเงิน

๗) รสนิยมของผู้บริโภค เมื่อผู้บริโภคมีรสนิยมเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของการชอบหรือไม่ชอบและชอบมากขึ้นหรือน้อยลงทำให้การใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

๘) การเลียนแบบในการบริโภค โดยทั่วไปแล้วผู้บริโภคมักเอาอย่างหรือตามอย่างผู้อื่นในการบริโภคเสมอ ดังนั้น ถ้าผู้บริโภคมีโอกาสอยู่ใกล้ชิดหรือเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นแล้ว ย่อมจะเอาอย่างในการบริโภค

๙) จำนวนเงินสดที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลมีเงินสดอยู่ในมือเป็นจำนวนมากก็มีแนวโน้มที่จะใช้จ่ายเพื่อการบริโภคมาก แต่ถ้าบุคคลมีเงินสดอยู่ในมือเป็นจำนวนน้อยก็จะมีแนวโน้มในการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคน้อย

๑๐) ประเภทของรายได้ที่ผู้บริโภคได้รับ โดยทั่วไปแล้วผู้บริโภคที่มีรายได้ประจำแน่นอนมักมีแนวโน้มในการจ่ายเพื่อการบริโภคมากกว่าผู้มีรายได้ไม่แน่นอน

๑๑) การเลื่อนเวลาในการบริโภค ถ้าบุคคลคิดว่าอนาคตเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนแล้ว เขาจะคิดว่าเขาควรบริโภคเสียก่อนในปัจจุบันมากกว่าในอนาคต ดังนั้น แนวโน้มของการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคในปัจจุบันจะสูงขึ้น แต่ถ้าบุคคลคิดว่าอนาคตสดใสและแน่นอนเขาจะเลื่อนการบริโภคในปัจจุบันให้น้อยลงเพื่อการบริโภคที่มากขึ้นในอนาคต ดังนั้น แนวโน้มของการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคจะต่ำลง

๑๒) รสนิยมของผู้บริโภคเปลี่ยนแปลง การชอบมากขึ้นหรือน้อยลงย่อมทำให้การใช้จ่ายเพื่อการบริโภคเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

๑๓) การเอาอย่างในการบริโภค ผู้บริโภคจะมีการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ในลักษณะที่เห็นเขามีก็พยายามจะทำตาม

๑๔) ระดับการศึกษาของผู้บริโภค โดยทั่วไปแล้ว ผู้บริโภคที่มีระดับการศึกษาสูงมักมีแนวโน้มในการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคสูงกว่าผู้บริโภคที่มีการศึกษาน้อย ทั้งนี้ เนื่องจากผู้บริโภคมีระดับการศึกษาสูงเลือกบริโภคสินค้าที่มีคุณภาพสูง

๑๕) การเก็บภาษีอากรของรัฐบาล ถ้ารัฐบาลเก็บภาษีอากรเพิ่มขึ้นย่อมทำให้รายได้ของผู้บริโภคหลังจากหักภาษีอากรแล้วเหลือน้อยลง ย่อมสามารถใช้จ่ายเพื่อการบริโภคน้อยลง

๑๖) การโฆษณาสินค้า ย่อมมีส่วนสูงในการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคของผู้บริโภคเสมอ

๑๗) การขยายตัวของตลาดสินค้าและบริการ ทำให้ผู้บริโภคสามารถซื้อหาสินค้าหรือบริการได้สะดวกขึ้น มีผลกระทบต่อยอดรวมของรายจ่ายเพื่อการบริโภคโดยตรง

๑๘) ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ฤดูกาล ค่านิยม หรือขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคของผู้บริโภคนั้นมีปัจจัยหลายประการขึ้นอยู่กับรสนิยมของผู้บริโภค รายได้ที่ผู้บริโภคได้รับ แนวโน้มของการใช้จ่ายของผู้บริโภค การโฆษณาสินค้า หรือแม้กระทั่งขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ก็เป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าหรือบริโภคอาหาร ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอทฤษฎีประกอบเพื่อความชัดเจน

ทฤษฎีการบริโภคแบบวัฏจักรชีวิต (The Life Cycle Theory of Consumption)

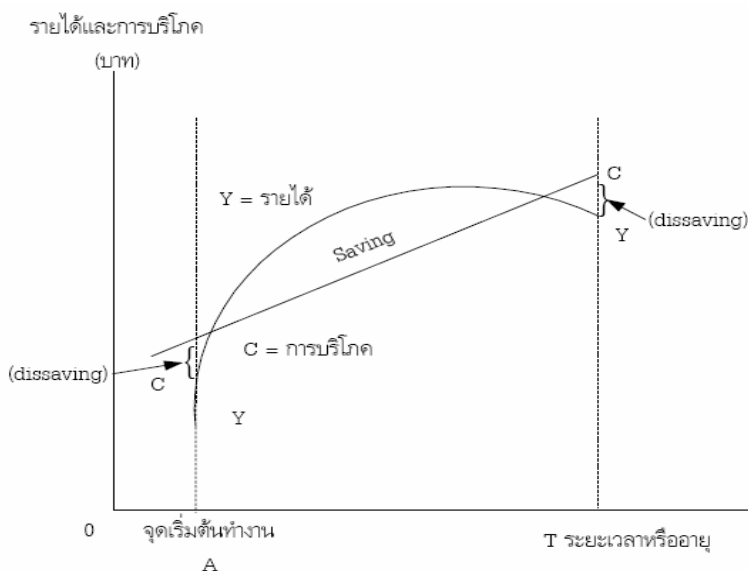
ทฤษฎีการบริโภคแบบวัฏจักรชีวิตได้รับการพัฒนาขึ้นโดย Franco Modigliani ร่วมกับลูกศิษย์ของเขาอีก ๒ คน คือ Albert Ando และ Richard Brumberg ทั้งนี้ แนวคิดดังกล่าวเริ่มต้นในปี ค.ศ. 1954 ตามแนวคิดนี้ไม่เชื่อว่าปริมาณการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคในวุดเวลาหนึ่งจะขึ้นอยู่กับระดับรายได้สัมบูรณ์ในวุดเวลานั้นตามแนวความคิดของ John Maynard Keynes แต่ควรขึ้นอยู่กับการคาดคะเนของรายได้ตลอดช่วงอายุขัยทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต มากกว่า ซึ่งทฤษฎีการบริโภคแบบวัฏจักรชีวิตมีสมมติฐานที่สำคัญ ๒ ประการ คือ

๑. กระแสรายได้ในช่วงชีวิตของผู้บริโภคแต่ละคนมีรูปแบบคล้ายคลึงกันกล่าวคือ ช่วงต้นและช่วงปลายของชีวิตมีกระแสรายได้ต่ำกว่าช่วงกลาง นอกจากนั้นระดับของการบริโภคค่อนข้างคงที่

หรือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ดังนั้น ในช่วงแรกและช่วงปลายของชีวิตการบริโภคจึงสูงกว่ารายได้ มีการออมสุทธิเป็นลบ ส่วนช่วงกลางของชีวิตมีการออมเป็นบวก

๒. การบริโภค ณ เวลาใดเวลาหนึ่งจะเป็นสัดส่วนกับมูลค่าปัจจุบันของรายได้ที่คาดว่าจะได้รับตลอดช่วงอายุที่เหลือ หากมองเป็นรายบุคคล การบริโภคของผู้บริโภคแต่ละรายมีค่าเป็นสัดส่วนกับมูลค่าปัจจุบันของรายได้ตลอดชีวิต

หากพิจารณาการกระจายรายได้และปริมาณการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคในวัฏจักรชีวิตที่ควรจะเป็นของบุคคลหนึ่ง ๆ ดังรูป



แผนภาพที่ ๒.๑

การบริโภคในวัฏจักรชีวิต (Life-Cycle Theory of Consumption)

จะเห็นว่าในช่วงชีวิตของบุคคลขณะที่มีอายุน้อย จะมีระดับรายได้อยู่ในระดับต่ำ และจะมีรายได้สูงขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ต่อมาเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะกลับมีรายได้ลดลงอีกครั้งการกระจายรายได้ตลอดช่วงอายุจึงมีลักษณะเป็นไปตามเส้น YY ส่วนปริมาณการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคของบุคคลจะสูงขึ้นเป็นลำดับตามอายุขัย โดยมีลักษณะของการกระจายปริมาณการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคตามเส้น CC เมื่อทำการเปรียบเทียบกันระหว่างเส้น YY และ CC แล้ว จะพบว่าในช่วงต้นของชีวิตบุคคลจะมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการบริโภค ดังนั้น บุคคลจึงต้องประพடுத்தเงินเป็นผู้ออมหนี้ ต่อมาในช่วงกลางของชีวิตจึงเริ่มที่จะมีรายได้เหลือจ่ายจนสามารถชดเชยหนี้ได้และเก็บเงินสะสมไว้สำหรับช่วงปลายของชีวิต นั่นคือ คราวเรือนที่มีหัวหน้าครอบครัวเป็นบุคคลอายุน้อยหรืออยู่ในวัยสูงอายุจะมีค่า APC (Average Propensity to Consume : ความโน้มเอียงเฉลี่ยในการบริโภค) สูง ในขณะที่คราวเรือนที่มีหัวหน้าครอบครัวเป็นบุคคลในวัยกลางคนจะมีค่า APC ต่ำ ถ้าหากพิจารณาในแง่ของการตัดสินใจเพื่อการบริโภคของคราวเรือนแล้ว ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ปริมาณการใช้จ่ายเพื่อการบริโภคในงวดเวลาหนึ่งจะขึ้นอยู่กับมูลค่าปัจจุบันในงวดเวลานั้นของกระแสรายได้ตลอดช่วงชีวิตซึ่งเป็นค่าที่สะท้อน

ให้เห็นถึงระดับรายได้คาดคะเนตลอดช่วงอายุขัยทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของครัวเรือน สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$C_t = k(PV_t) : 0 < k < 1$$

โดยที่ C_t คือ การบริโภคในงวดเวลา t
 PV_t คือ มูลค่าปัจจุบันในงวดเวลา t ของรายได้ที่จะได้รับตลอดชั่วอายุขัย

จากที่ได้กล่าวมานั้นผู้วิจัยสรุปถึง “พฤติกรรมกรรมการบริโภค” ว่าเป็นพฤติกรรมที่มนุษย์ต้องแสวงหาสิ่งต่าง ๆ เพื่อมาตอบสนองความต้องการความอยาก เช่น วัตถุ สิ่งของ เครื่องใช้ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย รถยนต์ โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ ฯลฯ ให้ความต้องการความอยากเบาบางลง พฤติกรรมการบริโภคมีลักษณะไม่มีที่สิ้นสุด (∞) ต้องการสิ่งของและสินค้าเพื่อบริโภคอุปโภคทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตอบสนองความต้องการความอยากเหล่านั้นอยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่เกิดจนตาย ในช่วงอายุของคนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคแตกต่างกันออกไป ช่วงวัยเด็ก พฤติกรรมการบริโภคของเด็กจะเน้นไปที่การกินและการละเล่น โดยที่ในวัยนี้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคสินค้าและบริการ ไม่ได้คำนึงถึงรายได้หรือเงินในกระเป๋าสักเท่าใด ขอเพียงแต่มีความต้องการที่อยากจะได้เท่านั้น ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คนในวัยเด็กใช้จ่ายไปเป็นรายได้ของพ่อแม่ที่ต้องควักกระเป๋าจ่ายให้กับลูก ช่วงวัยรุ่น-วัยกลางคนพฤติกรรมการบริโภคมีลักษณะการบริโภคแบบเปรียบเทียบ ลอกเลียนแบบครอบครัวอื่น โดยการนำเอาความมั่งคั่งของครอบครัวอื่นมาเปรียบเทียบกับครอบครัวของตนเอง เมื่อครอบครัวอื่นมีครอบครัวของตนเองก็ต้องมีโดยที่บางครั้งก็ไม่ได้คำนึงถึงรายได้ของครอบครัวที่ทำได้ เช่น มีรถยนต์ส่วนตัว ขับ มีโทรศัพท์มือถือ มีแท็บเล็ต ฯลฯ จนบางครั้งทำให้หลายครอบครัวต้องทำงานใช้หนี้ที่เกิดจากการการบริโภคจนเกิดตัวของพวกเขา ทำให้คนวัยรุ่น-วัยกลางคนมีพฤติกรรมการบริโภคลอกเลียนแบบสูงมากขึ้นโดยเฉพาะในสังคมไทยปัจจุบัน ช่วงวัยชราหรือผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ต้องพักผ่อนไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ รายได้จากการทำงานที่เคยทำได้ในสมัยหนุ่มสาวก็ลดลงจากผลกำไรที่ทยอยหายไปตามกาลเวลา ทำให้คนในช่วงวัยผู้สูงอายุไม่มีรายได้ แต่เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคของคนที่จะก้าวย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีลักษณะการบริโภคแบบข้ามเวลา คือ มีลักษณะการออมไว้เพื่อใช้จ่ายในยามที่ตัวเองแก่เฒ่า โดยคาดการณ์ว่าไม่มีลูกหลานมาคอยดูแล หรือต้องการใช้จ่ายเพื่อหาพยาบาลมาช่วยดูแลในยามที่ป่วยไข้ ฯลฯ ทำให้คนช่วงวัยผู้สูงอายุมีเงินเก็บเงินออมจำนวนมาก สามารถเลือกซื้อสินค้าและบริการตามความสุขที่พึงจะกอบโกยเอาได้ก่อนที่จะสิ้นลมหายใจครั้งสุดท้าย

พฤติกรรมการบริโภคส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมกลุ่มสังสรรค์ ท่องเที่ยวไปในสถานที่ต่าง ๆ ทำบุญ ฯลฯ โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญและเรื่องใหญ่สำหรับผู้สูงอายุ ถ้าเป็นคนช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น วัยกลางคน พฤติกรรมการบริโภคอาหารอาจจะไม่ใช่เรื่องสำคัญที่จะต้องวิตกกังวล เนื่องจากกระบวนการเผาผลาญอาหารของคนวัยทำงานนั้นมีกระบวนการเผาผลาญที่ดี สามารถเผาผลาญอาหารที่กินเข้าไปได้จดหมดจากการทำงานนั่นเอง นอกจากนั้นการมีอยู่มีกิน มีอาหารเพียงพอในการกินทุกมื้อ บ่งบอกถึงความกินดีอยู่ดีของคนและครอบครัวนั้น วัยเด็กถ้ามีอาหารที่ดีสำหรับบริโภคจะทำให้เด็กอุดมสมบูรณ์มีวิวัฒนาการ

ในการเติบโตที่ดี สร้างเซลล์กล้ามเนื้อ สมอง อย่างดีเยี่ยม ส่วนวัยผู้สูงอายุหรือวัยชรา การบริโภคอาหารเยอะ ๆ ไม่ถือว่าเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากกระบวนการเผาผลาญของคนสูงอายุประสิทธิภาพลดลง อาหารบางชนิดก็เป็นอาหารที่ผู้สูงอายุควรดเว้นเพื่อหลีกเลี่ยงโรคยอดฮิตในปัจจุบันนี้ เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ ฯลฯ อาหารที่ควรดเว้น เช่น เนื้อสัตว์ เป็ด ไก่ ช็อคโกแลต ขนมหวาน ฯลฯ เป็นอาหารเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมา ดังนั้น ในคนวัยสูงอายุ จึงควรมีการควบคุมและดูแลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อย่างเอาใจใส่และห่วงใยในสุขภาพของคนวัยนี้

ดังนั้น เมื่อมีคำกล่าวว่า มนุษย์เป็นทรัพยากรที่มีค่าสำคัญของโลก ซึ่งไม่สามารถที่จะประเมินค่ากับสิ่งใดทั้งสิ้น ประเทศใดก็ตามหากมีประชากรที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง การมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจก็จะนำพาประเทศนั้นไปสู่ความเจริญรุ่งเรือง การที่มนุษย์จะมีความคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจะต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ สิ่งหนึ่งก็คือภาวะทางด้านโภชนาการ หรือการกินอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย อาหารมีความสำคัญยิ่งต่อการเจริญเติบโตของร่างกายมาเป็นลำดับขั้นในแต่ละวัย อาหารมีความจำเป็นต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ฉะนั้นภาวะทางโภชนาการจะเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของคุณภาพชีวิต เนื่องจากหากมีโภชนาการที่ดีก็จะทำให้เกิดสุขภาพทางกายและจิตใจที่เข้มแข็งสมบูรณ์ ทำให้ประเทศมีประชากรที่มีสุขภาพดีถ้วนหน้า

ภาวะทางด้านโภชนาการมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นอย่างมาก เนื่องจากพฤติกรรมนี้เริ่มต้นจากครอบครัวในการที่สามารถรับรสชาติ และสัมผัสกับอาหารเป็นครั้งแรก ส่งผลให้บุคคลในแต่ละคนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน และพฤติกรรมในการบริโภคอาหารถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมขั้นพื้นฐานของปัจจัย ๔ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้น จึงมีนักวิชาการหลายท่านที่ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติที่เคยชินจนเป็นนิสัยในการรับประทานอาหารซึ่งครอบคลุมถึงประเภทอาหารชนิดของอาหารที่รับประทาน วิธีการรับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหาร และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ รวมทั้งสุนทรีย์ในการรับประทานอาหารด้วย ในขณะที่ สมาคมการตลาดแห่งสหรัฐอเมริกา^๒ ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมผู้บริโภคว่า เป็นการกระทำซึ่งส่งผลต่อกันและกันตลอดเวลาของความรู้ ความเข้าใจพฤติกรรม และเหตุการณ์ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่มนุษย์ได้กระทำขึ้นในเรื่องของการแลกเปลี่ยนสำหรับการดำเนินชีวิตมนุษย์ แต่ทั้งนี้การบริโภคอาหารไม่ใช่พฤติกรรมธรรมชาติที่บุคคลจะทำได้ตามความพึงพอใจ การบริโภคมักเกิดขึ้นโดยมีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องเสมอ เพราะมนุษย์มีการเรียนรู้พฤติกรรมการบริโภคผ่านกระบวนการกล่อมเกลாத่างสังคม ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคของมนุษย์เป็นสิ่งที่นำไปสู่ภาวะโภชนาการของบุคคลการฝึกปฏิบัติ เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคที่ดีนั้นเป็นสิ่งที่เราทุกคนเห็นความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะคนเราจะมีชีวิตที่เป็นปกติสุขอยู่ได้นั้น อันดับแรกต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง

^๒ สุนีมาศ โนรี และเพ็ญจิตร กาหมณี, พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบไทยและแบบตะวันตก ของนักเรียนในจังหวัดเชียงใหม่, รายงานการวิจัย คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, (คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่), ๒๕๔๒, หน้า ๒๔.

พฤติกรรมการบริโภค คือ การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทั้งทางด้านการแสดงออกและความคิด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการ แล้วจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น เลือกรับประทานอาหารเฉพาะบางชนิดที่รับประทาน และอาหารที่รับประทานที่ไม่มีประโยชน์ หรือการปฏิบัติเกี่ยวกับอาหารที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะโภชนาการตามมา

พฤติกรรมการบริโภค คือ การประพฤติ การปฏิบัติ หรือ การแสดงออกที่เกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร สุขลักษณะ และวิธีการบริโภคอาหารที่สามารถสังเกตได้ โดยเป็นลักษณะความชอบ หรือไม่ชอบที่ปฏิบัติเสมอ ๆ จนกลายเป็นความเคยชินในการบริโภค ผู้บริโภคจะต้องนำมาพิจารณาในการเลือก การปรุง การกิน ของตนเองและครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการแสดงออกของบุคคลที่สามารถสังเกตได้ และสังเกตไม่ได้ เกี่ยวกับรับประทานอาหารโดยมีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่น ๆ ได้แก่ ความเชื่อในการบริโภคอาหาร ข้อห้ามในเรื่องอาหาร ความนิยมในเรื่องอาหาร และนิสัยการบริโภคอาหารล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งสิ้น ดังนี้ คือ

๑) ความเชื่อในการบริโภคอาหาร (Food Belief) เป็นความเข้าใจและประสบการณ์ที่ได้รับการถ่ายทอดกันมา โดยมีทั้งเหตุผลหรือข้ออ้างอิงเป็นคำอธิบายถึงผลของความเชื่อนั้น ๆ ซึ่งอาจเป็นจริง หรือไม่ก็ได้ เช่น หญิงมีครรภ์เชื่อว่าดื่มน้ำมะพร้าวจะช่วยล้างไขมันของทารกและช่วยให้คลอดง่าย เป็นต้น

๒) ข้อห้ามในการบริโภคอาหาร (Food Taboo) เป็นกฎเกณฑ์ของสังคมที่ถือปฏิบัติสืบทอดกันมาในภาวะหรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น ห้ามหญิงตั้งครรภ์รับประทานไข่ หรือห้ามหญิงคลอดบุตรที่อยู่ไฟรับประทานของแสลง ซึ่งแตกต่างกันไปแต่ละชุมชน

๓) ความนิยมในเรื่องการบริโภคอาหาร (Food Fad) เป็นการกระทำที่เอาอย่าง เพื่อแสดงว่ามีส่วนร่วม หรือเพื่อความจำเป็นทางเศรษฐกิจและสภาพแวดล้อม โดยไม่จำเป็นต้องถูกต้องและมีเหตุผลเสมอไปเช่นการเลี้ยงลูกด้วยนมขวดหรืออาหารเสริมเสริมสำเร็จรูปที่แสดงถึงความทันสมัยอย่างเพื่อนหรือเพราะความจำเป็นทางอาชีพที่เปลี่ยนไปตามลักษณะของสังคมใหม่

๔) นิสัยการบริโภค (Food Habits) หมายถึง ลักษณะหรือการกระทำอันซ้ำซากซึ่งบุคคลใดบุคคลหนึ่งทำด้วยความเข้าใจ เพื่อให้การรับประทานอาหารของเขาบรรลุถึงความประสงค์ทางอารมณ์และของสังคมบริโภคนิสัยมักเป็นสิ่งที่สืบเนื่องกันมาเป็นเวลานาน และเป็นการยากที่จะไปเปลี่ยน การที่บุคคลรับประทานอาหารแตกต่างกันไปนั้นเป็นผลเรียนรู้จากประสบการณ์คนแต่ละคน ไม่ได้เกิดมาพร้อมด้วยบริโภคนิสัย แต่เขาจะเรียนรู้คือดูตัวอย่างจากผู้สูงอายุกว่า หรือจากเพื่อน ๆ นิสัยการบริโภค และความเชื่อในเรื่องคุณสมบัติ และคุณภาพของอาหาร จะมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ซึ่งสืบเนื่องมาจากการเลือกอาหารของเขา

พฤติกรรมการบริโภค (Food Behavior) เป็นความเชื่อถือ ข้อห้าม ข้อบังคับที่ถือการปฏิบัติในสังคมจนกลายเป็นบริโภคนิสัยในแ่งมานุษยวิทยาอาจถือได้ว่าเป็นวัฒนธรรม กล่าวคือ พฤติกรรมการบริโภค หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ หรือปฏิบัติในการเลือกสรรหาอาหารมาบริโภค และการนำอาหารไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย รวมถึงการเลือกชนิดอาหาร การเตรียม การปรุง ตลอดจนการบริโภคอาหาร หรือพฤติกรรมการบริโภค หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่สังเกตได้หรือไม่ก็ตาม ทั้งการพูด ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจเลือก กิริยาการแสดงออกและการกระทำใน

การบริโภคอาหาร จากความหมายของพฤติกรรมการบริโภคสามารถแบ่งออกเป็น ๒ ประเภท คือ พฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก

๑. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่สามารถสังเกตได้ เช่น ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม ความตั้งใจซึ่งพฤติกรรมภายในตัวบุคคลที่สังเกตโดยตรงไม่ได้ หากต้องการทราบว่าบุคคลมีการแสดงออกอย่างไรจำเป็นต้องมีเครื่องมือมาช่วย เช่น แบบทดสอบความรู้ แบบวัดความรู้สึก เป็นต้น ซึ่งวิธีวัดอาจให้บุคคลตอบเอง หรือสัมภาษณ์

๒. พฤติกรรมภายนอก (Invert Behavior) หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคที่บุคคลแสดงออกโดยผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น ประเภทอาหารที่รับประทาน ปริมาณอาหารในแต่ละมื้อ บริโภคอาหารวันละกี่มื้อ เป็นต้น

การวัดพฤติกรรมในลักษณะนี้สามารถใช้วิธีการสังเกตได้โดยตรง การแสดงออกของพฤติกรรมภายนอกมักจะมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับพฤติกรรมภายใน และการแสดงออกของพฤติกรรมภายนอกจึงมักถูกกำหนดโดยพฤติกรรมภายใน พฤติกรรมภายนอกบางอย่างมีการกระทำซ้ำ ๆ จนเกิดเป็นความเคยชิน ในบางครั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอกอาจไม่สอดคล้องกัน ดังนั้น พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลจึงไม่ได้เป็นเหตุเป็นผลและเป็นความจริงตามความคิดของคนเสมอไป พฤติกรรมการบริโภคใด ๆ ล้วนถูกกำหนดโดยความเอื้ออำนวยของทรัพยากรอาหารในท้องถิ่น (Behavior Setting) พฤติกรรมการบริโภคของชุมชนหนึ่งย่อมแตกต่างไปจากอีกชุมชนหนึ่งที่มีสิ่งแวดล้อมต่างกัน แต่แม้จะเกิดในสิ่งแวดล้อมเดียวกันก็มิได้หมายความว่าพฤติกรรมการบริโภคที่เหมือนกัน เพราะการบริโภคนั้นต้องผ่านการปรับแต่งจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) ของชุมชนนั้นจนกลายเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่น ประเพณี วัฒนธรรมท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งอาจต่างหรือเหมือนกัน พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกปรุงแต่งจนได้รับการยอมรับเป็นวัฒนธรรมการบริโภคอาหารท้องถิ่นนั้น ประกอบด้วย ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ และประสบการณ์สะสมเป็นเกณฑ์กำกับวัฒนธรรมการบริโภคของแต่ละสังคม เช่น เนื้อหมูต้องห้ามสำหรับชาวมุสลิม เนื้อวัวต้องห้ามสำหรับชาวฮินดู ฯลฯ อย่างไรก็ตามแม้พฤติกรรมการบริโภคบางอย่างโดยเฉพาะเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนาอาจเปลี่ยนได้ยาก แต่ความจริงแล้วในแต่ละท้องถิ่นมักมีทางเลือกที่สามารถทดแทน หรือชดเชยให้เกิดความเพียงพอในการได้รับสารอาหารเพราะถึงแม้จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกปรับขัดเกลากลายเป็นวัฒนธรรมการบริโภคของสังคมนั้น ๆ ก็มิได้หมายความว่าทุกคนรอบคร้วจะสามารถมีพฤติกรรมเหล่านั้นได้หมด ทั้งนี้ต้องผ่านการเลือกซึ่งขึ้นอยู่กับศักยภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรของแต่ละครอบครัว เนื่องจากวัฒนธรรมมิได้หยุดนิ่งอยู่กับที่ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารบางอย่างอาจหายไปกับกาลเวลา ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคใหม่ ๆ อาจเกิดขึ้นแทนตามการผันแปรของสิ่งแวดล้อมของสมัยนิยมในสังคม และตามศักยภาพในการเลือกสรรของครอบครัว นอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคส่วนบุคคลยังขึ้นอยู่กับอุปนิสัย ความชอบ และการตอบสนองของร่างกาย

จากความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหารข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมภายนอกที่แสดงออกให้เห็น เช่น นิสัยการบริโภค การเลือกบริโภคอาหาร การปรุง หรือการประกอบอาหาร ความชอบ ความถ้อยชอบในการบริโภคอาหารชนิดต่าง ๆ หรือพฤติกรรมภายใน เช่น ความคิดความรู้สึก

ความเชื่อ ตลอดจนทัศนคติที่มีต่ออาหารชนิดต่าง ๆ พฤติกรรมการบริโภคของแต่ละบุคคลจะมีส่วนให้บุคคลมีสุขภาพแตกต่างกัน พฤติกรรมการบริโภคที่ดีก็จะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารจึงเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

๒.๑.๒ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพนั้น เป็นการบริโภคอาหารเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโต มีภูมิคุ้มกันโรค ช่วยซ่อมแซมระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายให้เป็นปกติทำให้มีสุขภาพที่ดีและอายุยืนยาว การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องรับประทานอาหารให้ครบ ๕ หมู่ เนื่องจากอาหารแต่ละอย่างประกอบด้วยสารอาหารหลากหลายชนิดในปริมาณที่ไม่เท่ากัน ซึ่งสารอาหารแต่ละชนิดให้ประโยชน์แก่ร่างกายแตกต่างกัน ดังนั้น การรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพดีจึงควรรับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิด ในปริมาณที่เหมาะสมกับอายุและสภาพร่างกาย เพื่อให้ร่างกายมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างเหมาะสม ซึ่งได้มีการแบ่งอาหารหลักของคนไทยตามสารอาหาร และลักษณะของอาหารออกเป็น ๕ หมู่ และสามารถจำแนกสารอาหารออกเป็น ๖ ชนิด ประกอบด้วย อาหารหมู่ที่ ๑ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง นม อาหารหมู่นี้เป็นแหล่งอาหารที่ดีของสารอาหารประเภทโปรตีน มีหน้าที่ในการเสริมสร้างการเจริญเติบโต และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรบของร่างกาย ช่วยสร้างน้ำย่อย ฮอโมน น้ำมัน และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ช่วยรักษาสมดุลของกรด และด่างในร่างกาย ช่วยรักษาสสมดุลของน้ำในหลอดเลือด เนื้อเยื่อ และเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ควรได้รับพลังงานจากเนื้อสัตว์ ร้อยละ ๑๐ – ๑๕ ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันและพวกถั่วเมล็ดแห้ง ร้อยละ ๑๒ ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ ๒ ข้าว แป้งน้ำตาล เผือก มัน อาหารหมู่นี้เป็นแหล่งสำคัญของสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต มีหน้าที่ให้พลังงาน และความอบอุ่น เพื่อเสริมสร้างความอบอุ่นแก่ร่างกาย ควรได้รับ ร้อยละ ๕๕ ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ ๓ ผักต่าง ๆ อาหารหมู่นี้เป็นแหล่งอาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่ เป็นสารอาหารที่ช่วยในกระบวนการเผาผลาญหรือช่วยให้ปฏิกิริยาต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานได้ตามปกติ ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างของร่างกายเป็นองค์ประกอบของเซลล์เนื้อเยื่อและเส้นประสาทเป็นองค์ประกอบของเอนไซม์ ฮอโมน และวิตามิน นอกจากนี้ยังเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ อีกด้วย และยังมีใยอาหารซึ่งมีประโยชน์มากช่วยในการทำงานของระบบขับถ่าย ทำให้ทำงานปกติและยังช่วยดูดซับสารที่อาจเป็นพิษต่อร่างกายควรได้ รับประมาณร้อยละ ๕ ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ ๔ ผลไม้ต่าง ๆ อาหารหมู่นี้มีคุณค่าทางอาหารคล้ายกับหมู่ที่ ๓ คือ ให้สารอาหารประเภทวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ ตลอดจนใยอาหารทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อในทุกอวัยวะ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยในการทำงานของระบบขับถ่ายให้เป็นปกติ ควรได้รับประมาณร้อยละ ๓ ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันอาหารหมู่ที่ ๕ ไขมัน และน้ำมัน อาหารหมู่นี้เป็นแหล่งของสารอาหารประเภทไขมัน มีหน้าที่ให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกายแล้วยังมีส่วนช่วยในการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายให้เป็นปกติ นอกจากนี้ยังช่วยให้ร่างกายดูดซึมวิตามินหลายชนิดที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกายด้วย ควรได้รับประมาณร้อยละ ๑๐ ของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันน้ำ (Water) จัดเป็นสารอาหารที่ไม่ให้พลังงาน แต่ร่างกายมีความ

จำเป็นที่จะต้องได้รับอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยให้ระบบในร่างกายทำงานเป็นปกติ หลักการกินเพื่อสุขภาพดินนอกจากจะรับประทานให้ครบ ๕ หมู่แล้ว ควรพิจารณาอาหารที่มาจากธรรมชาติ โดยแบ่งกลุ่มอาหารที่มาจากธรรมชาติที่มีอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งพิจารณาถึงกระบวนการแปรรูปได้ ๓ กลุ่ม คือ ดังนี้

๑. อาหารที่มาจากธรรมชาติโดยตรง เช่น หัวกระเทียมสด หัวหอมสด น้ำผึ้งที่บีบคั้นจากรวงผึ้ง พริกขี้หนูสด สมุนไพร เป็นต้น ซึ่งอาหารเหล่านี้จะใช้เป็นส่วนผสมของอาหารประจำวันที่ทำให้คุณค่าทางโภชนาการสูง แต่เราจะพบอาหารที่มาจากธรรมชาติโดยตรงได้น้อยในปัจจุบัน

๒. อาหารปลอดสารเคมีในการผลิต ซึ่งเป็นพืชผลการเกษตรที่ไม่มีการใช้สารเคมีเป็นปุ๋ยหรือป้องกันกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูก เช่น ผักพื้นบ้าน ผักปลอดสารพิษที่ปลูกโดยใช้มูล ผักที่ปลูกโดยใช้ปุ๋ยชีวภาพ รวมทั้งการปลูกผักสวนครัว เพื่อบริโภคในครัวเรือน

๓. อาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อย เพื่อคงความเป็นธรรมชาติไว้ให้มากที่สุด เช่น ผัก ผลไม้ รวมถึงข้าวซ้อมมือ อาหารกลุ่มนี้ได้รับความสนใจจากผู้ผลิต จึงมีการผลิตอาหารกลุ่มนี้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคด้วยกลวิธีต่าง ๆ ทางการตลาด

ประเภทของอาหารเพื่อสุขภาพ ประชาชนส่วนใหญ่รู้จักอาหารหลัก ๕ หมู่เป็นอย่างดี แต่ในปัจจุบันอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นผลจากการบริโภคอาหารจำพวก เนื้อสัตว์สีแดง เครื่องในสัตว์ อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูปในซอง การบริโภคอาหารพวกเนื้อ นม ไข่ เป็นต้น จากการวิจัยพบว่า อาหารหลักเพื่อสุขภาพที่แท้จริง มีไข่อาหารพวกเนื้อ นม ไข่ ทั้งนี้ สหพันธ์มะเร็งประเทศไทย แบ่งอาหารเพื่อสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

๑. ข้าว และธัญพืช เช่น ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท โจ๊กข้าวกล้อง และธัญพืชอื่น ๆ เช่น งาดำ ข้าวโอ๊ต กาแฟธัญพืช ธัญญาหารรวม

๒. ถั่ว และผลิตภัณฑ์จากถั่ว

๒.๑ ถั่วกินฝัก เช่น ถั่วฝักยาว ถั่วลันเตา

๒.๒ ถั่วเมล็ดสด เช่น ถั่วลิสง ถั่วแระ ถั่วหรั่ง

๒.๓ ถั่วเมล็ดแห้ง เช่น ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง

๒.๔ ผลิตภัณฑ์จากถั่ว เช่น โปรตีนเกษตร ฟองเต้าหู้ เต้าเจี้ยว และนมถั่วเหลือง

๒.๕ อาหาร หรือขนมที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วกวน ซุปถั่วแดง ถั่วอบสมุนไพร ลูกชุบ

๓. เมล็ดที่มีเปลือกแข็ง หรือหนา เช่น เม็ดบัว เมล็ดทานตะวัน เมล็ดฟักทอง เมล็ดแตงโม

๔. ผัก และผลิตภัณฑ์จากผัก

๔.๑ ผักกินใบ ยอด ก้าน เช่น ใบตำลึง ผักกาด กวางตุ้ง คะน้า ผักชี ผักบุ้ง

๔.๒ ผักกินดอก เช่น ดอกโสน ดอกแค

๔.๓ ผักกินผล เช่น มะเขือเทศ ฟักทอง

๔.๔ ผักกินราก เช่น หัวผักกาด กระชาย แครอท

๔.๕ น้ำผักแท้ที่ได้จากการปั่น หรือคั้น ได้แก่ น้ำมะเขือเทศ น้ำแครอท น้ำตะไคร้ น้ำใบข้าวบวบ น้ำมะนาวคั้น น้ำกระเจียว

๕. ผลไม้ และผลิตภัณฑ์ที่ได้จากผลไม้

๕.๑ ผลไม้ที่กินดิบ เช่น กัลยัม ส้ม มะละกอ มะม่วง มังคุด ฝรั่ง

๕.๒ ผลไม้ที่กินสุก เช่น มะละกอ มะม่วงสุก แดงโม น้อยหน่า

๕.๓ น้ำผลไม้ที่ได้จากการปั่น หรือคั้น เช่น น้ำส้ม น้ำมะพร้าวปั่น น้ำสตอเบอรี่

๕.๔ ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากผลไม้ เช่น กล้วยตาก กล้วยกวน มะยมเชื่อม มะม่วงแช่อิ่ม

๖. ชา ในปัจจุบันที่นิยมดื่มมีอยู่ ๓ แบบ คือ ชาดำ ชาเขียว และชาอู่หลง ชาดำและชาเขียวต่างกันที่กรรมวิธีการทำใบชาให้แห้ง ชาที่มีสีดำหรือสีน้ำตาลเป็นผลมาจากการตากใบชา และการหมัก ส่วนชาเขียวจะไม่มีกระบวนการหมักใบชา ส่วนชาอู่หลงหรือชาโอวเล้ง จัดเป็นชากึ่งหมักอยู่ระหว่างชาดำกับชาเขียว ทำที่ประเทศไต้หวันและจีนทางตอนใต้เท่านั้น และไม่เป็นที่นิยมมากนัก นอกจากนี้ยังมีชาชงสมุนไพร ได้แก่ ชาที่ชงจากพืชผักตากแห้งที่เป็นสมุนไพร เช่น ชาเก๊กฮวย ชาดอกคำฝอย ชามะตูม เป็นต้น ชาในปัจจุบันมีหลายรูปแบบทั้งที่บรรจุซองสำหรับชงเพียงครั้งเดียว หรือชนิดที่เป็นใบชา เพื่อให้ผู้บริโภคเลือกได้ตามต้องการ

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นสามารถสรุปได้ว่า คุณค่าทางโภชนาการ หมายถึง ปริมาณสารอาหารที่มีจำเพาะในอาหารแต่ละชนิดที่ร่างกายสามารถใช้ประโยชน์ได้โดยตรงในการประเมินคุณภาพของอาหารที่บริโภคแต่ละชนิด ซึ่งปัจจุบันพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปและมีความแตกต่างระหว่างประชาชนในเขตชุมชนเมืองและชุมชนชนบท โดยประชาชนในชุมชนเมืองมีการบริโภคเนื้อสัตว์ และไขมันเพิ่มขึ้น แต่ผักและผลไม้กลับลดลง และนิยมอาหารแบบคนเมืองมากกว่าอาหารท้องถิ่นหรืออาหารไทย รวมถึงวิถีชีวิตที่เร่งรีบมากขึ้นจึงมีการย้ายไปพึ่งอาหารพร้อมปรุงสำเร็จรูปมากขึ้น และเป็นแนวโน้มที่พบทั้งในเมืองและชนบท ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษาครั้งนี้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุในสถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมปัจจุบันส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของผู้คนในสังคมหรือการมีวิถีของชุมชนใหม่ ๆ เกิดขึ้น พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุยังคง มีการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ และแนวทางที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ลดอัตราความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างไร

๒.๑.๓ แนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลกนั้นหมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ (Health is complete Physical mental social and spiritual well-being)

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางร่างกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่วมีกำลังไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุร้าย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสความงามของสรรพสิ่ง มีสติ สมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวไปด้วย

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาคม มีระบบการบริการที่ดี และระบบการบริการทางสังคม

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาพที่เกิดขึ้นหรือจิตสัมผัสที่มีคุณค่าอันสูงส่ง เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระพุทธเจ้า

เป็นต้น ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความหลุดพ้นจากการมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง มีความสุขอันประณีตและล้าลึก สุขภาพดีมีผลต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม^๓

ทั้งนี้การมีสุขภาวะที่ดีส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับบริโภคนอาหาร และการบริโภคนอาหารเพื่อสุขภาพนั้นควรได้ปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อที่ร่างกายจะได้รับสารอาหารครบทุกอย่างตามที่ร่างกายต้องการคือ

๑. รับประทานอาหารครบ ๕ หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย คือ บริโภคนอาหารชนิดต่าง ๆ ให้ได้วันละ ๑๕ - ๒๕ ชนิด และให้มีการหมุนเวียนกันไปในแต่ละวัน เพราะร่างกายต้องการสารอาหารต่าง ๆ กันในปริมาณ และคุณภาพต่างกัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารหลาย ๆ ชนิด ครบตามความต้องการ และควรหมั่นดื่มน้ำหนักตัว เพราะน้ำหนักตัวเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของบุคคลได้ว่าดี หรือไม่ เนื่องจากแต่ละคนต้องดื่มน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย และได้สัดส่วนกับความสูง ดังนั้น การรับประทานอาหารให้เหมาะสม ควบคู่ไปกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นเพื่อการมีสุขภาพดี การไหลเวียนเลือดดี และช่วยให้กลไกการทำงานของร่างกายปกติ

๒. รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทย เป็นแหล่งอาหารสำคัญที่ให้พลังงาน สารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน ถ้าเป็นไปได้อย่างควรบริโภคข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ซึ่งเป็นข้าวที่ผ่านการขัดสีน้อย ถือว่า เป็นข้าวที่มีประโยชน์มากกว่าข้าวขาว เนื่องจากอุดมไปด้วยวิตามิน แร่ธาตุในปริมาณที่สูงกว่า ตลอดจนใยอาหารควบคู่ไปกับการได้แป้ง ควรรับประทานควบคู่ไปกับอาหารประเภทอื่นให้ครบ ๕ หมู่ เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารหลากหลาย อันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพสำหรับอาหารที่ทำจากแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน หรือขนมปัง ก็อาจจะกินเป็นบางมื้อ อาหารธัญพืชเหล่านี้ ส่วนใหญ่จะให้แป้ง ซึ่งจะถูกลดไปใช้เป็นพลังงานวันต่อวัน แต่ถ้าได้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายต้องการก็จะถูกเปลี่ยนไปเป็นไขมันได้

๓. กินพืชผักให้มาก และกินผลไม้เป็นประจำ พืชผัก และผลไม้ทั้งสี่เขียว และเหลือง นอกจากจะให้ทั้งวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ แล้วยังให้ใยอาหารที่จำเป็นต่อการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายของเสีย หรือสิ่งที่เหลือจากการย่อย และยังช่วยดูดซับสารพิษ และช่วยขับถ่ายคลอเลสเทอรอลอีกด้วย นอกจากนี้ ยังให้สิ่งที่ไม่ใช่สารอาหาร เช่น แอนตีออกซิเดนท์ และสารอื่น ๆ ที่มีฤทธิ์ทางสมุนไพร อันจะทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล และป้องกันอนุมูลอิสระ ไม่ให้ทำลายเนื้อเยื่อ และผนังเซลล์ ซึ่งนำไปสู่การป้องกันไม่ให้ไขมันเกาะผนังหลอดเลือด และป้องกันการเกิดมะเร็งอีกด้วย

๔. กินปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ อาหารที่แนะนำในข้อนี้จะให้โปรตีน ซึ่งมีจุดเน้นคือปลา และอาหารประเภทถั่วต่าง ๆ เช่น เต้าหู้ขาว และเต้าหู้เหลือง สำหรับเนื้อสัตว์นั้นกินพอประมาณ และเลือกเฉพาะที่มีมันน้อย ๆ ไข่เป็นอาหารที่ดีควรบริโภคเป็นประจำ เช่น วันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ ๒ ฟอง

๕. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย นมเป็นอาหารที่สามารถรับประทานได้ทุกเพศทุกวัย ประกอบด้วย โปรตีน แคลเซียม ฟอสฟอรัส และแร่ธาตุต่าง ๆ ซึ่งช่วยให้กระดูก และฟันแข็งแรง

^๓ ประเวศ วะสี, สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์, (นนทบุรี: สำนักนักพิมพ์พิมพ์ดี, ๒๕๔๓), หน้า ๕.

นอกจากนี้ยังมีน้ำตาลแลคโตส และวิตามินต่าง ๆ โดยเฉพาะวิตามินบี ๒ ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต และทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำงานได้ตามปกติ ชะลอการเสื่อมของกระดูก และฟัน

๖. กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร ไขมันจากพืช และสัตว์จะให้พลังงานวันต่อวันและพลังงานสะสม ถ้าได้เกินกว่าที่ร่างกายต้องการ จะเกิดปัญหาไขมันในเลือดสูง และปัญหาโรคอ้วน ยิ่งถ้าได้กินอาหารที่ไม่สมดุล คือ ขาดพวกพืชผัก ผลไม้ และขาดการออกกำลังกาย จะทำให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดแดงง่ายขึ้นจนเกิดการแข็งตัว ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจขาดเลือด อาหารไทยดั้งเดิมมีไขมันไม่มาก เช่น น้ำพริกผักจิ้ม แกงไม่ใส่กะทิถือว่าเป็นอาหารที่เสริมสุขภาพ อาหารไทยปัจจุบันมีการทอด และผัดมาก ตลอดจนมีการใช้ในแกงต่าง ๆ ไขมันจึงมีมาก จึงควรเลือกกินเป็นครั้งคราวในปริมาณที่ไม่มากนัก เมื่อกินพร้อมข้าวจะทำให้ไขมันที่บริโภคอยู่ในปริมาณพอดี

๗. หลีกเลี่ยงการกินอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด อาหารพวกหวานจัดที่มีน้ำตาลทรายเป็นองค์ประกอบ เช่น น้ำเชื่อม น้ำอัดลม ขนมหวาน หากกินมาก ๆ เป็นประจำจะเป็นพลังงานส่วนเกิน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และร่างกายจะพยายามเปลี่ยนไปเป็นไขมันจึงมีส่วนทำให้ไขมันสูงในเลือดได้ และยังไปสะสมตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้เกิดโรคอ้วนได้ในทางปฏิบัติจึงควรเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัด ส่วนอาหารที่มีรสเค็มจัดจะให้เกลือโซเดียมคลอไรด์ซึ่งช่วยให้ดื่มน้ำเข้าสู่หลอดเลือด ถ้ากินอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นประจำ จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้ อาหารไทยจะให้โซเดียมประมาณวันละ ๖ - ๑๐ กรัม ซึ่งมากเกินไปแล้ว ควรพยายามหลีกเลี่ยงการเติมเกลือ หรือน้ำปลาในอาหารที่ปรุงมาแล้ว

๘. กินอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อนสารเคมี อาหารที่สะอาดปราศจากเชื้อโรคทั้งไวรัส แบคทีเรีย และพยาธิ หรือสารตกค้างต่าง ๆ ในทางปฏิบัติจึงควรเลือกกินอาหารที่สะอาดโดยการเลือกซื้อ และการล้างที่ถูกต้อง อาหารที่สด และปรุงใหม่ ๆ หรืออาหารที่ร้อน ๆ ซึ่งเชื้อโรคจะถูกทำลายจนหมดไป

๙. งด หรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เป็นสารที่อาจจะทำให้เสพติดได้ คนที่ติดเหล้าจนเรื้อรัง มักจะมีการขาดวิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ และมักจะเป็นโรคตับแข็งควบคู่กันไป และในทางตรงกันข้ามในรายที่ดื่มพร้อมกับแอลกอฮอล์ที่มีไขมัน และโปรตีนสูง จะมีโอกาสเป็นโรคอ้วนได้ นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายสูญเสียการควบคุมโดยเฉพาะระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ขาดสติ เสียการทรงตัว สมรรถภาพการทำงานลดลงและทำให้เกิดความประมาท ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนได้

แนวทางการรับประทานอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ ๙ ประการ เป็นความรู้ทางด้านการรับประทานอาหาร และการปฏิบัติที่สำคัญมากที่บุคลากรทางสุขภาพ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการสอน หรือแนะนำแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้อง นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป

๒.๑.๔ สถานการณ์การบริโภคอาหารในปัจจุบัน

ปัจจุบันแบบแผนการบริโภคอาหารของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงจากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑ – ๒๕๕๒^๔ พบว่า คนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๗.๗ กินผักและผลไม้ปริมาณต่อวันเพียงพอตามคำแนะนำ (รวม ≥ ๕ ส่วนมาตรฐานต่อวัน) สัดส่วนของผู้ชายที่กินผักและผลไม้เพียงพอมีน้อยกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ ๑๖.๙ และ ๑๘.๕ ตามลำดับ) กลุ่มอายุ ๑๕ – ๖๙ ปี ร้อยละ ๑๘.๕ กินผักและผลไม้เพียงพอ สัดส่วนนี้ลดลงในผู้สูงอายุ ≥ ๖๐ ปี และลดลงต่ำสุดในกลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๘) การกินผักและผลไม้เพียงพอของคนในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน เมื่อเปรียบเทียบกับ การกินผักและผลไม้ในการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๗ พบว่าสัดส่วนการกินผักและผลไม้เพียงพอตามคำแนะนำ (≥ ๕ ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ไม่เพิ่มขึ้นในการสำรวจครั้งที่ ๔ ปี ๒๕๕๒ โดยสัดส่วนการกินผักและผลไม้เพียงพอในปี ๒๕๔๗ เท่ากับร้อยละ ๒๐ ในผู้ชาย และ ๒๔ ในผู้หญิง ตามลำดับ

จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖ – ๒๕๔๗^๕ คนไทยมีแนวโน้มการบริโภคน้ำตาล และอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากอัตราการบริโภคน้ำตาลต่อคนในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมาเพิ่มสูงขึ้นเกือบ ๓ เท่า จาก ๑๒.๗ กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. ๒๕๒๖ เป็น ๓๖.๔ กิโลกรัม/คน/ปี ใน พ.ศ. ๒๕๔๐ ซึ่งจากอดีตจนถึงปัจจุบันเมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายเรื่องอาหารพบว่า ในชุมชนเมืองใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูป หรือปรุงสำเร็จประมาณร้อยละ ๕๐ ของการใช้จ่ายด้านอาหารเปรียบเทียบกับร้อยละ ๒๐ ในชนบท นอกจากนี้ผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๘ พบว่า ประชากรส่วนใหญ่บริโภคอาหารมื้อหลักครบทั้ง ๓ มื้อ ร้อยละ ๘๒.๒ สำหรับกลุ่มอาหารที่บริโภคต่อสัปดาห์กว่าร้อยละ ๘๐ คือ กลุ่มผัก และผลไม้ ร้อยละ ๙๘.๙ กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ ร้อยละ ๙๗.๔ กลุ่มอาหารไขมันสูง ร้อยละ ๘๖.๓ รองลงมาเป็นกลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ ๗๑.๗ และกลุ่มขนมสำหรับกินเล่น ร้อยละ ๔๙.๐ ตามลำดับ และประชาชนไทยมีสัดส่วนการบริโภคไขมันโดยเฉลี่ยสูงขึ้นเป็นร้อยละ ๒๒ ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดในแต่ละวัน ประชาชนไทยรับประทานอาหารประเภทข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ลดลง บริโภคเนื้อสัตว์มากขึ้น ไขมันจากสัตว์ลดลง ผักผลไม้มากขึ้น แต่เลือกบริโภคไขมันจากพืชมากกว่าการบริโภคไขมันจากสัตว์ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดี ทำให้เราได้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงไปของการเลือกซื้ออาหารเพื่อให้เหมาะสม และมีประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งการที่จะบริโภคได้ดี หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับความรู้และความเข้าใจ แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางอาหาร และโภชนาการ สภาพทางภูมิศาสตร์ของประเทศที่แตกต่างกัน มีผลต่อปริมาณสารอาหารที่มีอยู่ในพืชพันธุ์ต่าง ๆ ในท้องถิ่น เช่น คนเอเชียบริโภคข้าวเจ้า จะได้รับสารอาหารจากข้าวเจ้า คนยุโรปบริโภค

^๔ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒, (นันทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, ๒๕๕๒), หน้า ๓.

^๕ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.), รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗, (นันทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, ๒๕๔๗), หน้า ๑๒.

ข้าวสาลีจะได้รับสารอาหารจากข้าวสาลี ผู้บริโภคจะได้รับปริมาณสารอาหารแตกต่างกัน สภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ประเพณี และศาสนา ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันไปตามความเชื่อ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ เป็นต้นเหตุของการขาดแคลนสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ครอบครัวขาดแคลนมีโอกาเป็นโรคขาดสารอาหารได้มากกว่า แต่ครอบครัวที่ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจอาจมีปัญหาขาดความรู้ทางโภชนาการ เลือกอาหารราคาแพงโดยเข้าใจผิดคิดว่ามีคุณค่า และยังมีโอกาสที่จะอยู่ในภาวะโภชนาการเกิน เพราะบริโภคเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ เครื่องในสัตว์มาก ทำให้ได้รับสารอาหารโปรตีน ไขมัน และคอเลสเตอรอลมากเกินไปความต้องการของร่างกายเหลือสะสมไว้ได้ผิวหนัง กล้ามเนื้อ และหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคอ้วน เกาต์ หัวใจขาดเลือดและโรคไขมันในเลือดสูง อาหารเพื่อสุขภาพเป็นอาหารที่ได้มาจากธรรมชาติ และยังมีผลต่อระบบในร่างกาย เช่น เสริมภูมิคุ้มกันโรค ป้องกันโรคบางโรค ป้องกันการของร่างกายจากโรค และชะลอกระบวนการแก่^๖ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น ผัก ผลไม้ ธัญพืช นอกจากจะเป็นแหล่งอาหารที่ให้วิตามินต่าง ๆ แล้ว ยังได้รับใยอาหาร หรือกากอาหาร ซึ่งสามารถดูดซับเอาสิ่งเป็นพิษต่าง ๆ ของร่างกายในลำไส้ใหญ่ ทำให้ลดโอกาสที่สารพิษต่าง ๆ จะสัมผัสกับผนังลำไส้ ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีเส้นใยน้อยจึงมีโอกาสเกิดภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโภชนาการ เช่น โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง หลอดเลือดแข็ง ความดันโลหิตสูง และท้องผูก^๗ การบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ นอกจากจะช่วยเสริมสร้างสุขภาพแล้วยังเป็นการประหยัดค่าใช้จ่าย และไม่เสียเวลาในการดูแลอาการเจ็บป่วย ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงการเริ่มมีความตื่นตัวในการบริโภคอาหาร เพื่อป้องกันภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ ในภาพรวมประชาชนคนไทยมีแนวโน้มการได้รับอาหารที่ดีขึ้น ทั้งทางด้านสัดส่วน และปริมาณของชนิดอาหารที่มีคุณภาพดี (โปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์ ปลา ฯลฯ) อยู่ในเกณฑ์ที่เพียงพอ ทำให้เราได้มองเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงไปของการเลือกซื้ออาหารเพื่อ ให้เหมาะสม และมีประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งต่างก็ส่งผลให้เกิดกระแสความนิยมที่กลับมามองเห็น และหันมาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจากการบริโภคอาหาร โดยเริ่มจากการบริโภคอาหารที่ดีมีประโยชน์ ด้านภาวะสุขภาพที่เป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ในภาวะที่ร่างกายเป็นปกติ ร้อยละ ๓๘.๗ มีพฤติกรรมการบริโภคตามใจปาก รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย โดยประเภทอาหาร/ เครื่องดื่มที่ยอมรับว่าขาดไม่ได้ต้องรับประทานเป็นประจำ คือ น้ำอัดลม ชา กาแฟ รองลงมาเป็นอาหารปิ้ง/ย่างที่ไหม้เกรียม คนส่วนใหญ่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเมื่อมีอาการป่วยดังนั้น คำว่าอาหารเพื่อสุขภาพจึงเกิดขึ้นมา และเป็นที่รู้จักกันดีมากขึ้น หลักการสำคัญของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพนั้นอยู่บนพื้นฐานที่ว่า อาหารคือยา โดยคำนึงถึงความสำคัญของอาหารที่สมดุล และครบถ้วนด้วยวิตามินกับเกลือแร่^๘ ซึ่งในปัจจุบันวิธีการใช้อาหาร วิตามิน และเกลือแร่ในการแก้ปัญหาสุขภาพก็เริ่มแพร่หลายมากขึ้นเช่น การใช้อาหารแมคโครไบโอติกในการช่วยการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง และสำหรับคน

^๖วินัย ตะลั่น, *อาหารโภชนาการและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร*, (คณะเวชศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๔), หน้า ๑๓.

^๗ศรีสมร คงพันธุ์, *อาหารวัยทอง : สูตรอาหารสุขภาพสำหรับผู้หญิง*, (กรุงเทพมหานคร: แสงแดด, ๒๕๔๒), หน้า ๓๓.

^๘เปรมจิตต์ สิทธิศิริ และสุทิน เกตุแก้ว, *กินอยู่เพื่อสุขภาพ*, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ, ๒๕๔๒) หน้า ๑๗.

ปกติก็จะเป็นการช่วยลดโอกาสในการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ด้วย เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง และช่วยให้สมดุลของสารอาหาร วิตามิน และเกลือแร่ มีครบตามที่ร่างกายต้องการ ยิ่งกว่านั้นยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่เลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยโภชนาการ เพราะเชื่อว่าได้ผลคุ้มค่า และไม่มีอาการข้างเคียง เพราะจากการใช้ยาจะก่อให้เกิดอาการข้างเคียงขึ้นหลายอย่าง เช่น เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ จิตใจหดหู่ เศร้าหมอง อ่อนเพลีย หัวใจเต้นแรง ตื่นเต้นง่ายปากแห้ง คลื่นไส้ ง่วง ซึม ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ความคิดสับสน รับประทานอาหารได้น้อยหรือเบื่ออาหาร เป็นต้น ซึ่งเป็นการแก้ไขความผิดปกติของสุขภาพ หรือรักษาโรคโภชนาการนี้ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ^๙

๒.๑.๕ ความปลอดภัยของอาหารต่อสุขภาพ

ปัจจุบันปัญหาพิษภัยในอาหาร และความไม่สะอาดปลอดภัยในการบริโภคอาหารของประชาชน นับวันยิ่งทวีความรุนแรงขึ้นด้วยรูปแบบของปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตามอิทธิพลของวัฒนธรรม ประเพณีและสังคม ตลอดจนการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจความเป็นเมืองและการเข้าสู่ประเทศอุตสาหกรรมใหม่ของประเทศ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อวิถีชีวิตของประชาชน วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของประชาชนได้เปลี่ยนจากการปรุง ประกอบอาหารในบ้านเป็นการบริโภคนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารพร้อมรับประทาน จนเกิดผลกระทบที่สำคัญต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีพฤติกรรมเลือกซื้อ เลือกบริโภคหรือมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับอาหารไม่ถูกต้องทำให้เกิดการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อได้ เช่น อุจจาระร่วง ไทฟอยด์ ไวรัสตับอักเสบ เป็นต้น ในบางรายได้รับจุลินทรีย์เข้าไปเป็นจำนวนมากก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ เหตุนี้ภาวะโภชนาการจึงเป็นรากฐานของสุขภาพโดยเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่จะทำให้เรามีสุขภาพที่ดี ตลอดจนมีส่วนช่วยรักษาสุขภาพที่ดีอยู่ตลอดไป ดังนั้น สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย^{๑๐}

จากการศึกษาถึงแนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งทางด้านความเชื่อในการบริโภคอาหาร ข้อห้ามในการบริโภคอาหาร ความนิยมในเรื่องการบริโภคอาหารและนิสัยการบริโภคอาหารนั้น ผู้วิจัยนำมาสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารคือ การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ทั้งทางด้านการแสดงออกและความคิดโดยผ่านกระบวนการกล่อมเกลางานสังคมเป็นความเชื่อถือ ข้อห้าม ข้อบังคับที่ถือปฏิบัติในสังคมจนกลายเป็นบริโภคนิสัย พฤติกรรมการบริโภคใด ๆ ล้วนถูกกำหนดโดยความเอื้ออำนวยของทรัพยากรอาหารในท้องถิ่น (Behavior Setting) พฤติกรรมการบริโภคของชุมชนหนึ่งย่อมแตกต่างไปจากอีกชุมชนหนึ่งที่มีสิ่งแวดล้อมต่างกัน แต่แม้จะเกิดในสิ่งแวดล้อมเดียวกันก็ได้หมายความว่า จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมือนกัน เพราะการบริโภคนั้นต้องผ่านการปรับแต่งจากปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) ของชุมชนนั้น สถานการณ์การบริโภคอาหารในปัจจุบันเปลี่ยนไปตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมการบริโภคอาหารได้เปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารในบ้านเป็นการบริโภคนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จมาก

^๙ คุษณี สุทธิปริยาศรี, **ทักษะชีวิตการค้นพบตนเองด้านสุขภาพ**, (กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๒), หน้า ๔๒.

^{๑๐} ดวงจันทร์ เพชรานนท์, **โภชนาการสาธารณสุข**, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๑), หน้า ๖๘.

ขึ้นจนเกิดผลกระทบที่สำคัญต่อปัญหาสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญถึงแนวทางในการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารด้วยหลักพุทธธรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีอัตราความเสี่ยงในการเกิดโรคสูงกว่าวัยอื่น ๆ ทั้งนี้การแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคด้วยหลักพุทธธรรมนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมมานำเสนอตามลำดับหัวข้อต่อไป

๒.๒ ทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์

พฤติกรรม (Behavior) คือ กริยาอาการที่แสดงออกหรือปฏิกิริยาโต้ตอบเมื่อเผชิญกับสิ่งเร้า (Stimulus) หรือสถานการณ์ต่าง ๆ อาการแสดงออกต่าง ๆ เหล่านั้น อาจเป็นการเคลื่อนไหวที่สังเกตได้หรือวัดได้ เช่น การเดิน การพูด การเขียน การคิด การเต้นของหัวใจ เป็นต้น ส่วนสิ่งเร้าที่มากกระทบแล้วก่อให้เกิดพฤติกรรมก็อาจจะเป็นสิ่งเร้าภายใน (Internal Stimulus) และสิ่งเร้าภายนอก (External Stimulus) จากการทบทวนทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ผู้วิจัยได้นำเสนอทฤษฎีที่สำคัญ ๆ ดังนี้

๒.๒.๑ ทฤษฎีความต้องการและความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์

อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) เป็นนักจิตวิทยาที่มีชื่อเสียงมาก ในทฤษฎีการจูงใจที่ได้รับการกล่าวถึงมากที่สุดคือ ทฤษฎีลำดับความต้องการของมนุษย์ (Hierarchy of Needs) ซึ่งลักษณะเป็นทฤษฎีทั่ว ๆ ไปเกี่ยวกับการจูงใจพฤติกรรมมนุษย์ (General theory human motivation) โดยสมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ดังนี้

๑. มนุษย์มีความต้องการและมีความต้องการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อความต้องการอันใดได้รับการตอบสนองแล้ว ก็เกิดความต้องการอันอื่นเข้ามาแทนที่

๒. ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองจะเป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรมความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วไม่เป็นสิ่งจูงใจพฤติกรรมอีกต่อไป

๓. ความต้องการของมนุษย์มีลำดับขั้นความจำเป็น หรือความสำคัญ (A Hierarchy of Needs) เมื่อความต้องการในระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้วความต้องการระดับสูงก็จะถูกกระตุ้นให้มีการตอบสนองทันที (Demand Satisfaction)^{๑๑}

๒.๒.๒ ทฤษฎีความคาดหวัง

แนวคิดและทฤษฎีความคาดหวังมีฐานคิดว่า คนเรานั้นมีความสามารถในการประมวลผลข้อมูลและตัดสินใจได้อย่างมีเหตุและผลการกระทำต่าง ๆ ของคนเราจึงล้วนแล้วแต่เป็นการกระทำที่มีเป้าหมายซึ่งตัวเขารับรู้หรือคาดหวัง (perception or expectation) ว่าจะสามารถตอบสนองความต้องการของตัวเองได้ ถึงแม้ว่าในความเป็นจริง อาจจะไม่เป็นไปตามที่เขารับรู้หรือคาดหวังไว้ก็ได้ แต่การรับรู้หรือคาดหวังดังกล่าว เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ ขึ้น ทฤษฎีความคาดหวังจึงเสนอแนวความคิดว่า การที่คนเราจะกระทำการสิ่งใดหนึ่งขึ้นขึ้นอยู่กับความคาดหวังหรือการรับรู้ของเขาว่า พฤติกรรมหรือการกระทำนั้น จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) หรือการได้รับรางวัล (rewards) ตามที่เขารับรู้หรือคาดหวังไว้หรือไม่ และผลลัพธ์ที่เขาหวังนั้น มีความน่าสนใจหรือไม่

^{๑๑}วิเชียร วิทยอุดม, ทฤษฎีองค์การ, (กรุงเทพมหานคร: อีระฟิล์มและไซเท็กซ์, ๒๕๔๙), หน้า ๕๔ - ๕๕.

๒.๒.๓ ทฤษฎีการพัฒนาบุคลิกภาพ

ซิกมุนด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) เห็นว่าบุคลิกภาพของบุคคลประกอบด้วยระบบย่อย (Subsystems) ๓ ระบบ ได้แก่ อิด (Id) อีโก้ (Ego) และซูเปอร์อีโก้ (Super Ego)

๑. อิด (Id) เป็นบุคลิกภาพที่เกิดจากการแสวงหาความพอใจ (Pleasure) อธิบายได้ว่า อิด เป็นแก่นแท้ของจิตใต้สำนึก มีลักษณะเป็นสัญชาตญาณ จึงแสวงหาความพอใจอย่างไม่มีขอบเขต

๒. อีโก้ (Ego) เป็นการแสดงออกของจิตสำนึก จึงทำให้บุคลิกภาพที่เน้นความเป็นจริง (Reality) อีโก้เป็นสิ่งที่เกิดจากการพัฒนาอิด จึงทำหน้าที่ควบคุมพลังงานของอิด ให้อยู่ภายใต้หลักความเป็นจริง อีโก้จึงอยู่ระหว่างอิดและซูเปอร์อีโก้ ซึ่งเป็นความจริงที่ตรงกับโลกภายนอก

๓. ซูเปอร์อีโก้ (Super Ego) เกี่ยวข้องกับจิตสำนึก ดังนั้น บุคลิกภาพจึงเป็นที่รวมของ จริยธรรมและศีลธรรม (Ethical and Moral) เป็นต้น^{๑๒}

๒.๒.๔ ทฤษฎีความพึงพอใจ

ทฤษฎีความพึงพอใจของ Shelley ซึ่งเป็นทฤษฎีว่าด้วยความรู้สึกสองแบบของมนุษย์คือ ความรู้สึกในทางบวก และความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกทุกชนิดของมนุษย์จะตกอยู่ในกลุ่มความรู้สึกสองแบบนี้ ความรู้สึกทางบวก คือ ความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข เป็นความรู้ที่แตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่น ๆ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับ ความสุขสามารถทำให้เกิดความสุขหรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นอีก ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความสุขเป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อนและมีความสุขนี้มีผลต่อบุคคลมากกว่าความรู้สึกทางบวกอื่น ๆ ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทางบวก และความสุข มีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อนและระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสามนี้ เรียกว่า ระบบความพอใจ โดยความพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อระบบความพึงพอใจมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ ความพอใจสามารถแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกทางบวกแบบต่าง ๆ ได้ และความรู้สึกทางบวกนี้ยังเป็นตัวช่วยให้เกิดความพอใจแก่มนุษย์

๒.๒.๕ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้มีผู้คิดและผู้ให้นำมาปรับปรุง จากอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยมีทฤษฎีต่าง ๆ ในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันไป เรื่องราวที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นที่สนใจกันอย่างกว้างขวางตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงมีการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ ดังนี้

๑) ทฤษฎีความผาสุกในชีวิต (The Salutogenic Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Aaron Antonovsky แอนโทโนฟสกี เชื่อว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิตเป็นรูปวงจรรอบๆ ที่เรียกว่า “Breakdown Continuum” หรือ “Health Continuum” โดยความผาสุกจะอยู่ริมสุดของวงจรรอบๆ คือ ภาวะสุขภาพดี (Salutary End) ส่วนความเจ็บป่วยจะอยู่ริมสุดด้านตรงข้ามกับความผาสุก เรียกว่า ภาวะความเจ็บป่วย (Health Breakdown) ทฤษฎีนี้มุ่งอธิบายภาวะสุขภาพของบุคคล จะอยู่ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับความเครียด แรงกดดันที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ความสามารถในการต้านทานความเครียดของบุคคล และความเข้มแข็งในการมองโลกซึ่งเป็นการมองเหตุการณ์หรือ

^{๑๒} P. Alfred Tack, *How to Succeed as a Sales Manager*, (Cedar Books, 1983), pp. 69 - 75.

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยความเข้าใจ มีเหตุผล มีความหมาย และสามารถจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้นั้นได้อย่างเหมาะสม^{๑๓}

๒) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นโดย Robert Havighurst ทฤษฎีนี้เสนอว่าผู้สูงอายุยังคงต้องมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อการมีชีวิตอย่างสมบูรณ์และความรู้สึกถึงคุณค่าในตัวเอง Havighurst เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การได้ทำกิจกรรมด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุกระชุ่มกระชวย ผ่อนคลายความตึงเครียด แนวคิดทฤษฎีนี้ตั้งอยู่บนฐานความเชื่อว่าการมีชีวิตที่ตื่นตัวไม่อยู่นิ่ง (Active) ดีกว่าการอยู่เฉย ๆ ไม่ทำอะไร (Inactive) การที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ จะนำมาซึ่งความสุขรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ซึ่งแนวคิดตามทฤษฎีนี้มีความสำคัญในการนำมาจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบการจัดกิจกรรมมี ๓ ลักษณะคือ ลักษณะแรกเป็นกิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ (Informal Activity) ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันเครือญาติ และการมีส่วนร่วมในสมาชิกในครอบครัว ลักษณะที่สองเป็นกิจกรรมที่เป็นทางการ (Formal Activity) ได้แก่ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรม สมาคมต่าง ๆ เช่น การเข้ากลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การเข้ากลุ่มทางศาสนา เป็นต้น ลักษณะที่สามเป็นกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure Activity and Hobby) ได้แก่ กิจกรรมที่ทำในยามว่าง กิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ และการนันทนาการ^{๑๔} ผู้เสนอทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง มีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และด้านสังคม มีความพึงพอใจในชีวิตสูง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอย่อมมองเห็นตนเองว่าเป็นบุคคลที่มีค่าต่อครอบครัวและสังคม^{๑๕}

๓) ทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson's Theory) Erikson ได้อธิบายถึงภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุว่าเป็นวัยแห่งการรวบรวมประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาระหว่างความมั่นคงสมบูรณ์กับความสิ้นหวังหรือหมดหวัง ผู้สูงอายุที่รู้สึกมั่นคงสมบูรณ์จะมองชีวิตด้วยความพึงพอใจ ซินชมกับความสำเร็จที่เกิดขึ้นในอดีต และมีชีวิตอยู่กับบุคคลอื่น ๆ ด้วยความสงบและพร้อมที่จะเผชิญกับความตาย แต่สำหรับผู้สูงอายุที่รู้สึกหมดหวังจะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย เกิดความท้อแท้ ท้อถอย หมดโอกาสในการตัดสินใจในเรื่องที่ผ่านมาและมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต^{๑๖}

๔) ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's Developmental Theory) Robert Peck ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น ๒ กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น (Young - Old) มีอายุ ๕๕ - ๗๕ ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย (Old - old) มีอายุ ๗๕ ปีขึ้นไป ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุทั้ง ๒ กลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านกายภาพลักษณะนิสัยและการมีปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาสังคมโดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า

^{๑๓} Antonovsky, A., *The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale*, Social Science Medicine, 1993, pp. 725-733.

^{๑๔} Havighurst, R.J., *Personality and Patterns of Aging*, Gerontologist, 1968, pp. 5 - 9.

^{๑๕} Barrow, G.M. and P.A. Smith, *Aging Ageism and Society*, (St. Paul. Minn: West Publishing Company), 1979.

^{๑๖} จุมพล หนิมพานิช, *การอบรมขัดเกลาทางสังคมและการศึกษา*, พิมพ์ครั้งที่ ๒, (นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๔๘), หน้า ๑๒๖ - ๑๓๐.

ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ ๓ ด้าน คือ ด้านความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงชีวิตที่ผ่านมาความภาคภูมิใจในตนเอง และความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงานในทางตรงกันข้ามเมื่อเกษียณอายุบางคนมีความรู้สึกได้ว่าไร้คุณค่า ด้านความสามารถทางร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติถ้าผู้สูงอายุนึกถึงสภาพร่างกายว่ายังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็มีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุนึกถึงความถดถอยของร่างกายก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจลดน้อยลง และด้านการยอมรับความไม่เที่ยงของสังขารที่เปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาตินี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความตายด้วย สำหรับผู้สูงอายุที่ยึดติดกับสังขารก็พยายามยืดชีวิตไว้ให้ยาวนานที่สุด^{๑๗}

๕) ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs Theory)

Maslow เชื่อว่ามนุษย์มีความต้องการพื้นฐานตามลำดับขั้นจากขั้นพื้นฐานสู่ขั้นสูงสุดคือขั้นที่ ๑ ความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่าย เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการสืบพันธุ์ ขั้นที่ ๒ ความต้องการความมั่นคงความปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ขั้นที่ ๓ ความต้องการทางด้านความรักและความต้องการการเป็นเจ้าของ ขั้นที่ ๔ ความต้องการการยอมรับนับถือ และขั้นที่ ๕ ความต้องการบรรลุความสำเร็จสมหวังในชีวิต^{๑๘} เห็นได้ชัดว่า ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์นั้น เทียบได้กับความต้องการของผู้สูงอายุได้ว่าความต้องการขั้นที่ ๑ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อความอยู่รอดของชีวิตผู้สูงอายุมีความต้องการดำรงชีวิตให้ยืนยาวที่สุด จำเป็นที่บุตรหลานควรสนองความต้องการด้วยการดูแลจัดหาอาหารไม่ให้หิวโหย จัดที่พักอาศัย ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่มกันร้อนกันหนาว ให้ผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ หากไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้วเป็นการยากที่ความต้องการขั้นอื่นๆ จะบังเกิดขึ้นได้ ความต้องการในขั้นที่ ๒ และขั้นที่ ๓ เป็นความต้องการที่จะได้รับการดูแลด้านความปลอดภัยความรักความห่วงใยจากครอบครัวบุตรหลานและชุมชน สูงขึ้นไปอีกในขั้นที่ ๔ ความต้องการมีชื่อเสียง ยกย่องเชิดชูจากบุตรหลานและคนรอบข้าง ดังที่มาสโลว์กล่าวว่า “ศักดิ์ศรีที่สำคัญต่อความมีสุขภาพจิตดีคือ ความรู้สึกนับถือตนเองและเคารพตนเองกับการได้รับการนับถือจากผู้อื่น” และขั้นที่ ๕ เป็นความต้องการขั้นสูงสุดโดยพึงเล็งประโยชน์ของบุคคลอื่นและของสังคมโดยรวมเป็นสำคัญ ซึ่งมาสโลว์เชื่อว่าคนทุกคนเกิดมามีความมุ่งหมายเพื่อบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิตเพื่อการเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์ ดังนั้นหากผู้สูงอายุได้รับการสนองตอบทั้ง ๔ ขั้นอย่างเพียงพอ แล้วย่อมพร้อมที่จะใช้ความสามารถที่มีอยู่ของตนเองทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อย่างเต็มที่

๖) ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) หรือทฤษฎีไร้ภาระผูกพัน หรือทฤษฎีการถอยห่าง เป็นทฤษฎีที่ปรากฏครั้งแรกในหนังสือชื่อ Growing old : The Process of Disengagement เมื่อปี ๑๙๖๑ ทฤษฎีนี้กล่าวว่าว่าเป็นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคม เมื่อตนเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามจะหลีกเลี่ยง

^{๑๗} สมศักดิ์ ศรีสันติสุข, สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๙), หน้า ๑๓ - ๑๔.

^{๑๘} ทศนีย์ ทองสว่าง, สังคมวิทยา, (กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรินติ้ง เฮ้าส์, ๒๕๔๙), หน้า ๓๐๑ - ๓๐๒.

หนีความกดดันและความตึงเครียด โดยการถอนตัวออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าจะตนเองมีความสามารถลดลง นอกจากนี้ยังมีความเชื่ออีกว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและบทบาททางสังคมนั้นเป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเองให้แก่หนุ่มสาว หรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า ทั้งนี้เพราะความต้องการสูงสุดของสังคม คือ ต้องการทักษะแรงงานใหม่มากกว่าการได้จากผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุ ๗๐ ปี ขึ้นไปจะคุ้นเคยต่อการไม่เกี่ยวข้องกับสังคมหลังจากที่รู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวลและมีความบีบคั้นในช่วงต้น ๆ ในที่สุดผู้สูงอายุจะยอมรับสภาพใหม่คือไม่เกี่ยวข้อง^{๑๙}

๗) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า “ผู้ชราจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น” ถ้าผู้ชราเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นคนชราที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเดือดเนื้อร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้ชราที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่ใคร่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมัน และมักจะรู้สึกว่าตัวเองทำคุณกับใครไม่ค่อยขึ้น ก็มักจะเป็นผู้ชราที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร ทฤษฎีนี้เห็นว่าบุคลิกภาพเป็นตัวแปรสำคัญในการตัดสินใจความพึงพอใจในชีวิตเพราะชนิดของบุคลิกภาพที่ต่างกัน ต้องการระดับของกิจกรรมที่ต่างกันในการที่จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง^{๒๐} ซึ่งบุคลิกภาพที่สามารถอธิบายทฤษฎีนี้ได้คือ

“Reorganizers” คือ พยายามที่จะคงไว้ซึ่งวัยกลางคนโดยการค้นหาบทบาทใหม่ๆ เพื่อทดแทนบทบาทที่สูญเสียไป ในการกระทำดังกล่าว ผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมมากและคงไว้ซึ่งระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง

“Disengaged” คือ พวกที่เลิกแสดงบทบาทต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ พวกนี้ชอบอยู่เฉย ๆ มากกว่า และมีกิจกรรมอยู่ในระดับต่ำ แต่จะมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง^{๒๑}

ทฤษฎีนี้ได้มองความมีอายุในลักษณะของสภาวะการปรับตัวของสังคมและบุคลิกภาพของคนว่า ในวัฏจักรแห่งชีวิตของคนจะมีพลวัตรของสังคมอยู่ในตนเองที่คนจะต้องปรับตัวการยอมรับถึงสภาพการเปลี่ยนแปลงที่คงให้สมดุล เพื่อความอยู่รอดได้ในสังคม ซึ่งมีพฤติกรรมที่แสดงออกให้เห็น คือ มีสุขภาพดียอมรับความเป็นจริง และมีความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้ที่ประสบปัญหาล้มเหลวในการปรับตัวจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ยอมรับความจริงและก่อให้เกิดความซึมเศร้าใจ^{๒๒}

^{๑๙} Eliopoulos, C, *Manual of Gerontological Nursing*, (St. Louis: Mosby Year Book, 1995), P. 16.

^{๒๐} Miller, C.A, *Nursing Care of Older Adult Theory and Practice*, 2nd.ed, (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1995), pp. 32 – 33.

^{๒๑} Yorick, A.G, *The Aged Person and the Nursing Process*, 3rd.ed, (New York: Appleton and Lange, 1989), pp. 88 – 89.

^{๒๒} เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, *การพยาบาลผู้สูงอายุ*, (กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๒๘), หน้า ๓๕.

๘) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) หรือทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่ออายุมากขึ้น การสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติจะลดลง เพราะอวัยวะที่มีส่วนช่วยสร้างภูมิคุ้มกัน เช่น กระดูก, ระบบน้ำเหลือง, ตับ และม้าม เสื่อมสภาพ จึงสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง (Autoimmune) มากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้เชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเกิดขึ้นแล้วก็มักจะรุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิต การสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองเป็นผลร้ายต่อชีวิต โดยมักจะไปทำลายเซลล์ของร่างกาย ถ้าเซลล์นั้นเป็นเซลล์ชนิดที่เจริญแล้ว ไม่มีการแบ่งตัวใหม่ ก็จะเป็นอันตรายอย่างยิ่งตลอดสังขาร^{๒๓}

จากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้กล่าวมานี้ สามารถสรุปได้ว่า ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นการศึกษาค้นคว้าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุและยังกล่าวถึงหน้าที่ของสังคมในการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายได้อย่างมีคุณภาพและมีความสุขตลอดไป

๒.๓ แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

๒.๓.๑ ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่าผู้สูงอายุเป็นคำที่ พลตำรวจตรี หลวงอรรถสิทธิสุนทร ได้บัญญัติและนำมาใช้เป็นครั้งแรกในการประชุมแพทย์อาวูโสและผู้สูงอายุจากองค์กรต่าง ๆ เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ จนได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นคำที่ไพเราะ ให้ความรู้สึกที่ดีกว่าคำว่า “คนแก่” หรือ “คนชรา”

คำว่าผู้สูงอายุหรือคนแก่มาจากภาษาบาลีว่า “ชรา” หมายถึง ความแก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม คำว่า “ชรา” หรือ “Senescent” มาจากภาษาละตินว่า “Senex” หมายถึง “คนสูงอายุ” ซึ่งตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Elderly” หรือ “Aging” หรือ “Older Persons” นอกจากนี้ยังมีคำที่ใช้เรียกขาน “คนสูงอายุ” จำนวนมาก เช่น คำว่า ผู้สูงวัย วัยชรา วัยทอง วัยดึก วัยตกกระ ผู้แก่ ผู้เฒ่า ไม่ใกล้ฝั่ง ซึ่งมีความหมายถึง “คนแก่” แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนัก เนื่องจากก่อให้เกิดความหดหู่ใจและความรู้สึกถดถอย จึงได้บัญญัติศัพท์คำว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นใช้เป็นบรรทัดฐานครั้งแรกเมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๑๒ ซึ่งเป็นคำที่มีความหมายยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์^{๒๔}

ความหมายของผู้สูงอายุมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ซึ่งมีหน่วยงานและบุคคลต่าง ๆ ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นที่ถกเถียงกันในสหประชาชาติว่า จะใช้คำภาษาอังกฤษว่า “The Elderly” หรือ “Aging” หรือ “Older Persons” ทั้งนี้สหประชาชาติมีมติที่ A/Res/๕๐/๑๔๑ เมื่อวันที่ ๓๐

^{๒๓} สมจิต หนูเจริญกุล, การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่ม ๑), พิมพ์ครั้งที่ ๑๒, (กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินต์ติ้ง, ๒๕๓๙), หน้า ๒๒๙.

^{๒๔} ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ถึงจะแก่แต่ไม่กลัว ถ้า (สังคม) เตรียมการ, จดหมายข่าวมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ : มสช. ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม - เมษายน, ๒๕๔๙): ๔๙ - ๕๒.

มกราคม พ.ศ. ๒๕๓๙ (ค.ศ. 1996) เชิญให้สมาชิกสหประชาชาติสร้างกรอบความคิดและเตรียมการสำหรับปีสากลผู้สูงอายุ โดยมีมติข้อที่ ๑๔ สหประชาชาติมีมติให้ใช้คำว่า “Older Persons” แทนคำว่า “The Elderly” เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการของสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุเป็นผลให้ปีและวันผู้สูงอายุใช้คำว่า The International Years of Older Persons and The International Day of Older Persons อย่างไรก็ตามคำภาษาอังกฤษที่หมายถึง ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะใช้คำว่า Older Persons เป็นหลักตามมติของสหประชาชาติ^{๒๕}

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลซึ่งมีอายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย^{๒๖} ซึ่งสอดคล้องกับสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป นับเป็นบุคคลที่ได้รับความนับถือตามขนบธรรมเนียมประเพณีของคนไทย และควรมีชีวิตอยู่ในช่วงวัยของการพักผ่อนและได้รับการดูแลจากลูกหลาน^{๒๗} และคณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุวุฒิสภาก็ยังให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีความเสื่อมตามวัย ความต้านทานโรคลดลง^{๒๘} ซึ่งสอดคล้องกับที่คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ได้ให้คำนิยามของผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า^{๒๙}

ในขณะที่ทางพระพุทธศาสนาโดย พุทธทาสภิกขุ ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่เห็นอนิจจังมากขึ้น เห็นทุกข์มากขึ้น เห็นอนัตตามากขึ้น เห็นสูญญตามากขึ้น เห็นอิทัปปัจจยตามากขึ้น เห็นตถตามากขึ้น จนคงที่ไม่หวั่นไหว ไม่เปลี่ยนแปลง และผู้สูงอายุที่แท้จริงคือผู้ที่สูงด้วยคุณธรรมประจำใจ มีธรรมะ มีความถูกต้องที่กายวาจาใจ มีความเป็นอยู่อย่างสงบสุข^{๓๐}

ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นผู้สูญเสียความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความอ่อนแอ มีปัญหาสุขภาพกายและจิตใจตลอดจนความเป็นอยู่ในสังคม^{๓๑} เป็นบุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งเริ่มตั้งแต่วัยหนุ่ม วัยสาว วัยผู้ใหญ่และวัยชรา ในเกณฑ์การกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุนั้นพิจารณาจากบทบาทของบุคคลนั้นๆ ในสังคม ในปัจจุบันมักใช้อายุเป็นเกณฑ์ บางประเทศกำหนด ๕๕ ปี บางประเทศกำหนด ๗๕ ปี ซึ่งนับจากเกณฑ์การปลดเกษียณ^{๓๒} สำหรับ

^{๒๕} United Nations, Universal Declaration of Human Rights, <<http://www.un.org/overview/rights.html>>, เมษายน ๒๕๔๖.

^{๒๖} กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖. (กรุงเทพมหานคร: เจ.เอส.การพิมพ์, ๒๕๔๗), หน้า ๒.

^{๒๗} สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ผู้สูงอายุกับการทำงาน, (กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๔๙), หน้า ๑.

^{๒๘} คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม, ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข, (กรุงเทพมหานคร: วุฒิสภา, ๒๕๓๔).

^{๒๙} คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๔๔ – ๒๕๖๔, (กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๔๔).

^{๓๐} พุทธทาสภิกขุ, ธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ, ๒๕๓๙), หน้า ๕๓.

^{๓๑} บรรลุ ศิริพานิช, เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร: เกษมสุวรรณ, ๒๕๓๔). หน้า ๖๔.

^{๓๒} สุรกุล เจนอบรม, วิทยาการผู้สูงอายุ, (กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาของโรงเรียน คณะครูศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๔). หน้า ๒๓.

นักวิชาการต่างชาติ แอนเดอร์สัน (Anderson) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุกำหนดจากหลายองค์ประกอบ เช่น ประเพณีนิยม การทำงานของสภาพร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการประกอบอาชีพ^{๓๓} และนักวิชาการด้านการศึกษาผู้สูงอายุ บาร์โรว์ และ สมิท (Barrow and Smith) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่ก้าวสู่สภาพหรือบทบาทใหม่ในสังคม^{๓๔}

จากความหมายข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกัน ตามสภาพสังคม และระยะเวลาของผู้สูงอายุ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงกำหนดให้ผู้มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก^{๓๕} สำหรับประเทศไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งทางราชการไทยได้กำหนดให้เป็นเกณฑ์ในการเกษียณอายุราชการของข้าราชการด้วย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่มีชีวิตอยู่ในช่วงปัจฉิมวัย ซึ่งมีสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอยู่ในภาวะเสื่อมถอยตามสังขาร และมากด้วยประสบการณ์ มีคุณธรรมประจำใจ เป็นบุคคลที่สมควรได้รับการเคารพกราบไหว้จากบุตรหลาน และควรได้รับการดูแลจากครอบครัว บุตรหลาน ชุมชน และสังคมอย่างดี

๒.๓.๒ ความสูงอายุหรือความชราภาพ

ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุหรือความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามอายุ^{๓๖} ดังนั้น ความชราภาพจึงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ความสามารถทางร่างกายลดลง ความสามารถในการปรับตัวกับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ลดลง โดยสามารถแบ่งได้ ๒ ลักษณะด้วยกัน คือ^{๓๗}

๑. ความชราภาพแบบปฐมภูมิ (Primary Aging) เป็นความชราภาพที่เกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กล่าวคือเมื่ออวัยวะต่าง ๆ เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์ถูกใช้งานมานาน ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการเสื่อมโทรมของเซลล์ในร่างกายนี้ ส่งผลให้เห็นเด่นชัดทีละน้อย เช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวย่น สายตาวาว พละกำลังเริ่มถดถอย เป็นต้น

๒. ความชราภาพแบบทุติยภูมิ (Secondary Aging) เป็นความชราภาพที่มนุษย์สามารถหลีกเลี่ยงได้ ความชราภาพลักษณะนี้ เกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่ห่วง ไม่กังวล ไม่รักษาสุขภาพร่างกาย การใช้ร่างกายทำงานหนักจนเกินกำลัง การรับประทานอาหารมากเกินไป ดื่มสุรา สูบบุหรี่พักผ่อนไม่เพียงพอ ในบางกรณีเกิดจากโรคภัยมาเบียดเบียน ก่อให้เกิดความชราภาพแบบทุติยภูมิได้

^{๓๓} Anderson, J.E. Teaching and learning, In W.T. Donahuc (Ed.), **Education for later maturity**, (New York: Whiteside, 1971), P. 71.

^{๓๔} Barrow G.M. and Smith, P.A. **Aging, Ageism and society**. St., (Paul, Minn.: West), 1979. pp. 26 – 27.

^{๓๕} บุญมาส สันธูประมา, **สังคมวิทยาความสูงอายุ**, (เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ, ๒๕๓๙), หน้า ๔๖.

^{๓๖} ศิราภรณ์ ทับสายทอง, **จิตวิทยาผู้สูงอายุ**, (กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๓), หน้า ๑๓.

^{๓๗} สุรกุล เจนอบรม, **วิทยาการผู้สูงอายุ**, หน้า ๖๖ – ๖๘.

ความสูงอายุหรือความชราภาพ จึงเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน และน่าสนใจ มนุษย์ทุกคนต้องประสบภาวะนี้ ที่กล่าวว่าสลับซับซ้อนเนื่องจาก กระบวนการของผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ (Physiological) ทางอารมณ์ (Emotional) การเรียนรู้ สติปัญญา (Cognitive) เศรษฐกิจ (Economic) และทางส่วนตัว (Interpersonal) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวที่ว่า “ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไร ก็ยิ่งแตกต่างมากขึ้นเท่านั้น” (As we grow older, we become more unlike each other) คำกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับอย่างมาก ดังนั้นกระบวนการเกี่ยวกับความชราภาพ จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะความสูงอายุมีผลกระทบอย่างรวดเร็วในสังคม

สรุปได้ว่า ความสูงอายุเกี่ยวข้องกับความชราหรือผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในวงจรชีวิตระยะสุดท้าย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรม ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในสังคมจึงควรมีการประสานความสัมพันธ์และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพราะมีผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคมและมีผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ

๒.๓.๓ สภาพของผู้สูงอายุ

สภาพของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปในแต่ละช่วงอายุซึ่ง ศศิพัฒน์ ยอดเพชร^{๓๔} ได้กล่าวถึงสภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ๔ ด้าน ดังนี้

๑. สภาพทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status Aging) เมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุระบบในร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ การเผาผลาญในร่างกายลดน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทำให้เหยียวน การเปลี่ยนแปลงทางเดินโลหิต การเสื่อมของกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในระบบสมอง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่าย และระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย เกิดการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนาน และภาวะทุพพลภาพ ทำให้เกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย จิตใจ สังคม และเกิดปัญหาแก่ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องตามมา

๒. สภาพทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (Psychological Status of Aging) สภาพทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งเกิดจากการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ความผิดปกติของระบบประสาทและสมอง ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง มีผลกระทบต่อระบบความทรงจำ เกิดอาการหลงลืม และความทรงจำย้อนกลับ สามารถจดจำเหตุการณ์ในอดีตได้ดีกว่าเหตุการณ์ในปัจจุบัน นอกจากนั้นสภาพการเจ็บป่วย และการสูญเสียด้านต่าง ๆ ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงสภาพทางจิตใจ ดังนี้ ๒.๑) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากบุคคลที่ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อนเสียชีวิต หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้เกิดการซึมเศร้าอันเนื่องมาจากการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ๒.๒) การสูญเสียสถานภาพทางสังคม เนื่องจากการออกจากงาน หรือหมดภาระที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้รู้สึกไร้ค่า ๒.๓) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตร ธิดา ส่วนใหญ่แยกตัวออกไปสร้างครอบครัวใหม่ จากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลง และ ๒.๔) การไม่ตอบสนองความต้องการทางเพศ ซึ่งนับว่าเป็น

^{๓๔} ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, **สวัสดิการผู้สูงอายุ**, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๔), หน้า ๗.

การสูญเสียทางจิตใจอย่างรุนแรง เพราะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย และวัฒนธรรมที่มีต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุว่าไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้

๓. สถานภาพทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ (Social Status of Aging) ในอดีตผู้สูงอายุและครอบครัว ประกอบด้วย บุตร หลาน และบุคคลอื่นไม่น้อยกว่า ๓ รุ่นอายุ อาศัยด้วยกันในลักษณะครอบครัวใหญ่ อันเป็นลักษณะครอบครัวขยาย (Extended Family) ซึ่งสมาชิกทุกรุ่นมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตรเท่านั้น ทำให้กิจกรรมในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป บางครั้งต้องพึ่งพิงสถาบันจากภายนอก ในลักษณะการซื้อบริการ เช่น การเลี้ยงดูบุตร และการดูแลผู้สูงอายุ

๔. สถานภาพทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ (Financial Status of Aging) จากการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศ เกิดความทันสมัยต่าง ๆ การเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ส่งผลกระทบโดยตรงกับสภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถหารายได้ได้ จึงรู้สึกว่าการไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ เกิดความว้าเหว่ ทั้งที่ผู้สูงอายุอาจมีความต้องการรายได้มากกว่าช่วงกลางคน เช่น เกิดปัญหาสุขภาพต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ต้องการคนดูแลเนื่องจากตนเองไม่แข็งแรง

จากการศึกษาสถานภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ สรุปว่า ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสภาพทั้งทางด้านจิตใจ และด้านสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ปกติ สภาพของผู้สูงอายุจึงคล้ายกับผู้เสื่อมไร้ความสามารถ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ โรคภัยไข้เจ็บ และส่งผลกระทบต่อสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนั้นการสูญเสียสถานภาพทางสังคม และเศรษฐกิจ ย่อมส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางจิตใจของผู้สูงอายุเช่นกัน

๒.๓.๔ ความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากบุคคลหลายฝ่าย รวมทั้งภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐบาล หน่วยงานเอกชน องค์กรท้องถิ่น ชุมชน ซึ่งมีผู้เสนอความต้องการของผู้สูงอายุ ดังนี้

จากการศึกษาของ สมพร เทพลีธา^{๓๔} กล่าวถึงความต้องการของผู้สูงอายุว่าในการสัมมนาทางวิชาการเรื่องบทบาทขององค์กรเอกชนในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ สรุปได้ ๕ ด้าน ๑) ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการทางกายภาพและปัจจัยสี่ของผู้สูงอายุ ๒) ความต้องการทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการประกอบอาชีพ ต้องมีรายได้ ๓) ความต้องการความรู้ ได้แก่ ความต้องการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยสูงอายุ เพื่อมาใช้ปรับตัวในด้านต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความรู้เท่าทันเหตุการณ์ ๔) ความต้องการทางด้านสังคม ได้แก่ ความต้องการเป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคม ตลอดจนการที่ตนเป็นประโยชน์ต่อบุคคลอื่น ๕) ความต้องการทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการทางด้านความรัก

^{๓๔} สมพร เทพลีธา, บทบาทขององค์กรเอกชนในการแก้ไขปัญหาสังคมและการพัฒนาสังคม, (กรุงเทพมหานคร: โครงการอบรมเพื่อพัฒนาสังคม สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย, ๒๕๒๖), หน้า ๕๖.

ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ ความกตัญญู และต้องการมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรกุล เจนอบรม^{๔๐} ที่เสนอว่า ความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุมี ๕ ประการ ๑) ความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ คือ ความต้องการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน จากบุตรหลาน เครือญาติ และหน่วยงานของรัฐ ๒) ความต้องการในเรื่องที่อยู่อาศัย โดยให้ผู้สูงอายุมีที่พักพิง เช่น บ้านของตนเอง บ้านของบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง หรือในสถานสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน ๓) ความต้องการในด้านอนามัย ผู้สูงอายุมักมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ ครอบครัวและบุตรหลานควรเอาใจใส่ ๔) ความต้องการทางด้านการงาน การทำงานมีความหมายต่อผู้สูงอายุ เพราะเป็นที่มาของรายได้และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ๕) ความต้องการความรัก ความเคารพ ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ เพราะผู้สูงอายุต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ต้องการความรักและเคารพนับถือจากคนในครอบครัว ทั้งนี้ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์^{๔๑} ยังได้ทำการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุไทยด้วยเช่นกัน ซึ่งสรุปความต้องการของผู้สูงอายุเป็น ๒ ประเด็น ๑) ความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการให้รัฐบาลส่งเสริมการออกกำลังกายแก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ การให้ความรู้ความเข้าใจ การให้การศึกษากับการรักษาสภาพของผู้สูงอายุและการเตรียมตัวเพื่อรองรับเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ๒) ความต้องการด้านจิตใจ ได้แก่ ความต้องการให้รัฐบาลส่งเสริมการรวมกลุ่มกันระหว่างผู้สูงอายุ เช่น การตั้งสมาคมและสมาคมผู้สูงอายุต่างๆ เพื่อให้เกิดกิจกรรมในหมู่ผู้สูงอายุและการทำงานที่ตนเองรัก เช่น การรวมกลุ่มร้องเพลง การสอนหนังสือพิเศษ การช่วยเหลือสังคม และการเป็นครูภูมิปัญญาให้แก่ชุมชน เป็นต้น

มาสโลว์ (Maslow) ได้กล่าวถึงระดับความต้องการของมนุษย์ทุกวัย ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีความต้องการ และเมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่ใช่แรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมนั้นต่อไปโดยความต้องการของมนุษย์ แบ่งเป็นลำดับขั้น สรุปได้เป็น ๕ ระดับ ระดับที่ ๑ ความต้องการทางกาย (Physiological Needs) ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยยารักษาโรค เป็นต้น ระดับที่ ๒ ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ได้แก่ การหายจากความเจ็บปวด การมีบ้านอยู่ การหายจากความหวาดกลัว เป็นต้น ระดับที่ ๓ ความต้องการความรักและการยอมรับ (Social Needs) ได้แก่ การเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ เป็นต้น ระดับที่ ๔ ความต้องการในเกียรติยศและความต้องการมีชื่อเสียง (Esteem Needs) ได้แก่ ความต้องการความมีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น และระดับที่ ๕ ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จ หรือความต้องการเข้าใจและเป็นตัวของตัวเองอย่างถ่องแท้ (Self-actualization) เช่น การแสดงความสามารถที่มีอยู่สูงสุดของตนเองให้ผู้อื่นในสังคมเป็นต้น สรุปได้ว่าความต้องการของมนุษย์ตามที่ มาสโลว์ (Maslow) ได้กล่าวไว้มี ๕ ระดับ ประกอบด้วยความต้องการระดับที่ ๑ และระดับที่ ๒ เป็นความต้องการส่วนบุคคล ส่วนระดับที่ ๓ และระดับที่ ๔ เป็นความต้องการทางสังคม ส่วนระดับที่ ๕ เป็นความต้องการทางด้านสติปัญญา^{๔๒} เช่นเดียวกับ คุยเปอร์ และ เบงสัน (Kuyper and Bengtson) ได้แบ่งความต้องการของ

^{๔๐} สุรกุล เจนอบรม, *วิทยาการผู้สูงอายุ*, หน้า ๗๖.

^{๔๑} กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๐, <<http://www.m-society.go.th/>>, กรกฎาคม ๒๕๕๒.

^{๔๒} Maslow, Abraham H., *Motivation and Personality*, 2nd ed, (New York: Harper and Row Publishers, 1970), P. 62.

ผู้สูงอายุไว้เป็น ๒ ประเภท^{๔๓} ๑) ผู้สูงอายุต้องการได้รับสิทธิเสรีภาพและอิสรภาพ ในบางครั้งผูกติดไว้กับศีลธรรมจรรยา อันเป็นจุดอ่อนที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทได้ตามที่ต้องการ ๒) ผู้สูงอายุมีความต้องการในการได้รับการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาของตน มากกว่าการจัดหาด้านอื่น ซึ่งหมายถึงความต้องการได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนในการดำเนินชีวิต

จากการศึกษาความต้องการด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการสำคัญแบ่งเป็น ๒ ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ดังนี้ ๑) ด้านร่างกาย พบว่า เกิดจากสภาพความเสื่อมโทรมของร่างกายทำให้ไม่สามารถมีส่วนร่วมกับกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ถึงสภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ในด้านจิตใจและด้านเศรษฐกิจ ๒) ความต้องการทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการความอบอุ่น ความรักจากลูกหลาน โดยมักคิดว่าตนเองด้อยค่า ความต้องการที่สำคัญที่สุดและมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือด้านการศึกษา เนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะได้รับทราบข่าวสาร ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ และสามารถดำเนินชีวิตในช่วงสุดท้ายของวงจรชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและปกติสุข

๒.๓.๕ ปัญหาของผู้สูงอายุ

ประเทศไทยกำลังถึงจุดเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Population) จำนวนผู้สูงอายุในปัจจุบันมีประมาณ ๗ ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ยอดผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง ๑๑ ล้านคน หรือประมาณร้อยละ ๑๗ ของประชากรทั้งประเทศ^{๔๔} จากการที่มีผู้สูงอายุจำนวนมากย่อมส่งผลกระทบต่อระบบสังคมโดยรวม เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีสารพัดปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ทั้งเรื่องสุขภาพกาย จิต อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น แต่ผลจากการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมตามกระแสวัตถุนิยม ทำให้ลูกหลานจำนวนมากละทิ้งครอบครัว อพยพเข้ามาขายแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและการบริการในเมืองใหญ่ ทอดทิ้งผู้สูงอายุทำให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวลดลง ลูกหลานขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ บรรลุ ศิริพานิช^{๔๕} ได้เรียบเรียงหนังสือคู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ ซึ่งกล่าวถึงปัญหาของผู้สูงอายุโดยได้สรุปปัญหาหลัก ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

๑. ปัญหาสุขภาพ สุขภาพร่างกายเป็นขบวนการต่อเนื่องของชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย การจะมาเร่งบำรุงสุขภาพเมื่อวัยสูงอายุเป็นเรื่องสายไปเสียแล้ว คนเมื่อเกิด-เด็ก-หนุ่มสาว จนถึงผู้ใหญ่ มีสุขภาพแข็งแรง เมื่อสูงอายุก็มีสุขภาพแข็งแรง ในทางกลับกันคนที่สุขภาพอ่อนแอเมื่อเด็ก พอสูงอายุก็มีสุขภาพอ่อนแอด้วย ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันจำเป็นต้องคำนึงถึง

๑.๑ การส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ

๑.๒ การป้องกันโรคไม่ให้เกิด

^{๔๓} Kuypers and Bengtson, *The Aging Experience : an Introduction to Social Gerontology*, (New York: Harper and Row Publishers, 1984), P. 30.

^{๔๔} สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, *สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย*, (กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี้ประเทศไทย, ๒๕๕๐), หน้า ๗-๑๒.

^{๔๕} บรรลุ ศิริพานิช, *คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน*, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.ที.เอ.เบสท์ซัพพลายจำกัด, ๒๕๓๕), หน้า ๔๒.

๑.๓ การตรวจดูแลรักษาแต่เนิ่น ๆ

ทั้ง ๓ ประการ เป็นเรื่องสำคัญ เพราะคนสูงอายุมีภูมิคุ้มกันต่ำ สังหารทรุดโทรม ถ้าปล่อยให้เป็นโรคหรือแม้แต่เป็นโรครักษาง่าย ๆ อัตราตายก็สูง

๒. ปัญหาเศรษฐกิจและรายได้ ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นก็ต้องเกษียณอายุ ทำให้ขาดรายได้ แม้การทำงานของตนเองไม่มีเกษียณอายุ เช่น เกษตรกร สมรรถภาพจะต่ำลงทำให้รายได้ต่ำลง ถ้าหากผู้สูงอายุเป็นผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีมาก่อนและมีการเก็บหอมรอมริบไว้ใช้ในยามสูงอายุ จะไม่มีปัญหา แต่ถ้าผู้สูงอายุมีสถานภาพทางเศรษฐกิจไม่ดี ไม่มีเงินเก็บ ยามแก่ชราจะเกิดปัญหา เพราะประเทศไทยยังไม่มีบำนาญให้ผู้สูงอายุเหมือนประเทศที่เจริญแล้วหลายประเทศทางยุโรปและอเมริกา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไทยมักได้รับความช่วยเหลือทางการเงินจากลูกหลาน ญาติพี่น้องตามประเพณีที่สืบทอดกันมา

๓. ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัยและผู้ดูแลยามแก่ชราและโรคเรื้อรัง เมื่อผู้สูงอายุอายุมากขึ้นจนถึงอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ก็มีความพิการบางอย่างจำเป็นต้องมีผู้ดูแล โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวร่างกาย ดังนั้น เรื่องนี้จำเป็นต้องได้ด้วยการที่พยายามรักษาวัยฒรรวมไทยที่ผู้สูงอายุก็ยังคงอยู่ในครอบครัวไปเรื่อย ๆ หน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นของลูกหลาน ซึ่งเป็นวัฒนธรรมที่ดีที่ควรรักษาไว้ให้ยืนยาวตลอดไป ไม่เป็นการดีที่สร้างบ้านพักคนชรา แล้วแยกคนชราออกจากลูกหลาน เว้นแต่คนชราที่ขาดลูกหลานเท่านั้นจึงสมควรจะมีบ้านพักคนชราให้ ซึ่งสอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุของสหประชาชาติ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๕ ได้สรุปปัญหาของผู้สูงอายุที่ควรพิจารณาไว้ ดังนี้

๑) ปัญหาด้านมนุษยธรรม (Humanitarian Issues) คือ ปัญหาเกี่ยวกับการทอดทิ้งผู้สูงอายุและการกีดกันทางมนุษยธรรม โดยความรับผิดชอบของสังคม

๒) ปัญหาด้านสังคม (Social Issue) เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์ทั้งภาครัฐและเอกชนควรให้การสงเคราะห์ ให้การดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นพร้อมกับการประกันสังคมการดำรงชีพของผู้สูงอายุ

๓) ปัญหาด้านครอบครัว (Family Care and System) คือ การรักษาวัฒนธรรมในการที่บุตรหลานดูแลปู่ย่าตายาย ความเคารพผู้อาวุโส ตลอดจนการดูแลครอบครัวและครอบครัวสัมพันธ์

๔) ปัญหาด้านเคหะและชุมชน (Housing and Community Problems) ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยและบทบาทของสังคมในการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุ

๕) ปัญหาผู้สูงอายุในชนบทและการย้ายถิ่น (Rural and Migration Problems) ซึ่งเป็นปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา

๖) ปัญหาด้านสุขภาพ (Health Issues) ได้แก่ การบำบัดโรค การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่

๗) ปัญหาด้านการศึกษา (Educational Problems) นอกจากการฝึกอบรมวิชาชีพแล้ว การแนะแนวชีวิต การศึกษาแก่ครอบครัว การศึกษาเพื่อเตรียมตัวก่อนวัยสูงอายุและประชากรศึกษา

๘) ปัญหาด้านการพัฒนา (Developmental Problems) เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ควรมีการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผู้สูงอายุ

๙) ปัญหาด้านอาชีพและแรงงาน (Employment Promotion and Labor Problems) เป็นปัญหาที่สหประชาชาติได้หยิบยกขึ้นมาเพื่อลดภาระทางสังคม และให้ผู้สูงอายุได้ช่วยตนเองและช่วยครอบครัว

๑๐) ปัญหาด้านการวิจัย (Research on Aging) ควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง

๑๑) ปัญหาด้านการฝึกอบรม (Training Problems) ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกสาขาอาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักวิจัย และนักการศึกษา

๑๒) ปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (International Relations) ควรมีการประสานความร่วมมือแลกเปลี่ยนข้อมูลโครงการวิจัยระหว่างหน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้องทั่วโลก^{๖๖}

การสำรวจสภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยของหน่วยงานต่าง ๆ พบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้รับการศึกษา และได้รับการศึกษาน้อย จบการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ ร้อยละ ๗๐ ยังไม่สามารถอ่านเขียนหนังสือได้ และพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้รับข่าวสารข้อมูล ไม่ทราบว่ามีบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงไม่ได้ไปขอรับบริการ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ที่น้อยเช่นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้พื้นฐาน ขาดข้อมูลในที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ อาชีพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการศึกษาน้อยเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติม ซึ่งปัญหานี้ยังมีความเชื่อมโยงให้เกิดปัญหาต่าง ๆ อีกมากมาย และจากการสำรวจสำมะโนประชากรสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ พบว่า ปัญหาด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาน้อย โดยพบว่าร้อยละ ๙๐.๗ จบการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษาเท่านั้น อีกทั้งยังมิอาจชีพเกษตรกรรม รายได้ไม่เพียงพอ ทำให้ต้องหาเลี้ยงตนเอง สุขภาพไม่ดี และต้องอาศัยอยู่ตามลำพัง ปัญหาหลักที่ผู้สูงอายุไทยเผชิญอยู่ ประกอบด้วย ประเด็นหลัก ๔ ด้าน^{๖๗} ได้แก่

๑. ปัญหาด้านสุขภาพกาย โดยในช่วง ๕ ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีโรคที่คุกคามผู้สูงอายุมากที่สุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเมะเร็ง และโรคเบาหวาน

๒. ปัญหาด้านสุขภาพจิต พบมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขนาดใหญ่มาเป็นครอบครัวขนาดเล็ก จากผลกระทบของภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาลูกหลาน ผู้สูงอายุต้องคิดมาก เครียด และถูกทอดทิ้งอย่างรวดเร็ว

๓. ปัญหาไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่วัยกลางคนได้ การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย บางครั้งทำให้คนปรับตัวไม่ทัน เกิดความเครียด ซึมเศร้า โกรธง่าย มองโลกในแง่ร้าย

๔. ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ไร้ที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทและในเมืองที่ลูกหลานต้องดิ้นรนหารายได้ โดยทำงานในเมืองหลวง ซึ่งปัจจุบันยังทวีความรุนแรง อันเนื่องมาจากเศรษฐกิจตกต่ำ^{๖๘} ส่วนของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ทำการศึกษาสภาพ

^{๖๖} คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม, ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข, (กรุงเทพมหานคร: วุฒิสภา, ๒๕๓๔), หน้า ๓๖.

^{๖๗} สุมาลี สังข์ศรี, การศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้วิธีการศึกษาทางไกล, (กรุงเทพมหานคร: ๙๑๑๙ เทคนิคพรินต์, ๒๕๔๐), หน้า ๕๗.

^{๖๘} เพ็ญแข ประจันปัจฉิน, สูญอายุวัยศึกษา, (กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๕), หน้า ๒๘ – ๒๙.

ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุไทย โดยการสนทนากลุ่ม และสรุปปัญหาของผู้สูงอายุเป็น ๒ ประเด็น^{๔๙}

๑) ปัญหาด้านร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมถอยของสุขภาพ เช่น โรคของผู้สูงอายุ อวัยวะภายในเสื่อมถอย เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดัน โรคเกาต์ โรคข้อเสื่อม โรคเอนไซม์ และโรคอ่อนเพลีย

๒) ปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งมีความรุนแรงมากกว่าทางด้านร่างกาย ได้แก่ ปัญหาที่มารุมเร้าจิตใจ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจค่าครองชีพสูง เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล เครียด ส่งผลให้เกิดโรคแก่ร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันอุดตัน เป็นต้น

สรุปได้ว่า ปัญหาหลักของผู้สูงอายุ ๒ ด้านที่สำคัญ คือ ๑) ปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาด้านสติปัญญา ปัญหาด้านสุขภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ปัญหาด้านจิตใจ เช่น ภาวะความเครียด กตัญญู ว้าวุ่น และปัญหาจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ๒) ปัญหาจากปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านการปรับโครงสร้างทางสังคม ปัญหาการไม่ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร และปัญหาทางด้านการขาดโอกาสทางการศึกษา เป็นต้น ดังนั้น จากสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งปัญหาด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ปัญหาด้านสุขภาพกาย ปัญหาด้านสุขภาพจิต ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจ ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตในสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยเห็นว่าสาเหตุของปัญหาต่าง ๆ ไม่ได้เกิดจากผู้สูงอายุเองทั้งหมด แต่ส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัวบุตรหลาน และสังคมที่ขาดความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจในสภาพการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดปัญหานำไปสู่การปล่อยปละละเลยไม่สนใจใยดี และทอดทิ้งในที่สุด

๒.๓.๖ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ^{๕๐}

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการดำรงชีวิต เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เราอาจหยุดพักอย่างอื่นได้แต่เราจะหยุดพักการหายใจ และการกินไม่ได้ ดังนั้น เราจึงต้องกินอาหารให้ได้สัดส่วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน มีความต้องการพลังงานและสารอาหารเหมือนบุคคลวัยอื่นๆ เพียงแต่ต้องการพลังงานและสารอาหารน้อยลง แต่ร่างกายยังต้องการพลังงานและสารอาหารที่มีคุณภาพสูงเพื่อดำรงชีวิตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

ความต้องการสารอาหารด้านพลังงานของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ ตับ ปอด ฯลฯ น้อยลง การทำงานของกล้ามเนื้อลดลงและความต้องการของพลังงานในระยะพักลดลง คณะกรรมการร่วม FAO/WHO เสนอแนะให้ลดพลังงานในอาหารลง ๕% ต่อทุก ๑๐ ปีของอายุที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุ ๕๕ ปี เมื่ออายุ ๖๐-๖๔ ให้ลดพลังงานลง ๑๐% และเมื่ออายุ ๗๐ ปีขึ้นไปให้ลดลง ๒๐% สำหรับโปรตีนนั้นจำเป็นต่อการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ความ

^{๔๙} กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๐, <<http://www.m-society.go.th>>, กรกฎาคม ๒๕๕๒.

^{๕๐} กองโภชนาการ, คุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย, (นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, ๒๕๓๘), หน้า ๑๖.

ต้องการโปรตีนในผู้สูงอายุประมาณ ๐.๘๘ กรัมต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัมต่อวัน โปรตีนคุณภาพดี ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์โดยเฉพาะปลาทะเล ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้ง ไขมันเป็นอาหารที่ทำให้พลังงานสูง ไขมันยังให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายเนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง ดังนั้น ความต้องการไขมันของผู้สูงอายุจะลดลงได้ ก็โดยการลดปริมาณการกินไขมันโดยได้รับไขมันไม่เกิน ๒๕-๓๐% ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน แต่ผู้สูงอายุควรลดการกินอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลต่าง ๆ เพื่อลดปริมาณพลังงาน ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรต ๕๕% ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน ส่วนวิตามินช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามิน เท่ากับวัยหนุ่มสาว แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผัก ผลไม้สด ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้กินผักผลไม้ให้ เพียงพอในแต่ละวัน ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุเท่าเดิมแต่ส่วนมากมีปัญหา คือ การกินที่ไม่ เพียงพอ แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาในผู้สูงอายุได้แก่ แร่ธาตุเหล็ก และแคลเซียม

ดังนั้น เพื่อให้ร่างกายได้รับเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ จึงควรกินอาหารที่ปรุงและ ประกอบด้วยผักเป็นประจำ และควรกินผลไม้สดโดยเฉพาะผลไม้สด จะให้เส้นใยอาหารมากกว่าดื่มน้ำ ผลไม้ นอกจากนี้ น้ำมีความสำคัญต่อร่างกายมาก ช่วยในระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายส่วนมาก ผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ ๖-๘ แก้วเป็นประจำทุกวัน

๒.๔ แนวคิดเกี่ยวกับการบริโภคตามหลักพุทธธรรม

พระพุทธศาสนาถือเป็นสถาบันสำคัญสถาบันหนึ่งในระบบสังคมและเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งในชีวิตมนุษย์ ศาสนาคือ ที่รวมแห่งความเคารพนับถืออันสูงสุดของมนุษย์ เป็นที่พึ่งทางจิตใจ ซึ่งมนุษย์ส่วนมากย่อมเลือกยึดเหนี่ยวตามความพอใจและตามความเหมาะสมแก่เหตุแวดล้อมของตน และเป็นคำสั่งสอนอันว่าด้วยศีลธรรมและอุดมคติสูงสุดในเรื่องบุคคล รวมทั้งแนวความเชื่อถือและ แนวปฏิบัติต่างๆกันตามคติของแต่ละศาสนา^{๕๑} ศาสนามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการควบคุม พฤติกรรมของมนุษย์ กระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม สามารถใช้หลักพุทธธรรม ดังต่อไปนี้

๒.๔.๑ อินทริยสังวร คือ การสำรวมอินทรียทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ไม่ให้ยินดี ยินร้าย ในเวลาเห็นรูป ฟังเสียง ดมกลิ่น ลิ้มรส ถูกต้องโผฏฐัพพะ รู้ธรรมารมณ์ด้วยใจ ระวังไม่ให้กิเลส ครอบงำใจ ในเวลารับรูปรูปรารมณ์ทางอินทรียทั้ง ๖ การสำรวมอินทรีย แบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ^{๕๒} คือ

๑. สำรวมระวังในอินทรียทั้ง ๖ ด้วยการไม่สอดสายส่งออกไปเที่ยวกระทบหรือผัสสะ กับในเหล่า รูป เสียง กลิ่น รส โผฏฐัพพะ และธรรมารมณ์ ที่ไม่จำเป็น เพราะเมื่อไม่เกิดการผัสสะหรือ เมื่อผัสสะดับ จึงดับเวทนาได้ อันเป็นไปตามปฏิจกสมุปปาทธรรมฝ่ายนิโรธวารหรือฝ่ายดับทุกข์

๒. อีกในลักษณะหนึ่งนั้น ย่อมไม่สามารถสำรวมได้ตลอดเวลา เพราะความที่ย่อม ต้องมีการกระทบกันบ้างเป็นธรรมดาในการดำเนินชีวิตแม้แต่ในภิกษุที่ประกอบด้วยความสำเร็จแล้วก็ตาม ดังนั้นเมื่อเกิดการกระทบหรือเกิดการผัสสะกันแล้ว ก็ให้มีการสังวร สำรวมไม่ให้ยินดียินร้ายใน

^{๕๑} สุชีพ ปุญญานุภาพ, ประวัติศาสนา, (กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น, ๒๕๐๖), หน้า ๑๒.

^{๕๒} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ, พิมพ์ครั้งที่ ๑๕, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๓๓ - ๓๔.

เวลาที่เห็นรูป ฟังเสียง ดมกลิ่น ลิ้มรส ถูกต้องโงฐฐัพพะ รู้ธรรมารมณ์ด้วยใจ หรือการอุเบกขา หรือไม่พัวพัน เสียมันเอง กล่าวคือยังมีความระวังไม่ให้กิเลสครอบงำใจ ในเวลารับรู้อารมณ์ทางอินทรีย์ทั้ง ๖

การสำรวมในอินทรีย์ทั้ง ๖ ประกอบไปด้วย^{๕๓}

๑) สำรวมตา ที่เมื่อกระทบรูป ย่อมเกิดความพอใจ ไม่พอใจ หรือเฉย ๆ อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดา

๒) สำรวมหู ที่เมื่อกระทบเสียง ย่อมเกิดความพอใจ ไม่พอใจ หรือเฉย ๆ อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดา

๓) สำรวมจมูก ที่เมื่อกระทบกลิ่น ย่อมเกิดความพอใจ ไม่พอใจ หรือเฉย ๆ อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดา

๔) สำรวมลิ้น ที่เมื่อกระทบรส ย่อมเกิดความพอใจ ไม่พอใจ หรือเฉย ๆ อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดา

๕) สำรวมกาย ที่เมื่อกระทบโงฐฐัพพะ ย่อมเกิดความพอใจ ไม่พอใจ หรือเฉย ๆ อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดา

๖) สำรวมใจ ที่เมื่อกระทบธรรมารมณ์ ความคิดความนึก ที่มีก่อกำเนิดขึ้นเองเสมอ ๆ ตลอดจนความคิดที่เกิดขึ้นจากการปรุงแต่งสืบเนื่องต่อจากการผัสสะของอินทรีย์อื่น ๆ ทั้ง ๕ ย่อมเกิดความพอใจ ไม่พอใจ หรือเฉย ๆ อย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้นเป็นธรรมดา

๒.๔.๒ กัลยาณมิตตา คือ ความมีกัลยาณมิตร มีผู้แนะนำสั่งสอน ที่ปรึกษา เพื่อนที่คบหา และบุคคลผู้แวดล้อมที่ดี ความรู้จักเลือกเสวนาบุคคล หรือเข้าร่วมหมู่กับท่านผู้ทรงคุณ ทรงปัญญา มีความสามารถ ซึ่งจะช่วยเหลือ สนับสนุน ชักจูง ชี้ช่องทาง เป็นแบบอย่าง ตลอดจนเป็นเครื่องอุดหนุนเกื้อกูลแก่กัน ให้ดำเนินก้าวหน้าไปด้วยดี ในการศึกษาอบรม การครองชีวิต การประกอบกิจการและธรรมเนียมปฏิบัติ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ดี^{๕๔}

กัลยาณมิตร ในแง่ทำหน้าที่ต่อผู้อื่นมีคุณสมบัติพิเศษจำเพาะสำหรับการทำหน้าที่นั้นอีกส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะคุณสมบัติพื้นฐาน ที่เรียกว่า “กัลยาณมิตรธรรม ๗ ประการ”^{๕๕} ดังนี้

๑. ปิโย (น่ารัก) คือ เข้าถึงจิตใจ สร้างความรู้สึกสนิทสนม เป็นกันเอง ขวนใจผู้เรียนให้อยากเข้าไปปรึกษาได้ถ้าม

๒. ครุ (น่าเคารพ) คือ มีความประพฤติสมควรแก่ฐานะ ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจเป็นที่พึ่งได้และปลอดภัย

๓. ภาวนีโย (น่าเจริญใจ) คือ มีความรู้จริง ทรงภูมิปัญญาแท้จริง และเป็นผู้ฝึกฝนปรับปรุงตนอยู่เสมอ เป็นที่น่ายกย่อง ควรเอาอย่าง ทำให้ศิษย์เอ๋ยอ้าง และรำลึกถึง ด้วยความซาบซึ้งมั่นใจ และภาคภูมิใจ

๔. วัตตา (รู้จักพูดให้ได้ผล) คือ พูดเป็น รู้จักชี้แจงให้เข้าใจ รู้ว่าเมื่อไรควรพูดอะไร อย่างไร คอยให้คำแนะนำว่ากล่าว ตักเตือน เป็นที่ปรึกษาที่ดี

^{๕๓}ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๓๕/๒๕๕.

^{๕๔}อภิ.สง. (ไทย) ๓๔/๘๕๓/๓๓๐.

^{๕๕}อง.อญฐก. (ไทย) ๒๓/๑๔๔/๒๙๐.

๕. วณักขโม (ทนต่อถ้อยคำ) คือ พร้อมที่จะรับฟังคำปรึกษาซักถามแม้จุกจิก ตลอดจนคำล่วงเกินและคำตักเตือนวิพากษ์วิจารณ์ต่าง ๆ อดทนฟังได้ ไม่เบื่อหน่าย ไม่เสียอารมณ์

๖. คัมภีรัญจะ กะถัง กัตตา (แถลงเรื่องล้าลึกได้) คือ กล่าวชี้แจงเรื่องต่าง ๆ ที่ลึกซึ้งซับซ้อนให้เข้าใจได้ และสอนศิษย์ให้ได้เรียนรู้เรื่องราวที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นไป

๗. โน จัฏฐาเน นิโยชะเย (ไม่ชักนำไปในอริฐาน) คือ ไม่ชักนำไปในทางเสื่อมเสียหรือเรื่องเหลวไหลไม่สมควร

๒.๔.๓ ปัญญา คือ ความรอบรู้ เติบโตเข้าไปอีกว่า ความรู้ทั่ว ความรู้ชัด คือ รู้ทั่วถึงความจริงหรือรู้ตรงความเป็นจริง โดยอธิบายขยายความกันออกไปต่าง ๆ เช่น รู้เหตุรู้ผล รู้ดีรู้ชั่ว รู้ถูกรู้ผิด รู้ควรไม่ควร รู้คุณรู้โทษ รู้ประโยชน์มิใช่ประโยชน์ รู้เท่าทันสังขาร รู้องค์ประกอบ รู้เหตุปัจจัย รู้ที่ไปที่มา รู้ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งทั้งหลาย รู้ตามความเป็นจริง รู้ถ่องแท้ เข้าใจถ่องแท้ รู้เข้าใจสภาวะ รู้คิด รู้พิจารณา รู้วินิจฉัย รู้ที่จะจัดแจงจัดการหรือดำเนินการอย่างไร เป็นการมองทะลุสภาวะหรือมองทะลุปัญหา ปัญญาช่วยเสริมสัญญาและวิญญาน ช่วยขยายขอบเขตของวิญญานให้กว้างขวางออกไปและลึกซึ้งยิ่งขึ้น สองทางให้สัญญาณมีสิ่งกำหนดหมายรวมเก็บได้มากขึ้น เพราะเมื่อเข้าใจเพียงใด ก็รับรู้และกำหนดหมายในวิสัยแห่งความเข้าใจเพียงนั้น เหมือนคิดโจทย์เลขคณิตข้อหนึ่ง เมื่อยังคิดไม่ออก ก็ไม่มีอะไรให้รับรู้และกำหนดหมายต่อไปได้ ต่อเมื่อเข้าใจ คิดแก้ปัญหาได้แล้ว ก็มีเรื่องให้รับรู้และกำหนดหมายต่อไปอีก^{๕๖}

ปัญญา ตรงข้ามกับโมหะ ซึ่งแปลว่าความหลง ความไม่รู้ ความเข้าใจผิด สัญญาและวิญญานหาตรงข้ามกับโมหะไม่ อาจกลายเป็นเหยื่อของโมหะไปด้วยซ้ำ เพราะเมื่อหลง เข้าใจผิดไปอย่างใดก็รับรู้และกำหนดหมายเอาไว้ผิด ๆ อย่างนั้น ปัญญาช่วยแก้ไขให้วิญญานและสัญญาเดินทางถูก

ปัญญา เป็นความรู้หลักในหมวดสังขารชั้นรุต แต่นอกจากปัญญาที่เป็นความรู้หลักแล้วในหมวดสังขารชั้นรุต ยังมีข้อธรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ทั้งหลายอย่าง ซึ่งสัมพันธ์กับปัญญาในแง่ช่วยเกื้อหนุนบ้าง เป็นขั้นตอนในระหว่างของการพัฒนาปัญญาบ้าง เป็นคู่เทียบฝ่ายตรงข้ามที่แสดงถึงความมีความขาด ความลด ความเพิ่มของปัญญาบ้าง กล่าวคือ

ศรัทธา คือ ความเชื่อ ความซาบซึ้ง ไม่ใช่ความรู้ แต่อาจเป็นทางเชื่อมต่อนำไปสู่ความรู้ได้ เพราะศรัทธามีลักษณะเป็นการยอมรับความรู้ของผู้อื่น ฝากความไว้วางใจในปัญญาของผู้อื่น ยอมฟังและอาศัยความรู้ของผู้อื่นหรือแหล่งแห่งความรู้นั้นเป็นเครื่องชี้แนะแก่ตน ถ้าผู้มีศรัทธารู้จักคิดรู้จักใช้ปัญญาของตนเป็นทุนประกอบไป ศรัทธานั้นก็สามารถนำไปสู่ความเจริญปัญญาและการรู้ความจริงได้ เฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อผู้อื่นนั้นหรือแหล่งแห่งความรู้นั้นมีความรู้แท้จริง และมีกัลยาณมิตรช่วยชี้แนะให้รู้จักใช้ปัญญา แต่ถ้าเชื่ออย่างมงายคือไม่รู้จักคิด ไม่ใช้ปัญญาของตนเลย และผู้อื่นหรือแหล่งแห่งความรู้ นั้นไม่มีความรู้จริง ทั้งไม่มีกัลยาณมิตรที่จะช่วยชี้แนะ หรือมีปาปมิตร ผลอาจกลับตรงข้าม นำไปสู่ความหลงผิด ห่างไกลจากความรู้ยิ่งขึ้น^{๕๗}

โมหะ คือ ความหลง ความไม่รู้ เป็นไวพจน์ของคำว่า “อวิชชา” หมายถึง ความไม่รู้ตามความเป็นจริง ไม่รู้ตรงตามสภาวะ เป็นภาวะตรงข้ามกับปัญญา โดยเฉพาะปัญญาที่เรียกชื่อเฉพาะว่า

^{๕๖} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), พุทธธรรม ฉบับปรับปรุงและขยายความ, หน้า ๒๒ – ๒๓.

^{๕๗} อภ.วิ. (ไทย) ๓๕/๒๔๐/๓๓๗.

วิชา พูดอย่างสามัญว่า โมะหะหรืออวิชชา คือความไม่รู้^{๕๘} เป็นภาวะพื้นเดิมของคนซึ่งจะต้องกำจัดให้หมดไปด้วยวิชา คือความรู้ หรือด้วยการฝึกอบรมเจริญปัญญา อย่างไรก็ตาม แม้จะเล่าเรียนศิลปวิทยาต่าง ๆ มากมาย และใช้ศิลปวิทยาเหล่านั้นทำกิจประกอบการต่าง ๆ ได้มากมาย แต่ถ้าไม่ช่วยให้เข้าใจสิ่งทั้งหลายตามความเป็นจริง ไม่มองเห็นสังขารธรรมทั้งหลายหรือโลกและชีวิตตามสถานะของมันแล้วศิลปวิทยาเหล่านั้น ก็เป็นเพียงสุตะ คือสิ่งที่สดับถ้ายทอดกันไปเท่านั้น ยังไม่เป็นปัญญาแท้จริง ไม่สามารถกำจัดโมะหะหรืออวิชชาได้ และไม่อาจแก้ปัญหาพื้นฐานของชีวิตได้สำเร็จ บางทีจะแก้แต่กลายเป็นก่อปัญหาขึ้นใหม่ เหมือนคนต้องการแสงสว่าง แสงहारรวบรวมฟันและเชื้อไฟชนิดต่าง ๆ มากมายถึงจะรวมมาได้เท่าใด และจะปฏิบัติอย่างไรต่อฟันและเชื้อไฟเหล่านั้น จะตกแต่งประดับประดาประดิดประดอยอย่างไร แต่ตราบดีที่ยังมิได้จุดไฟขึ้น ก็ไม่อาจให้แสงสว่างเกิดขึ้นได้

๒.๔.๔ วิกาลโภชนา คือ การดเว้นในการบริโภคอาหารในยามวิกาล ทรงถือหลักในการฉันอาหารมื้อเดียว ตลอดชีวิตพรหมจรรย์ พระองค์ ทรงแสดงประโยชน์ของการฉันอาหารมื้อเดียว และแนะนำให้เหล่าภิกษุสงฆ์ ไม่ฉันอาหารในเวลาวิกาล เพราะการฉันอาหารมื้อเดียวจะทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า มีความเบากาย มีกำลัง และทำให้มีโรคน้อย^{๕๙} ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในแง่ของการบริโภคเพื่อสุขภาพ และส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

๒.๔.๕ โภชนมัตตัญญูตา คือ การรู้จักประมาณในการบริโภค ในโอวาทปาฏิโมกข์ การรู้จักประมาณเพื่อสันโดษ จะต้องเป็นไปด้วยเหตุ ๒ ประการ คือ (๑) ประมาณโดยการรับ (๒) ประมาณโดยการบริโภค^{๖๐} โดยกรับคือ เมื่อได้รับของถวายน้อย ควรรับเพื่อความเอ็นดูตระกูล เพื่อการรักษาตระกูล เพื่อการอนุเคราะห์ตระกูล และแม้เมื่อได้รับของถวายมาก ควรรับบิณฑบาตพอบริหαρห้องและ โดยการบริโภค คือ พิจารณาโดยแยบคายแล้วจึงฉันบิณฑบาต มิใช่เพื่อเล่น มิใช่เพื่อมัวเมา มิใช่เพื่อประดับ^{๖๑} มิใช่เพื่อตบแต่ง แต่ฉันเพียงเพื่อให้ร่างกายนี้ดำรงอยู่ เพื่อให้ร่างกายนี้ดำเนินไปได้ เพื่อระงับความลำบาก เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ ด้วยมนสิการว่า เราจักบำบัตเวทนาเก่า ไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น การดำเนินชีวิตของเรา ความไม่มีโทษและอยู่สบาย จักมีได้ด้วยวิธีการอย่างนี้^{๖๒} ดังพุทธพจน์ที่ว่า

ภิกษุบางรูปในธรรมวินัยนี้พิจารณาโดยแยบคายว่า เราบริโภคอาหารมิใช่เพื่อเล่น เพื่อความมัวเมา เพื่อประเพื่องผิว และเพื่อความอ้วนพี แต่เพื่อกายนี้ดำรงอยู่เพื่อให้ชีวิตินทรีย์เป็นไป เพื่อบำบัตความหิว เพื่ออนุเคราะห์พรหมจรรย์ โดยอุบายนี้ เราจักกำจัดเวทนาเก่าเสียได้และจักไม่ให้เวทนาใหม่เกิดขึ้น ความเป็นไปแห่งชีวิตินทรีย์ ความไม่มีโทษ และการอยู่โดยผาสุกจักมีแก่เรา ดังนี้ แล้วจึงบริโภคอาหาร ความสันโดษ ความเป็นผู้รู้จักประมาณ การพิจารณาในการบริโภคนั้นนี้เรียกว่า ความเป็นผู้รู้จักประมาณในการบริโภค^{๖๒}

^{๕๘} ๑.ทสก. (ไทย) ๒๔/๙๙/๒๓๖.

^{๕๙} ๒.ม. (ไทย) ๒๙/๒๐๖/๖๐๐.

^{๖๐} ๓.ม. (ไทย) ๑/๒๓/๒๑๑.

^{๖๑} ๔.สหา. (ไทย) ๑๘๑/๑๒๐/๑๔๒.

^{๖๒} ๕.ภ.ส. (ไทย) ๓๔/๑๓๕/๓๓๙.

โดยพิจารณาอาหารเปรียบกับน้ำมันสำหรับหยอดเพลลา ผ้าปิดแผล และเนื้อของบุตร^{๖๓} และยังทรงเลือกพิจารณาฉันทเฉพาะอาหารที่เป็นประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกายเท่านั้น ดังที่ทรงห้าม ภิกษุดื่มสุราและเมรัย เพราะเป็นบ่อเกิดของการเกิดโรค^{๖๔}

๒.๔.๖ สติ สัมปชัญญะ คือ ความระลึกได้และความรู้ตัว พระพุทธองค์ได้ทรงอบรมสั่งสอนให้ภิกษุสงฆ์มีสติ สัมปชัญญะในทุกอิริยาบถเป็นปกติในการดำรงชีวิตอยู่ทุกขณะตลอดเวลา ดังพุทธพจน์ที่ว่า

ภิกษุในธรรมวินัยนี้ทำความรู้สึกตัวในการก้าวไป การถอยกลับ การแลดู การเหลียวดู การคู้เข้า การเหยียดออก การครองสังฆาฏิบาตรและจีวร การฉัน การดื่ม การเคี้ยว การลิ้ม การถ่าย อุจจาระปัสสาวะ การเดิน การยืน การนั่ง การนอน การตื่น การพูด การนิ่ง ภิกษุชื่อว่าประกอบด้วย สติสัมปชัญญะเป็นอย่างนี้แล^{๖๕}

พระวินัยที่พระพุทธองค์ได้ทรงบัญญัติไว้ล้วนต้องการให้พระสงฆ์พึงมี สติ สัมปชัญญะอยู่เสมอ เช่น อินทริยสังวรศีล ได้แก่ การรู้จักใช้อินทริย์ (ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ) ให้มีการสำรวมอินทริย์ ว่า เวลารับรู้ ดู ฟัง เห็นอะไรต่าง ๆ ให้รับรู้ด้วยการมีสติ แล้วตามมาด้วยปัญญา ให้ได้แก่กุศล ไม่ให้ออกุศลธรรม (โลภะ โทสะ โมหะ) เข้ามาครอบงำจิตใจ^{๖๖} ซึ่งกิเลสทั้ง ๓ นี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางใจ และการสำรวมอินทริย์นี้จะไปไม่ได้เลยหากขาดสติ เพราะสติเป็นเหตุให้อินทริยสังวรศีลสำเร็จ การมีสติ สัมปชัญญะนี้ นำมาใช้ในเรื่องของหลักการรับประทานอาหาร ที่ปรากฏในโถมปากสูตร ซึ่งพระพุทธเจ้าได้ตรัสกับ พระเจ้าปเสนทิโกศล ที่มีอาการอึดอัดในพระวรกาย ขณะเสด็จไปเข้าเฝ้าพระองค์ หลังจากเสวยพระกระยาหารว่า “มนุษย์ผู้มีสติอยู่ทุกเมื่อ รู้จักประมาณในโภชนะที่ได้แล้ว ย่อมมีเวทนาเบาบาง เขาย่อมแก่ช้า อายุก็ยืนยื^{๖๗}” ซึ่งปรากฏว่าเมื่อพระเจ้าปเสนทิโกศล รับประทานโดยที่พระองค์ทรงให้มหาตเล็กของพระองค์ คอยกล่าวพุทธพจน์นี้ เพื่อให้พระองค์ทรงมีสติทุกครั้ง ในขณะที่เสวยพระกระยาหาร เมื่อพระองค์ทรงปฏิบัติเช่นนี้แล้ว ความอึดอัดในพระวรกาย หลังจากเสวยพระกระยาหารที่เกินความต้องการ ของร่างกายจึงหายไป ถือได้ว่าการมีสติ สัมปชัญญะในการเสวยส่งผลให้พระเจ้าปเสนทิโกศล แก่ไขและควบคุมการบริโภคอาหารได้เป็นผลสำเร็จ

๒.๔.๗ สันโดษ หมายถึง ความพอใจในปัจจัย ๔ คือ จีวร บิณฑบาต เสนาสนะ และเภสัชบริหาร ตามมีตามได้ มีฉันมิใช่พอให้อยู่ได้ พอให้สนองความต้องการของชีวิต สันโดษทำให้เราสุขง่าย ด้วยวัตถุเพียงเล็กน้อย ความสันโดษนี้จะมาช่วยเรา ทั้งในแง่ที่ไม่เกิดความทุกข์ ไม่เกิดความทรมานทรมาย เพราะเรื่องปัจจัยสี่ และในแง่ที่จะมุ่งหน้าอุทิศตัว อุทิศความคิด อุทิศเวลาให้แก่งานในหน้าที่ของตน โดยไม่พะวักพะวง^{๖๘} เหมือนดังที่พระพุทธองค์ได้ทรงสอนให้เหล่าพระภิกษุ มีความสันโดษในการบริโภคใช้สอยปัจจัย ๔ ดังพระพุทธพจน์ที่ว่า “ ภิกษุในธรรมวินัยนี้ สันโดษด้วยจีวรพอกุมร่างกาย และ

^{๖๓} ข.ม. (ไทย) ๒๙/๑๙๙/๕๘๕.

^{๖๔} ที.ปา. (ไทย) ๑๑/๒๔๗/๒๐๓.

^{๖๕} ที.สี. (ไทย) ๙/๒๑๔/๗๓.

^{๖๖} พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต), การศึกษาเริ่มต้นเมื่อคนกินอยู่เป็น, (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมสภา, ๒๕๔๙), หน้า ๑.

^{๖๗} ส.ส. (ไทย) ๑๕/๑๒๔/๑๔๕.

^{๖๘} อ้างแล้ว, การศึกษาเริ่มต้นเมื่อคนกินอยู่เป็น, หน้า ๑.

บิณฑบาตพ้ออ้อมท้อง จะไป ณ ที่ใด ๆ ก็ไปได้ทันทีเหมือนนกบินไป ณ ที่ใด ๆ ก็มีแต่ปีกเป็นภาระ ภิกษุชื่อว่าผู้สันโดษเป็นอย่างนี้แล”^{๖๙} ทรงสอนในเรื่องความสันโดษต่อการบิณฑบาตอีกว่า

ภิกษุเป็นผู้สันโดษด้วยบิณฑบาตตามมีตามได้ และกล่าวสรรเสริญความสันโดษด้วยบิณฑบาตตามมีตามได้ ทั้งไม่ประกอบการแสวงหาผิดที่ไม่สมควรเพราะเหตุแห่งบิณฑบาต ไม่ได้บิณฑบาตก็ไม่กระวนกระวาย และได้บิณฑบาตแล้วก็ไม่ติดใจ ไม่หลง ไม่พัวพัน มองเห็นโทษ มีปัญญาเครื่องสลัดออก บริโภคอยู่ อนึ่งเพราะความสันโดษด้วยบิณฑบาตตามมีตามได้นั้น ท่านจึงไม่ยกตน ไม่ข่มผู้อื่น เพราะภิกษุใดขยัน ไม่เกียจคร้าน มีความรู้ตัว มีสติกำกับในความสันโดษด้วยบิณฑบาตนั้น ภิกษุนี้นัทรัสเรียกว่า ดำรงอยู่ในอริยวงศ์ที่รู้กันว่า ดีเลิศ เป็นของเก่า”^{๗๐}

๒.๔.๘ อาหารแปฏุกุลสัญญา^{๗๑} คือ การกำหนดหาความแปฏุกุลในอาหารโดยอาการ ๑๐ ซึ่งเมื่อพิจารณาตามอาการทั้ง ๑๐ อยู่บ่อย ๆ อย่างนั้นแล้ว จะทำให้เราได้ประโยชน์มากกว่าการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างอื่นมากมาย ถึงขนาดว่า แม้ยังไม่ถึงพระนิพพาน ในชาตินี้ก็จะมีความสุขที่เป็นที่ไปในเบื้องหน้า และอาหารแปฏุกุลสัญญานี้ เมื่อพิจารณาด้วยปัญญาให้มากแล้ว จะสามารถไปถึงซึ่งพระนิพพานได้ ดังพระพุทธที่ว่า

อาหารแปฏุกุลสัญญาที่ภิกษุเจริญทำให้มากแล้วย่อมมีผลมาก มีอานิสงส์มาก หยั่งลงสู่อมตะมีอมตะเป็นที่สุด ภิกษุมีใจที่อบรมแล้วด้วยอาหารแปฏุกุลสัญญาอยู่โดยมาก จิตย่อมหดกลับ งอกกลับ หมุนกลับ ไม่ออกไปรบกวนหาในรส อเบกขาหรือความเป็นของแปฏุกุลย่อมตั้งอยู่ ขนไก่หรือเส้นเอ็นที่เขาใส่เข้าไปในไฟ ย่อมหดกลับ งอกกลับ หมุนกลับ ไม่คล้อยออก ฉันทะ ภิกษุมีใจที่อบรมแล้วด้วยอาหารแปฏุกุลสัญญาอยู่โดยมาก จิตย่อมหดกลับ งอกกลับ หมุนกลับ ไม่ออกไปรบกวนหาในรส ฉันทะนั้นเหมือนกันแล”^{๗๒}

ดังนั้น เมื่อเรากล่าวถึงการบริโภคอาหาร พระพุทธองค์ทรงมีเป้าหมายในการบริโภค ที่ประกอบด้วยองค์ธรรม ๑๐ ประการ คือ (๑) มีสติและรู้ประมาณในการบริโภค (๒) บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ไม่ก่อโทษต่อร่างกาย (๓) พิจารณาอาหารว่ามีลักษณะเป็นเพียงธาตุชนิดหนึ่ง (๔) ไม่บริโภคเพื่อเล่นสนุกสนานเพลิดเพลิน (๕) ไม่บริโภคเพื่อความเมามัน (๖) ไม่บริโภคเพื่อประดับ (๗) ไม่บริโภคเพื่อตกแต่ง (๘) บริโภคเพื่อยังพระชนม์ชีพ (๙) บริโภคเพื่อป้องกันความลำบาก (๑๐) บริโภคเพื่ออนุเคราะห์แก่การประพฤติพรหมจรรย์ ซึ่งหลักการบริโภคอาหารตามแนวพุทธนั้น เป็นการบริโภคอาหารด้วยทางสายกลาง คือ ทางแห่งความพอดี เป็นข้อปฏิบัติที่บูรณาการ ทั้งศีล สมาธิ ปัญญา ทั้งพฤติกรรม จิตใจ และปัญญาที่ถูกต้อง เช่น เมื่อเรารับประทานด้วยปัญญาพิจารณาอาหาร ความพอดีในการรับประทานย่อมเกิดขึ้น การรับประทานอาหารจึงมีความสมดุลพอเพียงต่อความต้องการของร่างกาย เป็นการทำให้ผู้บริโภคมีสุภาพที่ดี จึงเป็นแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และส่งเสริมสนับสนุนการเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพกายและสุขภาพใจแข็งแรง อีกด้วย

^{๖๙}ที.สี. (ไทย) ๙/๒๑๕/๗๓.

^{๗๐}ช.ม. (ไทย) ๒๙/๒๐๖/๖๐๒.

^{๗๑}พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัท สหธรรมิก จำกัด, ๒๕๕๑), หน้า ๓๕๕.

^{๗๒}อง.สตตก. (ไทย) ๒๓/๔๙/๗๗.

๒.๕ ข้อมูลพื้นที่วิจัย

๒.๕.๑ ข้อมูลผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สถานการณ์ และแนวโน้ม

จากการสืบค้นข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีจำนวน ๖๘๖,๓๒๒ คน จากประชากรของกรุงเทพมหานครจำนวน ๕,๗๐๑,๓๙๔ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐๓ โดยมีเพศชายจำนวน ๒,๗๐๙,๕๖๘ คน เพศหญิง ๒,๙๙๑,๘๒๖ คน ส่วนประชากรสูงอายุ แบ่งเป็นเพศชายจำนวน ๒๘๘,๘๑๔ คน และเพศหญิง ๓๙๗,๕๐๘ คน ดังตารางที่ ๒.๑ และคาดประมาณว่าปี พ.ศ. ๒๕๖๗ หรือประมาณเกือบ ๒๐ ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุของกรุงเทพมหานคร จะเพิ่มเป็น ๒.๕ เท่า^{๗๓} ส่วนในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีจำนวน ๗๒๘,๖๕๕ คน จากประชากรของกรุงเทพมหานครจำนวน ๕,๕๑๘,๐๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒๐ โดยมีเพศชายจำนวน ๒,๖๐๓,๔๙๗ คน เพศหญิง ๒,๙๑๔,๕๖๓ คน ส่วนประชากรสูงอายุ แบ่งเป็นเพศชายจำนวน ๓๐๕,๘๙๕ คน และเพศหญิง ๔๒๒,๘๐๐ คน ดังตารางที่ ๒.๒

แนวโน้มด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มการมีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้นโดยปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๕๐.๕ มีโรคประจำตัวหรือมีโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมือง ซึ่งผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครได้รับการบริการด้านภาวะสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน เนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีโครงสร้างบริการสาธารณสุขต่างๆ รวมถึงการบริหารงานโดยอิสระ นอกจากความต้องการด้านการดูแลสุขภาพแล้ว ความต้องการการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัว โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ต้องการให้บุตรหลาน หรือบุคคลในครอบครัวถามไถ่ถึงทุกข์สุข ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัวเกื้อหนุนมากที่สุด ได้แก่ การส่งเสียด้านค่าใช้จ่าย ในขณะที่ความต้องการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐได้แก่ ความต้องการสิ่งของจำเป็น เช่น ปัจจัยสี่ ความต้องการการอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล และความต้องการการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐสูงกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่น ได้แก่ ความต้องการด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร^{๗๔} ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ และมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงที่มีลักษณะของ “เอกนคร” กล่าวคือ เป็นศูนย์กลางความเจริญทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม ธุรกิจ ส่งผลให้สังคมมีความรีบเร่งในชีวิตประจำวันมากขึ้น เวลาเอาใจใส่ดูแลกันก็น้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มอยู่อย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง หรือคู่สามีภรรยามากขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

^{๗๓} จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช, การศึกษานโยบายและการดำเนินการด้านผู้สูงอายุและกลุ่มโรคไม่ติดต่อของกรุงเทพมหานคร, รายงานการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), ๒๕๕๗, หน้า ๔๓.

^{๗๔} มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ๒๕๕๙, (กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม, ๒๕๕๙), หน้า ๕๗.

ตารางที่ ๒.๑

จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖)^{๗๕}

ลำดับที่	เขต	ประชากร (คน)			เขต	ประชากรสูงอายุ (คน)		
		ชาย	หญิง	รวม		ชาย	หญิง	รวม
๑	บางแค	๙๐,๘๖๔	๑๐๒,๓๒๖	๑๙๓,๑๙๐	บางแค	๙,๓๗๖	๑๓,๓๖๕	๒๒,๗๔๑
๒	บางเขน	๙๐,๓๑๘	๙๗,๘๔๖	๑๘๘,๑๖๔	บางเขน	๘,๖๘๑	๑๑,๙๘๗	๒๐,๖๖๘
๓	สายไหม	๘๖,๗๓๔	๙๖,๕๙๙	๑๘๓,๓๓๓	สายไหม	๗,๗๔๑	๑๐,๒๗๘	๑๘,๐๑๙
๔	ดอนเมือง	๘๒,๙๗๔	๘๓,๓๘๐	๑๖๖,๓๕๔	ดอนเมือง	๖,๙๙๒	๘,๙๕๗	๑๕,๙๔๙
๕	จตุจักร	๗๖,๙๓๐	๘๕,๙๐๘	๑๖๒,๘๓๘	จตุจักร	๗,๖๗๑	๑๐,๕๙๕	๑๘,๒๖๖
๖	คลองสามวา	๗๖,๕๒๑	๘๓,๙๕๙	๑๖๐,๔๘๐	คลองสามวา	๔,๘๗๒	๖,๖๑๐	๑๑,๔๘๒
๗	จอมทอง	๗๖,๙๐๘	๘๓,๕๔๓	๑๖๐,๔๕๑	จอมทอง	๘,๗๑๓	๑๒,๐๐๘	๒๐,๗๒๑
๘	ลาดกระบัง	๗๕,๖๖๓	๘๑,๘๑๔	๑๕๗,๔๗๗	ลาดกระบัง	๕,๕๗๗	๗,๒๓๙	๑๒,๘๑๖
๙	ประเวศ	๗๔,๓๓๔	๘๒,๒๓๓	๑๕๖,๕๖๗	ประเวศ	๖,๙๕๐	๙,๒๓๐	๑๖,๑๘๐
๑๐	บางขุนเทียน	๗๔,๓๒๑	๘๑,๕๐๐	๑๕๕,๘๒๑	บางขุนเทียน	๕,๘๑๕	๗,๕๒๙	๑๓,๓๔๔
๑๑	หนองจอก	๗๓,๙๔๙	๗๗,๓๔๓	๑๕๑,๒๙๒	หนองจอก	๕,๒๖๒	๖,๔๗๗	๑๑,๗๓๙
๑๒	บางกะปิ	๖๘,๒๙๙	๘๑,๓๐๗	๑๔๙,๖๐๖	บางกะปิ	๖,๙๑๒	๙,๙๔๔	๑๖,๘๕๖
๑๓	บึงกุ่ม	๖๗,๗๕๒	๗๙,๒๗๘	๑๔๗,๐๓๐	บึงกุ่ม	๖,๖๘๖	๙,๔๓๐	๑๖,๑๑๖
๑๔	หนองแขม	๖๘,๒๑๓	๗๗,๑๔๘	๑๔๕,๓๖๑	หนองแขม	๕,๗๗๙	๘,๐๕๕	๑๓,๘๓๔
๑๕	บางซื่อ	๖๕,๙๑๓	๗๒,๗๔๐	๑๓๘,๖๕๓	บางซื่อ	๙,๒๘๑	๑๒,๖๐๔	๒๑,๘๘๕
๑๖	มีนบุรี	๖๔,๒๐๓	๗๐,๘๒๙	๑๓๕,๐๓๒	มีนบุรี	๔,๗๙๔	๖,๒๖๒	๑๑,๐๕๖
๑๗	ดินแดง	๖๓,๐๕๔	๗๑,๔๒๖	๑๓๔,๔๘๐	ดินแดง	๗,๗๐๖	๑๑,๑๔๗	๑๘,๘๕๓
๑๘	ภาษีเจริญ	๖๒,๑๓๑	๖๙,๒๓๒	๑๓๑,๓๖๓	ภาษีเจริญ	๗,๑๗๒	๑๐,๑๓๘	๑๗,๓๑๐
๑๙	ธนบุรี	๕๙,๐๘๕	๖๕,๔๑๔	๑๒๔,๔๙๙	ธนบุรี	๗,๓๖๐	๑๐,๗๓๓	๑๘,๐๙๓
๒๐	บางกอกน้อย	๕๙,๔๖๑	๖๔,๘๙๑	๑๒๔,๓๕๒	บางกอกน้อย	๘,๑๖๗	๑๑,๔๗๗	๑๙,๖๔๔
๒๑	ลาดพร้าว	๕๖,๑๑๓	๖๖,๔๐๗	๑๒๒,๕๒๐	ลาดพร้าว	๖,๖๕๖	๙,๖๓๖	๑๖,๒๙๒
๒๒	สวนหลวง	๕๓,๙๗๖	๖๑,๙๙๐	๑๑๕,๙๖๖	สวนหลวง	๕,๙๔๓	๘,๓๐๕	๑๔,๒๔๘
๒๓	วังทองหลาง	๕๓,๒๙๗	๖๒,๔๑๘	๑๑๕,๖๙๗	วังทองหลาง	๕,๖๗๖	๘,๑๘๕	๑๓,๘๖๑
๒๔	ทุ่งครุ	๕๕,๒๖๕	๖๐,๘๖๖	๑๑๕,๑๓๑	ทุ่งครุ	๔,๘๙๓	๖,๘๗๗	๑๑,๗๗๐
๒๕	หลักสี่	๕๔,๑๔๖	๕๘,๗๖๒	๑๑๒,๙๐๘	หลักสี่	๖,๔๑๖	๘,๖๐๖	๑๕,๐๒๒
๒๖	คลองเตย	๕๔,๕๔๕	๕๘,๗๖๒	๑๑๒,๙๐๖	คลองเตย	๕,๕๗๘	๗,๖๔๒	๑๓,๒๒๐
๒๗	คูสิต	๕๘,๘๕๐	๕๘,๓๖๑	๑๑๗,๒๑๑	คูสิต	๘,๐๑๘	๙,๕๙๒	๑๗,๖๑๐
๒๘	ตลิ่งชัน	๕๐,๔๘๖	๕๒,๖๔๖	๑๐๓,๑๓๒	ตลิ่งชัน	๖,๓๓๓	๘,๗๐๑	๑๕,๐๓๔
๒๙	บางบอน	๕๐,๔๐๐	๕๖,๒๖๗	๑๐๖,๖๖๗	บางบอน	๓,๗๒๗	๕,๒๓๕	๘,๙๖๒
๓๐	บางพลัด	๔๗,๐๗๘	๕๔,๑๓๕	๑๐๑,๒๑๓	บางพลัด	๖,๘๙๙	๑๐,๑๑๐	๑๗,๐๐๙
๓๑	บางคอแหลม	๔๗,๔๒๗	๕๔,๑๙๘	๑๐๑,๖๒๕	บางคอแหลม	๕,๘๑๑	๗,๙๔๒	๑๓,๗๕๓

^{๗๕} สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และฝ่ายแผนที่ กองสำรวจ และแผนที่ สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖), <http://203.155.220.230/info/stat_search/stat_54/pop54_02.pdf>, มกราคม ๒๕๕๗.

ตารางที่ ๒.๑ (ต่อ)

ลำดับที่	เขต	ประชากร (คน)			เขต	ประชากรสูงอายุ (คน)		
		ชาย	หญิง	รวม		ชาย	หญิง	รวม
๓๒	บางนา	๔๖,๗๑๘	๕๑,๔๔๓	๙๘,๑๖๑	บางนา	๕,๑๕๕	๖,๙๓๗	๑๒,๐๙๒
๓๓	พระโขนง	๔๔,๓๑๐	๕๒,๑๕๑	๙๕,๖๖๑	พระโขนง	๕,๓๕๒	๗,๗๐๙	๑๓,๐๖๑
๓๔	ราชบุรีบูรณะ	๔๓,๐๘๐	๕๑,๓๕๑	๙๔,๔๓๑	ราชบุรีบูรณะ	๔,๖๑๖	๖,๒๔๔	๑๐,๘๖๐
๓๕	สะพานสูง	๔๑,๐๖๒	๔๖,๒๑๗	๘๗,๒๗๙	สะพานสูง	๓,๙๐๕	๕,๕๖๓	๙,๔๖๘
๓๖	สาทร	๔๒,๑๓๑	๔๗,๕๑๖	๘๙,๖๔๗	สาทร	๕,๕๒๙	๗,๘๖๘	๑๓,๓๙๗
๓๗	คั่นนายาว	๔๐,๓๒๓	๔๖,๐๔๘	๘๖,๓๗๑	คั่นนายาว	๓,๙๖๔	๕,๔๕๒	๙,๔๑๖
๓๘	ยานนาวา	๔๐,๓๕๐	๔๖,๐๗๑	๘๖,๔๒๑	ยานนาวา	๔,๗๔๒	๖,๒๑๓	๑๐,๙๕๕
๓๙	วัฒนา	๓๘,๒๓๒	๔๓,๙๓๖	๘๒,๑๖๘	วัฒนา	๕,๖๑๓	๗,๖๔๗	๑๓,๒๖๐
๔๐	คลองสาน	๓๗,๓๓๓	๔๒,๖๙๗	๘๐,๐๓๐	คลองสาน	๔,๙๒๖	๗,๐๑๗	๑๑,๙๔๓
๔๑	ห้วยขวาง	๓๕,๖๓๙	๔๒,๒๑๓	๗๗,๘๕๒	ห้วยขวาง	๔,๔๔๓	๖,๑๑๖	๑๐,๕๕๙
๔๒	ราชเทวี	๓๖,๕๔๑	๔๑,๖๕๓	๗๘,๑๙๔	ราชเทวี	๔,๒๖๖	๕,๗๓๗	๑๐,๐๐๓
๔๓	บางกอกใหญ่	๓๕,๙๘๘	๓๙,๖๙๒	๗๕,๖๘๐	บางกอกใหญ่	๔,๗๖๓	๖,๘๕๐	๑๑,๖๑๓
๔๔	พญาไท	๓๗,๐๙๗	๓๙,๖๓๓	๗๖,๗๓๐	พญาไท	๓,๙๙๖	๕,๙๔๓	๙,๙๓๙
๔๕	ทวีวัฒนา	๓๔,๗๘๒	๓๗,๕๙๖	๗๒,๓๗๘	ทวีวัฒนา	๓,๖๒๖	๔,๙๔๗	๘,๕๗๓
๔๖	พระนคร	๒๙,๐๓๓	๓๙,๘๑๐	๖๘,๘๔๓	พระนคร	๔,๑๙๘	๕,๗๐๔	๙,๙๐๒
๔๗	ปทุมวัน	๒๖,๖๓๒	๓๑,๒๘๐	๕๗,๙๑๒	ปทุมวัน	๓,๑๙๖	๔,๓๖๐	๗,๕๕๖
๔๘	ป้อมปราบศัตรูพ่าย	๒๕,๙๙๔	๓๐,๗๓๖	๕๖,๗๓๐	ป้อมปราบศัตรูพ่าย	๓,๗๔๒	๔,๘๘๘	๘,๖๓๐
๔๙	บางรัก	๒๒,๒๓๑	๒๔,๘๒๒	๔๗,๐๕๓	บางรัก	๓,๑๑๐	๔,๔๔๘	๗,๕๖๘
๕๐	สัมพันธวงศ์	๑๓,๙๐๐	๑๔,๗๑๗	๒๘,๖๑๗	สัมพันธวงศ์	๒,๒๑๕	๒,๘๕๘	๕,๐๗๓
รวม		๒,๗๐๙,๕๖๘	๒,๙๙๑,๘๒๖	๕,๗๐๑,๓๙๔	รวม	๒๘๘,๘๑๔	๓๙๗,๕๐๘	๖๘๖,๓๒๒

ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ดังนั้น จึงสามารถอธิบายตารางที่ ๒.๑ ได้ว่า จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖) พบว่า กรุงเทพมหานครมีทั้งหมด ๕๐ เขต เขตที่มีจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุน้อยที่สุดคือ เขตบางแค โดยมีจำนวนประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบว่า เพศหญิง ๑๐๒,๓๒๖ คน เพศชาย ๙๐,๘๖๔ คน รวมทั้งหมด ๑๙๓,๑๙๐ คน และจำนวนประชากรสูงอายุน้อยที่สุดคือ เขตสัมพันธวงศ์ โดยมีจำนวนประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบว่า เพศหญิง ๑๔,๗๑๗ คน เพศชาย ๑๓,๙๐๐ คน รวมทั้งหมด ๒๘,๖๑๗ คน และจำนวนประชากรสูงอายุน้อยที่สุดคือ เขตสัมพันธวงศ์ โดยมีจำนวนประชากรเพศหญิงมากกว่าเพศชาย พบว่า เพศหญิง ๒,๒๑๕ คน เพศชาย ๒,๘๕๘ คน รวมทั้งหมด ๕,๐๗๓ คน

ตารางที่ ๒.๒

จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๔ จำแนกตามเพศ^{๗๖}

อายุ (ปี)	รวม (คน)	ชาย (คน)	หญิง (คน)
ประชากรรวม (คน)	๕,๕๑๘,๐๖๐	๒,๖๐๓,๔๙๗	๒,๙๑๔,๕๖๓
อายุ ๖๐-๗๔	๖๔๑,๓๑๓	๒๗๔,๔๔๗	๓๖๖,๘๖๖
อายุ ๘๐-๘๔	๘๔,๙๐๗	๓๐,๔๐๒	๕๔,๕๐๕
อายุ ๑๐๐ ปีขึ้นไป	๒,๔๗๕	๑,๐๔๖	๑,๔๒๙
รวมจำนวนผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป)	๗๒๘,๖๙๕	๓๐๕,๘๙๕	๔๒๒,๘๐๐
ร้อยละของผู้สูงอายุ	๑๓.๒๐	๑๑.๗๔	๑๔.๕๐

ที่มา: สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

ดังนั้น จึงอธิบายตารางที่ ๒.๒ จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๕๔ จำแนกตามเพศ พบว่า กรุงเทพมหานครมีประชากรรวมทั้งหมด ๕,๕๑๘,๐๖๐ คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิง ๒,๙๑๔,๕๖๓ คน เพศชาย ๒,๖๐๓,๔๙๗ คน ส่วนประชากรรวมสูงอายุ(อายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป) มีจำนวนทั้งหมด ๗๒๘,๖๙๕ คน เพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิง ๔๒๒,๘๐๐ คน เพศชาย ๓๐๕,๘๙๕ คน ส่วนร้อยละของผู้สูงอายุรวมทั้งกรุงเทพมหานคร คิดเป็น ๑๓.๒๐ แยกเป็นเพศหญิง ร้อยละ ๑๔.๕๐ เพศชาย ร้อยละ ๑๑.๗๔

๒.๕.๒ บริบทพื้นที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

เนื่องในมหามงคลวโรกาสพระราชพิธีกาญจนาภิเษกฉลองสิริราชสมบัติครบ ๕๐ ปี ในปีพุทธศักราช ๒๕๓๙ นำมาซึ่งความปลาบปลื้มยินดีต่อพสกนิกรทุกหมู่เหล่าอย่างที่สุดมิได้ พระราชพิธีกาญจนาภิเษกถือเป็นพระราชพิธีอันยิ่งใหญ่และสำคัญยิ่ง พระราชพิพัฒน์โกศล เจ้าอาวาส วัดศรีสุदारามวรวิหาร แขวงบางขุนนนท์ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานครได้ปรารภกับนายเดิมนางจ่าง พรหมจรรย์พร้อมด้วยบุตรธิดาถึงการจัดสร้างโรงพยาบาล เพื่อร่วมถวายเป็นพระราชกุศลในมหามงคลวโรกาสดังกล่าวเป็นสาธารณประโยชน์ นายเดิมนางจ่าง พรหมจรรย์พร้อมด้วยบุตรธิดาจึงมีจิตศรัทธาถวายที่ดินจำนวน ๗ ไร่ ซึ่งบริเวณติดกับหมู่บ้านเศรษฐกิจ แขวงบางไผ่ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร ให้พระราชพิพัฒน์โกศลดำเนินการสร้างโรงพยาบาล ประกอบพิธีวางศิลาฤกษ์ เมื่อวันที่เสาร์ที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๓๙ โดยมีท่านเจ้าประคุณสมเด็จพระมหาธีรราชเจ้า เจ้าคณะใหญ่หนกลาง วัดชนะสงคราม เป็นประธานฝ่ายสงฆ์ ขณกษัตริย์มหาดไทย ลาดวัลย์ องคมนตรีเป็นประธานฝ่ายฆราวาส ได้ดำเนินการสร้างอาคารต่างๆมาโดยลำดับ ได้แก่ อาคารผู้ป่วยนอก ๑ หลัง อาคารผู้ป่วยใน ๑ หลัง อาคารโรงนั่งกลาง ๑ หลัง อาคารหอพักพยาบาล ๑ หลัง อาคารโรงโภชนาการ ๑ หลัง อาคารร้านค้า และอาคารห้องดับจิต ตั้งชื่อว่า “โรงพยาบาลราชพิพัฒน์” ซึ่งมี

^{๗๖} คลินิกออนไลน์, **ทั้งชีวิตเราดูแล นโยบายเมืองหลวงเพื่อผู้สูงอายุ**, < <http://www.dailynews.co.th/thailand/22104>>, ๑๐ ตุลาคม ๒๕๕๕.

ความหมายว่า “พระราชผู้ทรงทำความเจริญยิ่ง” เปิดบริการรักษาพยาบาลตั้งแต่วันที่ ๙ เมษายน ๒๕๔๒ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ตั้งอยู่เลขที่ ๙๑๙ ถนนพุทธมณฑลสาย ๓ ซอย ๑๐ แขวงบางไผ่ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐ มีสมาชิกผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๓๘๐ คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุเพศชาย ๙๕ คน ผู้สูงอายุเพศหญิง ๒๘๕ คน ตารางกำหนดกิจกรรมเวลา ๑๗.๐๐ – ๑๘.๐๐ น.^{๗๗}

๒.๕.๓ บริบทพื้นที่ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกรุงเทพมหานคร

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับชุมชนและเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดการปัญหาในสังคมผู้สูงอายุ เพราะชมรมผู้สูงอายุถือเป็นองค์กรชุมชนที่บริหารจัดการโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุ สมาชิกในชมรมมีความเอื้ออาทรต่อกันระหว่างเพื่อนสมาชิกมีการทำกิจกรรมร่วมกันเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างสรรค์ดีศรีในตัวผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มเป็นชมรม เพื่อให้สมาชิกมาพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่นเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย รักใคร่ มีความสามัคคี ความเบิกบาน หายเหงาและเกิดความสุข กิจกรรมที่สำคัญ คือ กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่นและภูมิปัญญา กิจกรรมท่องเที่ยว กิจกรรมจิตอาสา กิจกรรมการกุศล และกิจกรรมเกี่ยวสวัสดิการชุมชน เป็นต้น

การก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุเกิดขึ้นในหมู่บ้านหรือชุมชน มีที่ตั้งชัดเจนและเกิดจากการร่วมมือของสมาชิกสูงอายุในชุมชนเอง สถานที่ที่มีอยู่ในชุมชนไม่จำเป็นต้องสร้างขึ้นใหม่ อาจใช้ศาลาวัด ศาลาประชาคม หรือโรงเรียนที่ไม่มีการเรียนการสอน ควรมีสมาชิกระหว่าง ๓๐-๑๐๐ คนเพื่อให้สามารถดูแลกันได้ทั่วถึง โดยมีกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆที่มีความตั้งใจที่จะทำงานร่วมกันทั้งที่มีสุขภาพดีและไม่ดี ด้านกรรมการนั้นมาจากการเลือกตั้งจากสมาชิกที่พร้อมเสียสละ ทำงานเพื่อส่วนรวมและมีความเข้มแข็งในการทำงาน ปัจจัยความสำเร็จของชมรมผู้สูงอายุ ด้านผู้นำชุมชนคือ ประธานและคณะกรรมการมีภาวะผู้นำ มีจิตอาสา ด้านความสามารถในการพึ่งพาตนเองคือ หาแหล่งเงินทุนทำกิจกรรมและใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน ด้านความสามารถในการประสานงานกับภาคีคือ มีการทำงานร่วมกับภาครัฐ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด ภาคท้องถิ่นเช่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล ภาคประชาคมเช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มแม่บ้าน และภาคเอกชนและธุรกิจเช่น มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น

ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ที่ ตึกกระบายน้ำขึ้น ๗ กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย ถนนมิตรไมตรี เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร ๑๐๔๐๐ มีสมาชิกทั้งสิ้น ๖๘๕ คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุเพศชาย ๑๓๖ คน ผู้สูงอายุเพศหญิง ๕๔๙ คน ตารางกำหนดกิจกรรมเดือนละ ๑ ครั้ง (วันรับบำนาญ) เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.

^{๗๗} กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร.

๒.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้นำเสนอประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

๒.๖.๑ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

นพนันท์ วรรณเทพสกุล ศึกษาเรื่อง นโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ บทวิเคราะห์นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา พบว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือว่าเป็นการ “อุดช่องว่าง” หรือช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกละเลยได้ในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติ งบประมาณที่ได้รับยังมีน้อยมาก นอกจากนี้การขาดการบูรณาการด้านการจัดสรรงบประมาณ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้แต่ละหน่วยงานต่างจัดสรรงบประมาณของ หน่วยงานตนเอง ให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในกิจกรรมเดียวกัน อย่างไรก็ตาม งบประมาณด้านการดูแลระยะยาวในอนาคตขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสุขภาพตำบล หรือกองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนอื่นๆ ในลักษณะการ ผสานงบประมาณ^{๗๔}

ระพีพรรณ คำหอม และคณะ ศึกษาเรื่องการประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่า สถานสงเคราะห์สามารถตอบสนองความต้องการ ทางกายภาพได้ แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตใจได้ บริการมีพอเพียงแต่ไม่เป็นธรรม ผู้สูงอายุฐานะดีและปานกลางได้รับประโยชน์จากสถานสงเคราะห์เท่ากับผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการเบี้ย ยยังชีพยังคงอยู่กับผู้สูงอายุที่มีสายสัมพันธ์กับผู้นำชุมชน หรือผู้สูงอายุที่อยู่ไม่ห่างไกล ส่วนผู้สูงอายุที่ ยากจนและทุกข์ยาก ไร้ญาติขาดมิตร อยู่ลำพังคนเดียว มีโอกาสได้รับเบี้ยยังชีพน้อยกว่า บริการเบี้ย ยยังชีพและบริการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นการกระจายบริการเชิงปริมาณมากกว่าเชิง คุณภาพ และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นนโยบายที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากกว่า บริการอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้^{๗๕}

ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์ ได้ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และ ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย ๕ ด้าน ได้แก่ ด้าน ร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านความพึงพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง ๑๖ ตัวสามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจ ได้ร้อยละ ๓๓.๘, ๑๗.๙, ๑๓.๒, ๙.๗ และ ๙.๓ ตามลำดับ แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วย การเตรียมเรื่องความรู้ และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงิน

^{๗๔} นพนันท์ วรรณเทพสกุล, นโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติบทวิเคราะห์นโยบาย สาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, ๒๕๔๘), หน้า ๑๗ – ๑๘.

^{๗๕} ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุไทย, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทบางกอกบล็อกร จำกัด), ๒๕๔๒.

ตั้งแต่วัยทำงาน เพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ส่วนในระดับครอบครัวนั้น บุตรหลาน ควรมีความกตัญญูให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนให้กับผู้สูงอายุ สำหรับในระดับชุมชน ควรส่งเสริมผู้สูงอายุมีบทบาทและเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สร้างชุมชนเข้มแข็ง กระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมคิดร่วมสร้าง กิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น การเป็นแบบอย่างที่ดี เน้นการทำงานเชิงรุก ในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกัน ดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^{๘๐}

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ ศึกษาเรื่อง การเกื้อกูลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า สภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยทั่วไปเป็นไปตามสภาพความเสื่อมของร่างกาย สภาวะทางสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม ลักษณะการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุทางจิตใจและอารมณ์ เกิดขึ้นจากการได้รับจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และเครือญาติ โดยเฉพาะบุตรเป็นผู้เกื้อหนุนที่สำคัญ ส่วนการเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกิดจากการชวนขยายและแสวงหาของผู้สูงอายุเอง โดยผู้สูงอายุชายสนใจมากกว่าผู้สูงอายุหญิง สำหรับด้านอื่น ๆ ได้แก่ บริการชุมชนและกิจกรรมทางสังคมผู้สูงอายุได้รับจากผู้นำชุมชนมากกว่าเครือข่ายอื่น บริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุใช้บริการและพึงพอใจคือ บริการด้านสาธารณสุขและความคาดหวังที่จะมีสุขภาพดี มีบุตรหลานดูแลเอาใจใส่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{๘๑}

ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ ได้ศึกษาเรื่อง การประเมินผลโครงการนาร่องการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากมีความเห็นว่าการจัดตั้งและการดำเนินงานของศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุมีประโยชน์หลายอย่าง อาทิ เช่น การได้รับบริการทางด้านสุขภาพอนามัย การได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับบุคคลอื่น ๆ และการได้รับความรู้เพิ่มเติม และผู้สูงอายุให้ความเห็นในด้านของการบริหาร ว่าผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดยังไม่มั่นใจว่าคณะกรรมการบริหารศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุจะจัดหาทุนมาให้การสนับสนุนงานของศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้โดยไม่ขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงานราชการ และประเด็นสำคัญ พบว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งในรูปของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน และการได้รับข่าวสารจากผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในชุมชน และกลยุทธ์ในการสร้างความมั่นคงให้แก่ศูนย์บริการทางสังคม สำหรับผู้สูงอายุ คือ การเพิ่มศักยภาพของผู้นำ และผู้บริหารงานของศูนย์ รวมทั้งการเพิ่มขีดความสามารถในการทำงานเป็นทีมให้แก่คณะผู้ดำเนินงาน^{๘๒}

^{๘๐} ศรีเมือง พลังฤทธิ์, การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, รายงานการวิจัย, (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย), ๒๕๔๗, หน้า ๗๕ – ๗๗.

^{๘๑} ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, การเกื้อกูลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๔), หน้า ๖๘ – ๖๙.

^{๘๒} ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ, การประเมินโครงการนาร่อง การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ, รายงานการวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์, (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๑), หน้า ๖๒ – ๖๔.

เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนํานโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปปฏิบัติ เรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ ๑) ภาวะผู้นำ ๒) ทรัพยากรนโยบาย ๓) การบริหารจัดการ ๔) ความต้องการของผู้สูงอายุ และ ๕) ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาด้านความจำกัดของงบประมาณ การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องผู้สูงอายุของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการมีบุคลากรจำนวนน้อยไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึง และควรปรับปรุงการนํานโยบายไปปฏิบัติในหลายด้าน ได้แก่ งานด้านงบประมาณ การบริหารบุคลากร การจัดทำฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ และการจัดให้มีเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ^{๘๓}

สุจิตรา นิลเลิศ ได้ทำการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า ๑) สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการที่ได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร โดยผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพอนามัยของตนทรุดโทรม จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่าเหมือนกับคนอื่นๆ หรือแข็งแรงกว่าตามลำดับ ๒) ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าบุตรของตนมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินว่าบุตรของตนมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ๓) คุณภาพของการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรนั้น กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๓) ได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ ๔๐.๘) ๔) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๖๕.๑) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ ๒๒.๘) และการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางบวกคือ ๑) การเคารพยกย่อง ๒) การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือวัด ๓) การให้เงินและสิ่งของแก่ผู้สูงอายุ ๔) การยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ๕) การให้อภัยเมื่อผู้สูงอายุทำผิดพลาด และ ๖) การใช้เวลาเอาใจใส่พูดคุยด้วย^{๘๔}

อีสเลย์ (Easley) รายงานนำเสนอภาพรวมประเด็นสุขภาพของประชากรสูงอายุในแคลิฟอร์เนีย โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากร พบว่า สถานะสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลสุขภาพมีปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, มะเร็ง, โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคอัลไซเมอร์, ไข้หวัดใหญ่, ปอดอักเสบ และเบาหวาน นำเสนอสำหรับสี่กลุ่มอายุ : ๕๐-๖๔, ๖๕-๗๔, ๗๕-๘๔ และ ๘๕ ในปี 2001 ผลรายงานผ่านการสำรวจ BRFSS ว่าการดูแลรักษาสุขภาพของพวกเขาเป็นธรรมดาหรือไม่ ร้อยละ ๙ รายงานว่า พวกเขาไม่สามารถพบแพทย์ได้ เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่สูงเกินไป สาเหตุการเสียชีวิตของผู้สูงอายุแคลิฟอร์เนียเหนือคือ โรคหัวใจ, มะเร็ง, เบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สูงอายุ ในปี ๑๙๙๙ - ๒๐๐๑

^{๘๓} เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล, นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์), ๒๕๕๕, หน้า ๖๙.

^{๘๔} สุจิตรา นิลเลิศ, ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๓๙, หน้า ๗๑.

คิดเป็นจำนวนเงินรวมกว่า ๔,๕๐๐,๐๐๐,๐๐๐ \$ ค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาลโรคหัวใจ เกือบ ๕,๐๐๐,๐๐๐,๐๐๐ \$ ในช่วงระยะเวลา ๓ ปี ๑๙๙๗-๑๙๙๙ ข้อมูลในรายงานฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบริหารจัดการเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสามารถจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และกำหนดนโยบายบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสม^{๘๕}

๒.๖.๒ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักพุทธธรรม

ฉาน ตรรกวิจารณ์ ได้ วิจัยเรื่อง “การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เชิงพุทธ” ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เชิงพุทธจะมีพุทธธรรมเป็นฐานคิดในการพัฒนา โดยมีพุทธเศรษฐศาสตร์ ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีจิตวิทยา การเรียนรู้และอริยมรรคมีองค์ ๘ เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการพัฒนา โดยมีเป้าหมายการพัฒนา ๒ ระดับ คือ ระดับโลกียธรรม และระดับโลกุตระธรรม ส่วนปรัชญาในการพัฒนานั้นตั้งอยู่บนความเชื่อที่ว่ามนุษย์สามารถพัฒนาได้ พุทธธรรมมีเป้าหมายที่การพัฒนาปรับปรุงมนุษย์ใช้ปัญหาของมนุษย์ คือ “ทุกข์” เป็นตัวตั้งใช้หลักธรรม อริยสัจ ๔ เป็นหลักคิดในการพัฒนา และมีการคิดเชิงระบบ สำหรับเป้าหมายในการพัฒนานั้นจะมีสามประการ คือ (๑) ทำให้มนุษย์มีความรู้ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีมีประสิทธิภาพ (๒) มีจริยธรรมคุณธรรมในการดำรงชีวิต และ (๓) พัฒนาไปสู่ระดับสูงสุด คือการพ้นทุกข์อย่างสิ้นเชิง สู่ภาวะนิพพานหรือนิโรธการพัฒนาศักยภาพทรัพยากรมนุษย์เชิงพุทธ มี ๓ องค์ประกอบการพัฒนา คือ การพัฒนาระดับบุคคล ระดับกลุ่มและการพัฒนาในระดับองค์การเพื่อให้การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ตามแนวทางพุทธมีปฏิสัมพันธ์กับบริบททั้งทำให้ องค์การที่เป็นระบบใหญ่ ต้องมีเป้าหมายขององค์การที่เศรษฐกิจแบบพอเพียง มีพุทธเศรษฐศาสตร์ เป็นแนวทางของระบบเศรษฐกิจ มีกระบวนการที่ การพัฒนาที่ประกอบด้วยกระบวนการที่ การพัฒนา เพื่อผลงาน กระบวนการที่ การพัฒนาเพื่อการเรียนรู้ กระบวนการที่ การพัฒนาโลกียธรรม แลกระบวนการที่ การพัฒนาระดับโลกุตระธรรม การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในระดับบุคคล และระดับองค์การจะมี ตัวแบบในการพัฒนา ซึ่งสามารถใช้เป็นกระบวนการในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เชิงพุทธได้ด้วย^{๘๖}

พระครูใบฎีกาโสภา กิจจสาร ได้ศึกษาวิจัย “การประยุกต์หลักพุทธธรรมทางพระพุทธศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้สูงวัยในเขตตำบลบ้านหว้า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น” จากผลการวิจัยพบว่า พระพุทธศาสนาได้กล่าวถึงบุคคลผู้มีประสบการณ์ว่าเป็น รัตตัญญู คือ ผู้รู้ราตรีนานว่า หากได้ถ่ายทอดประสบการณ์ของตนสู่รุ่นหลังในทางที่ถูกต้องดีงามแล้วย่อมเป็นประโยชน์อย่าไพศาลต่อมวลมนุษย์ที่จะได้ศึกษาและเข้าใจถึงวิถีชีวิต การทำงาน ความสำเร็จต่างๆที่ท่านได้บำเพ็ญมาตามลำดับ แม้ในกรณีของผู้สูงวัยก็เช่นเดียวกัน ให้ถือว่าเป็นปูชนียบุคคลที่สำคัญคนหนึ่งในรอบครัว เพราะเคยให้ความอุปถัมภ์ ดูแล เอาใจใส่ต่อสมาชิกด้วยดีตลอดมา แต่เมื่อท่านย่างเข้าสู่วัยชราหรือผู้สูงวัยแล้ว ก็ควรที่จะได้รับการยกย่อง ให้ความสำคัญใน

^{๘๕} M.F. Easley, A Health Profile of Older North Carolinians, (North Carolina: State Center for Health Statistics, 2003), pp. 57 – 58.

^{๘๖} ฉาน ตรรกวิจารณ์ , การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เชิงพุทธ, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยรามคำแหง), ๒๕๕๐, หน้า ๗๖.

การปฏิบัติต่อท่านเพื่อให้ขวัญกำลังใจ ตลอดจนสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี อันเป็นที่ปรารถนาของผู้สูงวัยทุกคน^{๘๗}

ภิรมย์ เจริญผล ได้ศึกษาวิจัย “ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จังหวัดนครปฐม” จากการผลการวิจัยพบว่า หลักธรรมที่ส่งเสริมพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านร่างกาย ประกอบด้วย (๑) ไตรลักษณ์ การรู้เท่าความจริงของชีวิต เป็นกฎธรรมชาติ มีสภาพไม่เที่ยง เป็นทุกข์ เป็นอนัตตา มิให้ยึดมั่นในตัวตน (๒) ชั้นธ ๕ การรู้จักองค์ประกอบของร่างกายที่เป็นรูปและเป็นนาม จึงไม่ควรไปยึดมั่นในตัวตน (๓) อริยสัจ ๔ เป็นหลักธรรมสำคัญเกี่ยวกับความเป็นจริงที่เป็นประโยชน์แก่ชีวิต ใช้แก้ปัญหาตามระบบแห่งเหตุผล ด้วยวิธีการแห่งปัญญาของตนเอง ส่วนหลักธรรมที่ส่งเสริมพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านจิตใจ ประกอบด้วย (๑) การรักษาศีล ประพฤติธรรม เป็นการประพฤติดีงามสุจริตกาย วาจา และใจให้สงบเย็น ไม่คิดล่วงละเมิดและเบียดเบียนผู้อื่น (๒) ไตรสิกขา เป็นข้อปฏิบัติการฝึกอบรมด้านกาย วาจา และใจ เพื่อให้เกิดศีล สมาธิ ปัญญา (๓) บุญกิริยาวัตถุ เป็นที่ตั้งแห่งการบำเพ็ญบุญ การทำบุญที่ถูกต้องตามหลักพุทธศาสนา และ (๔) การปฏิบัติกรรมฐาน การฝึกธรรมเป็นที่ตั้งแห่งสติ ให้มีสติกำหนดพิจารณาสิ่งทั้งหลาย ให้รู้เท่าทันตามความจริงและจะนำไปสู่ความรู้แจ้งในอริยสัจธรรม^{๘๘}

อภิชัย พันธเสน กล่าวถึง หลักพุทธธรรมที่จะต้องนำมาใช้ในระบบเศรษฐกิจแบบพุทธ กล่าวคือ กฎแห่งกรรมซึ่งหมายถึงการพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจ หลักความไม่ประมาทเพื่อมิให้ได้รับผลกระทบจากการล่มสลายของเศรษฐกิจฟองสบู่ หลักอหิงสาธรรมเพื่อการไม่เบียดเบียนกัน มีเมตตา กรุณา ไม่ใช้ความรุนแรง เช่น การค้าอาวุธสงคราม (ซึ่งเป็นมิจฉาอาชีวะ) การทำสงครามเพื่อแก้ปัญหาเศรษฐกิจจากการว่างงาน ผลิตอาวุธจำหน่าย ความรุนแรงที่เกิดจากการแข่งขัน (ซึ่งเกิดจากความโลภ ความเห็นแก่ประโยชน์ส่วนตนเป็นหลัก) หลักความซื่อสัตย์สุจริตและหิริโอตตปะเพื่อให้ดำเนินธุรกิจด้วยความไว้วางใจกัน แก้ปัญหาคอร์รัปชัน ถือเป็นทุนทางสังคม ทั้งยังไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายไปกับการควบคุมพฤติกรรมมนุษย์มากเกินไป และย้ำว่าหลักเศรษฐกิจพอเพียงคือภูมิคุ้มกันประเทศ ในโลกยุคโลกาภิวัตน์^{๘๙}

^{๘๗} พระครูใบฎีกาโสภา กิจจสาโร, การประยุกต์หลักพุทธธรรมทางพระพุทธศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้สูงวัยในเขตตำบลบ้านหว้า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๕๓, หน้า ๗๗.

^{๘๘} ภิรมย์ เจริญผล, ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จังหวัดนครปฐม, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย), ๒๕๕๓, หน้า ๗๖.

^{๘๙} อภิชัย พันธเสน, จะประยุกต์พระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงกับอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดย่อมได้อย่างไรสร้างสรรค์ปัญญา, ชุดบริหารการวิจัย, (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย), ๒๕๕๖, หน้า ๑๒ – ๑๓.

๒.๖.๓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค

นภัศ ศิริสัมพันธ์ ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของประชากรในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี โดยศึกษาธุรกิจการขายอาหารสำเร็จรูปขนาดย่อม พบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกินอาหารที่ฟุ่มเฟือย เป็นพฤติกรรมการกินเพื่อ “ความบันเทิง” มากกว่าเพื่อที่จะให้อิ่มท้อง หรือเป็นความจำเป็นโดยผู้บริโภคที่เป็นสตรีนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปประเภทของว่าง ของกินเล่นและขนมหวาน ซึ่งเป็นการกินระหว่างมื้อ ส่วนผู้ชายนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปที่กินอิ่มเป็นมื้อ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป ได้แก่ ความสะดวก รสนิยมความชอบหรือไม่ชอบ ความอยากกิน ความเชื่อถือทางธรรมเนียม ประเพณี ราคา สีส่น และความน่ากินของอาหาร ประชาชนเพียงส่วนน้อยที่ให้ความสนใจด้านความสะอาด คุณค่าและคุณภาพของอาหาร^{๙๐}

หทัยกาญจน์ ไสตรติ และ อัมพร ฉิมพลี ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม พบว่า นักศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นความรู้ที่เกี่ยวกับอาหารที่ให้โปรตีน วิตามิน และเกลือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยส่วนรวมอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมที่ดีของนักศึกษา เช่น การดื่มนมเป็นประจำทุกวัน การล้างผักผลไม้ก่อนรับประทาน การรับประทานอาหารเย็นตรงเวลา สำหรับพฤติกรรมที่นักศึกษาต้องปรับปรุง เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล วิธีการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหาร ได้แก่ รับประทานอาหารโดยไม่ใช้ช้อนกลาง ดื่มน้ำอัดลม และรับประทานอาหารโดยไม่คำนึงถึงการได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของนักศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะทั่วไปในการรับประทานอาหารของครอบครัวนักศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา ดังนั้นมหาวิทยาลัยจึงควรจัดเอกสารทางด้านอาหารและโภชนาการที่ทันสมัยให้นักศึกษาไว้ศึกษาค้นคว้า รวมทั้งจัดนิทรรศการเพื่อให้ความรู้แก่นักศึกษาเพิ่มมากขึ้น บิดา – มารดา ของนักศึกษาควรมีส่วนร่วมในการให้ความรู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้องกับนักศึกษาด้วย^{๙๑}

อนุสิฐ รัชตศิลป์ ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของครอบครัวในอำเภอสว่างเนิน จังหวัดนครราชสีมาพบว่า ครอบครัวในชนบทจะบริโภคอาหารในท้องถิ่นคือ ปลา ผัก ปลาข้าว ส่วนอาหารประเภทเนื้อวัว ไก่และไข่ เป็นอาหารที่ราคาแพง จะไม่บริโภคอาหารประเภทนี้ในผู้มีรายได้ต่ำ ส่วนเครื่องเทศและเครื่องปรุงรสเช่นเดียวกัน มีการบริโภคน้อยมากเพราะอาหารที่ใส่เครื่องเทศมีวิธีการประกอบอาหารที่ยุ่งยากและจัดเป็นอาหารฟุ่มเฟือย^{๙๒}

^{๙๐} นภัศ ศิริสัมพันธ์, พฤติกรรมการบริโภคของประชากรในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี, รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง พฤติกรรมการกินของคนไทย, (กรุงเทพฯ : บริษัทประยูรวงศ์ จำกัด, ๒๕๒๗), หน้า ๒๔.

^{๙๑} หทัยกาญจน์ ไสตรติ และ อัมพร ฉิมพลี, พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, รายงานการวิจัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, (มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม), ๒๕๕๐, หน้า ๕๔ – ๕๕.

^{๙๒} อนุสิฐ รัชตศิลป์, ฐานะทางเศรษฐกิจและภาวะทุพโภชนาการ, โภชนาการสาร. (มกราคม – กุมภาพันธ์ ๒๕๑๖), หน้า ๑๗.

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดนี้ ผู้วิจัยพบว่าการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ ๑ - ๑๑ ทำให้การเป็นอยู่ การกิน และการใช้จ่ายของประชาชนดีขึ้น มีรายได้เพิ่มขึ้น การศึกษาสูงขึ้น อัตราการตายของเด็กทารกแรกเกิดมีอัตราการตายลดลง จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากคุณภาพชีวิตในสังคมมีทิศทางที่ดีขึ้น เทคนิคการแพทย์มีวิวัฒนาการทันสมัยสามารถป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บที่ร้ายแรงได้ ฯลฯ จึงสามารถทำให้ยืดอกอายุให้คนยาวนานขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์ไว้ว่าในอนาคตข้างหน้าสังคมของประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนประชากรเด็กจะลดลงและวัยทำงานก็จะลดลงเช่นเดียวกัน ซึ่งมาจากนโยบายการพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การรณรงค์การควบคุมการคุมกำเนิด ครอบครัวหนึ่งมีบุตรเป็นหญิงหรือชายไม่เกิน ๒ คน สภาพสังคมครัวเรือนจากอดีตเป็นครอบครัวใหญ่ ปัจจุบันเป็นครอบครัวเดี่ยว ปัญหาตามมาในอนาคตก็คือปัญหาของผู้สูงอายุในสังคมที่จะต้องดูแล และเอาใจใส่ แนวโน้มในอนาคตเป็นไปได้ที่คนสังคมไทยจะไม่ใส่ใจผู้สูงอายุ เพราะสนใจและขมก้มหมั่นเอาใจใส่ในการทำงานแบบมนุษย์เงินเดือน เพื่อหาเงินมาเลี้ยงครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุมีเวลาน้อยลง ทำให้เกิดความน้อยใจของผู้สูงอายุและเป็นปัญหาของสังคมตามมา นอกจากนั้นการกินอาหารของผู้สูงอายุก็น่าเป็นปัญหาหนึ่งที่ต้องเอาใจใส่ดูแล ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกับวัยทำงาน กระบวนการเผาผลาญประสิทธิภาพการทำงานลดลงทำให้เผาผลาญไปไม่หมด อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุก็ควรเป็นอาหารที่ง่าย ง่าย ง่าย ให้พลังงานแก่ผู้สูงอายุ เป็นอาหารที่เหมาะสม ส่วนอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเป็นอาหารประเภทย่อยยาก เนื้อสัตว์ เป็ด ไก่ เป็นต้น ทำให้เกิดปัญหาโรคร้ายไข้เจ็บประจำตัวตามมาสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง เป็นต้น

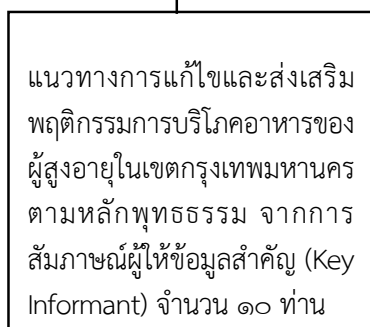
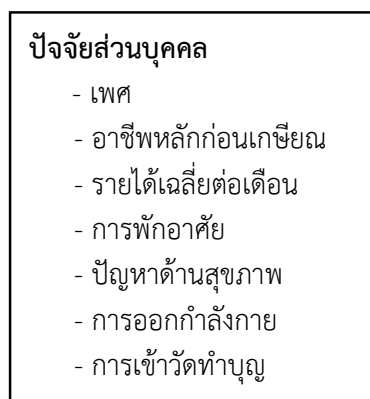
การจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ให้หันมาบริโภคอาหารที่เหมาะสม อาหารที่ง่าย อาหารย่อยง่าย บางครั้งก็เป็นสิ่งที่ยาก ผู้สูงอายุมีนิสัยเอาใจยาก เอาแต่ใจตัวเอง บางครั้งก็ไม่ฟังเหตุผล เหมือนกลับย้อนเวลาไปสู่สมัยเด็ก ทำให้การแก้ไขปัญหาระบาดประจำตัวของผู้สูงอายุน่าจะทำได้ยาก บางครั้งตัวผู้สูงอายุก็รู้ถึงคุณค่าและโทษของอาหารที่บริโภคเขาไป แต่ก็ยังฝืนทำลงไป รับประทานเข้าไป ด้วยเหตุผลที่ว่ามีความชอบ อร่อย ถูกใจ ถึงใจ ได้รสชาติ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุหลายคนต้องประสบกับปัญหาระบาดประจำตัวและโรคร้ายแรงจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนั้นรัฐบาลยังต้องช่วยเสียค่ารักษาและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศอีกด้วย ทำให้เป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ดังนั้นการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ จึงต้องแก้ไขที่ตัวของบุคคลก่อนโดยใช้หลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า หรือ “หลักพุทธธรรม” เข้าไปอบรมจิตใจผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ก็ค่อยตามเข้ามาทางพระพุทธศาสนา เอาใจใส่ไว้เป็นพิเศษสำหรับคนในวัยนี้ โดยใช้หลักอริยสัจ ๔ กล่าวคือ **ทุกข์** คือทุกข์จากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมจะเกิดความทรมานในร่างกายและโรคร้ายตามมา **สมุทัย** คือเหตุแห่งทุกข์ ขาดความรู้ของผู้สูงอายุด้วยการให้ความรู้ถึงโทษ และภัยจากการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม สร้างความเข้าใจ ปรับทัศนคติและให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคจากการบริโภคอาหารกับผู้สูงอายุ **นิโรธ** คือ ความดับทุกข์ โดยการนำปฏิบัติ สร้างกลุ่มผู้สูงอายุ ดำเนินนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพและการบริโภคของผู้สูงอายุภายในประเทศ **มรรค** คือ หนทางแห่งการดับทุกข์ ได้แก่ การเดินทางสายกลาง หลักมัชฌิมาปฏิปทา หมายถึง หลักการปฏิบัติสายกลาง

ไม่ยึดถือทางสุดโต่ง ๒ ทาง คือ อัตตกิลมณญโยค คือ การประกอบตนให้ลำบากเกินไป และกามสุขัลลิกานุโยค คือ การพัวพันในกามและความสบาย โดยการแสดงให้เห็นถึงคุณและโทษจากการบริโภคอาหารแต่ละชนิดซึ่งบริโภคน้อยก็ดี บริโภคมากก็ดี จะให้คุณให้โทษแตกต่างกันไป ควรบริโภคแต่พอดี เช่น การดื่มกาแฟ ดื่มมากเกินไปจะทำให้นอนไม่หลับ หัวใจสั่น ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ถ้าดื่มแต่พอดี จะทำให้ช่วยลดความเครียด กระตุ้นความจำ ปลุกความตื่นตัวได้ทันที เป็นต้น ทั้งนี้การปฏิบัติตามหลักมัชฌิมาปฏิปทา หรือทางสายกลาง พระพุทธเจ้าทรงกำหนดหลักทางสายกลางไว้อย่างชัดเจน คือ อริยมรรคมีองค์ ๘ หรือย่อแล้ว เรียกว่า ไตรสิกขา ได้แก่ ศีล สมาธิ ปัญญา

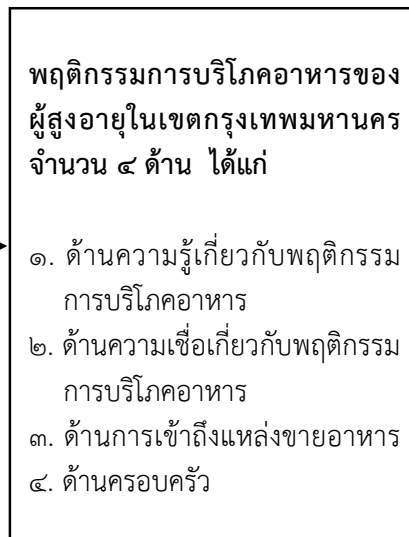
๒.๗ กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)



ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



แผนภาพที่ ๒.๒
กรอบแนวความคิดในการวิจัย

บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร ๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ๓) เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม ดังนั้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามลำดับขั้นตอนดังนี้

- ๓.๑ รูปแบบการวิจัย
- ๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล
- ๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

๓.๑ รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษาโดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) คือ การวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มาผสมผสานกันในการทำวิจัยเรื่องเดียวกัน เพื่อที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์ขึ้น

๓.๒ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๖๕ คน^๑

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวนทั้งสิ้น ๒๙๑ คน มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

^๑ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และฝ่ายแผนที่ กองสำรวจ และแผนที่ สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖), <http://203.155.220.230/info/stat_search/stat_54/pop54_02.pdf>, มกราคม ๒๕๕๗.

๑) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากสูตรขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ทาโรยามาเน (Taro Yamane)^๒ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ๒๙๑ คน ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ ๕ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N = จำนวนประชากร
 e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (allowable error 0.05)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{1,065}{1 + 1,065(.05)^2}$$

$$n = 291$$

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๒๙๑ คน

๒) หาขนาดกลุ่มตัวอย่างของประชากรตามสัดส่วนในแต่ละชมรมผู้สูงอายุ ทั้ง ๒ ชมรม คือ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ด้วยการเปรียบเทียบสัดส่วน ดังแสดงในตารางที่ ๓.๑ โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{จำนวนตัวอย่างในแต่ละชมรม} = \frac{\text{จำนวนสมาชิกทั้งหมดในแต่ละชมรม} \times \text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด}}{\text{สมาชิกชมรมทั้งหมด}}$$

ตารางที่ ๓.๑

แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุ
ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒ แห่ง

ลำดับ	ชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
๑.	ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	๓๘๐	๑๐๔
๒.	ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม.	๖๘๕	๑๘๗
	รวม	๑,๐๖๕	๒๙๑

๓) สุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ซึ่งเป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้จำนวนตามต้องการโดยไม่มีหลักเกณฑ์กับผู้สูงอายุ ที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ๒ แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

^๒Taro Yamane, *Statistics : An Introductory Analysis*, 3rd ed, (New York: Harper and Row Publications, 1973), P. 215.

ทั้งนี้ในการวิจัยเชิงคุณภาพผู้วิจัยกำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) โดยทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติสอดคล้องกับประเด็นสาระที่สำคัญของการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| ๑. พระครูสาธกธรรมวิจิตร | เจ้าอาวาสวัดเศวตฉัตราราม |
| ๒. พระครูขันติธรรมานวัตร | เจ้าอาวาสวัดบางช้างใน |
| ๓. พระมหาหมั่น จกกรตโน | ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดสุวรรณาราม วรวิหาร |
| ๔. นายบุญนาค เนียมสะอาด | ผู้ทรงคุณวุฒิผู้สูงอายุ |
| ๕. นายโชค ไกรเทพ | ผู้ทรงคุณวุฒิผู้สูงอายุ |
| ๖. นายสำรวม ฤกษ์สนธิ | ตัวแทนผู้สูงอายุ |
| ๗. นายสิม แสงทอง | ตัวแทนผู้สูงอายุ |
| ๘. นายประเสริฐ สมภักดิ์ | ตัวแทนผู้สูงอายุ |
| ๙. นางสาวหทัยชนก จันทร์แรม | นักวิชาการโภชนา |
| ๑๐. นางสาวปราณี ลาภเย็น | นักวิชาการโภชนา |

๓.๓ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ก. เชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบสอบถามโดยมีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้

๑) ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

๑.๑) ศึกษาหลักการ และทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จากเอกสาร และผลงานการวิจัยที่เคยมีผู้ดำเนินการวิจัยเอาไว้

๑.๒) กำหนดกรอบแนวคิด ในการสร้างเครื่องมือการวิจัย

๑.๓) กำหนดวัตถุประสงค์ในการสร้างเครื่องมือการวิจัยโดยขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ

๑.๔) สร้างเครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม

๑.๕) นำเสนอร่างเครื่องมือการวิจัยต่อผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไข

๑.๖) นำเครื่องมือการวิจัย จำนวน ๓๐ ชุด ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างประชากรที่ดำเนินการวิจัย เพื่อหาสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

๑.๗) ปรับปรุงแก้ไข

๑.๘) จัดพิมพ์แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ และนำไปใช้จริงเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

๒) ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเพื่อใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น ๓ ตอน ดังนี้

ตอนที่ ๑ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย การเข้าวัดทำบุญ ซึ่งเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check List)

ตอนที่ ๒ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด ๔ ด้าน ๆ ละ ๑๐ ข้อ ดังนี้

- ๑) ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ๒) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ๓) ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร
- ๔) ด้านครอบครัว

โดยที่ผู้ตอบแบบสอบถามจะต้องแสดงความคิดเห็นจากคำถามที่ผู้ศึกษากำหนดเกี่ยวกับระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ๕ หมายถึง ระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับ มากที่สุด
- ๔ หมายถึง ระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับ มาก
- ๓ หมายถึง ระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับ ปานกลาง
- ๒ หมายถึง ระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับ น้อย
- ๑ หมายถึง ระดับพฤติกรรม อยู่ในระดับ น้อยที่สุด

ตอนที่ ๓ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นคำถามแบบปลายเปิด (Open Ended Question)

๓) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- ๓.๑) ขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบเครื่องมือที่สร้างไว้
- ๓.๒) หาคความเที่ยงตรง (Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จ เสนอผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อขอความเห็นชอบและปรับปรุงแก้ไขตามความเหมาะสม จำนวน ๓ ท่าน ได้แก่

ผศ.ชวรัชย์ ไชยสา	ผู้เชี่ยวชาญด้านรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ผศ.สกลิต์ ศิลปะชัย	ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ดร.สุวัฒน์ รักขันโท	อาจารย์ประจำหลักสูตรการจัดการเชิงพุทธ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

เพื่อพิจารณาทั้งในด้านเนื้อหาสาระ และโครงสร้างของคำถาม รูปแบบของแบบสอบถาม ตลอดจนภาษาที่ใช้และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC)^๓ ของแบบสอบถาม โดยได้ค่า IOC ตั้งแต่ ๐.๖ ขึ้นไปทุกข้อ โดยใช้สูตร ดังนี้

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

เมื่อ แทน ดัชนีความถูกต้อง

$$\frac{\sum R}{N}$$

แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

๓.๓) หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเทศบาลนครนนทบุรี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๓๐ ท่าน เพื่อหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบาค (Cronbach)^๔ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมด เท่ากับ ๐.๘๔

๓.๔) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขจากผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ จัดพิมพ์แบบสอบถามเป็นฉบับสมบูรณ์ เพื่อใช้ในการวิจัย

ข. เชิงคุณภาพ

การวิจัยเรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์ที่ใช้เป็นแบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) แบ่งออกเป็น ๒ ตอน มีสาระสำคัญ ดังนี้

ตอนที่ ๑ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ตอนที่ ๒ แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม มีจำนวน ๕ ข้อ ดังนี้

๑) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

๒) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

๓) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร

๔) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านครอบครัว

^๓ สุทธิดา นันทเสน, การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC), <<https://www.gotoknow.org/posts/370878>>, มกราคม ๒๕๕๕.

^๔ Cronbach, Lee J. *Essentials of psychological testing*, 4th ed., (New York: Harper & Row), 1971.

๕) แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม

๓.๔ การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก. เชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑) การรวบรวมเอกสาร ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากหนังสือ วารสาร บทความ เอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๒) ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามและทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากชมรมผู้สูงอายุทั้ง ๒ แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เพื่อขอความร่วมมือไปยังสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุทั้ง ๒ แห่ง หลังจากนั้นได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓) ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามกับกลุ่มเป้าหมาย คือ สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ทั้ง ๒ แห่ง ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน ๒๙๑ คน ซึ่งในการแจกแบบสอบถามผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้นำแบบสอบถามไปแจกและเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

ข. เชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑) การรวบรวมเอกสาร ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากหนังสือ วารสาร บทความ เอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๒) ผู้วิจัยได้กำหนดผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) และทำหนังสือขอสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purpose Sampling) จำนวน ๑๐ รูป/คน

๓) ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน ๑๐ รูป/คน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และทำการบันทึกข้อมูล โดยการจดบันทึกและการบันทึกเทป

๓.๕ การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๕.๑ การวิเคราะห์ข้อมูล

ก. **เชิงปริมาณ (Quantitative Analysis)** การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative Analysis) เป็นหลักโดยการดำเนินการขั้นแรก คือ นำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสำรวจ (Editing) แล้วดำเนินการลงรหัสตามคู่มือการลงรหัส (Code Book) หลังจากนั้นได้มีการตรวจสอบแบบสำรวจเพื่อความถูกต้องอีก ๑ ครั้ง แล้วจึงดำเนินการถ่ายรหัสทั้งหลายลงในแบบฟอร์มถ่ายข้อมูล (Transfer Sheet) บรรจุข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อหาค่าทางสถิติ

ข. **เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis)** การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ (Qualitative Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข/ส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้วยหลักพุทธธรรม โดยวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกตามกลุ่มข้อมูล (Content Analysis) ทางการวิจัยที่ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยการนำเสนอเป็นความเรียง และเชิงพรรณนา

๓.๕.๒ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นผู้วิจัยใช้การประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์เสนอข้อมูล ดังนี้

๑) ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

๒) ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ใช้การวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.) ของคะแนนจากการตอบแบบสอบถามของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ๒ แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

๓) การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยโดยยึดเกณฑ์^๕ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕๐ – ๕.๐๐ กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ **มากที่สุด**

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๕๐ – ๔.๔๙ กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ **มาก**

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๒.๕๐ – ๓.๔๙ กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ **ปานกลาง**

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๕๐ – ๒.๔๙ กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ **น้อย**

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๐๐ – ๑.๔๙ กำหนดให้อยู่ในเกณฑ์ **น้อยที่สุด**

๔) การทดสอบสมมติฐาน เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ คือ การทดสอบค่าที (t-test) ในกรณีตัวแปรต้นสองกลุ่ม และการทดสอบค่าเอฟ (F-test) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ในกรณีตัวแปรต้นตั้งแต่สามกลุ่มขึ้นไป เมื่อพบว่ามีความ

^๕ประกอบ กรรณสูตร, สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ ๓, (กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์, ๒๕๔๒), หน้า ๑๐๘.

แตกต่างจะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างเป็นสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๕) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มข้อมูล (Data Grouping) ตามสาระสำคัญของประเด็นการสัมภาษณ์ จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis Technique)

บทที่ ๔

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒๕๑ คน มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปการวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

๔.๒ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๔.๓ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๔.๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๔.๕ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร”

๔.๖ สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

๔.๑ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

การศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย การเข้าวัดทำบุญ มีรายละเอียดดังในตารางที่ ๔.๑

ตารางที่ ๔.๑
จำนวน และค่าร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม

(n = ๒๙๑)		
ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	๑๓๐	๔๔.๗
หญิง	๑๖๑	๕๕.๓
รวม	๒๙๑	๑๐๐.๐
อาชีพหลักก่อนเกษียณ		
ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ	๑๘๑	๖๒.๒
พนักงานบริษัทเอกชน	๓๖	๑๒.๔
เจ้าของกิจการ / ค้าขาย	๓๗	๑๒.๗
เกษตรกร	๒	๐.๗
พ่อบ้าน / แม่บ้าน	๓๕	๑๒.๐
รวม	๒๙๑	๑๐๐.๐
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๑๑	๓.๘
๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๗๗	๒๖.๕
๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	๑๔๔	๔๙.๕
มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท	๕๙	๒๐.๓
รวม	๒๙๑	๑๐๐.๐
การพักอาศัย		
พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	๔๓	๑๔.๘
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	๑๑๓	๓๘.๘
พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน	๑๓๕	๔๖.๔
พักอาศัยอยู่กับญาติ	-	-
รวม	๒๙๑	๑๐๐.๐

ตารางที่ ๔.๑ (ต่อ)

(n = ๒๙๑)

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาด้านสุขภาพ		
มี	๒๓๕	๘๐.๘
ไม่มี	๕๖	๑๙.๒
รวม	๒๙๑	๑๐๐.๐
การออกกำลังกาย		
เป็นประจำทุกวัน	๖๖	๒๒.๗
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง / มากกว่า	๑๕๘	๕๔.๓
เดือนละ ๑ ครั้ง / มากกว่า	๕๖	๑๙.๒
ไม่เคย	๑๑	๓.๘
รวม	๒๙๑	๑๐๐.๐
การเข้าวัดทำบุญ		
ทุกวัน / ทุกเช้า	๑๕	๕.๒
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง / มากกว่า	๑๒๔	๔๒.๖
เดือนละ ๑ ครั้ง / มากกว่า	๑๔๒	๔๘.๘
ไม่เคย	๑๐	๓.๔
รวม	๒๙๑	๑๐๐.๐

จากตารางที่ ๔.๑ พบว่า ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามที่เกี่ยวกับ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย การเข้าวัดทำบุญ มีดังนี้

เพศ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน ๑๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๓ และเป็นเพศชาย จำนวน ๑๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๔.๗

อาชีพหลักก่อนเกษียณ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณมากที่สุด คือ ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๑๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๒ รองลงมา คือ เจ้าของกิจการ / ค้าขาย จำนวน ๓๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๗ และน้อยที่สุด คือ เกษตรกร จำนวน ๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๗

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด คือ ๒๐,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๑๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๕ รองลงมา คือ ๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๗๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๕ และน้อยที่สุด คือ น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๘

การพักอาศัย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีลักษณะการพักอาศัยมากที่สุด คือ พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน จำนวน ๑๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔ รองลงมา คือ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน ๑๑๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๘ และน้อยที่สุด คือ พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง จำนวน ๔๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๘

ปัญหาด้านสุขภาพ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน ๒๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๘ และไม่มีปัญหาสุขภาพ จำนวน ๕๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๒

การออกกำลังกาย ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง / มากกว่า จำนวน ๑๕๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๓ รองลงมา คือ ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน จำนวน ๖๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๗ และน้อยที่สุด คือ ไม่เคยออกกำลังกาย จำนวน ๑๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๘

การเข้าวัดทำบุญ ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการเข้าวัดทำบุญ เดือนละ ๑ ครั้ง / มากกว่า จำนวน ๑๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๘ รองลงมา คือ ทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง / มากกว่า จำนวน ๑๒๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๖ และน้อยที่สุด คือ ไม่เคยไปทำบุญที่วัด จำนวน ๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๓.๔

๔.๒ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สามารถวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ดังนี้

ตารางที่ ๔.๒

แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรม
การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม

(n = ๒๙๑)

ข้อที่	พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	ระดับพฤติกรรม		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
๑	ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	๓.๒๓	๐.๕๐๔	ปานกลาง
๒	ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	๒.๘๒	๐.๖๘๙	ปานกลาง
๓	ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร	๒.๘๑	๐.๖๔๓	ปานกลาง
๔	ด้านครอบครัว	๓.๔๖	๐.๖๗๖	ปานกลาง
	ภาพรวม	๓.๐๘	๐.๖๒๘	ปานกลาง

จากตารางที่ ๔.๒ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$, S.D. = 0.628) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.676) รองลงมา คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.46$, S.D. = 0.676) และด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.81$, S.D. = 0.623)

ตารางที่ ๔.๓

แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

(n = 251)

ข้อที่	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	ระดับพฤติกรรม		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
๑	บริโภคอาหารครบ ๕ หมู่	3.80	0.996	มาก
๒	บริโภคอาหารครบ ๓ มื้อ	3.89	0.924	มาก
๓	บริโภคอาหารเย็นปริมาณน้อยกว่ามื้อเช้าและมืเที่ยง	3.38	0.991	ปานกลาง
๔	บริโภคผัก ผลไม้อย่างน้อยวันละ ๒ มื้อ	3.45	0.943	ปานกลาง
๕	ไม่บริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน	2.94	1.195	ปานกลาง
๖	บริโภคเนื้อปลาน้อยวันละ ๑ มื้อ	3.08	0.871	ปานกลาง
๗	บริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง อบ	3.33	0.827	ปานกลาง
๘	บริโภคขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานน้อยกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์	2.98	0.830	ปานกลาง
๙	บริโภคอาหารเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง	3.22	0.897	ปานกลาง
๑๐	ดื่มนมพร่องมันเนยวันละ ๑-๒ แก้ว	2.25	0.994	น้อย
ภาพรวม		3.23	0.904	ปานกลาง

จากตารางที่ ๔.๓ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23$, S.D. = 0.904) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร บริโภคอาหารครบ ๓ มื้อ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 3.89$, S.D. = 0.924) รองลงมา คือ บริโภคอาหารครบ ๕ หมู่ มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.996) และดื่มนมพร่องมันเนยวันละ ๑-๒ แก้ว มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 2.25$, S.D. = 0.994)

ตารางที่ ๔.๔

แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

(n = ๒๙๑)

ข้อที่	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	ระดับพฤติกรรม		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
๑	บริโภคน้ำพริก ผักต้มแทนเนื้อสัตว์เพราะเชื่อว่าอายุจะยืนยาว	๓.๙๔	๐.๖๙๒	มาก
๒	ไม่บริโภคเนื้อวัวเมื่อเจ็บป่วยเพราะเชื่อว่ารักษาไม่หาย	๓.๒๑	๑.๒๖๒	ปานกลาง
๓	บริโภคอาหารป่าเพื่อเสริมสมรรถภาพ	๒.๓๐	๑.๐๘๔	น้อย
๔	บริโภคขนมหวานประเภทขนมมงคลเพราะเชื่อว่าเป็นสิริมงคล	๒.๖๑	๑.๒๔๔	ปานกลาง
๕	บริโภคเสริมอาหารราคาแพงเพื่อบำรุงสุขภาพ	๒.๕๙	๐.๙๑๑	ปานกลาง
๖	บริโภคสารสกัดสมุนไพรเสริมสุขภาพ	๒.๖๐	๑.๐๖๙	ปานกลาง
๗	บริโภคเครื่องดื่มชูกำลังเพิ่มพลัง	๑.๗๘	๑.๐๕๓	น้อย
๘	บริโภคไข่ลวก ไข่ดิบ ไข่ดอง เพื่อเสริมสมรรถภาพทางร่างกาย	๒.๒๘	๐.๘๔๘	น้อย
๙	บริโภคอาหารชีวจิต/มังสวิรัตเพื่อรักษาสุขภาพ	๓.๑๘	๐.๗๑๓	ปานกลาง
๑๐	บริโภคอาหารตามคำบอกเล่า/โฆษณา	๒.๙๘	๑.๒๕๒	ปานกลาง
	ภาพรวม	๒.๘๒	๐.๖๘๙	ปานกลาง

จากตารางที่ ๔.๔ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = ๒.๘๒, S.D. = ๐.๖๘๙) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร คือ บริโภคน้ำพริก ผักต้มแทนเนื้อสัตว์เพราะเชื่อว่าอายุจะยืนยาว อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = ๓.๙๔, S.D. = ๐.๖๙๒) รองลงมา คือ ไม่บริโภคเนื้อวัวเมื่อเจ็บป่วยเพราะเชื่อว่ารักษาไม่หาย มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = ๓.๒๑, S.D. = ๑.๒๖๒) และบริโภคเครื่องดื่มชูกำลังเพิ่มพลัง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = ๑.๗๘, S.D. = ๑.๐๕๓)

ตารางที่ ๔.๕
แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร

(n = ๒๙๑)

ข้อที่	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	ระดับพฤติกรรม		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
๑	เลือกซื้ออาหารในตลาดสดใกล้บ้านเพื่อปรุงเอง	๓.๖๙	๑.๐๐๐	มาก
๒	เลือกซื้ออาหารจากรถขายบริการตามบ้าน	๒.๘๘	๑.๐๐๑	ปานกลาง
๓	เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน	๓.๐๙	๑.๐๘๗	ปานกลาง
๔	เลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งในมินิมาร์ทแล้ว นำมาอุ่น	๒.๖๖	๑.๑๗๑	ปานกลาง
๕	เลือกซื้ออาหารจากซูเปอร์มาร์เก็ตมาเก็บเพื่อนำมา ประกอบอาหารหลายวัน	๒.๙๐	๑.๐๒๓	ปานกลาง
๖	บุตรหลาน/คู่สมรสเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารให้ท่าน	๒.๘๐	๑.๒๖๔	ปานกลาง
๗	แม่บ้าน/คนรับใช้เป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารให้ท่าน	๒.๕๔	๑.๓๓๙	ปานกลาง
๘	แลกเปลี่ยนอาหารกับเพื่อนบ้าน/คนในชุมชนอย่าง น้อยสัปดาห์ละ ๔ ครั้ง	๒.๕๒	๑.๐๙๐	ปานกลาง
๙	บริโภคอาหารจากบริการส่งอาหารปิ่นโต	๑.๘๖	๑.๒๑๗	น้อย
๑๐	บริโภคอาหารนอกบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๔ ครั้ง	๓.๑๑	๑.๑๓๑	ปานกลาง
ภาพรวม		๒.๘๑	๐.๖๔๓	ปานกลาง

จากตารางที่ ๔.๕ พบว่าผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = ๒.๘๑$, S.D. = ๐.๖๔๓) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร คือ เลือกซื้ออาหารในตลาดสดใกล้บ้านเพื่อปรุงเอง อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = ๓.๖๙$, S.D. = ๑.๐๐๐) รองลงมา คือ บริโภคอาหารนอกบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๔ ครั้ง มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = ๓.๑๑$, S.D. = ๑.๑๓๑) และบริโภคอาหารจากบริการส่งอาหารปิ่นโต มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = ๑.๘๖$, S.D. = ๑.๒๑๗)

ตารางที่ ๔.๖
แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว

(n = ๒๙๑)

ข้อที่	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	ระดับพฤติกรรม		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
๑	ท่านยังคงสถานภาพเป็นผู้นำครอบครัว	๓.๖๕	๑.๐๒๘	มาก
๒	ท่านเป็นศูนย์รวมทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเสมอ	๓.๕๔	๑.๐๘๓	มาก
๓	ท่านยังได้รับความสำคัญในการปรึกษาเรื่องต่างๆจากสมาชิกในครอบครัว	๓.๗๒	๐.๙๙๑	มาก
๔	ท่านเป็นผู้ตัดสินปัญหา/ข้อพิพาทต่างๆภายในครอบครัว	๓.๔๓	๑.๐๐๒	ปานกลาง
๕	สมาชิกในครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้าทุกวัน	๓.๑๑	๑.๐๓๕	ปานกลาง
๖	สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี	๓.๔๕	๑.๐๘๓	ปานกลาง
๗	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะมีกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ	๓.๓๘	๑.๐๑๑	ปานกลาง
๘	สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้านชักชวน/พาท่านไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาเช่น ทำบุญ ทอดกฐิน	๓.๔๕	๐.๙๔๓	ปานกลาง
๙	สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้านชักชวน/พาท่านไปร่วมงานสังคมเช่น งานบวช งานศพ งานแต่งงาน	๓.๒๘	๑.๐๘๔	ปานกลาง
๑๐	บุตร/หลานมาเยี่ยมในวันหยุดหรือเทศกาลเสมอ	๓.๖๑	๑.๑๔๗	มาก
	ภาพรวม	๓.๔๖	๐.๖๗๖	ปานกลาง

จากตารางที่ ๔.๖ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = ๓.๔๖, S.D. = ๐.๖๗๖) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร คือ ยังได้รับความสำคัญในการปรึกษาเรื่องต่างๆจากสมาชิกในครอบครัว อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = ๓.๗๒, S.D. = ๐.๙๙๑) รองลงมา คือ ยังคงสถานภาพเป็นผู้นำครอบครัว มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$ = ๓.๖๕, S.D. = ๑.๐๒๘) และสมาชิกในครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้าทุกวัน มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$ = ๓.๑๑, S.D. = ๑.๐๓๕)

๔.๓ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร การทดสอบสมมติฐานโดยการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างตัวแปร ได้แก่ จำแนกตาม เพศ อาชีพหลัก ก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ แสดงด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) เมื่อพบว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับการทดสอบ ๐.๐๕ จะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD)

สมมติฐานที่ ๑ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๗

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามเพศ

(n = ๒๙๑)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	เพศ					
	ชาย (๑๓๐ คน)		หญิง (๑๖๑ คน)		t	Sig.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	๓.๑๓	๐.๔๑๔	๓.๓๒	๐.๕๕๔	-๓.๒๒๙**	๐.๐๐๑
๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	๒.๘๓	๐.๕๕๓	๒.๘๑	๐.๗๘๓	๐.๓๖๒	๐.๗๑๘
๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร	๒.๙๘	๐.๕๙๐	๒.๖๖	๐.๖๕๐	๔.๓๕๒**	๐.๐๐๐
๔. ด้านครอบครัว	๓.๖๕	๐.๕๗๑	๓.๓๐	๐.๗๑๕	๔.๖๒๓**	๐.๐๐๐
ภาพรวม	๓.๑๕	๐.๔๐๙	๓.๐๒	๐.๔๔๕	๒.๕๔๒**	๐.๐๑๑

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๗ ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ t-test แบบข้อมูล ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการ

เข้าถึงแหล่งขายอาหาร และด้านครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ส่วนด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้น ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๒ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๘

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณ

(n = ๒๙๑)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๑.๐๕๙	๔	๐.๒๖๕	๑.๐๔๕	๐.๓๘๕
	ภายในกลุ่ม	๗๒.๔๙๑	๒๘๖	๐.๒๕๓		
	รวม	๗๓.๕๕๐	๒๙๐			
๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๒๘.๐๑๖	๔	๗.๐๐๔	๑๘.๒๕๒**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๐๙.๗๕๐	๒๘๖	๐.๓๘๔		
	รวม	๑๓๗.๗๖๖	๒๙๐			
๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขาย อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๗.๘๗๔	๔	๑.๙๖๘	๕.๐๒๐**	๐.๐๐๑
	ภายในกลุ่ม	๑๑๒.๑๔๖	๒๘๖	๐.๓๙๒		
	รวม	๑๒๐.๐๒๐	๒๙๐			
๔. ด้านครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	๑.๙๔๐	๔	๐.๔๘๕	๑.๐๖๑	๐.๓๗๖
	ภายในกลุ่ม	๑๓๐.๗๒๒	๒๘๖	๐.๔๕๗		
	รวม	๑๓๒.๖๖๒	๒๙๐			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	๓.๘๐๔	๔	๐.๙๕๑	๕.๓๖๑**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๕๐.๗๓๑	๒๘๖	๐.๑๗๗		
	รวม	๕๔.๕๓๕	๒๙๐			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๘ ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยภาพรวมและรายด้าน ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๔.๙ - ๔.๑๑

ตารางที่ ๔.๙

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณ

(n = ๒๙๑)

อาชีพหลักก่อนเกษียณ	$\bar{X}$	อาชีพหลักก่อนเกษียณ				
		ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	พนักงานบริษัทเอกชน	เจ้าของกิจการ/ค้าขาย	เกษตรกร	พ่อบ้าน/แม่บ้าน
		๓.๐๐	๓.๑๕	๓.๒๔	๓.๐๘	๓.๒๘
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๓.๐๐	-	๐.๑๕*	๐.๒๔*	๐.๐๘	๐.๒๘*
พนักงานบริษัทเอกชน	๓.๑๕		-	๐.๐๘	๐.๐๗	๐.๑๒
เจ้าของกิจการ/ค้าขาย	๓.๒๔			-	๐.๑๖	๐.๐๔
เกษตรกร	๓.๐๘				-	๐.๒๐
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	๓.๒๘					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๙ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดโดยภาพรวม จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๓ คู่ ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริษัทเอกชน กลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขาย และกลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม มากกว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ตารางที่ ๔.๑๐

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณ

(n = ๒๙๑)

อาชีพหลักก่อน เกษียณ	$\bar{X}$	อาชีพหลักก่อนเกษียณ				
		ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน บริษัทเอกชน	เจ้าของกิจการ/ ค้าขาย	เกษตรกร	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน
		๒.๖๕	๒.๘๐	๒.๙๗	๒.๙๐	๓.๖๑
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒.๖๕	-	๐.๑๕	๐.๓๒*	๐.๒๕	๐.๙๖*
พนักงานบริษัทเอกชน	๒.๘๐		-	๐.๑๗	๐.๙๗	๐.๘๐*
เจ้าของกิจการ/ค้าขาย	๒.๙๗			-	๐.๐๗	๐.๖๓*
เกษตรกร	๒.๙๐				-	๐.๗๐
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	๓.๖๑					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๐ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้านมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กลุ่มพนักงานบริษัทเอกชน และกลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขาย กลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ตารางที่ ๔.๑๑

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร
จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณ

(n = ๒๙๑)

อาชีพหลักก่อน เกษียณ	$\bar{X}$	อาชีพหลักก่อนเกษียณ				
		ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	พนักงาน บริษัทเอกชน	เจ้าของกิจการ/ ค้าขาย	เกษตรกร	พ่อบ้าน/ แม่บ้าน
		๒.๗๓	๒.๙๖	๓.๑๘	๒.๖๕	๒.๖๕
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒.๗๓	-	๐.๒๓*	๐.๔๔*	๐.๐๘	๐.๐๗
พนักงานบริษัทเอกชน	๒.๙๖		-	๐.๒๑	๐.๓๑	๐.๓๑*
เจ้าของกิจการ/ค้าขาย	๓.๑๘			-	๐.๕๒	๐.๕๒*
เกษตรกร	๒.๖๕				-	๐.๐๐
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	๒.๖๕					-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๑ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จำแนกตามอาชีพหลักก่อนเกษียณเป็นรายคู่ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้านมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มพนักงานบริษัทเอกชน และกลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขาย ส่วนกลุ่มพนักงานบริษัทเอกชน และกลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

สมมติฐานที่ ๓ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๑๒
การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามรายได้ต่อเดือน

(n = ๒๙๑)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๘.๒๙๒	๓	๒.๗๖๔	๑๒.๑๕๕**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๖๕.๒๕๘	๒๘๗	๐.๒๒๗		
	รวม	๗๓.๕๕๐	๒๙๐			
๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๕.๖๒๘	๓	๑.๘๗๖	๔.๐๗๕**	๐.๐๐๗
	ภายในกลุ่ม	๑๓๒.๑๓๘	๒๘๗	๐.๔๖๐		
	รวม	๑๓๗.๗๖๖	๒๙๐			
๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขาย อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๑๒.๑๔๙	๓	๔.๐๕๐	๑๐.๗๗๔**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๐๗.๘๗๑	๒๘๗	๐.๓๗๖		
	รวม	๑๒๐.๐๒๐	๒๙๐			
๔. ด้านครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	๗.๕๖๑	๓	๒.๕๒๐	๕.๗๘๒**	๐.๐๐๑
	ภายในกลุ่ม	๑๒๕.๑๐๑	๒๘๗	๐.๔๓๖		
	รวม	๑๓๒.๖๖๒	๒๙๐			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	๕.๗๓๒	๓	๑.๙๑๑	๑๑.๒๓๗**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๔๘.๘๐๒	๒๘๗	๐.๑๗๐		
	รวม	๕๔.๕๓๔	๒๙๐			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๑๒ ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในทุก ๆ ด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยภาพรวมและรายด้าน ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๔.๑๓ - ๔.๑๗

ตารางที่ ๔.๑๓

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(n = ๒๙๑)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X}$	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
		น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท	๒๐,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท	มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท
		๒.๙๓	๒.๘๖	๓.๑๙	๓.๑๓
น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๒.๙๓	-	๐.๐๗	๐.๒๕*	๐.๑๙
๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท	๒.๘๖		-	๐.๓๒*	๐.๒๖*
๒๐,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท	๓.๑๙			-	๐.๐๖
มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท	๓.๑๓				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๓ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดโดยภาพรวม จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๓ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ ๒๐,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท และกลุ่มที่มีรายได้ ๑๐,๐๐๑ - ๒๐,๐๐๐ บาท

ตารางที่ ๔.๑๔

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(n = ๒๙๑)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X}$	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
		น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท
		๓.๑๐	๒.๙๗	๓.๓๑	๓.๔๒
ต่ำกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๓.๑๐	-	๐.๑๒	๐.๒๐	๐.๓๒*
๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒.๙๗		-	๐.๓๓*	๐.๔๔*
๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	๓.๓๑			-	๐.๑๑
มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท	๓.๔๒				-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๔ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๓ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้ ๓๐,๐๐๑ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท และกลุ่มที่มีรายได้ ๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ ๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท

ตารางที่ ๔.๑๕

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(n = ๒๙๑)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X}$	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
		น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท
		๒.๖๙	๒.๗๕	๒.๙๖	๒.๖๒
น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๒.๖๙	-	๐.๐๖	๐.๒๖	๐.๐๗
๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒.๗๕	-	-	๐.๒๐*	๐.๑๓
๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	๒.๙๖	-	-	-	๐.๓๓*
มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท	๒.๖๒	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๕ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๒ คู่ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้ ๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท

ตารางที่ ๔.๑๖

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(n = ๒๙๑)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X}$	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
		น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท
		๒.๕๕	๒.๕๑	๒.๙๙	๒.๘๐
น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๒.๕๕	-	๐.๐๓	๐.๔๔*	๐.๒๕
๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒.๕๑	-	-	๐.๔๗*	๐.๒๙*
๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	๒.๙๙	-	-	-	๐.๑๙
มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท	๒.๘๐	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๖ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นรายคู่ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๓ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มที่มีรายได้ ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท ส่วนกลุ่มที่มีรายได้ ๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท

ตารางที่ ๔.๑๗

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(n = ๒๙๑)

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	$\bar{X}$	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			
		น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท
		๓.๔๐	๓.๒๑	๓.๕๑	๓.๖๗
น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท	๓.๔๐	-	๐.๑๘	๐.๑๑	๐.๒๖
๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท	๓.๒๑	-	-	๐.๒๙*	๐.๔๕*
๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท	๓.๕๑	-	-	-	๐.๑๕
มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท	๓.๖๗	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๗ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านครอบครัว จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้านครอบครัว แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๒ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้ ๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครน้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้ ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท และกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท

สมมติฐานที่ ๔ ผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๑๘
การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามการพักอาศัย

(n = ๒๙๑)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๑.๔๘๓	๒	๐.๗๔๑	๒.๙๖๓	๐.๐๕๓
	ภายในกลุ่ม	๗๒.๐๖๗	๒๘๘	๐.๒๕๐		
	รวม	๗๓.๕๕๐	๒๙๐			
๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๑๒.๗๔๖	๒	๖.๓๗๓	๑๔.๖๘๑**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๒๕.๐๒๑	๒๘๘	๐.๔๓๔		
	รวม	๑๓๗.๗๖๖	๒๙๐			
๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขาย อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๑๖.๒๕๖	๒	๘.๑๒๘	๒๒.๕๕๙**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๐๓.๗๖๔	๒๘๘	๐.๓๖๐		
	รวม	๑๒๐.๐๒๐	๒๙๐			
๔. ด้านครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	๗.๓๒๔	๒	๓.๖๖๒	๘.๔๑๕**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๒๕.๓๓๗	๒๘๘	๐.๔๓๕		
	รวม	๑๓๒.๖๖๒	๒๙๐			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	๕.๑๔๕	๒	๒.๕๗๒	๑๔.๙๙๙**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๔๙.๓๙๐	๒๘๘	๐.๑๗๑		
	รวม	๕๔.๕๓๔	๒๙๐			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๑๘ ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และด้านครอบครัว แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยภาพรวมและรายด้าน ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๔.๑๙ - ๔.๒๒

ตารางที่ ๔.๑๙

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม จำแนกตามการพักอาศัย

(n = ๒๙๑)

การพักอาศัย	$\bar{X}$	การพักอาศัย		
		พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน
		๒.๗๗	๓.๑๑	๓.๑๖
พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	๒.๗๗	-	๐.๓๓*	๐.๓๙*
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	๓.๑๑	-	-	๐.๐๕
พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน	๓.๑๖	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๑๙ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด โดยภาพรวม จำแนกตามการพักอาศัยเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๒ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มที่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และกลุ่มที่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน

ตารางที่ ๔.๒๐

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามการพักอาศัย

(n = ๒๙๑)

การพักอาศัย	$\bar{X}$	การพักอาศัย		
		พักอาศัยอยู่ คนเดียวตามลำพัง	พักอาศัย อยู่กับคู่สมรส	พักอาศัย อยู่กับบุตรหลาน
		๒.๓๕	๒.๘๒	๒.๙๘
พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	๒.๓๕	-	๐.๔๗*	๐.๖๒*
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	๒.๘๒	-	-	๐.๑๖
พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน	๒.๙๘	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๐ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการพักอาศัยเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๒ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่พักอาศัยอยู่คนเดียวลำพัง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มที่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และกลุ่มที่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน

ตารางที่ ๔.๒๑

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จำแนกตามการพักอาศัย

(n = ๒๙๑)

การพักอาศัย	$\bar{X}$	การพักอาศัย		
		พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน
		๒.๒๖	๒.๙๘	๒.๘๓
พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	๒.๒๖	-	๐.๗๑*	๐.๕๖*
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	๒.๙๘	-	-	๐.๑๕
พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน	๒.๘๓	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๑ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จำแนกตามการพักอาศัยเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๒ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครน้อยกว่ากลุ่มที่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส และกลุ่มที่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน

ตารางที่ ๔.๒๒

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว จำแนกตามการพักอาศัย

(n = ๒๙๑)

การพักอาศัย	$\bar{X}$	การพักอาศัย		
		พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน
		๓.๑๐	๓.๔๗	๓.๕๗
พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง	๓.๑๐	-	๐.๓๗*	๐.๔๗*
พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส	๓.๔๗	-	-	๐.๑๐
พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน	๓.๕๗	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๒ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่าง
นัยสำคัญน้อยที่สุดด้านครอบครัว จำแนกตามการพักอาศัยเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการพัก
อาศัยระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว
แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๒ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่พักอาศัยอยู่คนเดียว
ลำพัง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มที่พักอาศัยอยู่
กับคู่สมรส และกลุ่มที่พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน

สมมติฐานที่ ๕ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ
ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๒๓

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามปัญหาด้านสุขภาพ

(n = ๒๙๑)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	ปัญหาด้านสุขภาพ					
	มีปัญหา (๒๓๕ คน)		ไม่มีปัญหา (๕๖ คน)		t	Sig.
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	๓.๒๓	๐.๕๐๖	๓.๒๓	๐.๔๙๘	-๐.๐๐๔	๐.๙๙๗
๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	๒.๙๔	๐.๖๙๖	๒.๓๒	๐.๓๕๑	๙.๕๖๔**	๐.๐๐๐
๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร	๒.๙๘	๐.๕๗๘	๒.๐๖	๐.๒๓๓	๑๘.๙๔๗**	๐.๐๐๐
๔. ด้านครอบครัว	๓.๔๑	๐.๗๐๒	๓.๖๘	๐.๕๐๕	-๓.๓๐๐**	๐.๐๐๑
ภาพรวม	๓.๑๔	๐.๔๔๔	๒.๘๒	๐.๒๖๑	๗.๐๖๘**	๐.๐๐๐

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๓ ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ t-test แบบข้อมูล ๒ กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน
ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกันจึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และด้านครอบครัว แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้น ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๖ ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๒๔

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามการออกกำลังกาย

(n = ๒๙๑)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๑๒.๖๘๐	๓	๔.๒๒๗	๑๙.๙๒๘*	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๖๐.๘๗๐	๒๘๗	๐.๒๑๒		
	รวม	๗๓.๕๕๐	๒๙๐			
๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๗.๓๓๔	๓	๒.๔๔๕	๕.๓๗๙*	๐.๐๐๑
	ภายในกลุ่ม	๑๓๐.๔๓๒	๒๘๗	๐.๔๕๔		
	รวม	๑๓๗.๗๖๖	๒๙๐			
๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขาย อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๑๘.๑๐๙	๓	๖.๐๓๖	๑๖.๙๙๙*	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๐๑.๙๑๑	๒๘๗	๐.๓๕๕		
	รวม	๑๒๐.๐๒๐	๒๙๐			
๔. ด้านครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	๑๘.๔๖๑	๓	๖.๑๕๔	๑๕.๔๖๕*	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๑๔.๒๐๑	๒๘๗	๐.๓๙๘		
	รวม	๑๓๒.๖๖๒	๒๙๐			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	๙.๙๐๘	๓	๓.๓๐๓	๒๑.๒๓๙*	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๔๔.๖๒๗	๒๘๗	๐.๑๕๕		
	รวม	๕๔.๕๓๕	๒๙๐			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๒๔ ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านทุก ๆ ด้านแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยภาพรวมและรายด้าน ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๔.๒๕ - ๔.๒๙

ตารางที่ ๔.๒๕

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม จำแนกตามการออกกำลังกาย

(n = ๒๙๑)

การออกกำลังกาย	$\bar{X}$	การออกกำลังกาย			
		เป็นประจำทุกวัน	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๓.๑๕	๓.๐๐	๓.๓๕	๒.๔๓
เป็นประจำทุกวัน	๓.๑๕	-	๐.๑๔*	๐.๑๙*	๐.๗๒*
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๐๐	-	-	๐.๓๔*	๐.๕๗*
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๓๕	-	-	-	๐.๙๑*
ไม่เคย	๒.๔๓	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๕ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดโดยภาพรวม จำแนกตามการออกกำลังกายเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๖ คู่ ได้แก่ กลุ่มที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกาย แต่น้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายเดือน

ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า แต่มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกาย และกลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย

ตารางที่ ๔.๒๖

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการออกกำลังกาย

(n = ๒๙๑)

การออกกำลังกาย	$\bar{X}$	การออกกำลังกาย			
		เป็นประจำทุกวัน	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๓.๑๗	๓.๒๑	๓.๕๓	๒.๔๒
เป็นประจำทุกวัน	๓.๑๗	-	๐.๔	๐.๓๖*	๐.๗๔
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๒๑	-	-	๐.๓๑*	๐.๗๙*
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๕๓	-	-	-	๑.๑๑*
ไม่เคย	๒.๔๒	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๖ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการออกกำลังกายเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า ส่วนกลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า น้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง / มากกว่า แต่มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย และกลุ่มที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย

ตารางที่ ๔.๒๗

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามการออกกำลังกาย

(n = ๒๙๑)

การออกกำลังกาย	$\bar{X}$	การออกกำลังกาย			
		เป็นประจำ ทุกวัน	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๓.๐๒	๒.๗๔	๒.๙๓	๒.๒๙
เป็นประจำทุกวัน	๓.๐๒	-	๐.๒๗*	๐.๐๙	๐.๗๒*
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๗๔	-	-	๐.๑๘	๐.๔๕*
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๙๓	-	-	-	๐.๖๓*
ไม่เคย	๒.๒๙	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๗ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการออกกำลังกายเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย

ตารางที่ ๔.๒๘

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จำแนกตามการออกกำลังกาย

(n = ๒๙๑)

การออกกำลังกาย	$\bar{X}$	การออกกำลังกาย			
		เป็นประจำทุกวัน	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๒.๗๙	๒.๖๔	๓.๓๐	๒.๗๑
เป็นประจำทุกวัน	๒.๗๙	-	๐.๑๕	๐.๕๐*	๐.๐๘
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๖๔	-	-	๐.๖๕*	๐.๐๖
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๓๐	-	-	-	๐.๕๙*
ไม่เคย	๒.๗๑	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๘ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร จำแนกตามการออกกำลังกายเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๓ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำและกลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า ส่วนกลุ่มที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย

ตารางที่ ๔.๒๙

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว จำแนกตามการออกกำลังกาย

(n = ๒๙๑)

การออกกำลังกาย	$\bar{X}$	การออกกำลังกาย			
		เป็นประจำ ทุกวัน	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๓.๖๓	๓.๔๑	๓.๖๒	๒.๓๐
เป็นประจำทุกวัน	๓.๖๓	-	๐.๒๑*	๐.๐๑	๑.๓๓*
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๔๑	-	-	๐.๒๑*	๑.๑๑*
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๖๒	-	-	-	๑.๓๒*
ไม่เคย	๒.๓๐	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๒๙ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านครอบครัว จำแนกตามการออกกำลังกายเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๕ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า แต่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกาย ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยออกกำลังกาย

สมมติฐานที่ ๗ ผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ตารางที่ ๔.๓๐
การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญ

(n = ๒๙๑)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๔.๙๓๒	๓	๑.๖๔๔	๖.๘๗๗**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๖๘.๖๑๘	๒๘๗	๐.๒๓๙		
	รวม	๗๓.๕๕๐	๒๙๐			
๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภค อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๔๕.๖๒๓	๓	๑๕.๒๐๘	๔๗.๓๖๗**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๙๒.๑๔๔	๒๘๗	๐.๓๒๑		
	รวม	๑๓๗.๗๖๖	๒๙๐			
๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขาย อาหาร	ระหว่างกลุ่ม	๒๐.๒๙๘	๓	๖.๗๖๖	๑๙.๔๗๒**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๙๙.๗๒๒	๒๘๗	๐.๓๔๗		
	รวม	๑๒๐.๐๒๐	๒๙๐			
๔. ด้านครอบครัว	ระหว่างกลุ่ม	๑๔.๕๒๖	๓	๔.๘๔๒	๑๑.๗๖๓**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๑๑๘.๑๓๕	๒๘๗	๐.๔๑๒		
	รวม	๑๓๒.๖๖๒	๒๙๐			
รวม	ระหว่างกลุ่ม	๑๔.๒๖๔	๓	๔.๗๕๕	๓๓.๘๘๔**	๐.๐๐๐
	ภายในกลุ่ม	๔๐.๒๗๑	๒๘๗	๐.๑๔๐		
	รวม	๕๔.๕๓๕	๒๙๐			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑

จากตารางที่ ๔.๓๐ ผลการทดสอบด้วยค่าสถิติ F-test ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ที่ระดับนัยสำคัญ ๐.๐๕ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านทุก ๆ ด้าน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

ดังนั้น จึงทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยภาพรวมและรายด้าน ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๔.๓๑ – ๔.๓๕

ตารางที่ ๔.๓๑

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวม จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญ

(n = ๒๙๑)

การเข้าวัดทำบุญ	$\bar{X}$	การเข้าวัดทำบุญ			
		ทุกวัน/ ทุกเช้า	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๓.๗๔	๒.๘๗	๓.๑๘	๓.๓๑
ทุกวัน/ทุกเช้า	๓.๗๔	-	๐.๘๗*	๐.๕๕*	๐.๔๓*
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๘๗	-	-	๐.๓๑*	๐.๔๔*
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๑๘	-	-	-	๐.๑๒
ไม่เคย	๓.๓๑	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๓๑ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดโดยภาพรวม จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๕ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญทุกวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า กลุ่มที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ ส่วนกลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ

ตารางที่ ๔.๓๒

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญ

(n = ๒๙๑)

การเข้าวัดทำบุญ	$\bar{X}$	การเข้าวัดทำบุญ			
		ทุกวัน/ ทุกเช้า	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๓.๒๙	๓.๐๙	๓.๓๓	๓.๕๗
ทุกวัน/ทุกเช้า	๓.๒๙	-	๐.๑๙	๐.๐๔	๐.๒๘
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๐๙	-	-	๐.๒๓*	๐.๔๗*
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๓๓	-	-	-	๐.๒๔
ไม่เคย	๓.๕๗	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๓๒ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๒ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ

ตารางที่ ๔.๓๓

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญ

(n = ๒๙๑)

การเข้าวัดทำบุญ	$\bar{X}$	การเข้าวัดทำบุญ			
		ทุกวัน/ ทุกเช้า	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๔.๔๗	๒.๖๒	๒.๘๒	๒.๙๓
ทุกวัน/ทุกเช้า	๔.๔๗	-	๑.๘๕*	๑.๖๕*	๑.๕๓*
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๖๒	-	-	๐.๑๙*	๐.๓๐
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๘๒	-	-	-	๐.๑๑
ไม่เคย	๒.๙๓	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๓๓ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญทุกวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า กลุ่มที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า

ตารางที่ ๔.๓๔

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญ

(n = ๒๙๑)

การเข้าวัดทำบุญต่อเดือน	$\bar{X}$	การเข้าวัดทำบุญต่อเดือน			
		ทุกวัน/ ทุกเช้า	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคยไป ทำบุญ
		๓.๒๑	๒.๕๒	๒.๙๗	๓.๔๑
ทุกวัน/ทุกเช้า	๓.๒๑	-	๐.๖๘*	๐.๒๓	๐.๒๐
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๕๒	-	-	๐.๔๕*	๐.๘๙*
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๒.๙๗	-	-	-	๐.๔๓*
ไม่เคยไปทำบุญ	๓.๔๑	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๓๔ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญทุกวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า ส่วนกลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ

ตารางที่ ๔.๓๕

การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญ

(n = ๒๙๑)

การเข้าวัดทำบุญ	$\bar{X}$	การเข้าวัดทำบุญ			
		ทุกวัน/ ทุกเช้า	อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	ไม่เคย
		๓.๙๙	๓.๒๓	๓.๖๑	๓.๓๒
ทุกวัน/ทุกเช้า	๓.๙๙	-	๐.๗๖*	๐.๓๗*	๐.๖๗*
อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๒๓	-	-	๐.๓๘*	๐.๐๙
เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า	๓.๖๑	-	-	-	๐.๒๙
ไม่เคย	๓.๓๒	-	-	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตารางที่ ๔.๓๕ พบว่า เมื่อทดสอบการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุดด้านครอบครัว จำแนกตามการเข้าวัดทำบุญเป็นรายคู่ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญระดับต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญทุกวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่ากลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า กลุ่มที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่าและกลุ่มที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ ส่วนกลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า

ผลสรุปโดยรวม การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามสมมติฐานที่ ๑ - ๗ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ ๔.๓๖

ตารางที่ ๔.๓๖

สรุปโดยภาพรวมการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามสมมติฐานที่ ๑ - ๗

ปัจจัยส่วนบุคคล	ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร		ด้านความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร		ด้านการเข้าถึง แหล่งขายอาหาร		ด้านครอบครัว	
	ยอมรับ สมมติฐาน	ปฏิเสธ สมมติฐาน	ยอมรับ สมมติฐาน	ปฏิเสธ สมมติฐาน	ยอมรับ สมมติฐาน	ปฏิเสธ สมมติฐาน	ยอมรับ สมมติฐาน	ปฏิเสธ สมมติฐาน
๑. เพศ	✓			✓	✓		✓	
๒. อาชีพหลักก่อนเกษียณ		✓	✓		✓			✓
๓. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	✓		✓		✓		✓	
๔. การพักอาศัย		✓	✓		✓		✓	
๕. ปัญหาด้านสุขภาพ		✓	✓		✓		✓	
๖. การออกกำลังกาย	✓		✓		✓		✓	
๗. การเข้าวัดทำบุญ	✓		✓		✓		✓	

จากตารางที่ ๔.๓๖ สรุปได้ว่าโดยภาพรวม ผู้สูงอายุที่มีเพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ มีพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ซึ่งยอมรับข้อสมมติฐานที่ตั้งไว้

ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุที่มีเพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณ การพักอาศัย และปัญหาด้านสุขภาพ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีเพศ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่แตกต่างกัน

ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ผู้สูงอายุที่มีเพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ ต่างกัน มีพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร แตกต่างกัน ทั้งหมด

ด้านครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีเพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว แตกต่างกันทั้งหมด

๔.๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด (Open ended Questionnaire) ในประเด็นปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้ง ๔ ด้าน พบผลการวิจัยดังนี้

๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ปัญหา อุปสรรค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคอาหาร ครบ ๓ มื้อ คือ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น อาหารมื้อเช้าจะเป็นประเภทอาหารเบา เช่น ชา กาแฟ เป็นต้น ส่วนมื้อกลางวัน และมื้อเย็น จะเป็นประเภทอาหารหนัก เช่น ข้าวราดแกง ต้มยำน้ำแซบ น้ำพริก ปลาหู เป็นต้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และสาธารณสุขประจำชุมชน ที่ลงพื้นที่ให้ความรู้อยู่บ่อยครั้ง รวมถึงความรู้สึกลบสอของความต้องการของร่างกายที่มีปฏิกริยากับอาหารประเภทต่าง ๆ แต่บางครั้งผู้สูงอายุบางคนยังมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในลักษณะแบบตามใจปาก โดยไม่คำนึงถึงเรื่องสุขภาพท้องและสภาพร่างกายของตนเองที่รับได้

ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเช้าประเภทอาหารเบา เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก เป็นต้น เน้นการรับประทานอาหารรสจืด ลดอาหารประเภทจำพวกมีไขมัน มีรสหวาน และรสจัดจ้าน ลดอัตราการดื่ม ชา และกาแฟ ต่อวันให้น้อยลง เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ นอนน้อย และพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุก็นอนน้อยอยู่แล้ว ส่วนด้านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ และสาธารณสุขของชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และเน้นเรื่องการมีจิตสำนึกเกี่ยวกับการบริโภคในตัวเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นการควบคุมจิตใจตนเองให้มีระเบียบวินัยในการบริโภคอาหาร โดยที่ไม่มีบุคคลอื่นมาบังคับ

๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ปัญหา อุปสรรค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามคำบอกเล่า และคำเชิญชวนจากสื่อโฆษณารูปแบบต่าง ๆ การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามคำบอกเล่ามีลักษณะเป็นการพูดปากต่อปากจาก เพื่อน คนรู้จัก หรือบุตรหลานชักชวนไปรับประทาน การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามคำโฆษณาจากสื่อรูปแบบต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ มีลักษณะดังนี้ ๑) ขึ้นขอบพิธีการดำเนินรายการ จึงเลียนแบบการบริโภคอาหารตาม เช่น รายการชิมไปบ่นไป ของท่านอดีตนายกสมัคร สุนทรเวช เป็นต้น ๒) ขึ้นขอบรูปร่างหน้าตาอาหารจึงได้เสาะแสวงหาร้านอาหารตามที่พิธีการดำเนินรายการให้ข้อมูลไว้ เพื่อเดินทางไปลองชิมดูรสชาติของอาหารนั้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุบางส่วนชอบมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ตามคำเชิญชวนของคนรู้จัก หรือจากสื่อโฆษณาที่เชิญชวน

ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข บุตรหลานและคนในครอบครัวควรให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มากที่สุด ดูแลและควบคุมเรื่องอาหารของผู้สูงอายุ ควรมีการห้ามปรามเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคกับผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบางครั้ง แสดง

ความรัก และการเอาใจใส่ดูแลของบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย และสรรพคุณของอาหารเสริมเพื่อสุขภาพกับผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่บ่อย ๆ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุในครอบครัวคล้อยตามคำเชิญชวนของตัวแทนจำหน่าย หรือคำเชิญชวนทางโฆษณาในรูปแบบต่าง ๆ เน้นให้ผู้สูงอายุในครอบครัวบริโภคอาหารมีคุณค่าสำคัญ ๆ ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อน ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญ และนั่งสมาธิ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น โดยที่ไม่ต้องพึ่งอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ

๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร

ปัญหา อุปสรรค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยวิธีการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จรูปบริโภค เนื่องจากมีความสะดวกสบาย ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องครัว ไม่ต้องเตรียมวัตถุดิบ หรือเครื่องปรุงอาหารให้เสียเวลา ไม่ต้องลำบากเป็นภาระให้กับบุตรหลาน หรือคนในครอบครัวเตรียมอาหารให้บริโภคอีกด้วย ดังนั้น วิธีการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จรูปรับประทานเองจึงเป็นที่นิยมอย่างมากของผู้สูงอายุในปัจจุบัน อาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมบริโภค ได้แก่ อาหารตามสั่ง เช่น ข้าวผัด ชัดผัดผริกอ่อน ผัดกะเพรา ต้มจืด ต้มแซบ ฯลฯ ซึ่งอาหารตามสั่งส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่ผู้ขายเน้นที่การขายรสชาติอร่อยติดปากผู้บริโภค นิยมปรุงรสชาติอาหารด้วยผงชูรส รสดี เพื่อเพิ่มความอร่อยให้กับรสชาติอาหาร แต่สำหรับผู้สูงอายุส่งผลเสียและกระทบต่อสุขภาพกระดูก ทำให้กระดูกผุ กร่อน ไม่แข็งแรง มีอาการปวดตามข้อ ปวดตามกระดูก ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น

ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข บุตรหลานหรือคนในครอบครัวควรดูแลเรื่องอาหารของผู้สูงอายุให้มากที่สุด ควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ลดปริมาณการบริโภคอาหารตามสั่ง ปรุงอาหารรสชาติไม่เผ็ดมาก ไม่เข้มข้นมาก หรือเป็นอาหารรสจืดได้ยิ่งดี เน้นอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุรสชาติอร่อยถูกปาก ลดปริมาณการใช้ผงชูรส รสดี หรือดัดผสมอาหารได้ยิ่งดีเยี่ยม เพื่อเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุให้แข็งแรง และยืดระยะเวลาการใช้งานของกระดูก

๔. ด้านครอบครัว

ปัญหา อุปสรรค พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเวลาวันจะอยู่บ้านตามลำพัง บุตรหลานหรือคนในครอบครัวที่ยังไม่เกษียณอายุการทำงานจะออกไปทำงานนอกบ้าน ส่วนเด็ก ๆ ออกไปเรียนหนังสือ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการโรคซึมเศร้า เหงา ต้องการเพื่อนและคนพูดคุยที่รู้ใจพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป และเรื่องเก่า ๆ สมัยหนุ่มสาวที่ผ่านมาแล้ว

ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข สมาชิกภายในครอบครัวควรช่วยกันดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแวดล้อม ให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ ชักชวนหรือพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีกิจกรรมภาคสนามให้ผู้สูงอายุได้ไปศึกษาดูงานตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลที่รักษาโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารตามหมู่เลือด ส่งเสริมให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลในวัยเดียวกัน

๔.๕ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร”

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) จำนวน ๑๐ รูป/คน ดังต่อไปนี้

- | | |
|---------------------------|---------------------------------------|
| ๑. พระครูสาธกธรรมวิจิตร | เจ้าอาวาสวัดเศวตฉัตราราม |
| ๒. พระครูขันติธรรมานวัตร | เจ้าอาวาสวัดบางช้างใน |
| ๓. พระมหาหมั่น จกกรตโน | ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดสุวรรณาราม วรวิหาร |
| ๔. นายบุญนาค เนียมสะอาด | ผู้ทรงคุณวุฒิผู้สูงอายุ |
| ๕. นายโชค ไกรเทพ | ผู้ทรงคุณวุฒิผู้สูงอายุ |
| ๖. นายสำรวม ฤกษ์สนธิ | ตัวแทนผู้สูงอายุ |
| ๗. นายสิม แสงทอง | ตัวแทนผู้สูงอายุ |
| ๘. นายประเสริฐ สมภักดี | ตัวแทนผู้สูงอายุ |
| ๙. นางสาวหทัยชนก จันทรแรม | นักวิชาการโภชนา |
| ๑๐. นางสาวปราณี ลาภเย็น | นักวิชาการโภชนา |

๑. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารในทางพระพุทธศาสนาพระพุทธเจ้าท่านไม่ให้ยึดติดในรสชาติอาหาร (รสตัณหา) ไม่ยึดกลืนของอาหาร (คันธตัณหา) การบริโภคอาหารเพียงเพื่อคลายเวทนา คือ ความทุกข์ ความหิวเป็นโรคที่ร้ายแรงที่สุด (ชิจจนา ปรมา โรคา) ดังคำพยานอีสานที่ว่า “ทุกข์บ่มีเสื่อผ้า เื่อินผ้าเพ่งกะพอยอยู่ ทุกข์บ่มีข้าวอยู่ท้องนอนลื้ออยู่บ่เป็น แปลว่า ความทุกข์ที่เกิดจากการไม่มีเสื่อผ้าใส่ บ้านเรือนพังเสียหายยังพอยอยู่ได้ แต่ทุกข์ที่เกิดจากความหิวถ้าไม่ได้กินข้าวจะไปอาศัยอยู่ที่ไหน” ดังนั้น ผู้สูงอายุควรฝึกสมาธิ ปฏิบัติธรรม ทำกัมมฐาน เพื่อฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง และสามารถดับความอยากที่เกิดจากกลิ่นของอาหาร รสชาติของอาหาร มีการพิจารณาปัจจัยปัจจุขณะ ได้แก่ พิจารณา บิณฑบาต พิจารณาโดยอุบายแยบคายแล้วจึงฉันบิณฑบาต ไม่ฉันเพื่อเล่น ไม่ฉันเพื่อความเมามันเกิดกำลังพลังทางกาย ไม่ฉันเพื่อประดับ ไม่ฉันเพื่อตกแต่ง ฉันเพื่อความดำรงอยู่ได้แห่งกายนี้ เพื่อเว้นจากความลำบากแห่งกาย เพื่ออนุเคราะห์แก่พรหมจรรย์ เพื่อบำบัดความหิวโหย เป็นต้น ดังนั้น ผู้สูงอายุควรพิจารณาการบริโภคอาหารด้วยปัญญาก่อนบริโภค บริโภคเพื่อการดำรงชีวิตเท่านั้น เพื่อให้ร่างกายหายจากความหิว (วิหิงสุปะระตยา) การมีชีวิตอยู่ต้องอาศัยการบริโภคอาหาร มีปัญหาทันกิเลส คือ ความต้องการบริโภคอาหารตามใจปาก เตือนสติอยู่เสมอ อิ่มแล้วก็พอ ถ้าอิ่มแล้วไม่พอ ยังอร่อยกับรสชาติอาหารอยู่ กิเลสก็จะกำเริบเพราะอาศัยอาหาร กำจัดราคะที่เกิดจากอายตนะภายนอก 2 อย่าง คือ กลิ่นของอาหาร และรสชาติของอาหาร ซึ่งอายตนะภายนอกทั้ง 2 มีกระบวนการรับรู้ คือ อายตนะ + อารมณ์ + วิญญาณ = ผัสสะ ก่อให้เกิดเวทนาขึ้น คือ ได้กลิ่นอาหารหอมชื่นใจน่าลิ้มลอง รสชาติของอาหาร และเมื่อลองชิมรสชาติของอาหารเกิดความพอใจ ชอบใจ ต้องการบริโภคอาหารนั้นอีก ดังนั้น ผู้สูงอายุควรแก้ไขการยึดติดรสชาติของอาหาร และกลิ่นอันโอชะของอาหาร ด้วยวิธีการ

ฝึกจิตของตัวเอง นั่งสมาธิ ควบคุมจิตใจของตนเองไม่ให้หลงใหลหรือติดใจรสชาติของอาหาร ซึ่งถ้าหลงใหลหรือติดใจรสชาติอาหารจะทำให้เกิดทุกข์เมื่อไม่ได้บริโภคอาหารเหล่านั้น มูลเหตุที่เกิดจากทุกข์โดยตรง ประกอบด้วยความอยาก ๓ อย่าง ซึ่งพระพุทธเจ้าได้ทรงจำแนกไว้ในข้อที่สองของอริยสัจ ๔ (สมุทัย) ในฐานะที่เป็นมูลเหตุให้เกิดทุกข์โดยตรง ความอยาก ๓ อย่าง คือ ๑) กามตัณหา คือ อยากในสิ่งที่ตนรักใคร่พอใจ จะเป็นรูป เสียง กลิ่น รส สัมผัส อะไรก็ได้ แต่ต้องเป็นสิ่งที่น่ารักใคร่พอใจ ๒) ภวตัณหา คือ ความอยากเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ ตามที่ตนอยากจะเป็น ๓) วิภวตัณหา คือ ความอยากไม่ให้เป็นอย่างนั้น ไม่ให้เป็นอย่างนี้ตามที่ตนอยากจะไม่ให้เป็น

๒. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การโฆษณาชวนเชื่อตามวิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ต่างๆ ผู้สูงอายุจะมีความคล้อยตามเป็นอย่างมาก หลงเชื่อคำโฆษณาชวนเชื่อและซื้อสินค้าที่นำมาทดลองทำให้ผู้สูงอายุหลายคนสูญเสียเงินไปเป็นจำนวนมาก หลักธรรมเกี่ยวกับความเชื่อ (กาลามสูตร) พระพุทธเจ้าสอนไว้ว่า อย่าปลงใจเชื่อ ด้วยการฟังตามกันมา (มา อนุสสเวน) ฟังจากคนรอบข้างเล่าให้ฟัง ฟังตามคำโฆษณาจากวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น อย่าปลงใจเชื่อด้วยการเล่าลือมา (มา อิติกริยา) เชื่อจากคำเล่าอ้างจากคำบรรยายสรรพคุณหรือรสชาติของอาหารจากคนโน้นคนนี้พูดเล่าต่อกันมา เป็นต้น แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร คือ ปัญญา และสติสัมปชัญญะ ปัญญา คือ ความรู้ เป็นข้อหนึ่งในหลักไตรสิกขา ผู้สูงอายุควรใช้ปัญญาพิจารณาการบริโภคอาหาร อาหารประเภทใดมีโทษ อาหารประเภทใดไม่มีโทษ ควรบริโภคหรือไม่ควรบริโภค ใช้ปัญญาไตร่ตรองแล้วค่อยบริโภคร่างกายจึงจะไม่มีโทษจากการบริโภคอาหารนั้น สติสัมปชัญญะ คือ มีสติระลึกรู้ได้ ระวังควบคุมสติของตนไม่ให้คล้อยตามหรือเชื่อคำโฆษณาชวนเชื่อจากคนรอบข้าง หรือจากโฆษณาประชาสัมพันธ์ โดยใช้ปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ศึกษาข้อมูล ข้อดีข้อเสียจากการบริโภคอาหารชนิดนั้น ๆ ด้วยตนเอง แล้วค่อยปลงใจเชื่อเมื่อได้พิจารณาโดยถี่ถ้วน และนำข้อมูลนั้นมาทบทวนแล้ว

๓. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร

ปัจจุบันผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งขายอาหารได้ง่าย เช่น ร้านอาหารในห้างสรรพสินค้า ร้านอาหารญี่ปุ่น ร้านอาหารเกาหลี ร้านอาหารตามสั่ง และบริการส่งอาหารตามบ้านพร้อมรับประทาน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเลือกบริโภคอาหารตามความต้องการและเข้าถึงแหล่งขายอาหารได้สะดวกสบาย แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร คือ การสำรวมอินทรีย์ (อินทริยสังวร) ทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ๑) สำรวมตา ไม่ยินดียินร้ายในเวลาเห็นรูปร่างหน้าตาของอาหารเมนูต่าง ๆ ๒) สำรวมหู ไม่ยินดียินร้ายในเวลาได้ยินเสียงคำเล่าลือหรือคำยกย่องรสชาติของอาหารเมนูต่าง ๆ จนทำให้คล้อยตาม ๓) สำรวมจมูก ไม่ยินดียินร้ายในกลิ่นของอาหาร ๔) สำรวมลิ้น ไม่ยินดียินร้ายในรสชาติของอาหารเมื่อสัมผัสกับลิ้น ๕) สำรวมกาย ไม่ยินดียินร้ายเมื่อร่างกายได้สัมผัสรูปร่างของอาหาร รสชาติของอาหาร และกลิ่นของอาหาร ๖) สำรวมใจ ไม่ปรุงแต่งความรู้สึกนึกคิดลงไปในรสชาติของอาหาร

๔. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านครอบครัว

ผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านตามลำพัง บุตรหลานหรือคนในครอบครัวขาดการดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดโรคเครียด โรคซึมเศร้า และต้องการเพื่อนหรือคนรู้ใจคอยพูดคุยสนทนา การเสียสละหรือการรู้จักเสียสละประโยชน์ส่วนตนให้แก่อีกฝ่าย (จาคะ) เป็นหนึ่งในหลักธรรมสำหรับผู้ครองเรือน (ฆราวาสธรรม) เอาไว้สำหรับผู้ครองเรือนหรือสำหรับบุคคลที่มีครอบครัว บุตรหลานหรือคนในครอบครัวควรมีการเสียสละเวลาความสุขส่วนตัว หันมาเอาใจใส่ผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยการพูดคุยสนทนา (म्मสากัจฉา) ถามเรื่องสุขภาพร่างกาย กินอิ่มนอนหลับหรือไม่ ต้องการไปท่องเที่ยวที่ไหนบ้าง รวมไปถึงเล่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่คนในครอบครัวได้ทำร่วมกันและประสบความสำเร็จนำชื่อเสียงมาให้ครอบครัวให้ผู้สูงอายุได้ฟัง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก และความเป็นห่วงจากคนรอบข้าง ไม่คิดว่าตัวเองถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง อย่างไรก็ตามประโยชน์จนทำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา

จัดกิจกรรมสำหรับคนในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุ (กถณมิตตดา) เช่น นั่งพูดคุยสนทนา เรื่องทั่วไป ร้องเพลง เล่นดนตรี ออกกำลังกาย หรือออกไปเที่ยวนอกบ้านร่วมกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข จิตใจเบิกบาน มีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่า มีประโยชน์เป็นที่ยึดเหนี่ยวและให้คำปรึกษากับ บุตรหลานหรือคนในครอบครัวได้

๕. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม

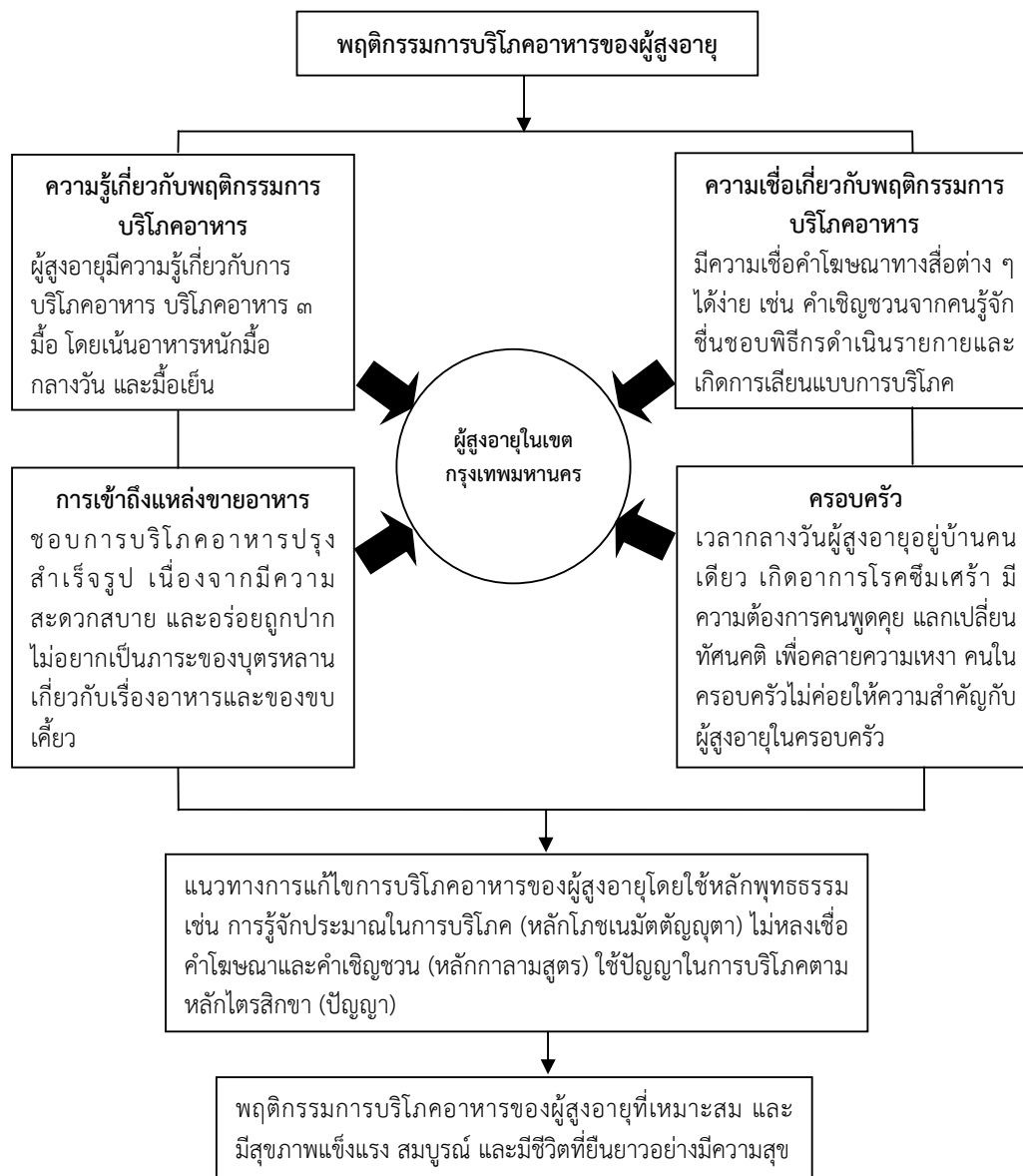
กิจกรรมทางพระพุทธศาสนาบางกิจกรรมสามารถนำมาเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครได้ เช่น การบวชนกขัมมะ รักษาอุโบสถศีล เป็นต้น กิจกรรมทางพระพุทธศาสนาเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลประโยชน์ต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ ดังนี้

๑) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนวัยเดียวกันได้พูดคุยสนทนาธรรม (สหธรรมิก) และสนทนาเรื่องราวต่าง ๆ ตามวัยของผู้สูงอายุ

๒) เป็นกิจกรรมที่รักษาสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุ เป็นการทำให้ใจสงบ (สมาธิ) ผ่อนคลาย เรื่องวุ่นวายต่าง ๆ ภายในครอบครัว ทำให้จิตใจปลอดโปร่ง สุขภาพร่างกายและสุขภาพใจดีขึ้น

๓) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุลดปริมาณการบริโภคได้ ๑ มื้อ คือ มื้อเย็น ซึ่งการรักษาอุโบสถศีล หรือการรักษาศีล ๘ ต้องงดอาหารขบเคี้ยวในเวลาวิกาล (วิกาลโภชนา) ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีเวลาปรับตัวของร่างกาย ร่างกายสามารถเผาผลาญอาหารเก่า และขับถ่ายของเก่าให้หมดไป พร้อมรับอาหารใหม่เข้ามาในร่างกาย เป็นการขับของเสียในร่างกายโดยไม่ต้องพึ่งยาแผนปัจจุบันทางแพทย์

๔.๖ สรุปองค์ความรู้จากการวิจัย



แผนภาพที่ ๔.๑
สรุปองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย

บทที่ ๕

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้ ๑) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร ๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ๓) เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยการดำเนินการตามวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวน ๒๙๑ คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยใช้ระเบียบวิธีเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์เพื่อหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) การทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) โดยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามปลายเปิด ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามตามสาระสำคัญของแบบสอบถามปลายเปิด จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ โดยผู้วิจัยได้จัดกลุ่มข้อมูลตามสาระสำคัญของประเด็นการสัมภาษณ์ที่กำหนดไว้ (Data Grouping) จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis Technique) ผลการวิจัยสามารถนำมาสรุปอภิปรายผลและมีข้อเสนอแนะดังนี้ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย

๕.๓ ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย

๕.๑ สรุปผลการวิจัย

๕.๑.๑. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน ๑๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๓ ส่วนใหญ่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณคือ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๑๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๒ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง ๒๐,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๑๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๕ โดยพักอยู่กับบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่ จำนวน ๑๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔ และเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ จำนวน ๒๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๘ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า จำนวน ๑๕๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๓ และเข้าวัดทำบุญเฉลี่ยเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า จำนวน ๑๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๘

๕.๑.๒ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๓.๐๘ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านสรุปได้ดังนี้

๑) ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๓.๒๓ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีการบริโภคอาหารครบ ๓ มื้ออยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ การบริโภคอาหารครบ ๕ หมู่ และที่น้อยที่สุดคือ การดื่มนมพร่องมันเนยวันละ ๑-๒ แก้ว

๒) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๒.๘๒ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุที่บริโภคน้ำพริก ผักต้มแทนเนื้อสัตว์เพราะเชื่อว่าอายุจะยืนยาวอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ไม่บริโภคเนื้อวัวเมื่อเจ็บป่วยเพราะเชื่อว่าจะรักษาไม่หาย และที่น้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่เชื่อว่าบริโภคเครื่องต้มชูกำลังเพิ่มพลัง

๓) ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๒.๘๑ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุที่เลือกซื้ออาหารในตลาดสดใกล้บ้านเพื่อปรุงเองมีระดับมาก รองลงมาคือ บริโภคอาหารนอกบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๔ ครั้ง และที่น้อยที่สุดคือ ผู้สูงอายุที่บริโภคอาหารจากบริการส่งอาหารปิ่นโต

๔) ด้านครอบครัว ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย ๓.๔๖ เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุที่ยังได้รับความสำคัญในการปรึกษาเรื่องต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวมีระดับมาก รองลงมาคือ ยังคงสถานภาพเป็นผู้นำครอบครัว และที่น้อยที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้าทุกวัน

๕.๑.๓ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ นำไปสู่การตอบสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถแสดงรายละเอียดดังนี้

สมมติฐานที่ ๑ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกันจึงยอมรับสมมติฐาน

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และด้านครอบครัวแตกต่างกัน ส่วนด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนั้นไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๒ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกันจึงยอมรับสมมติฐาน ในรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร แตกต่างกัน

(๑) เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกันมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมแตกต่างกัน มีจำนวน ๓ คู่ ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริษัทเอกชน กลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขาย และกลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้าน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยภาพรวมมากกว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

(๒) เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณ ต่าง ๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกันมีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้านมีความพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ กลุ่มพนักงานบริษัทเอกชน และกลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขาย กลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขายมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

(๓) เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารแตกต่างกันมีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้านมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มพนักงานบริษัทเอกชน และกลุ่มเจ้าของกิจการ/ค้าขาย ส่วนกลุ่ม

เขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

(๔) เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญระดับต่างๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหารแตกต่างกัน มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญทุกวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า ส่วนกลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

(๕) เมื่อพิจารณาเป็นรายคู่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญระดับต่างๆ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัวแตกต่างกัน มีจำนวน ๔ คู่ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญทุกวัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่า กลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า กลุ่มที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า และกลุ่มที่ไม่เคยเข้าวัดทำบุญ ส่วนกลุ่มที่เข้าวัดทำบุญอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร น้อยกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าวัดทำบุญเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๕.๑.๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิด (Open ended Questionnaire) ของผู้ตอบแบบสอบถาม มีปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

ปัญหา อุปสรรค

ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคอาหารครบ ๓ มื้อ คือ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น อาหารมื้อเช้าจะเป็นประเภทอาหารเบา เช่น ชา กาแฟ เป็นต้น ส่วนมื้อกลางวัน และมื้อเย็น จะเป็นประเภทอาหารหนัก เช่น ข้าวราดแกง ต้มยำน้ำแซบ น้ำพริก ปลาหู เป็นต้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากเจ้าหน้าที่หน่วยงานของรัฐ และสาธารณสุขประจำชุมชน ที่ลงพื้นที่ให้ความรู้บ่อยครั้ง รวมถึงความรู้ที่ตอบสนองความต้องการของร่างกายที่มีปฏิกริยากับอาหารประเภทต่าง ๆ แต่บางครั้งผู้สูงอายุบางคนยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในลักษณะแบบตามใจปาก โดยไม่คำนึงถึงเรื่องสุขภาพท้องและสภาพร่างกายของตนเองที่รับได้

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามคำบอกเล่า และคำเชิญชวนจากสื่อโฆษณาในรูปแบบต่าง ๆ การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามคำบอกเล่ามีลักษณะเป็นการพูดปากต่อปากจาก เพื่อน คนรู้จัก หรือบุตรหลานชักชวนไปรับประทานอาหารบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามคำโฆษณาจากสื่อในรูปแบบต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ฯลฯ มีลักษณะดังนี้ ๑) ชื่นชอบพิธีการดำเนินรายการจึงเลียนแบบการบริโภคอาหารตาม เช่น รายการชิมไปบ่นไป ของท่านอดีต

นายกสมัคร สุนทรเวช เป็นต้น ๒) ขึ้นขอบรูปร่างหน้าตาอาหารจึงได้สะอาดสวยงามหาร้านอาหารตามที่พิธีการดำเนินรายการให้ข้อมูลไว้ เพื่อเดินทางไปลองชิมรสชาติของอาหารนั้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุบางส่วนชอบมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ ตามคำแนะนำของคนรู้จัก หรือจากสื่อโฆษณาที่เชิญชวน

ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้วยวิธีการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จรูปบริโภค เนื่องจากมีความสะดวกสบาย ไม่ต้องเตรียมอุปกรณ์เครื่องครัว ไม่ต้องเตรียมวัตถุดิบ หรือเครื่องปรุงอาหารให้เสียเวลา ไม่ต้องลำบากเป็นภาระให้กับบุตรหลาน หรือคนในครอบครัวเตรียมอาหารให้บริโภคอีกด้วย ดังนั้น วิธีการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จรูปรับประทานเองจึงเป็นที่นิยมอย่างมากของผู้สูงอายุในปัจจุบัน อาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมบริโภคได้แก่ อาหารตามสั่ง เช่น ข้าวผัด ชัดผัดพริกอ่อน ผัดกะเพรา ต้มจืด ต้มแซบ ฯลฯ ซึ่งอาหารตามสั่งส่วนใหญ่ล้วนแล้วแต่ผู้ขายเน้นที่การขายรสชาติอร่อยติดปากผู้บริโภค นิยมปรุงรสชาติอาหารด้วยผงชูรส รสดี เพื่อเพิ่มความอร่อยให้กับรสชาติอาหาร แต่สำหรับผู้สูงอายุส่งผลเสียและกระทบต่อสุขภาพกระดูก ทำให้กระดูกผุ กร่อน ไม่แข็งแรง มีอาการปวดตามข้อ ปวดตามกระดูก ปวดเมื่อยตามตัว เป็นต้น

ด้านครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเวลารวันจะอยู่บ้านตามลำพัง บุตรหลานหรือคนในครอบครัวที่ยังไม่เกษียณอายุการทำงานจะออกไปทำงานนอกบ้าน ส่วนเด็ก ๆ ออกไปเรียนหนังสือ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการโรคซึมเศร้า เหงา ต้องการเพื่อนและคนพูดคุยที่รู้ใจพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป และเรื่องเก่า ๆ สมัยหนุ่มสาวที่ผ่านมาแล้ว

ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข

ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารประเภทอาหารเบา เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก เป็นต้น เน้นการรับประทานอาหารรสจืด ลดอาหารประเภทจำพวกมีไขมัน มีรสหวาน และรสจัดจ้าน ลดอัตราการดื่ม ชา และกาแฟ ต่อวันให้น้อยลง เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ นอนน้อย และพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุก็นอนน้อยอยู่แล้ว ส่วนด้านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐและสาธารณสุขของชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และเน้นเรื่องการมีจิตสำนึกเกี่ยวกับการบริโภคในตัวเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นการควบคุมจิตใจตนเองให้มีระเบียบวินัยในการบริโภคอาหาร โดยที่ไม่มีบุคคลอื่นมาบังคับ

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร บุตรหลานและคนในครอบครัวควรให้ความเอาใจใส่เกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มากที่สุด ดูแลและควบคุมเรื่องอาหารของผู้สูงอายุ ควรมีการห้ามปรามเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคกับผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบางครั้ง แสดงความรัก และการเอาใจใส่ดูแลของบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย และสรรพคุณของอาหารเสริมเพื่อสุขภาพกับผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่บ่อย ๆ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุในครอบครัวคล้อยตามคำแนะนำของตัวแทนจำหน่าย หรือคำแนะนำทางโฆษณารูปแบบต่าง ๆ เน้นให้ผู้สูงอายุในครอบครัวบริโภคอาหารมีสำคัญ ๆ ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อน ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญ และนั่งสมาธิ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ

ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร บุตรหลานหรือคนในครอบครัวควรดูแลเรื่องอาหารของผู้สูงอายุให้มากที่สุด ควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ลดปริมาณการบริโภคอาหาร

ตามสั่ง ประุงอาหารรสชาติไม่เผ็ดมาก ไม่เข้มข้นมาก หรือเป็นอาหารรสจัดได้ยิ่งดี เน้นอาหารเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุรสชาติอร่อยถูกปาก ลดปริมาณการใช้ผงชูรส รสดี หรืองดใช้ผสมอาหารได้ยิ่งดีเยี่ยม เพื่อเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุให้แข็งแรง และยืดระยะเวลาการใช้งานของกระดูก

ด้านครอบครัว สมาชิกภายในครอบครัวควรช่วยกันดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแวดล้อม ให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ ชักชวนหรือพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีกิจกรรมภาคสนามให้ผู้สูงอายุได้ไปศึกษาดูงานตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลที่รักษาโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารตามหมู่เลือด ส่งเสริมให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลในวัยเดียวกัน

๕.๑.๕ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์เรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร”

๑) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารในทางพระพุทธศาสนาพระพุทธเจ้าท่านไม่ให้ยึดติดในรสชาติอาหาร (รสตัณหา) ไม่ยึดกลิ่นของอาหาร (คันธตัณหา) การบริโภคอาหารเพียงเพื่อคลายเวทนา คือ ความทุกข์ ความหิวเป็นโรคที่ร้ายแรงที่สุด (ชิงจณา ปรมา โรคา) ใช้วิธีการพิจารณาปัจจัยปัจจุขณะ ได้แก่ พิจารณาจิวร พิจารณาบิณฑบาต พิจารณาเสนาสนะ และพิจารณาคิลานปัจจัย เกสขบริขาร โดยเฉพาะการพิจารณาบิณฑบาต พิจารณาโดยอุบายแยบคายแล้วจึงฉันบิณฑบาต ผู้สูงอายุควรพิจารณาอาหารด้วยปัญญาก่อนบริโภค บริโภคเพื่อการดำรงชีวิตเท่านั้น เพื่อให้ร่างกายหายจากความหิว (วิหิงสุปะระตียา) ผู้สูงอายุควรแก้ไขการยึดติดรสชาติของอาหาร และกลิ่นอันโอชะของอาหาร ด้วยวิธีการฝึกจิตของตัวเอง นั่งสมาธิ ควบคุมจิตใจของตนเองไม่ให้หลงใหลหรือติดใจรสชาติของอาหาร ถ้าหลงใหลหรือติดใจรสชาติอาหารจะทำให้เกิดทุกข์คือความอยากนั่นเอง

๒) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

หลักธรรมเกี่ยวกับความเชื่อ (กาลามสูตร) พระพุทธเจ้าสอนไว้ว่า อย่าปลงใจเชื่อ ด้วยการฟังตามกันมา (มา อนุสสเวน) ฟังจากคนรอบข้างเล่าให้ฟัง ฟังตามคำโฆษณาจากวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อต่าง ๆ เป็นต้น อย่าปลงใจเชื่อด้วยการเล่าลือมา (มา อิติกรียา) เชื่อจากคำเล่าอ้างจากคำบรรยายสรรพคุณหรือรสชาติของอาหารจากคนโน้นคนนี้พูดเล่าต่อกันมา เป็นต้น แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร คือ ปัญญา และสติสัมปชัญญะ ปัญญา คือ ความรู้ เป็นข้อหนึ่งในหลักไตรสิกขา ผู้สูงอายุควรใช้ปัญญาพิจารณาการบริโภคอาหาร อาหารประเภทใดมีโทษ อาหารประเภทใดไม่มีโทษ ควรบริโภคหรือไม่ควรบริโภค ใช้ปัญญาไตร่ตรองแล้วค่อยบริโภคร่างกายจึงจะไม่มีโทษจากการบริโภคอาหารนั้น สติสัมปชัญญะ คือ มีสติระลึกได้ ระวังควบคุมสติของตนไม่ให้คล้อยตามหรือเชื่อคำโฆษณาชวนเชื่อจากคนรอบข้าง หรือจากโฆษณาประชาสัมพันธ์ โดยใช้ปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ศึกษาข้อมูลข้อดี

ข้อเสียจากการบริโภคอาหารชนิดนั้น ๆ ด้วยตนเอง แล้วค่อยปลงใจเชื่อเมื่อได้พิจารณาโดยถี่ถ้วนและนำข้อมูลนั้นมาทบทวนแล้ว

๓) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านการเข้าถึงแหล่งอาหาร

การสำรวมอินทรีย์ (อินทรีย์สังวร) ทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ๑) สำรวมตา ไม่ยินดียินร้ายในเวลาเห็นรูปร่างหน้าตาของอาหารเมนูต่าง ๆ ๒) สำรวมหู ไม่ยินดียินร้ายในเวลาได้ยินเสียงคำเล่าลือหรือคำยกย่องรสชาติของอาหารเมนูต่าง ๆ จนทำให้คล้อยตาม ๓) สำรวมจมูก ไม่ยินดียินร้ายในกลิ่นของอาหาร ๔) สำรวมลิ้น ไม่ยินดียินร้ายในรสชาติของอาหารเมื่อสัมผัสกับลิ้น ๕) สำรวมกาย ไม่ยินดียินร้ายเมื่อร่างกายได้สัมผัสรูปร่างของอาหาร รสชาติของอาหาร และกลิ่นของอาหาร ๖) สำรวมใจ ไม่ปรุงแต่งความรู้สึกนึกคิดลงไปในรสชาติของอาหาร

๔) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านครอบครัว

การเสียสละหรือการรู้จักเสียสละประโยชน์ส่วนตนให้แก่อีกฝ่าย (จาคะ) เป็นหนึ่งในหลักธรรมสำหรับผู้ครองเรือน (ฆราวาสธรรม) เอาไว้สำหรับผู้ครองเรือนหรือสำหรับบุคคลที่มีครอบครัว บุตรหลานหรือคนในครอบครัวควรมีการเสียสละเวลาความสุขส่วนตัว หันมาเอาใจใส่ผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยการพูดคุยสนทนา (ธมมสากัจฉา) ถามเรื่องสุขภาพร่างกาย กินอิ่มนอนหลับหรือไม่ ต้องการไปท่องเที่ยวที่ไหนบ้าง รวมไปถึงเล่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่คนในครอบครัวได้ทำร่วมกันและประสบความสำเร็จน่าชื่นชมมาให้ครอบครัวให้ผู้สูงอายุได้ฟัง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความรัก และความเป็นห่วงจากคนรอบข้าง ไม่คิดว่าตัวเองถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง อย่างไรก็ตามประโยชน์จนทำให้เกิดโรคซึมเศร้าตามมา

จัดกิจกรรมสำหรับคนในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุ (กลยณมิตตตา) เช่น นั่งพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป ร้องเพลง เล่นดนตรี ออกกำลังกาย หรือออกไปเที่ยวนอกบ้านร่วมกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข จิตใจเบิกบาน มีความรู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีประโยชน์เป็นที่ยึดเหนี่ยวและให้คำปรึกษากับบุตรหลานหรือคนในครอบครัวได้

๕) แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม

กิจกรรมการบวชนกขัมมะ รักษาอุโบสถศีล เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลประโยชน์ต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ ดังนี้ (๑) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนวัยเดียวกันได้พูดคุยสนทนาธรรม (สทธรรมิก) และสนทนาเรื่องราวต่าง ๆ ตามวัยของผู้สูงอายุ (๒) เป็นกิจกรรมที่รักษาสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุ เป็นการทำสมาธิให้ใจสงบ (สมาธิ) ผ่อนคลายเรื่องวุ่นวายต่าง ๆ ภายในครอบครัว ทำให้จิตใจปลอดโปร่ง สุขภาพร่างกายและสุขภาพใจดีขึ้น (๓) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุลดปริมาณการบริโภคได้ ๑ มื้อ คือ มื้อเย็น ซึ่งการรักษาอุโบสถศีล หรือการรักษาศีล ๘ ต้องงดอาหารขบเคี้ยวในเวลาวิกาล (วิกาลโภชนา) ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีเวลาปรับธาตุของร่างกาย ร่างกายสามารถเผาผลาญอาหารเก่า และขับถ่ายของเก่าให้หมดไป พร้อมรับอาหารใหม่เข้ามาในร่างกาย เป็นการขับของเสียในร่างกายโดยไม่ต้องพึ่งพายาแผนปัจจุบันทางแพทย์

๕.๒ อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูล การวิจัยเรื่องหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากส่วนใหญ่ยังคงบริโภคเนื้อปลาน้อยเพียงวันละ ๑ มื้อและบริโภคอาหารตามคำบอกเล่า/โฆษณา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของระพีพรรณ คำหอม และคณะ^๑ ศึกษาเรื่องการประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย ผลการศึกษาพบว่า สถานสงเคราะห์สามารถตอบสนองความต้องการทางกายภาพได้ แต่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตใจได้ บริการมีพอเพียงแต่ไม่เป็นธรรม ผู้สูงอายุฐานะดีและปานกลางได้รับประโยชน์จากสถานสงเคราะห์เท่ากับผู้สูงอายุที่ยากไร้ บริการเบี้ยยังชีพยังคงอยู่กับผู้สูงอายุที่มีสายสัมพันธ์กับผู้นำชุมชน หรือผู้สูงอายุที่อยู่ไม่ห่างไกล ส่วนผู้สูงอายุที่ยากจนและทุพพลภาพไร้ญาติขาดมิตร อยู่ลำพังคนเดียว มีโอกาสได้รับเบี้ยยังชีพน้อยกว่า บริการเบี้ยยังชีพและบริการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านเป็นการกระจายบริการเชิงปริมาณมากกว่าเชิงคุณภาพ และบริการฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นนโยบายที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากกว่าบริการอื่น ๆ ที่รัฐจัดให้

เมื่อพิจารณาผลการวิจัยเป็นรายด้านสามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพซึ่งพบว่าผู้สูงอายุยังคงบริโภคขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานน้อยกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพนันท์ วรรณเทพสกุล^๒ ศึกษาเรื่อง นโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติบทวิเคราะห์นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา พบว่า การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สามารถสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุได้ ซึ่งถือว่าเป็นการ “อุดช่องว่าง” หรือช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกละเลยได้ในระดับหนึ่ง แต่ในทางปฏิบัติงบประมาณที่ได้รับยังมีน้อยมาก นอกจากนี้การขาดการบูรณาการด้านการจัดสรรงบประมาณระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพ ทำให้แต่ละหน่วยงานต่างจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานตนเอง ให้ความช่วยเหลือประชากรกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในกิจกรรมเดียวกัน อย่างไรก็ตาม งบประมาณด้านการดูแลระยะยาวในอนาคตขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสุขภาพตำบล หรือกองทุนสวัสดิการชุมชน และกองทุนอื่นๆ ในลักษณะการผสมผสานงบประมาณ

๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุบริโภคขนมหวานประเภทขนมมงคลเพราะเชื่อว่าเป็นสิริมงคล และบริโภคเสริมอาหารราคาแพงเพื่อบำรุงสุขภาพ

^๑ระพีพรรณ คำหอม และคณะ, การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย, (กรุงเทพมหานคร: บริษัทบางกอกบล็อกร จำกัด), ๒๕๔๒. หน้า ๕๘ – ๕๙.

^๒พนันท์ วรรณเทพสกุล, นโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติบทวิเคราะห์นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา, กรุงเทพมหานคร, ๒๕๔๘. หน้า ๔๖.

สอดคล้องกับงานวิจัยของ เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล^๓ ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปปฏิบัติ เรียงตามลำดับความสำคัญได้ดังนี้ ๑) ภาวะผู้นำ ๒) ทรัพยากรนโยบาย ๓) การบริหารจัดการ ๔) ความต้องการของผู้สูงอายุ และ ๕) ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปัญหาด้านความจำกัดของงบประมาณ การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องผู้สูงอายุของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการมีบุคลากรจำนวนน้อยไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึง และควรปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติในหลายด้าน ได้แก่ งานด้านงบประมาณ การบริหารบุคลากร การจัดทำฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ และการจัดให้มีเครือข่ายความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ

๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากผู้สูงอายุยังคงเลือกซื้ออาหารจากรถขายบริการตามบ้าน ซื้ออาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน และซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งในมินิมาร์ท แล้วนำมาอุ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของนัก ศิริสัมพันธ์^๔ ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของประชากรในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี โดยศึกษาธุรกิจการขายอาหารสำเร็จรูปขนาดย่อม พบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการกินอาหารที่ฟุ่มเฟือย เป็นพฤติกรรมการกินเพื่อ “ความบันเทิง” มากกว่าเพื่อที่จะให้อิ่มท้อง หรือเป็นความจำเป็นโดยผู้บริโภคที่เป็นสตรีนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปประเภทของว่าง ของกินเล่นและขนมหวาน ซึ่งเป็นการกินระหว่างมื้อ ส่วนผู้ชายนิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปที่กินอิ่มเป็นมื้อ ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตัดสินใจเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูป ได้แก่ ความสะดวก รสนิยมความชอบหรือไม่ชอบ ความอยากกิน ความเชื่อถือทางธรรมเนียม ประเพณี ราคา สีสัณ และความน่ากินของอาหาร ประชาชนเพียงส่วนน้อยที่ให้ความสนใจด้านความสะดวก คุณค่าและคุณภาพของอาหาร

๔. ด้านครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ได้อยู่กันพร้อมหน้าทุกวันและมีกิจกรรมที่ทำร่วมกันน้อยสอดคล้องกับงานวิจัยของสุจิตรา นิลเลิศ^๕ ได้ทำการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัย พบว่า ๑) สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการที่ได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร โดยผู้สูงอายุที่ประเมินว่าสุขภาพอนามัยของตนทรุดโทรม จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่าเหมือนกับคนอื่นๆ หรือแข็งแรงกว่าตามลำดับ ๒) ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าบุตรของตนมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินว่าบุตรของตนมีฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ๓) คุณภาพของการได้รับการอุปถัมภ์

^๓ เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล, นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์), ๒๕๕๕.

^๔ นัก ศิริสัมพันธ์, พฤติกรรมการบริโภคของประชากรในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี, รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง พฤติกรรมการกินของคนไทย, (กรุงเทพฯ : บริษัทประยูรวงศ์ จำกัด, ๒๕๒๗).

^๕ สุจิตรา นิลเลิศ, ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี, รายงานการวิจัย, (มหาวิทยาลัยมหิดล), ๒๕๓๙.

จากบุตรนั้น กว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๓) ได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ ๔๐.๘) ๔) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๖๕.๑) อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ ๒๒.๘) และการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในทางบวกคือ (๑) การเคารพยกย่อง (๒) การสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือวัด (๓) การให้เงินและสิ่งของแก่ผู้สูงอายุ (๔) การยอมรับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ (๕) การให้อภัยเมื่อผู้สูงอายุทำผิดพลาด และ (๖) การใช้เวลาเอาใจใส่พูดคุยด้วย

๕.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแนวคิดของผู้วิจัยที่นำเสนอให้ผู้สนใจใช้เป็นแนวทางในการวิจัยและส่งเสริมพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาและวิจัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอข้อเสนอแนะในการวิจัย เพื่อพัฒนาต่อยอดในด้านการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

๑) ศึกษารูปแบบการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เพราะรูปแบบการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดมีความแตกต่างกัน

๒) ศึกษาการรู้จักหลักธรรมะทางพระพุทธศาสนาของผู้สูงอายุที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการบริโภค เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ทางด้านหลักธรรมะทางพระพุทธศาสนาไม่มากและยังไม่เข้าใจอย่างทอ้งแท้

๓) ศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคของผู้สูงอายุ เกิดโรคประจำตัว โรคร้ายแรงอะไรบ้างจากการบริโภค

๔) ควรศึกษาวิจัยในหัวข้อเดียวกัน แต่ไปศึกษาในภูมิภาคต่างๆ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เหมาะสมในระดับชาติต่อไป

บรรณานุกรม

๑. ภาษาบาลี - ไทย:

๑.๑ ข้อมูลปฐมภูมิ

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

๑.๒ ข้อมูลทุติยภูมิ

๑.๒.๑ หนังสือ

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖. กรุงเทพมหานคร: เจ.เอส.การพิมพ์, ๒๕๔๗.

กองโภชนาการ. คุณค่าทางโภชนาการของอาหารไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, ๒๕๓๘. กุศล สุนทรธาดา. จุดเปลี่ยนนโยบายประชากรประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กองทุนสนับสนุนการวิจัย, ๒๕๓๙.

เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์, ๒๕๒๘.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี, ๒๕๔๕.

คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม. ปัญหาผู้สูงอายุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพมหานคร: วุฒิสภา, ๒๕๓๔.

จุมพล หินนิพานิช. การอบรมขัดเกลาทางสังคมและการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ ๒. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, ๒๕๔๘.

ดวงจันทร์ เพชรานนท์. โภชนาการสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, ๒๕๕๑.

ดุชนี สุทปรียาศรี. ทักษะชีวิตการค้นพบตนเองด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๒.

ทัศนีย์ ทองสว่าง. สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง เฮ้าส์, ๒๕๔๙.

นภัศ ศิริสัมพันธ์. พฤติกรรมการบริโภคของประชากรในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี : รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง พฤติกรรมการกินของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: บริษัทประยูรวงศ์ จำกัด, ๒๕๒๗.

บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการงาน. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.ที.เอ.เบสท์ ซัพพลาย จำกัด, ๒๕๓๕.

_____. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: เกษมสุวรรณ, ๒๕๓๔.

บุษยมาส สินธุประมา. สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ, ๒๕๓๙.

ประกอบ กรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์, ๒๕๔๒.

- ประเวศ วะสี. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์พิมพ์ดี, ๒๕๔๓.
- เปรมจิตต์ สิริศิริ และสุทิน เกตุแก้ว. **กินอยู่เพื่อสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ, ๒๕๔๒.
- พระเทพโสภณ (ประยูร ธมฺมจิตโต). **ทิศทางการศึกษาไทย**. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลธรรม**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๒. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖.
- _____. **พจนานุกรมพุทธศาสตร์ ฉบับประมวลศัพท์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖.
- _____. **ธรรมกับการศึกษาของไทย**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙.
- _____. **พุทธธรรม (ฉบับเดิม)**. พิมพ์ครั้งที่ ๑๑. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บริษัทสหธรรมิกจำกัด, ๒๕๔๔.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). **พจนานุกรมฉบับปรับปรุงใหม่**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๔๖.
- พระพุทธโฆษาจารย์. **วิสุทธิมรรคแปล ภาค ๑ ตอน ๑**. พิมพ์ครั้งที่ ๘. กรุงเทพมหานคร: มหามกุฏราชวิทยาลัย, ๒๕๓๘.
- พุทธทาสภิกขุ. **การศึกษาสมบูรณ์แบบ : คือวงกลมที่คุ้มครองโลกถึงที่สุด**. กรุงเทพมหานคร: อุษณาการพิมพ์, ๒๕๔๙.
- _____. **ธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ, ๒๕๓๙.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉินีก. **สูงอายุวัยศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษาผู้ใหญ่คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ๒๕๔๕.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ๒๕๔๙**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลาคม, ๒๕๔๙.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. **การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: บริษัทบางกอกบล็อก จำกัด, ๒๕๔๒.
- วิเชียร วิทยอุดม. **ทฤษฎีองค์การ**. กรุงเทพมหานคร: ซีระฟิล์มและไซเท็กซ์, ๒๕๔๙.
- วินัย ดะห์ลัน. **อาหารโภชนาการและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร**. คณะเวชศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๔.
- ศรีสมร คงพันธุ์. **อาหารวัยทอง : สูตรอาหารสุขภาพสำหรับผู้หญิง**. กรุงเทพมหานคร: แสงแดด, ๒๕๔๒.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. **สวัสดิการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๔.
- _____. **การแก้กลทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคใต้**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๔๔.
- ศิริรงค์ ทับสายทอง. **จิตวิทยาผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๓.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ และคณะ. **การประเมินโครงการนําร่องการจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ**. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๑.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. **สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร: มีสเตอร์ก๊อปปีประเทศไทย, ๒๕๕๐.

สมจิต หนูเจริญกุล. การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ (เล่ม ๑). พิมพ์ครั้งที่ ๑๒. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินต์ติ้ง, ๒๕๓๙.

สมเด็จพระยามหาราชราชานุภาพ. จามเทวีวงศ์ พงศาวดารเมืองทริภุญไชย. พระนคร: ห้างหุ้นส่วน จำกัด บรรณกิจเทรดดิ้ง, ๒๕๑๖.

สมพร เทพสิทธิ. บทบาทขององค์กรเอกชนในการแก้ไขปัญหาล้างคัมและการพัฒนาสังคม. กรุงเทพมหานคร: โครงการอบรมเพื่อพัฒนาสังคม สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย, ๒๕๒๖.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุกับการทำงาน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๔๙.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๗. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, ๒๕๕๒.

_____. รายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒. นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, ๒๕๕๒.

สุชีพ ปุณฺณชญา. ประวัติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น, ๒๕๐๖.

สุมาลี สังข์ศรี. การศึกษานอกโรงเรียนสำหรับผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้วิธีการศึกษาทางไกล. กรุงเทพมหานคร: ๙๑๑๙ เทคนิคพรินต์ติ้ง, ๒๕๔๐.

สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๔.

๑.๒.๒ บทความ

บรรลุ ศิริพานิช. “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ”, แพทยสภาสาร. ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๙ (กันยายน ๒๕๒๕): ๔๘.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต). “หัวใจพระพุทธศาสนา”, พุทธจักร. ปีที่ ๖๑ ฉบับที่ ๕ (พฤษภาคม ๒๕๕๐): ๗.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. “ถึงจะแก่แต่ไม่กลัว ถ้า (สังคม) เตรียมการ”, จดหมายข่าวมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ : มสช. ปีที่ ๕ ฉบับที่ ๒ (มีนาคม - เมษายน ๒๕๔๙): ๔๙ - ๕๒.

อนุสิฐ รัชตศิลป์. “ฐานะทางเศรษฐกิจและภาวะทุพโภชนาการ”, โภชนาการสาร. (มกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๑๖): ๑๗.

อภิชัย พันธเสน, “จะประยุกต์พระราชดำริเศรษฐกิจพอเพียงกับอุตสาหกรรมขนาดกลางและขนาดย่อมได้อย่างไรสร้างสรรค์ปัญญา”, ชุมบริหารการวิจัย, กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, ๒๕๔๖.

๑.๒.๓ รายงานวิจัย

เกรียงไกร วาสนจิตร, พฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของนิสิต นักศึกษา ภาควิชาการในมหาวิทยาลัยกรุงเทพ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, ๒๕๔๘.

- ขวัญจิต อินเญ่ียว, การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของ
นักศึกษาอาชีวศึกษา จังหวัดเชียงใหม่. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๐.
- จิราพร กันทะธง, พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในเขตอำเภอเมือง จังหวัด
ลำพูน. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๔.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช, การศึกษานโยบายและการดำเนินการด้านผู้สูงอายุ
และกลุ่มโรคไม่ติดต่อของกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๗.
- ฉาน ตรรกวิจารณ์, การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เชิงพุทธ. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง,
๒๕๕๐.
- ดาราลักษณ์ ถาวรประสิทธิ์, ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอช
ไอวี ในจังหวัดเชียงใหม่. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๔.
- หทัยกาญจน์ ไสตรดีและอัมพร ฉิมพลี, พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราช
ภัฏนครปฐม. รายงานวิจัย คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏ
นครปฐม, ๒๕๕๐.
- พระครูใบฎีกาโสภา กิจจสาโร, การประยุกต์หลักพุทธธรรมทางพระพุทธศาสนามาใช้ใน
ชีวิตประจำวันของกลุ่มผู้สูงอายุในเขตตำบลบ้านห้วย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.
รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๕๓.
- พุทธชาติ นิรุติธรรมธาราม, ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษาที่มี
ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานในโรงเรียน สังกัดกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๑.
- ภิรมย์ เจริญผล, ศึกษาวิเคราะห์หลักพุทธธรรมที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา
ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ จังหวัดนครปฐม. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัย
มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์, การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา. รายงานวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๗.
- เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล, นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน
เขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์,
๒๕๕๕.
- สกุลรัตน์ เตียววานิช, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแล
เด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ เขต
กรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๕.
- สุจิตรา นิลเลิศ, ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย
ในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี. รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๙.
- สุนีมาศ โนรี และเพ็ญจิตร กาหมณี, พฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนแบบไทยและแบบ
ตะวันตก ของนักเรียนในจังหวัดเชียงใหม่, รายงานวิจัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๔๒.

สุรเชษฐ ปิตะวาสนา, ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของเทศบาล ศรีดอนไผ่.
รายงานวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, ๒๕๔๔.

๑.๒.๔ เอกสารอัดสำเนา

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย “ข้อมูลผู้สูงอายุ ณ เดือนธันวาคม ๒๕๕๕”, (อัดสำเนา).
สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, “ข้อมูลผู้สูงอายุ”, ๒๕๕๒.(อัดสำเนา).
กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. “ทำเนียบองค์กรชมรม
ด้านผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๕”, (อัดสำเนา).
นพพันธ์ วรรณเทพสกุล, “นโยบายสาธารณะท้องถิ่นจากแนวคิดสู่การปฏิบัติบทวิเคราะห์นโยบาย
สาธารณะด้านสุขภาพ จังหวัดสงขลา”. กรุงเทพมหานคร, ๒๕๔๘, (อัดสำเนา).

๑.๒.๕ สื่ออิเล็กทรอนิกส์

กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, “รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๐.”
<http://www.m-society.go.th>, กรกฎาคม ๒๕๕๒.
สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และฝ่ายแผนที่ กองสำรวจ และแผนที่
ที่ สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, “จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือน
ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖)”, [http://203.155.220.230/info/stat_search/stat_54/
pop54_02.pdf](http://203.155.220.230/info/stat_search/stat_54/pop54_02.pdf), มกราคม ๒๕๕๗.
สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, “ทั้งชีวิตเราดูแล นโยบายเมืองหลวง
เพื่อผู้สูงวัย”, <<http://www.dailynews.co.th/thailand/22104>>, เมษายน ๒๕๕๕.
สุทธิดา นันทเสน, “การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (IOC)”, [https://www.gotoknow.org/
posts/370878](https://www.gotoknow.org/posts/370878), มกราคม ๒๕๕๕.

๑.๒.๖ สัมภาษณ์

นายประเสริฐ สมภักดิ์, สัมภาษณ์, ๑๓ เมษายน ๒๕๕๘.
นายสิม แสงทอง, สัมภาษณ์, ๑๓ เมษายน ๒๕๕๘.
นายโชค ไกรเทพ, สัมภาษณ์, ๑ กันยายน ๒๕๕๘.
นายบุญนาค เนียมสะอาด, สัมภาษณ์, ๑ กันยายน ๒๕๕๘.
พระครูขันติธรรมานวัตร, สัมภาษณ์, ๔ กันยายน ๒๕๕๘.
นางสาวปราณี ลาภเย็น, สัมภาษณ์, ๗ กันยายน ๒๕๕๘.
นางสาวหทัยชนก จันทร์แรม, สัมภาษณ์, ๖ กันยายน ๒๕๕๘.
พระมหาหมั่น จกกรตโน, สัมภาษณ์, ๗ กันยายน ๒๕๕๘.
นายนายสำรวจม ฤกษ์สนธิ, สัมภาษณ์, ๙ กันยายน ๒๕๕๘.

๒. ภาษาอังกฤษ:

๒.๑ SECONDARY SOURCES:

๒.๑.๑ Books

- Anderson, J.E. Teaching and learning, In W.T. Donahuc (Ed.), **Education for later maturity**, (New York: Whiteside), 1971.
- Barrow, G.M. and P.A. Smith. **Aging Ageism and Society**. (St. Paul, Minn: West Publishing Company), 1979.
- Cronbach, Lee J. **Essentials of psychological testing**. 4th ed. (New York: Harper & Row), 1971.
- Eliopoulos, C. **Manual of Gerontological Nursing**. St. Louis: Mosby Year Book, 1995.
- Kuypers and Bengtson. **The Aging Experience : an Introduction to Social Gerontology**. New York: Harper and Row Publishers, 1984.
- Lazarus, R.S. and S.Folkman. **Stress Appraisal and Coping**. New York: Spring Publishing Company, 1984.
- M.F. Easley. **A Health Profile of Older North Carolinians**. North Carolina: State Center for Health Statistics, 2003.
- Maslow, Abraham H. **Motivation and Personality**. 2nd Ed. New York: Harper and Row Publishers, 1970.
- Miller, C.A. **Nursing Care of Older Adult Theory and Practice**. 2nd.ed. Philladelphia: J.B. Lippincott, 1995.
- Taro Yamane. **Statistics : An Introductory Analysis**. 3rded. New York: Harper and Row Publications, 1973 .
- Yorick, A.G. **The Aged Person and the Nursing Process**. 3rd.ed. New York: Appleton and lange, 1989.

๒.๑.๒ Article

- P. Alfred Tack. How to Succceed as asales Manager. Cedar Books, 1983. (Mimeographed)
- Antonovsky, A. The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale, Social Science Medicine, 1993. (Mimeographed)
- Havighurst, R.J, Personality and Patterns of Aging, Gerontologist, 1968. (Mimeographed)
- Kuester, Sabine. Strategic Marketing & Marketing in Specific Industry Contexts. University of Mannheim, 2012. (Mimeographed)

๒.๑.๓ Electronics

- United Nations, “Universal Declaration of Human Rights”, <<http://www.un.org/overview/rights.html>>, 25 April 2003.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

บทความวิจัย

หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

Buddhadhamma in promoting food consumption behavior of aging people in Bangkok

พระคมสัน จิตเมธโส *

นายเดช ชูจิตต์ *

นางสาวปิยวรรณ หอมจันทร์ **

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร ๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ๓) เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์จำนวน ๒๙๑ คน จากจำนวนประชากร ๑,๐๖๕ คน ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร คือ ค่าความถี่ (Frequencies) ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และทดสอบสมมติฐานเพื่อบรรยายข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม และการทดสอบค่าเอฟ (F-test) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตั้งแต่สามกลุ่มขึ้นไป และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีผลต่างนัยสำคัญน้อยที่สุด (Least Significant

* ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ทุนอุดหนุนการวิจัย ปีงบประมาณ ๒๕๕๗.

** ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ทุนอุดหนุนการวิจัย ปีงบประมาณ ๒๕๕๗.

Difference : LSD) และการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (In-Depth Interview) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาประกอบบริบท

ผลการวิจัยพบว่า

ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญที่ต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัญหาอุปสรรค มีดังนี้

๑) ผู้สูงอายุมีนิสัยชอบบริโภคอาหารตามใจปาก มีความรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ และโรคมัยต่าง ๆ

๒) ผู้สูงอายุเชื่อคำเชิญชวนและคล้อยตามคำโฆษณาสินค้าจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น และอยากทดลองสินค้าตามคำโฆษณา

๓) ผู้สูงอายุชอบเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จรูปรับประทานเอง เพราะสะดวกสบาย ไม่เป็นภาระของบุตรหลาน ผลเสียต่อสุขภาพ คือ ทำให้กระดุกฝุ กร่อน ไม่แข็งแรง มีอาการปวดตามข้อ ปวดตามกระดูก ปวดเมื่อยตามตัว

๔) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านตามลำพัง ทำให้เกิดอาการโรคซึมเศร้า เหงา ต้องการเพื่อน และคนพูดคุยที่รู้ใจพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป

แนวทางการแก้ไขและการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม มีดังนี้

๑) ใช้วิธีการพิจารณาปัจจัยปัจเจกขณะ บริโภคอาหารตามความเหมาะสม พอประมาณ ไม่ให้อึดติดในรสชาติอาหาร (รสตัณหา) ไม่ยึดกลิ่นของอาหาร (คันธตัณหา) การบริโภคอาหารเพียงเพื่อคลายเวทนา คือ ความทุกข์ ความหิวเป็นโรคที่ร้ายแรงที่สุด (ชิขจณา ปรมา โรคา)

๒) ใช้วิธีการพิจารณาตามหลักกาลามสูตร ไม่เชื่อคำเชิญชวนหรือคำโฆษณา (มา อนสฺสเวน) ใช้ปัญญาพิจารณาโดยแยกคายก่อนบริโภคอาหาร

๓) ใช้วิธีการสำรวจอินทรีย์ (อินทริยสังวร) ทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ไม่ยินดียินร้ายในเวลาเห็นรูปร่างหน้าตาของอาหารเมนูต่าง ๆ เป็นต้น

๔) ใช้วิธีการพูดคุยสนทนา (ธมฺมสากจณา) และจัดกิจกรรมสำหรับคนในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุ (กลุณมิติตตา) เช่น นั่งพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป ร้องเพลง เล่นดนตรี ออกกำลังกาย หรือออกไปเที่ยวนอกบ้านร่วมกัน เป็นต้น

๕) ส่งเสริมกิจกรรมการลดการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การบวชนกขัมมะ รักษาอุโบสถศีล ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุปรับธาตุในร่างกายให้สมดุลจากการลดบริโภคอาหารเมื่อเย็น

คำสำคัญ : การส่งเสริม, การบริโภค, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The research consisted of three main objectives, namely: 1) to study Buddhhadhamma in promoting food consumption; 2) to compare food consumption behavior of aging people in Bangkok; and 3) to study problems, obstacles and present way to solve problems in food consumption behavior in accordance with the principles of Buddhhadhamma.

The research was used the Mixed Method with both quantitative and survey methods. The sampling group of the research was the 291 aging people being members of two Associations for Elderly in Bangkok from totally 1,065 with the help of accidental sampling. The tools used for data collection were questionnaire. The statistics used in data analysis were the Frequencies, Percentage, Mean, Standard Deviation (S.D.), F-test, One Way Analysis of Variance (One Way ANOVA) and the difference in pair by the way of Least Significant Difference (LSD). And also the In-depth interview was conducted with the help of Content Analysis Techniques.

The findings of the research are as follow :

1. The aging people's opinion concerning the Buddhhadhamma in promoting food consumption of aging people in the area of Bangkok was totally found in medium level with $\bar{X} = 3.08$; being considered each aspect, all have been found in medium level, too.

2. The comparison of aging people's opinion concerning the Buddhhadhamma in promoting food consumption of aging people in the area of Bangkok classified by personal factors: gender, occupation before retired age, income, resident, health problems, exercise and merit-making which were different effected to opinion concerning the Buddhhadhamma in promoting food consumption of aging people in the area of Bangkok totally had significant differences at .05 level of confidence.

3. From studying the problems, obstacles and present way to solve problems in food consumption behavior in accordance with the principles of Buddhhadhamma, it has been found as follows: 1) most have behavior in consumption as they like to eat, but they realize effects from meet-eating and also digestive system; 2) the most believe in advertising media like television, radio, etc., and prefer to test fruit juice for health with the belief that those be useful for health; 3) the most understand the Buddhist principles, but not at all, and the most go for making merit just for relax only; and 4) the most copy consumption behavior from friends being good health from consumption.

4. From In-depth interview

The most aging people like to make merit in monasteries, do activities for health, have food for health; meanwhile, their consumption behavior consult to Thai culture, not accept to change consumption behavior due to use to behave since childhood till old age; furthermore, they know principles of Buddhhadhamma like bhojanemattanyuta that is meant moderating in eating, not eat too more or less harming their stomach somehow.

Key Words : Promoting, Consumption, Aging People

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมียาวขึ้นแต่ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไปนั้นส่งผลซ้ำเติมให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายซึ่งมีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมยิ่งขึ้น การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความต้องการสารอาหารโดยเน้นความสมดุลความพอเหมาะพอดีและความหลากหลายของอาหาร สถิติจำนวนผู้สูงอายุทั่วประเทศเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีจำนวนทั้งสิ้น ๗,๕๓๙,๐๐๐ คน แยกเป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน ๓,๔๗๗,๐๐๐ คน และผู้สูงอายุเพศหญิงจำนวน ๔,๐๖๒,๐๐๐ คน สำหรับกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ มีจำนวนผู้สูงอายุราว ๗๖๕,๙๗๔ คน^๑ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๕๓ สาเหตุการเสียชีวิต คือ มะเร็งทุกชนิด อุบัติเหตุ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง^๒ ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ตลอดเวลา ลาซารัส และฟอล์คแมน (Lazarus and Folkman) กล่าวว่า หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงได้ ก็อาจสามารถทำให้ชีวิตในช่วงเวลาที่เหลือได้อย่างมีความสุข หากการปรับตัวล้มเหลวก็นำมาซึ่งปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยได้^๓

ปัญหาโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ควรพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย คือ เกิดจากความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย ความสามารถในการ

^๑ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕, (กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, ๒๕๕๖), หน้า ๑๔ – ๑๕.

^๒ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๒.

^๓ Lazarus, R.S. and S.Folkman, **Stress, Appraisal and Coping**, (New York: Spring Publishing Company, 1984), P.19.

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง อาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์ในการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ สังคม ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพอนามัยของมนุษย์ให้แข็งแรงและสมบูรณ์ วัยชราร่างกายจำเป็นต้องได้รับอาหารประจำวัน การบริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ จะทำให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจนำไปสู่รากฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นอีกแนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ สติปัญญา จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุดีขึ้น สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ ช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ทำให้มีระดับปฏิสัมพันธ์ในสังคมเพิ่มมากขึ้น

คำสอนของพระพุทธศาสนาที่เรียกว่า หลักพุทธธรรม เป็นอีกทางหนึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมของมนุษย์ หลักพุทธธรรมเป็นคำสอนที่มุ่งสำหรับคนทุกประเภทคือครอบคลุมสังคมทั้งหมด ลักษณะทั่วไปของพุทธธรรมนั้นสามารถสรุปได้ ๒ อย่าง คือ

๑. แสดงหลักความจริงสายกลาง หรือที่เรียกว่า “มัชฌิมนิพพาน” ว่าด้วยความจริงตามแนวของเหตุผลบริสุทธิ์ตามกระบวนการของธรรมชาติ^๔ นำมาแสดงเพื่อประโยชน์ในทางปฏิบัติในชีวิตจริงเท่านั้น ไม่ส่งเสริมความพยายามที่จะเข้าถึงสัจธรรมด้วยวิถีกลเลียงสร้างทฤษฎีต่าง ๆ

๒. แสดงปฏิบัติทางสายกลาง หรือที่เรียกว่า “มัชฌิมาปฏิปทา” อันเป็นหลักการครองชีวิตของผู้ฝึกอบรมตน ผู้รู้เท่าทันชีวิต ไม่หลงมกมาย มุ่งผลสำเร็จ คือ ความสุข สะอาด สว่าง สงบ เป็นอิสระ ที่สามารถมองเห็นได้ในชีวิตนี้^๕

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “สังคมสูงวัย” และกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุจำนวนมาก ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ในบ้านปลายชีวิต การขาดการดูแลจากบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง จนต้องหันมาพึ่งพิงบ้านพักผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ และมีค่าใช้จ่ายสูง ไม่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณ ทำให้ไม่มีความมั่นคงทางการเงินเพียงพอที่จะเลี้ยงตัวเองได้อย่างมีคุณภาพหลังจากหมดช่วงอายุการทำงาน^๖

จากการประมวลผลข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการวิจัยด้วยการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และนำหลักพุทธธรรมเข้าไปส่งเสริมการบริโภค เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีความสุข ดังคำขวัญที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ว่า “Add Life to Years” หมายความว่า เพิ่มชีวิตชีวาให้อายุที่ยืนยาวออกไป^๗

^๔ พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต), ธรรมกับการศึกษาของไทย, (กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙), หน้า ๖.

^๕ ม.อ. (ไทย) ๑๒/๔๔๔/๒๒.

^๖ เดลินิวส์ออนไลน์, ผู้สูงอายุ อนาคตที่ทุกคนต้องเป็น, <<http://www.dailynews.co.th/bangkok/314312>>, เมษายน ๒๕๕๘.

^๗ บรรลุ ศิริพานิช, บริการสุขภาพผู้สูงอายุ, แพทยสภาสาร, ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๙ (กันยายน ๒๕๒๕): หน้า ๔๘.

๑. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- ๑.๑ เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร
- ๑.๒ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
- ๑.๓ เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม

๒. ปัญหาที่ต้องการทราบ

- ๒.๑ หลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารเป็นอย่างไร
- ๒.๒ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครเป็นอย่างไร
- ๒.๓ เสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตามหลักพุทธธรรมมีอะไรบ้าง

๓. ขอบเขตของการวิจัย

๓.๑ **ขอบเขตด้านเนื้อหา** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักพุทธธรรมทางพระพุทธศาสนาเข้าไปช่วยส่งเสริมการบริโภคอาหาร

๓.๒ ขอบเขตด้านตัวแปร

ตัวแปรต้น คือ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย การเข้าวัดทำบุญ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๒) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๓) ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และ ๔) ด้านครอบครัว

๔. สมมติฐานในการวิจัย

สมมติฐานที่ ๑ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๒ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพหลักก่อนเกษียณต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๓ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๔ ผู้สูงอายุที่มีการพักอาศัยต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๕ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ ๖ ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

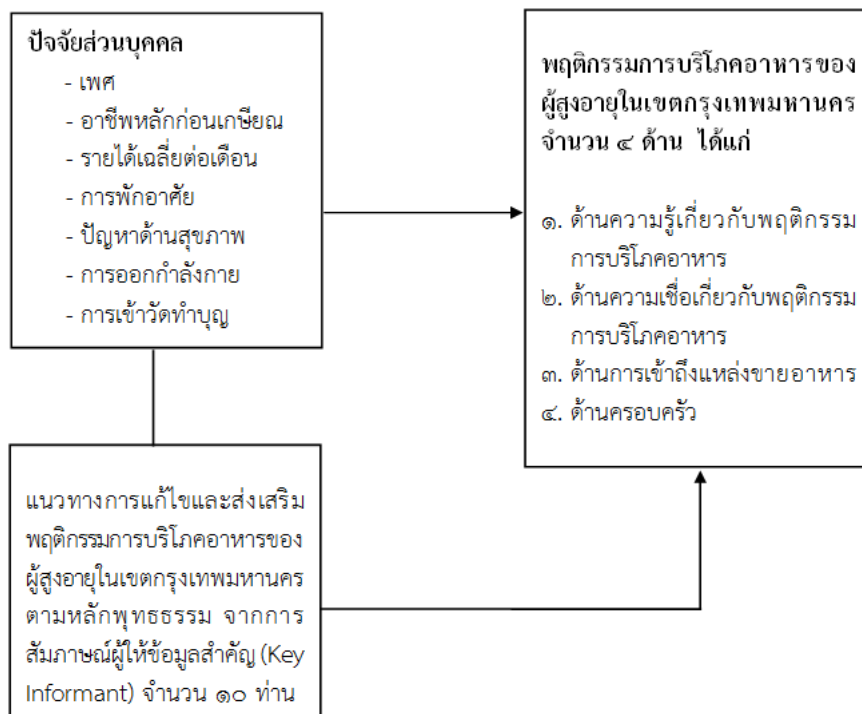
สมมติฐานที่ ๗ ผู้สูงอายุที่มีการเข้าวัดทำบุญต่างกัน มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

๕. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง “หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร” ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework) ดังนี้

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)



๖. วิธีดำเนินการวิจัย

๖.๑ รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) คือ การวิจัยที่ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

๖.๒ ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุข้าราชการ กทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ จำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๖๕ คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตร Taro Yamane ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๒๙๑ คน ใช้วิธีการ

^๔ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และฝ่ายแผนที่ กองสำรวจ และแผนที่ สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖), <http://203.155.220.230/info/stat_search/stat_54/pop54_02.pdf>, มกราคม ๒๕๕๗.

สุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน ๑๐ รูป/คน ได้แก่ พระสงฆ์ ผู้ทรงคุณวุฒิผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้สูงอายุ และนักวิชาการโภชนา โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purpose Sampling)

๗. เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้สอบถามพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ทั้ง ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้าน ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร และด้านครอบครัว แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ลักษณะการ สัมภาษณ์เป็นแบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ผู้วิจัยกำหนดประเด็นคำถามที่ใช้เป็นแนวทาง เพื่อให้ได้ความจริงเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุตาม หลักพุทธธรรมในทางพระพุทธศาสนา

๘. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยการดำเนินการตามขั้นตอน คือ ตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับคืนซึ่งแบบสอบถามที่ส่งไปจำนวน ๓๕๐ ชุด ได้รับกลับคืนมา ๓๔๒ ชุด คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗ และเมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของ แบบสอบถามแล้วพบว่าไม่มีแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน ๓๑๒ ชุด คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๒ และผู้วิจัย นำมาใช้จำนวน ๒๙๑ ชุด ตามจำนวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane นำข้อมูลที่ได้ไปทำ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

๙. การวิเคราะห์ข้อมูล

๙.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์ หาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) นำเสนอ อภิปรายผลการ วิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย และทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการ บริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยจำแนกตามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ คือ การทดสอบค่าที (t-test) ในกรณีตัวแปรต้นสองกลุ่ม และการทดสอบค่าเอฟ (F-test) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) ในกรณีตัวแปรต้นตั้งแต่สาม กลุ่มขึ้นไป เมื่อพบว่ามีความแตกต่างจะทำการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีผลต่างเป็นสำคัญ น้อยที่สุด (Least Significant Difference : LSD) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

๙.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการการสังเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการ บริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร รวมทั้งการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ด้วยตัวเองตาม ระเบียบวิธีวิจัยและตามประเด็นโจทย์วิจัย วิธีดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดย การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การสังเคราะห์เนื้อหา (synthesis) ข้อมูลที่สอดคล้องกัน เพื่อแสวงหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ สอดคล้องกันในบางประการ ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะและแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และนำเสนอเป็นความเรียง ซึ่งดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- ๑) จัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เป็นแฟ้มข้อมูล
- ๒) อ่าน ทำความเข้าใจ บันทึก เขียนข้อสังเกตและตั้งประเด็น
- ๓) พรรณนาแยกแยะส่วนข้อมูล (data reduction) และให้รหัส(coding) และตีความข้อมูล จัดหมวดหมู่ หาความเหมือน ความต่างและความเชื่อมโยงกับบริบท
- ๔) สรุปผลการวิจัย นำเสนอข้อมูลเป็นความเรียง และรายงานผลการวิจัย

๑๐. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน ๑๖๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๓ มีอาชีพหลักก่อนเกษียณคือ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จำนวน ๑๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๒ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง ๒๐,๐๐๑ - ๓๐,๐๐๐ บาท จำนวน ๑๔๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๕ โดยพักอยู่กับบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่ จำนวน ๑๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๔ และเป็นผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ จำนวน ๒๓๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๐.๘ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายอาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า จำนวน ๑๕๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๓ และเข้าวัดทำบุญเฉลี่ยเดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า จำนวน ๑๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๘

ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมทั้ง ๔ ด้าน โดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = ๓.๐๘$, S.D. = ๐.๖๒๘) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ด้านครอบครัว อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = ๓.๔๖$, S.D. = ๐.๖๗๖) รองลงมา คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X} = ๓.๔๖$, S.D. = ๐.๖๗๖) และด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = ๒.๘๑$, S.D. = ๐.๖๒๓) จากการทดสอบสมมติฐานการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศอาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน จึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ และผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) พบว่า

๑. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารในทางพระพุทธศาสนาพระพุทธเจ้าท่านไม่ให้ยึดติดในรสชาติอาหาร (รสตัณหา) ไม่ยึดกลิ่นของอาหาร (คันธตัณหา) การบริโภคอาหารเพียงเพื่อคลายเวทนา คือ ความทุกข์ ความหิวเป็นโรคที่ร้ายแรงที่สุด (ชิมฉา ปรามา โรคา) บริโภคเพื่อการดำรงชีวิตเท่านั้น เพื่อให้ร่างกายหายจากความหิว (วิหิงสุปะระติยา) ผู้สูงอายุควรแก้ไขการยึดติดรสชาติของอาหาร และกลิ่นอันโอชะของอาหาร ด้วยวิธีการฝึกจิตของตนเอง นั่งสมาธิ ควบคุมจิตใจของตนเองไม่ให้หลงใหลหรือติดใจรสชาติของอาหาร

๒. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้สูงอายุควรใช้ปัญญาพิจารณาการบริโภคอาหาร อาหารประเภทใดมีโทษ อาหารประเภทใดไม่มีโทษ ควรบริโภคหรือไม่ควรบริโภค ใช้ปัญญาไตร่ตรองแล้วค่อยบริโภคร่างกายจึงจะไม่มีโทษ จากการบริโภคอาหารนั้น ระวังควบคุมสติของตนไม่ให้คล้อยตามหรือเชื่อคำโฆษณาชวนเชื่อจากคนรอบข้าง หรือจากโฆษณาประชาสัมพันธ์ โดยใช้ปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ศึกษาข้อมูลข้อดีข้อเสียจากการบริโภคอาหารชนิดนั้น ๆ ด้วยตนเอง แล้วค่อยปลงใจเชื่อ

๓. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร

การสำรวมอินทรีย์ (อินทรีย์สังวร) ทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ๑) สำรวมตา ไม่ยินดียินร้ายในเวลาเห็นรูปร่างหน้าตาของอาหารเมนูต่าง ๆ ๒) สำรวมหู ไม่ยินดียินร้ายในเวลาได้ยินเสียงคำเล่าลือหรือคำยกย่องรสชาติของอาหารเมนูต่าง ๆ จนทำให้คล้อยตาม ๓) สำรวมจมูก ไม่ยินดียินร้ายในกลิ่นของอาหาร ๔) สำรวมลิ้น ไม่ยินดียินร้ายในรสชาติของอาหารเมื่อสัมผัสกับลิ้น ๕) สำรวมกาย ไม่ยินดียินร้ายเมื่อร่างกายได้สัมผัสรูปร่างของอาหาร รสชาติของอาหาร และกลิ่นของอาหาร ๖) สำรวมใจ ไม่ปรุงแต่งความรู้สึกนึกคิดลงไปในรสชาติของอาหาร

๔. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านครอบครัว

บุตรหลานหรือคนในครอบครัวควรมีการเสียสละเวลาความสุขส่วนตัว เอาใจใส่ผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยการพูดคุยสนทนา (ธมฺมสากัจฉา) จัดกิจกรรมสำหรับคนในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุ (กลุณภูมิิตตตา) เช่น นั่งพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป ร้องเพลง เล่นดนตรี ออกกำลังกาย หรือออกไปเที่ยวนอกบ้านร่วมกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข จิตใจเบิกบาน มีความสุข เป็นต้น

๕. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม

ส่งเสริมกิจกรรมการลดการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การบวชนกขัมมะ รักษาอุโบสถศีล เป็นต้น กิจกรรมทางพระพุทธศาสนาเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับผลประโยชน์ต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ ได้พูดคุยสนทนาธรรม (สทธรรมิก) และสนทนาเรื่องราวต่าง ๆ ตามวัยของผู้สูงอายุ เป็นการทำให้สมาธิให้ใจสงบ (สมาธิ) ผ่อนคลายเรื่องวุ่นวายต่าง ๆ ลดปริมาณการบริโภคอาหารเย็น (วิกาลโภชนา) ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีเวลาปรับตัวของร่างกาย ร่างกายสามารถเผาผลาญอาหารเก่า และขับถ่ายของเก่าให้หมดไป

๑๑. อภิปรายผล

ผลการศึกษาค้นคว้าข้อมูล การวิจัยเรื่องหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีประเด็นการอภิปรายผล ดังนี้

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากส่วนใหญ่ยังคงบริโภคเนื้อปลาน้อยเพียงวันละ ๑ มื้อและบริโภคอาหารตามคำบอกเล่า/โฆษณา และเมื่อพิจารณาผลการวิจัยเป็นรายด้านสามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพซึ่งพบว่าผู้สูงอายุยังคงบริโภคขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวานน้อยกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์

๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุบริโภคขนมหวานประเภทขนมมงคลเพราะเชื่อว่าเป็นสิริมงคล และบริโภคเสริมอาหารราคาแพงเพื่อบำรุงสุขภาพ

๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุยังคงเลือกซื้ออาหารจากรถขายบริการตามบ้าน ซื้ออาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน

๔. ด้านครอบครัว พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่ได้อยู่กันพร้อมหน้าทุกวันและมีกิจกรรมที่ทำร่วมกันน้อย

๑๒. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข

ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารเข้าประเภทอาหารเบา เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก เป็นต้น เน้นการรับประทานอาหารรสจืด ลดอาหารประเภทจำพวกมีไขมัน มีรสหวาน และรสจัดจ้าน ลดอัตราการดื่ม ชา และกาแฟ ต่อวันให้น้อยลง เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ นอนน้อย และพักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งโดยปกติแล้วผู้สูงอายุก็นอนน้อยอยู่แล้ว ส่วนด้านการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ควรเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐและสาธารณสุขของชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และเน้นเรื่องการมีจิตสำนึกเกี่ยวกับการบริโภคในตัวเองให้มากที่สุด ซึ่งเป็นการควบคุมจิตใจตนเองให้มีระเบียบวินัยในการบริโภคอาหาร โดยที่ไม่มีบุคคลอื่นมาบังคับ

ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร บุตรหลานและคนในครอบครัวควรให้ความเอาใจใส่เกี่ยวกับเรื่องการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มากที่สุด ดูแลและควบคุมเรื่องอาหารของผู้สูงอายุ ควรมีการห้ามปรามเกี่ยวกับเรื่องการบริโภคกับผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นบางครั้ง แสดงความรัก และการเอาใจใส่ดูแลของบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรู้เกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย และสรรพคุณของอาหารเสริมเพื่อสุขภาพกับผู้สูงอายุในครอบครัวอยู่บ่อย ๆ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุในครอบครัวคล้อยตามคำเชิญชวนของตัวแทนจำหน่าย หรือคำเชิญชวนทางโฆษณารูปแบบต่าง ๆ เน้นให้ผู้สูงอายุในครอบครัวบริโภคอาหารมื้อสำคัญ ๆ ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อน ดูหนัง ฟังเพลง ทำบุญ และนั่งสมาธิ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้นโดยไม่ต้องพึ่งอาหารเสริมเพื่อสุขภาพ

ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร บุตรหลานหรือคนในครอบครัวควรดูแลเรื่องอาหารของผู้สูงอายุให้มากที่สุด ควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ลดปริมาณการบริโภคอาหารตามสั่ง ปรุงอาหารรสชาติไม่เผ็ดมาก ไม่เข้มข้นมาก หรือเป็นอาหารรสจืดได้ยิ่งดี เน้นอาหารเพื่อ

สุขภาพของผู้สูงอายุรสชาติอร่อยถูกปาก ลดปริมาณการใช้ผงชูรส รสดี หรือดื่มน้ำผสมอาหารได้ดียิ่งดีเยี่ยม เพื่อเสริมสุขภาพกระดูกของผู้สูงอายุให้แข็งแรง และยืดระยะเวลาการใช้งานของกระดูก

ด้านครอบครัว สมาชิกภายในครอบครัวควรช่วยกันดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแวดล้อม ให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ ชักชวนหรือพาผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา มีกิจกรรมภาคสนามให้ผู้สูงอายุได้ไปศึกษาดูงานตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลที่รักษาโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านโภชนาการ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามความต้องการของร่างกาย การบริโภคอาหารตามหมู่เลือด ส่งเสริมให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลในวัยเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

๑) ศึกษารูปแบบการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด เพราะรูปแบบการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดมีความแตกต่างกัน

๒) ศึกษาการรู้จักหลักธรรมะทางพระพุทธศาสนาของผู้สูงอายุที่เข้าใจง่ายและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการบริโภค เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ทางด้านหลักธรรมะทางพระพุทธศาสนาไม่มากและยังไม่เข้าใจอย่างท่องแท้

๓) ศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคของผู้สูงอายุ เกิดโรคประจำตัว โรคเรื้อรังอะไรบ้างจากการบริโภค

๔) ควรศึกษาวิจัยในหัวข้อเดียวกัน แต่ไปศึกษาในภูมิภาคต่างๆ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่เหมาะสมในระดับชาติต่อไป

บรรณานุกรม

๑. ภาษาไทย

๑.๑ ข้อมูลปฐมภูมิ

มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระไตรปิฎกภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, ๒๕๓๙.

๑.๒ ข้อมูลทุติยภูมิ

๑.๒.๑ หนังสือ

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตฺโต). ธรรมกับการศึกษาของไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิพุทธธรรม, ๒๕๓๙.

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๕. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอสเอส พลัส มีเดีย จำกัด, ๒๕๕๖.

๑.๒.๒ บทความ

บรรลุ ศิริพานิช. “บริการสุขภาพผู้สูงอายุ”, แพทยสภาสาร. ปีที่ ๑๐ ฉบับที่ ๙ (กันยายน ๒๕๒๕): ๔๘.

๑.๒.๓ สื่ออิเล็กทรอนิกส์

เดลินิวส์ออนไลน์, “ผู้สูงอายุ อนาคตที่ทุกคนต้องเป็น,” <<http://www.dailynews.co.th/bangkok/314312>>, เมษายน ๒๕๕๘.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และฝ่ายแผนที่ กองสำรวจ และแผนที่ สำนักผังเมือง กรุงเทพมหานคร, “จำนวนประชากรและประชากรสูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร เรียงตามจำนวนประชากรและประชากรสูงอายุรวม (ข้อมูล ณ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๖)”, <http://203.155.220.230/info/stat_search/stat_54/pop54_02.pdf>, มกราคม ๒๕๕๗.

๒. ภาษาอังกฤษ

๒.๑ Books

Lazarus, R.S. and S.Folkman. **Stress Appraisal and Coping**. New York: Spring Publishing Company, 1984.

ภาคผนวก ข

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการนำผลการวิจัยไปใช้

๑. กิจกรรมด้านการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา

๑.๑ สามารถนำกระบวนการศึกษาวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชาทางด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น รายวิชาเศรษฐศาสตร์ในวรรณกรรมทางพระพุทธศาสนา พุทธวิถีกับการแก้ปัญหาและพัฒนาเศรษฐกิจ เศรษฐศาสตร์จุลภาค และเศรษฐศาสตร์มหภาค ทั้งในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๑.๒ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานในระดับการกำหนดนโยบาย การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรให้มีการวางแผนดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ควบคู่กันไปทั้งสองทาง วางแผนการดูแลสุขภาพหลังเกษียณอายุการทำงาน เพื่อให้อยู่กับสังคมและสมาชิกของครอบครัวอย่างมีความสุข

๒. กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

๒.๑ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานของรัฐ โรงพยาบาล อนามัย และชมรมผู้สูงอายุ ในรูปแบบการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งเกิดได้ง่ายในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จากความชรา เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๒.๒ ทำให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์กับสังคม การทำบุญไหว้พระ นั่งสมาธิ ออกกำลังกาย เล่นดนตรี ร้องเพลง เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดการผ่อนคลายไม่เกิดโรคเครียดและซึมเศร้า

๒.๓ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้คนรุ่นหลังได้นำไปใช้ประโยชน์และเป็นการทำกิจกรรมยามว่างให้เกิดประโยชน์

๓. กิจกรรมด้านวิชาการ

มีการพัฒนาทักษะในการวิจัยให้กับทีมงานวิจัยและนิสิตปริญญาตรีและปริญญาโทสาขาหลักสูตรพุทธศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ และหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การพัฒนาเชิงพุทธ ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ผนวก ค

**ตารางเปรียบเทียบวัตถุประสงค์/กิจกรรมที่วางแผนไว้
และกิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาและผลที่ได้รับของโครงการ**

**เรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร**

๑. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- ๑) เพื่อศึกษาหลักพุทธรธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร
- ๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
- ๓) เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธรธรรม

สรุปผลการดำเนินการตามแผนงาน/กิจกรรมตาม Proposal ในรอบ ๑๒ เดือน

ตามแผนงาน		ปฏิบัติจริง	สนับสนุน วัตถุประสงค์	ร้อยละความ พึงพอใจต่อ ผลสำเร็จ
กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผลที่ได้จริง		
๑. ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน/ สำรวจพื้นที่และเก็บ ข้อมูลของชมรม ผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ๒ แห่ง ที่เป็นเป้าหมายใน การศึกษาของชมรม ผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร	ประวัติความเป็นมา/ ข้อมูลพื้นฐานของ ชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร กิจกรรมของชมรม ผู้สูงอายุ ปัญหาการ บริโภคอาหารและ ปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ทั้ง ๒ ชมรม	ทราบข้อมูลประวัติความเป็นมา/ข้อมูลพื้นฐานของ ชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร กิจกรรม ของชมรมผู้สูงอายุ ที่เน้น การให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลาย พูดคุยกับเพื่อนวัยเดียวกัน ปรึกษาและแลกเปลี่ยน ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพร่างกายและการ บริโภคอาหาร	ข้อที่ ๑	๑๐๐%
๒. ศึกษาหลักพุทธรธรรม ที่ส่งเสริมพฤติกรรมการ บริโภคอาหารจาก พระไตรปิฎก หนังสือ และเอกสารอื่น ๆ	ข้อมูลหลักพุทธรธรรม ของพระพุทธเจ้าที่ ส่งเสริมและแก้ไข พฤติกรรมการบริโภค อาหารของผู้สูงอายุ	ได้ข้อมูลตามหลักพุทธรธรรม ในการส่งเสริมและแก้ไข พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุ เช่น โภช ณัมัตตัญญูตา วิกาลโภชนา กัลลยาณมิตตา ปัญญา สติสัมปชัญญะ และการ สำรวมระวังอินทริยสังวร	ข้อที่ ๑ และ ข้อที่ ๒	๑๐๐%

ตามแผนงาน		ปฏิบัติจริง	สนับสนุน วัตถุประสงค์	ร้อยละความ พึงพอใจต่อ ผลสำเร็จ
กิจกรรม	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	ผลที่ได้จริง		
๓. การเก็บข้อมูลจาก กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน ๒๙๑ คน	ข้อมูลปัจจัยส่วน บุคคล และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุ ทั้ง ๔ ด้าน	ได้ทราบข้อมูลปัจจัยส่วน บุคคลของผู้สูงอายุ และการ เลือกบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุ	ข้อที่ ๑-๓	๑๐๐%
๔. การสัมภาษณ์เชิงลึก กับพระสงฆ์, ตัวแทน ผู้สูงอายุ และผู้ทรง คุณวุฒิชมรมผู้สูงอายุ จำนวน ๑๐ รูป/คน	ข้อมูลพฤติกรรม การบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทั้ง ๔ ด้าน และหลัก พุทธธรรมที่ช่วยแก้ไข และส่งเสริมพฤติกรรม การบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุ	ได้ทราบข้อมูลพฤติกรรม การบริโภคอาหารในด้าน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ด้าน ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ด้านการ เข้าถึงแหล่งขายอาหาร และ ด้านครอบครัว ซึ่งเน้นการ นำหลักพุทธธรรมไปส่งเสริม พฤติกรรมบริโภคอาหาร	ข้อที่ ๑-๓	๑๐๐%
๕. กิจกรรมอื่นและ รายงานความก้าวหน้า	แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรมบริโภค อาหารของผู้สูงอายุ และข้อมูลที่เป็นต่อ การวิจัย	ได้แนวทางการส่งเสริม พฤติกรรมบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุโดยวิธีการจัด กิจกรรมส่งเสริมทาง พระพุทธศาสนา	ข้อที่ ๓	๑๐๐%

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอื่น ๆ ต่อมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๑) การตรวจรายงานความก้าวหน้าแต่ละครั้งควรแจ้งให้ผู้วิจัยทราบด้วยว่าผ่านหรือต้องปรับปรุงตรงไหนอย่างไร

๒) การจ่ายค่าวัสดุของของผู้วิจัยที่ตกลงทำสัญญา ทั้ง ๓ ครั้ง ควรจ่ายค่าวัสดุให้ตรงตามค่าวัสดุที่ตกลงกันไว้ในสัญญา

ลงนาม.....

พระคมสัน จิตเมธโส

หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

ตาราง Output
โครงการวิจัยเรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

Output		ในกรณีล่าช้า (ผลสำเร็จไม่ถึง ๑๐๐%) ให้ระบุสาเหตุและการแก้ไข
วัตถุประสงค์/กิจกรรมในข้อเสนอโครงการวิจัย	ผลสำเร็จ%	
วัตถุประสงค์การวิจัย		
๑) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร	๑๐๐ %	
๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	๑๐๐ %	
๓) เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม	๑๐๐ %	
๑. ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน/สำรวจพื้นที่และเก็บข้อมูลของชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ๒ แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการทม. และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลราชพิพัฒน์	๑๐๐ %	
๒. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พฤติกรรมของมนุษย์ และพฤติกรรมผู้สูงอายุ	๑๐๐ %	
๓. ศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารจากพระไตรปิฎก หนังสือ และเอกสารอื่น ๆ	๑๐๐ %	
๔. ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยการแจกแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ต่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุทั้ง ๒ แห่ง ที่เป็นกรณีศึกษาในการวิจัยครั้งนี้	๑๐๐ %	
๕. ศึกษาปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขและการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	๑๐๐ %	
๖. รายงานฉบับสมบูรณ์	๑๐๐ %	
๗. บทความวิจัย	๑๐๐ %	

ลงนาม.....หัวหน้าโครงการวิจัยผู้รับทุน

พระคมสัน จิตเมธโส

๒๖ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ในการทำวิจัย โดยผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผ่านสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทำการวิจัยเกี่ยวกับหลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลไปประมวลเป็นผลการวิจัยอันจะก่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ต่อไป

แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน คือ

ส่วนที่ ๑ เป็นข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ ๒ เป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบไปด้วย ๔ ด้าน คือ

- ๑) ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ๒) ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ๓) ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร
- ๔) ด้านครอบครัว

ส่วนที่ ๓ ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม

ผู้วิจัยขออโนทนาขอบคุณทุกท่านที่ได้ตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริงและตรงกับความเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบของท่านจะเก็บไว้เป็นความลับและจะใช้สำหรับการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

พระคมสัน ฐิตเมธโส
ผู้วิจัย

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย
เรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความตามสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ

☐ ชาย

☐ หญิง

๒. อาชีพหลักก่อนเกษียณ

☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

☐ พนักงานบริษัทเอกชน

☐ เจ้าของกิจการ/ค้าขาย

☐ เกษตรกร

☐ พ่อบ้าน/แม่บ้าน

๓. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

☐ น้อยกว่า ๑๐,๐๐๐ บาท

☐ ๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท

☐ ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท

☐ มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท

๔. การพักอาศัย

☐ พักอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง

☐ พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส

☐ พักอาศัยอยู่กับบุตรหลาน

☐ พักอาศัยอยู่กับญาติ

๕. ปัญหาด้านสุขภาพ

☐ มี

☐ ไม่มี

๖. การออกกำลังกาย

☐ เป็นประจำทุกวัน

☐ อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า

☐ เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า

☐ ไม่เคย

๗. การเข้าวัดทำบุญ

☐ ทุกวัน/ทุกเช้า

☐ อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง/มากกว่า

☐ เดือนละ ๑ ครั้ง/มากกว่า

☐ ไม่เคย

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

ข้อ	ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ระดับพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑.	บริโภคอาหารครบ ๕ หมู่					
๒.	บริโภคอาหารครบ ๓ มื้อ					
๓.	บริโภคอาหารเย็นปริมาณน้อยกว่ามื้อเช้า และมื้อเที่ยง					
๔.	บริโภคผัก ผลไม้อย่างน้อยวันละ ๒ มื้อ					
๕.	ไม่บริโภคเนื้อสัตว์ติดมัน					
๖.	บริโภคเนื้อปลาน้อยวันละ ๑ มื้อ					
๗.	บริโภคอาหารประเภทต้ม นึ่ง อบ					
๘.	บริโภคขนมหวานหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้อยกว่า ๓ ครั้งต่อสัปดาห์					
๙.	บริโภคอาหารเย็นห่างจากเวลานอนไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง					
๑๐.	ดื่มนมพร่องมันเนยวันละ ๑-๒ แก้ว					
ข้อ	ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ระดับพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑.	บริโภคน้ำพริก ผักต้มแทนเนื้อสัตว์เพราะ เชื่อว่าอายุจะยืนยาว					
๒.	ไม่บริโภคเนื้อวัวเมื่อเจ็บป่วยเพราะเชื่อว่า จะรักษาไม่หาย					
๓.	บริโภคอาหารป่าเพื่อเสริมสมรรถภาพ					
๔.	บริโภคขนมหวานประเภทขนมมงคลเพราะ เชื่อว่าเป็นสิริมงคล					
๕.	บริโภคเสริมอาหารราคาแพงเพื่อบำรุง สุขภาพ					
๖.	บริโภคสารสกัดสมุนไพรเสริมสุขภาพ					

ข้อ	ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ระดับพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๗.	บริโภคเครื่องดื่มชูกำลังเพิ่มพลัง					
๘.	บริโภคไข่วอก ไข่ดิบ ไข่แดง เพื่อเสริม สมรรถภาพทางร่างกาย					
๙.	บริโภคอาหารชีวจิต/มังสวิวัติเพื่อรักษา สุขภาพ					
๑๐.	บริโภคอาหารตามคำบอกเล่า/โฆษณา					
ข้อ	ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร	ระดับพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑.	เลือกซื้ออาหารในตลาดสดใกล้บ้านเพื่อ ปรุงเอง					
๒.	เลือกซื้ออาหารจากรถขายบริการตามบ้าน					
๓.	เลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จพร้อมรับประทาน					
๔.	เลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปแช่แข็งในมินิมาร์ท แล้วนำมาอุ่น					
๕.	เลือกซื้ออาหารจากซูเปอร์มาร์เก็ตมาเก็บ เพื่อนำมาประกอบอาหารหลายๆวัน					
๖.	บุตรหลาน/คู่สมรสเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารให้ ท่าน					
๗.	แม่บ้าน/คนรับใช้เป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารให้ ท่าน					
๘.	แลกเปลี่ยนอาหารกับเพื่อนบ้าน/คนใน ชุมชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๔ ครั้ง					
๙.	บริโภคอาหารจากบริการส่งอาหารปิ่นโต					
๑๐.	บริโภคอาหารนอกบ้านอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๔ ครั้ง					

ข้อ	ด้านครอบครัว	ระดับพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๑.	ท่านยังคงสถานภาพเป็นผู้นำครอบครัว					
๒.	ท่านเป็นศูนย์รวมทางจิตใจของสมาชิกในครอบครัวเสมอ					
ข้อ	ด้านครอบครัว	ระดับพฤติกรรม				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
๓.	ท่านยังได้รับความสำคัญในการปรึกษาเรื่องต่างๆจากสมาชิกในครอบครัว					
๔.	ท่านเป็นผู้ตัดสินปัญหา/ข้อพิพาทต่างๆภายในครอบครัว					
๕.	สมาชิกในครอบครัวอยู่กันพร้อมหน้าทุกวัน					
๖.	สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ท่านเป็นอย่างดี					
๗.	ท่านและสมาชิกในครอบครัวมักจะมีกิจกรรมร่วมกันเป็นประจำ					
๘.	สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ชักชวน/พาท่านไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ทำบุญ ทอดกฐิน					
๙.	สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ้าน ชักชวน/พาท่านไปร่วมงานสังคมเช่น งานบวช งานศพ งานแต่งงาน					
๑๐.	บุตร/หลานมาเยี่ยมในวันหยุดหรือเทศกาลเสมอ					

ส่วนที่ ๓ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

๑. ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข.....

.....

.....

๒. ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข.....

.....

.....

๓. ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข.....

.....

.....

๔. ด้านครอบครัว

ปัญหาอุปสรรค.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข.....

.....

.....

ขออนุโมทนาขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

พระคมสัน จิตเมธโส

ภาคผนวก จ

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยประเด็นการสัมภาษณ์ จำนวน ๒ ตอน มีดังต่อไปนี้

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ชื่อ.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี
ตำแหน่ง.....
วุฒิการศึกษา.....

ตอนที่ ๒ สัมภาษณ์เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขและส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม

- ๑) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ๒) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ๓) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร
- ๔) แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม ด้านครอบครัว
- ๕) แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามหลักพุทธธรรม

ลงชื่อ.....(ผู้ให้สัมภาษณ์)

ลงชื่อ.....(ผู้สัมภาษณ์)

สถานที่สัมภาษณ์.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เวลา.....น.

ภาคผนวก ฉ
รูปภาพผู้ที่ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์



สัมภาษณ์ นายโชค ไกรเทพ



สัมภาษณ์ นายโชค ไกรเทพ และ นายนายสำรวม ฤกษ์สนธิ



สัมภาษณ์ นายโชค ไกรเทพ และ นายบุญนาค เนียมสะอาด



สัมภาษณ์ นายสิม แสงทอง



สัมภาษณ์ พระมหาหมั่น จกกรตโน



สัมภาษณ์ นายสิม แสงทอง และ นายประเสริฐ สมภักดี



สัมภาษณ์ นางสาวหทัยชนก จันทรแรม



สัมภาษณ์ นางสาวปราณี ลากเย็น



สัมภาษณ์ พระครูสาธกธรรมวิจิตร และ พระครูขันติธรรมานุวัตร



สัมภาษณ์ พระครูสาธกธรรมวิจิตร และ พระครูขันติธรรมานุวัตร

ภาคผนวก ข

แบบสรุปโครงการวิจัย

ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

สัญญาเลขที่ : ว.๐๖๗ / ๒๕๕๗

ชื่อโครงการ : หลักพุทธธรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

หัวหน้าโครงการ : พระคมสัน จิตเมธโส

ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

โทรศัพท์ : ๐๘๑ - ๑๔๖ - ๙๔๑๘

E-mail – address : sanpkk@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อันเป็นผลมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุมียาวขึ้นแต่ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นนี้จะนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือได้มากเกินไปนั้นมิผลซ้ำเติมให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายซึ่งมีแนวโน้มจะเสื่อมอยู่แล้วให้เสื่อมยิ่งขึ้น การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่ตามลำพัง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้ ปัญหาโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญที่ควรพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง การบริโภคอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ จะทำให้มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจนำไปสู่รากฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี “หลักพุทธธรรม” เป็นอีกทางหนึ่งในการส่งเสริมพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นคำสอนที่มุ่งสำหรับคนทุกประเภทและครอบคลุมสังคมทั้งหมด มีลักษณะ ๒ อย่าง คือ ๑) หลักความจริงสยกลาง หรือที่เรียกว่า “มัชฌิมนธรรม” ๒) แสดงปฏิบัติทางสยกลาง หรือที่เรียกว่า “มัชฌิมาปฏิบัติ” เป็นทางมุ่งผลสำเร็จ คือ ความสุข สะอาด สว่าง สงบ เป็นอิสระ ที่สามารถมองเห็นได้ในชีวิตนี้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

- ๑) เพื่อศึกษาหลักพุทธธรรมที่ส่งเสริมการบริโภคอาหาร
- ๒) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
- ๓) เพื่อเสนอแนวทางการแก้ไขพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามหลักพุทธธรรม

ผลการวิจัย

ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านครอบครัว รองลงมา คือ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และน้อยที่สุด คือ ปัจจัยด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร จากการทดสอบสมมติฐานการ

เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มี เพศ อาชีพหลักก่อนเกษียณ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การพักอาศัย ปัญหาด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย และการเข้าวัดทำบุญ ต่างกัน มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร โดยรวมแตกต่างกัน ซึ่งยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทุกข้อ

๑. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การบริโภคอาหารในทาง พระพุทธศาสนาพระพุทธเจ้าท่านไม่ให้ยึดติดในรสชาติอาหาร (รสตัณหา) ไม่ยึดกลิ่นของอาหาร (คันธ ตัณหา) การบริโภคอาหารเพียงเพื่อคลายเวทนา คือ ความทุกข์ ความหิวเป็นโรคที่ร้ายแรงที่สุด (ชีฆจ ณา ปรมา โรคา) บริโภคเพื่อการดำรงชีวิตเท่านั้น เพื่อให้ร่างกายหายจากความหิว (วิหิงสุปะระติยา) ผู้สูงอายุควรแก้ไขการยึดติดรสชาติของอาหาร และกลิ่นอันโอชะของอาหาร ด้วยวิธีการฝึกจิตของตัวเอง นั่งสมาธิ ควบคุมจิตใจของตนเองไม่ให้หลงไหลหรือติดใจรสชาติของอาหาร

๒. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุควรใช้ปัญญา พิจารณาการบริโภคอาหาร อาหารประเภทใดมีโทษ อาหารประเภทใดไม่มีโทษ ควรบริโภคหรือไม่ ควรบริโภค ใช้ปัญญาไตร่ตรองแล้วค่อยบริโภคร่างกายจึงจะไม่มีโทษจากการบริโภคอาหารนั้น ระวัง ควบคุมสติของตนไม่ให้คล้อยตามหรือเชื่อคำโฆษณาชวนเชื่อจากคนรอบข้าง หรือจากโฆษณา ประชาสัมพันธ์ โดยใช้ปัญญาพิจารณาไตร่ตรอง ศึกษาข้อมูลข้อดีข้อเสียจากการบริโภคอาหารชนิดนั้น ด้วยตนเอง แล้วค่อยปลงใจเชื่อ

๓. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านการเข้าถึงแหล่งขายอาหาร การสำรวจอินทร์ (อินทริยสังวร) ทั้ง ๖ คือ ตา หู จมูก ลิ้น กาย และใจ ๑) สรรวมตา ไม่ยินดียินร้ายในเวลาเห็นรูปร่างหน้าตาของอาหารเมนูต่าง ๆ ๒) สรรวมหู ไม่ยินดียินร้ายในเวลาได้ยินเสียงคำเล่าลือหรือคำยกย่องรสชาติของอาหารเมนูต่าง ๆ จน ทำให้คล้อยตาม ๓) สรรวมจมูก ไม่ยินดียินร้ายในกลิ่นของอาหาร ๔) สรรวมลิ้น ไม่ยินดียินร้ายใน รสชาติของอาหารเมื่อสัมผัสกับลิ้น ๕) สรรรวมกาย ไม่ยินดียินร้ายเมื่อร่างกายได้สัมผัสรูปร่างของ อาหาร รสชาติของอาหาร และกลิ่นของอาหาร ๖) สรรวมใจ ไม่ปรุงแต่งความรู้สึกนึกคิดลงไปใน รสชาติของอาหาร

๔. แนวทางการแก้ไขพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ด้านครอบครัว บุตรหลานหรือคนในครอบครัวควรมีการเสียสละเวลาความสุข ส่วนตัว เอาใจใส่ผู้สูงอายุในครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยการพูดคุยสนทนา (ธมมสากัจฉา) จัดกิจกรรม สำหรับคนในครอบครัวร่วมกับผู้สูงอายุ (กลยุธมิตตตา) เช่น นั่งพูดคุยสนทนาเรื่องทั่วไป ร้องเพลง เล่นดนตรี ออกกำลังกาย หรือออกไปเที่ยวนอกบ้านร่วมกัน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข จิตใจเบิก บาน มีความสุข เป็นต้น

๕. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ตามหลักพุทธธรรม ส่งเสริมกิจกรรมการลดการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การบวชเนกขัมมะ รักษาอุโบสถศีล เป็นต้น กิจกรรมทางพระพุทธศาสนาเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับ ผลประโยชน์ต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ ได้พูดคุยสนทนาธรรม (สทธรรมิก) และสนทนาเรื่องราว

ต่าง ๆ ตามวัยของผู้สูงอายุ เป็นการทำให้ใจสงบ (สมาธิ) ผ่อนคลายเรื่องวุ่นวายต่าง ๆ ลดปริมาณการบริโภคอาหารเย็น (วิกาลโภชนา) ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีเวลาปรับธาตุของร่างกาย ร่างกายสามารถเผาผลาญอาหารเก่า และขับถ่ายของเก่าให้หมดไป

การนำไปใช้ประโยชน์

๑. กิจกรรมด้านการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษา

๑.๑ สามารถนำกระบวนการศึกษาวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนในรายวิชาทางด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น รายวิชาเศรษฐศาสตร์ในวรรณกรรมทางพระพุทธศาสนา พุทธวิธีกับการแก้ปัญหา และพัฒนาเศรษฐกิจ เศรษฐศาสตร์จุลภาค และเศรษฐศาสตร์มหภาค ทั้งในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

๑.๒ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานในระดับการกำหนดนโยบาย การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรให้มีการวางแผนดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ควบคู่กันไปทั้งสองทาง วางแผนการดูแลสุขภาพหลังเกษียณอายุการทำงาน เพื่อให้อยู่กับสังคมและสมาชิกของครอบครัวอย่างมีความสุข

๒. กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

๒.๑ สามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานของรัฐ โรงพยาบาล อนามัย และชมรมผู้สูงอายุ ในรูปแบบการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ซึ่งเกิดได้ง่ายในผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ จากความชรา เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๒.๒ ทำให้เกิดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์กับสังคม การทำบุญไหว้พระ นั่งสมาธิ ออกกำลังกาย เล่นดนตรี ร้องเพลง เป็นต้น ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดการผ่อนคลายไม่เกิดโรคเครียดและซึมเศร้า

๒.๓ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้อื่นจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้คนรุ่นหลังได้นำไปใช้ประโยชน์และเป็นการทำกิจกรรมยามว่างให้เกิดประโยชน์

๓. กิจกรรมด้านวิชาการ

มีการพัฒนาทักษะในการวิจัยให้กับทีมงานวิจัยและนิสิตปริญญาตรีและปริญญาโทสาขาหลักสูตรพุทธศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์ และหลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์การพัฒนาเชิงพุทธ ของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

การประชาสัมพันธ์

มีการประชาสัมพันธ์กิจกรรมและผลงานวิจัยทางอินเทอร์เน็ต ส่วนการประชาสัมพันธ์ทางสิ่งพิมพ์ผู้วิจัยต้องการนำไปตีพิมพ์ในวารสารของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและที่อื่น ๆ ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการ

ประวัติผู้วิจัย และคณะ

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

ชื่อ ฉายา/นามสกุล	พระคมสัน จิตเมธโส (เจริญวงศ์)
วัน/เดือน/ปี เกิด	๒๕ เมษายน ๒๕๒๗
วุฒิการศึกษา	น.ธ.เอก, พธ.บ. (เศรษฐศาสตร์), ศ.ม. (เศรษฐศาสตร์ธุรกิจ)
ตำแหน่ง	อาจารย์ประจำภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ที่อยู่	ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ตำบลลำไทร อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๓๐
โทรศัพท์	๐-๓๕๒๔-๘๐๙๘ ภายใน ๘๓๐๙
โทรศัพท์มือถือ	๐๘-๑๑๔๖-๙๔๑๘
E-mail	sanpkk@hotmail.com

ประวัติผู้ร่วมวิจัย ๑

ชื่อ ฉายา/นามสกุล	นายเดช ชูจันทร์
วัน/เดือน/ปี เกิด	๒๒ สิงหาคม ๒๕๒๓
วุฒิการศึกษา	น.ธ.เอก, ป.ธ.๖, พธ.บ. (เศรษฐศาสตร์), บธ.ม. (บริหารธุรกิจ)
ตำแหน่ง	อาจารย์ประจำภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ที่อยู่	ภาควิชาเศรษฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ตำบลลำไทร อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๓๐
โทรศัพท์	๐-๓๕๒๔-๘๐๙๘ ภายใน ๘๓๐๙
โทรศัพท์มือถือ	๐๙-๑๗๒๑-๙๙๕๙
E-mail	dech_dee@hotmail.com

ประวัติผู้ร่วมวิจัย ๒

ชื่อ ฉายา/นามสกุล	นางสาวปิยวรรณ หอมจันทร์
วัน/เดือน/ปี เกิด	๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๒๒
วุฒิการศึกษา	ธ.ศ.เอก, พธ.บ. (รัฐศาสตร์), พธ.ม. (รัฐประศาสนศาสตร์)
ตำแหน่ง	นักวิชาการศึกษาประจำหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาการจัดการเชิงพุทธ และสาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
ที่อยู่	ภาควิชารัฐศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ตำบลลำไทร อำเภอน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ๑๓๑๗๐
โทรศัพท์	-
โทรศัพท์มือถือ	๐๘-๕๕๖๔-๕๕๕๓
E-mail	giggy2009@hotmail.com