

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคล เรื่องโภชนาการกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สรสสินท์ รังสิยานนท์* เสรีนา สิริรัตน์ สกุลณะมรรคา**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วัสดุและวิธีการ: โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยการสุ่มเลือกผู้สูงอายุจำนวน 825 คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Independent T-Test และความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ร่วมกับสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ด้วยระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการศึกษา: ผู้สูงอายุจำนวน 825 คน ช่วงอายุตั้งแต่ 61 ปี ถึง 84 ปี อายุเฉลี่ย 70.30 ปี โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 45.50 เพศหญิงร้อยละ 55.50 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ($p < 0.05$) ระดับการศึกษา ($p = 0.00$) รายได้ของครอบครัว ($p = 0.00$) และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ($p = 0.00$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ ทั้งสามหัวข้อ ได้แก่ การตระหนักรู้ทางอารมณ์ การประเมินตนเองอย่างแม่นยำ และความมั่นใจในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.16, 0.24$ และ $0.29, p = 0.00$)

สรุปผล: ปัจจัยส่วนบุคคล และการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล การตระหนักรู้เรื่องโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุ

วันที่รับ: 4 สิงหาคม 2566

วันที่แก้ไข: 30 เมษายน 2567

วันที่ตอบรับ: 9 กันยายน 2567

*ภาควิชาศิลปศาสตร์และเวชศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110

**ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็กและทันตกรรมป้องกัน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110

Correlation Between Personal Factors of Nutritional Awareness and Food Consumption Behavior among Older Adults in the Eastern Region of Thailand

Sorasun Rungsianont* Serena S. Sakoolnamarka**

Abstract

Objective: This study aims to examine the relationship between personal factors, nutrition awareness, and food consumption behavior among older adults in the Eastern part of Thailand.

Materials and Methods: A structured questionnaire was utilized, comprising three sections covering personal information, nutrition awareness, and food consumption behavior. The sample consisted of 825 participants aged 60 years and above. Descriptive statistics, independent t-tests, one-way analysis of variance (ANOVA), and Pearson's correlation were employed to analyze the data at a 95% confidence level.

Results: The study included 825 older adults with an average age of 70.30 years, ranging from 61 to 84 years. Among the participants, 45.50% were male and 55.50% were female. The findings indicated significant positive correlations between gender ($p < 0.05$) educational level ($p = 0.00$), family income ($p = 0.00$), and living with family members ($p = 0.00$), with food consumption behavior. Furthermore, emotional awareness, accurate self-assessment, and self-confidence were significantly associated with food consumption behavior among the older adult population. ($r = 0.16, 0.24$ and $0.29, p = 0.00$)

Conclusion: Personal factors and personal awareness of nutrition have a significant positive relationship with the food consumption behavior of the older adults in the eastern region of Thailand

Keyword: Personal factor, Nutritional awareness, Food consumption behavior, Older adults

Received Date: Aug 4, 2023

Revised Date: Apr 30, 2024

Accepted Date: Sep 9, 2024

*Department of Oral surgery and Oral medicine, Faculty of Dentistry, Wattana, Bangkok 10110, Thailand.

**Department of Pedodontics and Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry, Wattana, Bangkok 10110, Thailand.

บทนำ (Introduction)

ในปัจจุบันทั่วโลกเกิดการเพิ่มสัดส่วนของประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดสังคมผู้สูงอายุ (aging society) จากผลสำรวจประชากรในปี พ.ศ.2564 (1) พบว่าผู้สูงอายุไทยคิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งสิ้น ซึ่งปัญหาทางสุขภาพและโภชนาการในกลุ่มนี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่มีต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต จากการศึกษาของ Wang และคณะ (2014) (2) ได้ติดตามพฤติกรรมของผู้สูงอายุจำนวน 31,588 คนที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังตลอดเป็นเวลา 18 ปีจนเสียชีวิตลง พบว่ากลุ่มนี้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนและโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ และขาดการตระหนักรู้เรื่องโภชนาการและการศึกษาของ นาควิจิตร ปี 2551 (3) โดยใช้แบบสอบถามในผู้สูงอายุจำนวน 362 คน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรัง จากการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุของ Rungsianont และ Sakoolnamarka ปี 2023 ในจังหวัดสมุทรปราการ (4) และนครนายก (5) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ในส่วนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2542 ได้เห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทุพโภชนาการ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้ร่วมกันกำหนดโภชนบัญญัติ 9 ประการ(6) เพื่อเป็นแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีแก่ผู้สูงอายุ (food-based dietary guidelines)

จากทฤษฎี Mixed Model of Emotional Intelligence ของ Goleman ปี 1995 (7) กล่าวถึงการตระหนักรู้ (Awareness) หมายถึง การเข้าใจและมี

ความรู้สึกรวมของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ตามจริง กล่าวคือการตระหนักรู้ส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1. การตระหนักรู้ด้านอารมณ์ (emotional awareness) หมายถึง ความสามารถในการตระหนักรู้และเข้าใจอารมณ์ของตนเองและของผู้อื่นอย่างถูกต้อง 2. การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำ (accurate self-assessment) หมายถึง การเข้าใจและประเมินค่าตนตามจริง โดยพิจารณาจากความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง 3. ความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) หมายถึง ความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตน

พื้นที่ในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้ทำการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากเป็นภาคที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรม มีอาหารท้องถิ่นที่เป็นเอกลักษณ์ในแต่ละชุมชน และมีผลไม้ประจำถิ่นเฉพาะจนได้รับได้รับการสนับสนุนการท่องเที่ยวเชิงอาหารจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.)(8) วัฒนธรรมและอาหารที่แตกต่างหลากหลายนี้อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในพื้นที่แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ประกอบกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุน้อยที่สุด(1) ทำให้มีโอกาสที่การศึกษาผู้สูงอายุในภาคนี้ในพื้นที่นี้จะได้ข้อมูลที่ครอบคลุม และผลการศึกษสามารถบ่งชี้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungsianont และ Sakoolnamarka ปี 2023(5) ที่มีข้อเสนอแนะให้ขยายกลุ่มตัวอย่างในครอบคลุมในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งคณะกรรมการภูมิภาคแห่งชาติ (9) แบ่งจังหวัดเป็นภูมิภาคด้วยระบบ 6 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วยเขตการปกครอง 7 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ระยอง จันทบุรี ตราด ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา และสระแก้ว

วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วัสดุและวิธีการ (Materials and Methods)

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์และสัตว์ทดลองมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWU-EC 120/2565E และ 094/2566E โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Studies) ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปใน จังหวัดชลบุรี ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา และสระแก้ว เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาความสัมพันธ์ระหว่าง ข้อมูลส่วนบุคคล การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลสถิติใน พ.ศ 2565 (1) จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่กับครอบครัวหรือผู้ดูแลภายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีทั้งหมด 823,103 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Taro Yamane , $n = N / (1 + Ne^2)$ เมื่อแทนค่าสูตร เมื่อ n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง N คือ ขนาดของประชากร e คือความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม สามารถคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อย 625 คน โดยมีความคลาดเคลื่อน 0.04 จากนั้นใช้การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อย 625 คน โดยมีความคลาดเคลื่อน 0.04 จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอิสระอย่างง่าย (Simple Random Sampling) 4 จาก 7 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัด ชลบุรี ปราจีนบุรี ฉะเชิงเทรา และสระแก้ว จึงแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลเป็น 4 ส่วน จำนวนตัวอย่าง 157 คนต่อจังหวัด และเพื่อให้แน่ใจว่าทีมผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนและตามข้อกำหนดในการตัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดการเก็บข้อมูลให้ได้อย่างน้อยจังหวัดละ 200 คน ซึ่งใช้การสุ่มอิสระอย่างง่ายจังหวัดละ 1 อำเภอ และนัดหมายอาสาสมัครเพื่อติดตามเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรครั้งนี้ได้ทั้งสิ้น 825 คน

โดยเกณฑ์การคัดเข้า 1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป 2. มีภูมิลำเนา หรือพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 3. มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีความบกพร่องทางการสื่อสารหรือบกพร่องทางการได้ยิน 4. ไม่มีโรคประจำตัวที่ส่งผลต่อการรับประทานอาหาร 5. ไม่เป็นผู้ติดปกติ ทางร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ 6. มีพันธุกรรมชาติที่มีพันธุกรรมด้านหลังอย่างน้อย 2 คู่สับหรือมีการใส่ฟันเทียม และสามารถใช้งานได้ดีเกณฑ์การคัดออก 1.ผู้ที่ไม่สามารถเลือกรับประทานประเภทอาหารหรือเลือกปรุงอาหารเองได้ เช่น อาศัยในสถานรับเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 2.ผู้สูงอายุที่ญาติหรือผู้ดูแลหา หรือประกอบอาหารให้ทานโดยที่ผู้สูงอายุไม่ได้เลือกเมนูอาหารเอง

เครื่องมือที่ใช้

แบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์ในการศึกษานี้ พัฒนามาแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาของ Rungsiyanont และ Sakoolnamarka (2023) (5) อิงหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ (6) และทฤษฎีของ Daniel Goleman (7) แบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์มีเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้คำถามปลายปิด ในข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้รวมครอบครัว และการอาศัยอยู่คนเดียวหรือร่วมกับสมาชิกในครอบครัว

ส่วนที่ 2 การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 2.1. การตระหนักรู้ด้านอารมณ์ 10 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงบวก 3 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงลบ 7 ข้อ 2.2. การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำ 9 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงบวก 3 ข้อ เป็นแสดงพฤติกรรมเชิงลบ 6 ข้อ 2.3. ความมั่นใจในตนเอง 7 ข้อ เป็นข้อแสดงพฤติกรรมเชิงบวก ทั้ง 7 ข้อ การให้คะแนนของข้อคำถาม แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก ซึ่งแต่ละข้อมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1 คะแนน ไม่เลย = 0 และ ส่วนที่คำถามเชิงลบได้กลับค่าคะแนน (Reverse Score)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 20 ข้อ โดย ใช้คำถามวัดความถี่ในการรับประทาน เป็นข้อที่แสดงพฤติกรรมเชิงบวก 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ดังนี้ รับประทานทุกวัน รับประทานทุกวัน 7 วัน/สัปดาห์ = 5 รับประทานบ่อย 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ = 4 รับประทานปานกลาง 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ = 3 รับประทานน้อย 2-3 ครั้งต่อเดือน = 2 และรับประทานทำน้อยมาก 0-1 ครั้ง/เดือน = 1 ไม่เคยรับประทานเลย = 0 และส่วนที่เป็นคำถามเชิงลบได้กลับค่าคะแนน โดยทั้ง 3 หัวข้อ มีเกณฑ์การแปลผล 5 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด = 0-1 น้อย = 1.01-2 ปานกลาง = 2.01-3 มาก = 3.01-4 มากที่สุด = 4.01-5

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำแบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์ไปทำการทดสอบกับกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง (pretest) ซึ่งได้แก่กลุ่มตัวอย่างอายุ 50-59 ปี จำนวน 30 คน ในพื้นที่ทดสอบได้การสุ่มอิสระอย่างง่าย ได้แก่ อำเภอเกาะจันทร์ จังหวัดชลบุรี ประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยมีค่าตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปทุกข้อ และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยความเชื่อมั่นจากหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.79-0.83

มีการกำหนดมาตรฐานแก่ผู้สัมภาษณ์จำนวน 4 คน ให้เข้าใจความหมายของข้อคำถามจนตรงกัน และปรับมาตรฐานทั้งในผู้สัมภาษณ์คนเดียวกัน (intra-examiner calibration) โดยการตรวจตัวอย่าง 10 คน ทำซ้ำ 2 ครั้ง เมื่อตรวจครบ 2 ครั้ง แล้วจึงนำผลการตรวจมาเปรียบเทียบการตรวจซ้ำตรงกันไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และทำการปรับมาตรฐานในระหว่างผู้สัมภาษณ์ ให้ผู้สัมภาษณ์ทุกคน สัมภาษณ์ตัวอย่างชุดเดียวกัน 20 คน จนได้ผลตรงกัน ร้อยละ 80 ในการสัมภาษณ์จริงกับกลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 10 นาทีต่อคน ต่อการสัมภาษณ์ 1 ครั้ง

วิเคราะห์ผลโดยใช้ข้อมูลค่าเฉลี่ยค่าคะแนนตัวแทนใน หัวข้อความตระหนักรู้เรื่องโภชนาการและพฤติกรรม ทางด้านโภชนาการ ด้วยการทดสอบการแจกแจงปกติ ด้วยสถิติ Skewness และ Kurtosis พบว่าอยู่ใน ระหว่าง -1.00 ถึง 1.00 จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรม ทางด้านโภชนาการ ด้วยการทดสอบที (Independent T Test) และความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ทดสอบความแตกต่างทุกคู่ในแต่ละกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ Post Hoc ในวิธี Scheffe และวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลความตระหนักรู้ และ พฤติกรรมทางด้านโภชนาการด้วย สหสัมพันธ์แบบ เพียร์สัน โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

ผลการศึกษา (Results)

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอายุเฉลี่ย 70.30 ปี จำนวน 825 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.50 เพศหญิง ร้อยละ 55.50 ส่วนมากเป็นการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.20 ส่วนมากมีรายได้ 6,000-10,000 บาท ร้อยละ 43.00 และอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 88.50 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

Table 1 Personal Data of The Older Adults.

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รวม	825	100.00
เพศ		
ชาย	367	44.50
หญิง	458	55.50
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	245	29.70
ประถมศึกษา	414	50.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	71	8.60
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	95	11.50
รายได้รวมของครอบครัว		
ต่ำกว่า 6,000 บาท	303	36.80
6,000-10,000 บาท	355	43.00
10,001-25,000 บาท	116	14.00
มากกว่า 25,000 บาท	51	6.20
การอยู่ร่วมกันของครอบครัว		
อยู่คนเดียว	95	11.50
อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	730	88.50

การตระหนักรู้ส่วนบุคคลรู้เรื่องโภชนาการ

การตระหนักรู้ด้านอารมณ์ พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 2.84 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ในข้อ

คุณไม่ชอบรับประทานอาหารจานด่วน (3.22 คะแนน) และมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดอยู่ระดับปานกลาง ในข้อคุณรู้สึกผิดเมื่อรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ (2.08 คะแนน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตระหนักรู้ด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุ

Table 2. The Emotional Awareness of The Older Adults.

การตระหนักรู้ด้านอารมณ์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. การรับประทานอาหารไม่หมด คุณรู้สึกผิดระดับใด	2.56	1.10	ปานกลาง
2. คุณรู้สึกดีที่ได้ดื่มเครื่องดื่มจนหมดแก้วเมื่อทานอาหารเสร็จ ออกจากร้านอาหาร	2.58	1.07	ปานกลาง
3. หากรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา คุณกังวลใจระดับใด	2.65	1.12	ปานกลาง
4. คุณรู้สึกผิดเมื่อรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์	2.08	1.15	ปานกลาง
5. คุณรู้สึกไม่ดีที่นำอาหารที่อาหารแช่แข็งมาอุ่นรับประทาน	2.92	1.13	ปานกลาง
6. คุณรู้สึกดีที่รับประทานอาหารได้มากเท่าที่อยากกิน	3.17	1.08	มาก
7. คุณรู้สึกดีที่ได้ดื่มน้ำอัดลมเมื่อคุณต้องการหรือกระหาย	2.93	1.56	ปานกลาง
8. คุณรู้สึกมีความสุขที่ได้รับประทานอาหารกับผู้อื่น	3.67	1.17	มาก
9. คุณรู้สึกดีที่ได้รับประทานอาหารที่ตัวเองชอบแม้จะไม่มีประโยชน์	2.93	1.28	ปานกลาง
10. คุณไม่ชอบรับประทานอาหารจานด่วน	3.22	1.16	มาก
รวม	2.84	0.37	ปานกลาง

การประเมินค่าตนเองได้อย่างแม่นยำ มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.20 และมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก ในข้อ คุณสามารถประเมินความรู้สึกอึดของตนเองขณะรับประทานอาหารได้

(3.94 คะแนน) และคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ระดับปานกลาง ในข้อคุณสามารถประเมินปริมาณพลังงานที่ได้รับหลังจากการรับประทานอาหารได้ (2.86 คะแนน) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำของผู้สูงอายุ

Table 3. The Accurate Self-Assessment of The Older Adults.

การประเมินค่าตนเองอย่างแม่นยำ	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1. เมื่อคุณทราบว่าท่านรับประทานอาหารมากแล้วแต่ท่านยังไม่อิ่ม คุณจะได้รับประทานอาหารต่อไป	2.89	1.28	ปานกลาง
2. หากฟันของคุณไม่สามารถเคี้ยวอาหารแข็งได้มากนัก คุณจะมีฟันเคี้ยวต่อไป	3.64	1.19	มาก
3. เมื่อรู้ว่าคุณเป็นโรคต่อร่างกายแต่มีของหวานที่โปรด คุณจะได้รับประทาน	3.22	1.15	มาก
4. ถ้าคุณรู้ว่าผักชนิดหนึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่คุณไม่ชอบผักชนิดนั้น คุณเต็มใจที่จะรับประทาน	2.86	1.04	ปานกลาง
5. คุณสามารถประเมินความรู้สึกอิ่มของตนเองขณะรับประทานอาหารได้	3.94	1.04	มาก
6. คุณสามารถประเมินความสามารถในการกินเคี้ยวของตัวเองได้	3.88	1.07	มาก
7. คุณสามารถประเมินปริมาณการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ต่อร่างกายใน 1 วัน ได้	3.43	1.00	มาก
8. คุณสามารถประเมินปริมาณการรับประทานอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ ต่อร่างกายของได้ใน 1 วัน ได้	3.09	1.08	มาก
9. คุณสามารถประเมินปริมาณพลังงานที่ได้รับหลังจากการ รับประทานอาหารได้	2.86	1.13	ปานกลาง
รวม	3.20	0.55	มาก

การมีความมั่นใจในตนเอง มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนน 3.28 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดในระดับมาก ใน 2 ข้อได้แก่ คุณมั่นใจว่าสามารถทำอาหารที่มีประโยชน์ให้สมาชิกในครอบครัวได้ และคุณมั่นใจว่า

คุณรับประทานที่มีประโยชน์ทุกวัน (3.62 คะแนน) คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ในระดับปานกลาง ในข้อคุณมั่นใจว่าคุณพลังงานจากอาหารที่รับประทานเหมาะสมในแต่ละวัน (2.48 คะแนน) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การมีความมั่นใจในตนเองของผู้สูงอายุ

Table 4. The Self-Confident of The Older Adults.

การมีความมั่นใจในตนเอง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1. คุณสามารถเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสมให้ตนเองได้อย่างมั่นใจ	3.60	1.04	มาก
2. คุณมั่นใจว่าสามารถทำอาหารที่มีประโยชน์ให้สมาชิกในครอบครัวได้	3.45	0.97	มาก
3. คุณมั่นใจว่าคุณรับประทานที่มีประโยชน์ทุกวัน	3.62	0.87	มาก
4. คุณมั่นใจว่าควรรับประทานผักและผลไม้ให้มีปริมาณกากใยเพียงพอเพื่อสุขภาพทุกวัน	3.62	0.93	มาก
5. คุณสามารถเล่าความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษของอาหารแก่ผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ	3.08	1.00	มาก
6. คุณมั่นใจว่าสามารถควบคุมปริมาณอาหารให้เหมาะสมในแต่ละวันได้	3.12	0.93	มาก
7. คุณมั่นใจว่าคุณพลังงานจากอาหารที่รับประทานเหมาะสมในแต่ละวัน	2.48	1.34	ปานกลาง
รวม	3.28	0.63	มาก

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าคะแนน 3.18 คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดระดับระดับมากที่สุด 2 ข้อ ได้แก่ รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหาร

ที่ใส่เครื่องปรุงจำนวนมาก และ รับประทานอาหารที่ล้างสะอาด ปรุงสุก (4.48 คะแนน) และคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ระดับน้อย คือ รับประทานอาหารน้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน (1.14 คะแนน) และ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

Table 5. The Consumption Behaviors of The Older Adults.

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
1. รับประทานขนมหวาน เช่น ลูกอม บัวลอยฝอยทอง ขนมชั้น ขนมเบื้อง ขนมปังทาเนย	3.06	1.25	มาก
2. รับประทานอาหาร มากกว่า 3 มื้อต่อวัน	3.63	1.19	มาก
3. รับประทานอาหาร น้อยกว่า 3 มื้อต่อวัน	1.14	1.29	น้อย
4. ดื่มน้ำอัดลม ดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น โค้ก เป๊ปซี่ สไปรท์ เอสท์ โคล่า น้ำส้มขวด น้ำผลไม้ขวด	3.33	1.22	มาก
5. ดื่มนม เช่น นมจืด นมรสช็อคโกแลต นมถั่วเหลือง นมอัลมอนต์	2.51	1.34	ปานกลาง
6. ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ เครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์	4.23	1.05	มากที่สุด
7. รับประทานเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ชามะลิ ชาต่าง ๆ ชาขวดในร้านค้า กาแฟกระป๋อง	2.71	1.57	ปานกลาง
8. รับประทานอาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง แหนม มะม่วงดอง	3.54	1.15	มาก
9. รับประทานอาหารเสริม วิตามินเสริม	2.22	1.78	ปานกลาง
10. รับประทานขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่งทอดกรอบ ผลไม้อบแห้ง หรือขนมอบแห้ง	3.19	1.26	มาก
11. รับประทานอาหารที่หลากหลาย สัดส่วนเหมาะสมกับ ปริมาณน้ำหนังร่างกาย	2.90	1.17	ปานกลาง
12. รับประทานข้าว ข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย	3.09	1.59	มาก
13. รับประทานพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลเป็นประจำ	3.55	1.16	มาก
14. รับประทาน ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่ว และผลิตภัณฑ์	3.50	1.22	มาก
15. ดื่มนมเปรี้ยว และผลิตภัณฑ์จำพวก โยเกิร์ต	2.13	1.38	ปานกลาง
16. รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เค็มจัด หวานจัด เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารที่ใส่เครื่องปรุงจำนวนมาก	4.48	1.26	มากที่สุด
17. ดื่มน้ำสะอาดจากแหล่งผลิตที่ได้คุณภาพ	4.12	1.05	มากที่สุด
18. รับประทานอาหารที่ล้างสะอาด ปรุงสุก	4.23	1.01	มากที่สุด
19. รับประทานอาหาร หรือ ขนมนอกมื้ออาหาร	2.92	1.22	ปานกลาง
20. รับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด	3.84	1.02	มาก
รวม	3.18	0.41	มาก

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพศชาย เท่ากับ 3.68 และ เพศหญิง เท่ากับ 3.59 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาเป็น น้อยกว่าประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า 2.11 และ ประถมศึกษา 2.04 ตามลำดับ ในส่วนรายได้รวมของครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้รวมของครอบครัว

10,001-25,000 บาท มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ผู้ที่มีรายได้รวมมากกว่า 25,000 บาท ผู้ที่มีรายได้รวม 6,000-10,000 บาท และ น้อยกว่า 6,000 บาท เป็น 3.71, 3.69, 3.66 และ 3.60 ตามลำดับ และ ผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 ในขณะที่ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.45

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แยกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

Table 6. MEAN Score of Consumption Behaviors of The Older Adults Classified by Personal data.

ข้อมูลส่วนบุคคล		ค่าเฉลี่ยคะแนน พฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน
เพศ	ชาย	3.59	0.03
	หญิง	3.68	0.02
ระดับการศึกษาสูงสุด	น้อยกว่าประถมศึกษา	2.11	0.03
	ประถมศึกษา	2.04	0.03
	มัธยมศึกษาตอนต้น	2.29	0.08
	มัธยมศึกษาตอนปลายหรือสูงกว่า	2.11	0.04
รายได้รวมของครอบครัว	น้อยกว่า 6,000 บาท	3.60	0.03
	6,000-10,000 บาท	3.66	0.03
	10,001-25,000 บาท	3.71	0.05
	มากกว่า 25,000 บาท	3.69	0.06
การอยู่ร่วมกันของครอบครัว	อยู่คนเดียว	3.45	0.05
	อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	3.67	0.02

จากตารางที่ 7 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน พบว่าการตระหนักรู้ด้านอารมณ์ การประเมินค่าตนเองได้อย่างแม่นยำ การมีความมั่นใจของตนเอง มีความสัมพันธ์กัน

ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 โดยมี ค่า r เป็น 0.16, 0.24 และ 0.29 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 สหสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

Table 7. The Correlation Between Self- Awareness and Consumption Behaviors of The Older Adults.

		การตระหนักรู้ ด้านอารมณ์	การประเมินค่า ตนเองได้อย่าง แม่นยำ	การมีความ มั่นใจ ในตนเอง	พฤติกรรม การบริโภค อาหาร
การตระหนักรู้ ด้านอารมณ์	Pearson Correlation	1	0.26**	0.10**	0.16**
	Sig. (2-tailed)		0.00	0.00	0.00
	N	825	824	825	825
การประเมินค่าตนเอง ได้อย่างแม่นยำ	Pearson Correlation	0.26**	1	0.35**	0.24**
	Sig. (2-tailed)	0.00		0.00	0.00
	N	825	825	825	825
การมีความมั่นใจ ในตนเอง	Pearson Correlation	0.10**	0.35**	1	0.29**
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.00		0.00
	N	825	825	825	825
พฤติกรรม การบริโภคอาหาร	Pearson Correlation	0.16**	0.24**	0.29**	1
	Sig. (2-tailed)	0.00	0.00	0.00	
	N	825	825	825	825

** นัยสำคัญทางสถิติ < 0.01 *นัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุและปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วน เพศ และ การอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อทดสอบที่ พบว่าค่าความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุของเพศชายมีค่าเฉลี่ยคะแนน น้อยกว่าเพศหญิง (0.09 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับสมาชิกใน

ครอบครัว 0.22 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.00$) ดังตารางที่ 8 และในส่วนระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้รวมของครอบครัวนั้น เมื่อทดสอบความแปรปรวนทางเดียว ทดสอบความแตกต่างทุกคู่ด้วยการวิเคราะห์ Post Hoc ในวิธี Scheffe ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีนัยสำคัญ

ตารางที่ 8 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีนัยสำคัญแยกตามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

Table 8. The Differences of MEAN Score of Significant Consumption Behaviors of The Older Adults.

ข้อมูลส่วนบุคคล		ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
เพศ	ชาย	-0.09*
	หญิง	
การอยู่ร่วมกันของครอบครัว	อยู่คนเดียว	-0.22**
	อยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว	

** นัยสำคัญทางสถิติ < 0.01 *นัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

วิจารณ์ (Discussion)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยของครอบครัว และการอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพบว่า การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

แม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่างเพศและพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นเรื่องที่ยังถกเถียง งานวิจัยในประเทศสเปน ของ López Giménez และคณะ ปี 2014 (10) ไม่พบความสัมพันธ์ของเพศและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในขณะที่งานทบทวนวรรณกรรมจำนวน 30 เรื่องระหว่างปี 2002-2017 ของ Masella และ Malorni ปี 2017 (11) พบความแตกต่างของเพศมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยปัจจัยทั้งทางวัฒนธรรมและความคาดหวังในสังคม ทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความต่างกันระหว่างความเป็นชายหรือหญิง เช่น อาหารบางประเภท เช่น ผู้หญิงมักบริโภคของหวาน อาหารว่าง รวมทั้งมาตรฐานทางสังคม ทำให้ผู้หญิงอาจมีความกดดันตนเองมากกว่า ซึ่งส่งผลให้ระมัดระวังการบริโภคอาหาร ในขณะที่เดียวกันผู้ชายเน้นเรื่องความแข็งแรง รูปร่างใหญ่ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีขนาดต่อคนมากกว่า

จากการศึกษาจำนวนมาก พบว่าระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เช่น งานของ Rippin และคณะ ปี 2020 (12) ได้สำรวจข้อมูลจากประชากร อายุ 19-64 ปี จำนวน 27,334 คน ในสหภาพยุโรป 12 พบว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มผู้ที่มีการศึกษาต่ำมีโอกาสที่จะขาดสารอาหารและได้รับจุลธาตุที่ไม่เพียงพอ (Micronutrient) ส่วนการศึกษาของ Sugisawa และคณะ ปี 2015 (13) ที่ศึกษาแบบตัดขวางโดยใช้แบบสอบถาม ผู้สูงอายุจำนวน 558 คน ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ระดับการศึกษาและรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงการศึกษาในประเทศจีนของ Han และคณะ ปี 2009 (14) ชี้ว่าระดับการศึกษาและรายได้ส่วนตัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

การศึกษาส่วนใหญ่ แสดงว่าการอยู่ร่วมกันของครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวมีโอกาสมากขึ้นที่จะบริโภคอาหารแปรรูปหรืออาหารแช่แข็ง เนื่องจากความสะดวก และมักจะเตรียมอาหารสดที่ติดสุขภาพเมื่อมีผู้มาเยี่ยม การที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวอาจจะทำให้มีความอยากอาหารน้อยลง นอกจากนี้ผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีโอกาสน้อยลงที่จะ

สามารถเดินทางไปหาอาหารสด และอาหารที่มีคุณภาพ ได้ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ Hanna และ Collins ปี 2015 (15) ที่ศึกษาจาก 8 ระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 41 ชิ้นงาน พบว่า การอาศัยอยู่คนเดียวส่งผลกระทบต่อทางลบต่อการบริโภคอาหาร และพบความสัมพันธ์ระหว่างการอาศัยอยู่คนเดียวและผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chang และคณะ ปี 2021 (16) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารที่ไม่ดี และในประเทศมาเลเซีย Shahar และคณะ ปี 2019 (17) ได้ทำการศึกษาระยะยาวถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมบริโภคอาหารและอัตราการเป็นโรคเรื้อรัง ในผู้สูงอายุ 2,237 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่ยากจนส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำ อาศัยอยู่คนเดียว มักมีโภชนาการที่ไม่ดี ขาดโปรตีน ขาดใยอาหารและบริโภคอาหารโดยไม่คำนึงถึงพลังงานจากอาหาร

การตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุซึ่งจากการศึกษาของ Aure และคณะ ปี 2020 (18) โดยให้ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา 18 แห่งในประเทศนอร์เวย์ ได้ใช้แอปพลิเคชันบนแท็บเล็ต เพื่อกระตุ้นการบริโภคอาหาร พบว่าการสร้างความตระหนักรู้ผ่านการใช้อุปกรณ์บนแท็บเล็ต สามารถกระตุ้นผู้ใช้งานให้นำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น

จากการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับ การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุของ Sakoolnamarka และ Rungsiyanont ปี 2023 ในภาคกลางของประเทศไทย (19) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ ระดับการศึกษา และการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ ทั้ง 3 หัวข้อ มีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

สรุปผลการศึกษา (Conclusion)

ปัจจัยส่วนบุคคล และการตระหนักรู้ส่วนบุคคลเรื่องโภชนาการ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยครั้งนี้ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัย จากงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน (Fundamental Fund; FF) ด้านผู้สูงอายุ สภาวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566 และเงินรายได้คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประจำปีงบประมาณ 2566

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. National Statistical Office of Thailand. Statistic of Older Adults in 2007 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2007 [cited 2021 Sep 20] [Available from: <http://webhost.nso.go.th/nso/home/images/68/old.doc>. (in Thai).
2. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2014;349:g4490. doi: 10.1136/bmj.g4490.
3. Nakwjit B. Psycho-social factors related to self-care behavior and happiness of the senior citizen club members in the hospitals under medical service department, Bangkok metropolis. [Master Thesis, (Applied Behavioral Science Research)]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2008.
4. Rungsiyanont S, Sakoolnamarka SS. Coorelation between nutrition awareness and food consumption behaviors of elderly in Samutprakarn province. *J Public Health Epidemiol*. 2023;15(2):55-63.
5. Sakoolnamarka SS, Lawprasert K, Larpjittkusol S, Srikan T, Chuayboo S, Rungsiyanont S. Correlation Between Nutritional Awareness and Food Consumption Behaviors of The Elderly in Nakhon Nayok Province. *SWU Dent J*. 2021; 14(1):64-79.

6. Healthy Diet for Elderly. Potential development and enhancements in nutritional skills for lifelong care of the elderly and exchange knowledge with network partners [Internet]. elderly cluster, Bureau of Nutrition, Department of Health; 2017 [cited 2023 Dec]. Available from: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/elderly-oc/download>. (in Thai).
7. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books Publishing; 1995.
8. Kasempolkoon A. Eastern Thai Cuisine as an Intangible Cultural Heritage: The Harmony of Multicultural Society and Identity Formation in the Gastronomy Tourism. [Internet] Bangkok: In: 2nd Museums and Cultural Heritage Conference, Thammasat University; 2022 [cited 2023 Sep]. Available from: <https://museum.socanth.tu.ac.th>. Accessed: 2023-09-15. (in Thai).
9. Office of the Royal Society. "Geographic regionalization" [Internet]. Bangkok: Office of the Royal Society; 2015 [cited 2023 Sep]. Available from: <http://legacy.orst.go.th>. (in Thai).
10. López-Gimenez R, Montero P, Mora Urda AI, Collazos J. Eating Habits, Health and Gender in the Elderly. *Eur J Investig Health Psychol Educ*. 2013;4:31-40. doi:10.3390/ejihpe401000.
11. Masella R, Malorni W. Gender-related differences in dietary habits. *Clin Manag Issues*. 2017;11. doi:10.7175/cmi.v11i2.1313.
12. Rippin HL, Hutchinson J, Greenwood DC, Jewell J, Breda JJ, Martin A, et al. Inequalities in education and national income are associated with poorer diet: Pooled analysis of individual participant data across 12 European countries. *PLoS One*. 2020;15(5):e0232447. doi:10.1371/journal.pone.0232447.
13. Sugisawa H, Nomura T, Tomonaga M. Psychosocial mediators between socioeconomic status and dietary habits among Japanese older adults. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(2):130-6. doi: 10.1016/j.jeoa.2021.100307.
14. Han Y, Li S, Zheng Y. Predictors of nutritional status among community-dwelling older adults in Wuhan, China. *Public Health Nutr*. 2009;12(8):1189-96.
15. Hanna KL, Collins PF. Relationship between living alone and food and nutrient intake. *Nutr Rev*. 2015;73(9):594-611.
16. Chang L, Fujin Y, Zhigang X, Xu T. Do Living Arrangements Matter? Evidence from Eating Behaviors of the Elderly in Rural China. *J Econ Ageing*. 2021;19:100307. doi: 10.1016/j.jeoa.2021.100307.
17. Shahar S, Vanoh D, Mat Ludin AF, Singh DKA, Hamid TA. Factors associated with poor socioeconomic status among Malaysian older adults: an analysis according to urban and rural settings. *BMC Public Health*. 2019;19(Suppl 4):13. doi: 10.1186/s12889-019-6866-2.
18. Aure CF, Kluge A, Moen A. Promoting dietary awareness: Home-dwelling older adults' perspectives on using a nutrition application. *Int J Older People Nurs*. 2020;15:e12332. doi:10.1111/opn.12332.
19. Sakoolnamarka SS, Rungsiyanont S. Correlation between Nutritional Awareness and Food Consumption of the Elderly in the Central of Thailand: A Cross-Sectional Study. *Ann Dent Oral Health*. 2023;6(2):1051.

ติดต่อบทความ:

อ.ทพญ. เสรีนา ลีรัตน์ สกูลณะมรรคา
ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก และ ทันตกรรมป้องกัน
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท23 เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110
โทรศัพท์ : 085 159 1082
อีเมลล์ : serena@g.swu.ac.th

Corresponding author:

Dr. Serena S. Sakoolnamarka
Department of Pedodontics and Preventive
Dentistry Faculty of Dentistry, Wattana, Bangkok
10110, Thailand.
Tel: (668) 5159 1082
E-mail: serena@g.swu.ac.th