

Development of a Food Management Model for Elderly Health in Nakhon Pathom Province

Prapa Kongpunya* Pattamaporn Joompa* Somchoke Khunsanong* Charana Sapsuwan*

ABSTRACT

Thailand will become completely aged society in the next 3 years. Hence, Thailand needs readiness to respond to related situations, especially health problems among the elderly. This research aimed to develop a food management model in Nakhon Pathom Province suitable for elderly health accompanied by educating and improving food consumption behavior. The participants comprised of 238 elderly leaders and 769 elderly individuals from 19 subdistricts of 7 districts. Overall, 370 people were randomly selected as representative for the evaluation of knowledge and behavior by comparing pre- and post-implementation. The research process focused on building participation and developing the potential of the elderly, i.e., searching and planning to develop a suitable food manage-

ment model. The result elucidated that the food management models in each district were relatively the same, i.e., vegetable and fruit gardening at home, as well as, in community areas. Healthy recipes were developed using cultivated raw food materials, and subsequently, excessive raw materials were preserved and processed. Implementation of food management models in households and communities supported elderly self-care in the context of reducing sugar, fat and sodium in the cooking process, along with an increase in vegetable and fruit consumption. The next step of the study should compare the food management models among the different subdistricts, as well as, extending the implementation for two years in sustainable development.

Keywords: food management, health, elderly

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยจัดอยู่ในภาวะสูงวัยของประชากรเป็นอันดับสองของกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศสิงคโปร์ สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร (Demographic change) ของประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์” (Complete aged society) ในปี พ.ศ.2564¹ โดยในปี 2558 ผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนกว่าร้อยละ 10 หรือมากกว่า 7 ล้านคน และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนจะเพิ่มขึ้นถึง 17 ล้านคน ภายในปี 2583 ซึ่งมากกว่า 1 ใน 4 ของประชากรไทยทั้งหมด² ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์ประชากรสูงวัยนี้ โดยต้องมีการวิเคราะห์ทิศทางแนวโน้มของสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่การวางแผน กำหนดยุทธศาสตร์และวิธีปฏิบัติ ซึ่งการมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นย่อมหมายถึง ภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสมที่จะต้องสูงขึ้นตามไปด้วย³ โดยข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 (2557) พบว่า มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุวัยปลาย เป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 10 เป็นโรคเบาหวาน มากกว่าร้อยละ 70 มีฟันไม่ครบ 20 ซี่ และร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน จากการสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. 2558 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) รายงานว่าตนเองมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง⁴

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน เพื่อยกสถานภาพ

ของผู้สูงอายุไทย โดยมีดัชนีวัดความสำเร็จถึง 60 ตัว ภายใต้วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” ซึ่งขยายความด้วยการกล่าวถึง คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ สุขภาพกาย/จิต ครอบครัวยุคใหม่ สังคม เอื้ออาทร สิ่งแวดล้อมเหมาะสม ปลอดภัย และหลักประกันมั่นคง ซึ่งในการดูแลและให้บริการผู้สูงอายุในพื้นที่นั้น หน่วยงานที่จะมีบทบาทสำคัญและต้องทำงานประสานร่วมมือกัน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น⁵ ทีมวิจัยสังเกตเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญและจำเป็นต่อการป้องกันและลดปัญหาในอนาคต แต่ต้องดำเนินการอย่างมียุทธศาสตร์ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ทีมวิจัยจึงนำแนวคิดการพึ่งตนเองด้านอาหาร มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารของผู้สูงอายุ และนำมาใช้เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ (Participatory Action Research) โดยการเสริมสร้างศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุในการวางแผน ร่วมกันเพื่อค้นหาและพัฒนารูปแบบการจัดการอาหาร ซึ่งจังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดที่มีบริบทชุมชนภายใต้สังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีปัญหาด้านสังคมซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอนามัย การแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนเช่นนี้ ไม่อาจพึ่งพากรัฐหรือระบบราชการแต่เพียงฝ่ายเดียว ชุมชนเองต้องให้ความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากชุมชนเข้าใจถึงสาเหตุและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นอย่างดี⁶ การจัดการอาหารของผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกหนึ่งของการพัฒนาที่มีเป้าหมายคือการส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพัฒนาพฤติกรรมกรบริโภคอาหารเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและเพื่อนผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกันได้



วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ระหว่างแกนนำผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ได้แก่ แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 238 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 769 คน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการนี้ทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จำนวน 370 คน เพื่อเป็นตัวแทนในการประเมินผลในเชิงปริมาณก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม โดยกลุ่มตัวอย่างประเมินผลก่อนและหลังดำเนินโครงการเป็นคนเดียวกัน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ในการสอบถามความรู้ ความคิดเห็น พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และความรู้ในการบริโภคอาหาร หลังจากนั้นมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เจาะลึก โดยเป็นการคัดเลือกจากผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informant) เพื่อมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนดำเนินกิจกรรม ติดตามงาน รวมทั้งเป็นผู้ที่มีบทบาทในการรับผิดชอบผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 43 คน ซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่อบต. จำนวน 3 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุระดับตำบลและประธานกลุ่มกิจกรรมจำนวน 20 คน ซึ่งคัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงโดยมีเงื่อนไขในการคัดเลือกคือเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการและเป็นผู้ที่เข้าร่วมโครงการในทุกขั้นตอนตั้งแต่กิจกรรมการวางแผนกิจกรรมการอบรม กิจกรรมการปลูก ปรงประกอบ ถนอมแปรรูปอาหาร และกิจกรรมการติดตามประเมินผล

การคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ (Inclusion Criteria) ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดนครปฐมมาแล้วไม่น้อยกว่า 10 ปี มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สามารถเขียนชื่อตัวเองได้ ตอบคำถามได้ด้วยตนเอง และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยดำเนินการในระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2560 โดยพื้นที่ดำเนินงานครอบคลุม 19 ตำบล ใน 7 อำเภอ ของจังหวัดนครปฐม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็นแบบสอบถามเชิงปริมาณ และแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เจาะลึกและสนทนากลุ่ม แบบสอบถามเชิงปริมาณแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย 1) คำถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ 2) คำถามความรู้การปฏิบัติตนตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ 3) คำถามพฤติกรรมการบริโภคตามแนวทางการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามความรู้ในการบริโภคอาหารในหมวดหมู่อาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็มจัด ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (food frequency) การทดสอบคุณภาพเครื่องมือทำโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Index of Consistency: IOC) เท่ากับ 0.66 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

Alpha) แบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ แบบสอบถามความรู้ในการบริโภคอาหาร ความคิดเห็นในการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้ค่าเท่ากับ 0.792, 0.813 และ 0.805 ตามลำดับ

วิธีการดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ค้นหารูปแบบการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับพื้นที่ในแต่ละอำเภอ โดยการค้นหาแกนนำผู้สูงอายุจาก 19 ตำบล ใน 7 อำเภอ ได้จำนวน 238 คน ทำการสุ่มแกนนำผู้สูงอายุเพื่อทำการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เจาะลึกถึงรูปแบบการจัดการอาหารในระดับครัวเรือนและชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน พบข้อมูลสำคัญว่าปัญหาการจัดการอาหารในครัวเรือน ได้แก่ การได้วัตถุดิบจากแหล่งอาหารที่ไม่ปลอดภัย มีราคาแพง ไม่ทราบวิธีการปรุงประกอบอาหารที่ปลอดภัย ไม่ทราบแนวทางการรับประทานอาหารอย่างถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งมีปัญหามาตรฐานกับปริมาณวัตถุดิบอาหารที่ผลิตในชุมชนที่มากเกินไปหรือปล่อยทิ้งให้เน่าเสีย โครงการจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับชุมชนโดย

1.1 จัดการประชุมเสริมสร้างความรู้และพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำในการสร้างแหล่งอาหารที่ปลอดภัย การปรุงประกอบอาหาร การถนอม/แปรรูปอาหาร และการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 7 ครั้งๆ ละ 1 วัน

1.2 แกนนำผู้สูงอายุทั้ง 238 คน จากแต่ละอำเภอ ร่วมจัดเวทีระดมความคิดหาารูปแบบการจัดการอาหารที่เหมาะสมกับพื้นที่ และวางแผนในการจัดการอาหารในแต่ละอำเภอ จำนวน 7 ครั้งๆ ละ 1 วัน

ระยะที่ 2 แกนนำผู้สูงอายุประชาสัมพันธ์หาแนวร่วมจากผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการด้วยความ

สมัครใจ จำนวน 769 คน แล้วจัดให้มีเวทีจำนวน 7 ครั้งๆ ละ 1 วัน เพื่อเสริมสร้างความรู้ในเรื่องการจัดการอาหารตั้งแต่การปลูกไปจนถึงการรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและถูกหลักโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ รวมถึงการนำแผนการจัดการอาหารของแต่ละอำเภอไปสู่การปฏิบัติจริงร่วมกัน ได้แก่

2.1 การปลูกผักและผลไม้ในครัวเรือน และการรวมกลุ่มปลูกผักและผลไม้ในพื้นที่ส่วนรวมของชุมชนเพื่อเป็นตัวอย่างของการสร้างแหล่งอาหารที่ปลอดภัย

2.2 การพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ โดยค้นหาเมนูอาหารท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำ นำมาปรุงประกอบตามวิถีดั้งเดิม แต่มีการปรับลดความหวาน มัน เค็ม ให้เหมาะสมกับสุขภาพ หลังจากนั้น นำตำรับอาหารที่ได้ไปทดสอบการยอมรับในรสชาติอาหารในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม

2.3 การพัฒนาวิธีการถนอมอาหารและแปรรูปอาหาร โดยนำผักผลไม้จากแปลงรวมในชุมชนหรือจากครัวเรือนที่มีให้ผลิตปริมาณมาก เหลือจากการรับประทาน นำมาถนอม/แปรรูปอาหารในวิธีการที่เหมาะสมกับสุขภาพ (ลดความหวาน มัน เค็ม)

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลและจัดเวทีนำเสนอผลงานของกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละอำเภอ ในช่วงระหว่างการดำเนินกิจกรรม มีการบันทึกผลจากการสังเกตกิจกรรมในแต่ละครั้ง การประชุมติดตามงานและนำผลการประชุมมาจัดปรับวิธีการทำงาน ในช่วงท้ายของโครงการ มีการจัดเวทีนำเสนอผลงานของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการในระดับจังหวัดและมีการประเมินผลโครงการ

การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยในคนชุดกลาง มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU-CIRB 2017/005.2301 เมื่อวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2560 ได้รับอนุญาตจากชุมชนและกลุ่มตัวอย่างให้เข้าไปทำการเก็บแบบสอบถามและเข้าร่วมวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทั้งก่อนเริ่มต้นเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างดำเนินการวิจัย และช่วงเก็บข้อมูล ประเมินผล โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ในทุกช่วงของการดำเนินโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณกับกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินโครงการซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างคนเดียวกัน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS ver.22 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มีการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบใช้ paired t-test ส่วนการวิเคราะห์คำนวณคุณค่าสารอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภค ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปคำนวณสารอาหาร INMUCAL-Nutrients V3 ฐานข้อมูลชุด NB2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เริ่มจากถอดเทป ให้รหัสข้อมูล (Coding) โดยดึงข้อมูลที่เป็นกลุ่มคำตอบหรือความคิดเห็นสำคัญที่ใกล้เคียงกันมาลงรหัสเป็นชื่อเดียวกัน และสรุปประเด็นเนื้อหาข้อมูลตามวัตถุประสงค์และแนวคิดของการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ผลการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดการอาหาร พบว่า รูปแบบการจัดการอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐมที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 7 อำเภอมีความคล้ายคลึงกัน คือ มีรูปแบบของ

การจัดการที่เริ่มต้นจากการปลูกผักผลไม้ เพื่อสร้างแหล่งอาหารที่ประหยัด ปลอดภัย สะดวกต่อการนำมารับประทาน จากนั้นนำผักที่ปลูกมาปรุงประกอบอาหาร โดยพัฒนาตำรับอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ (ลดความหวาน มัน เค็ม) ได้จำนวน 39 ตำรับ 28 เมนู หากผลผลิตเหลือจากการบริโภคหรือได้ผลผลิตปริมาณมาก จะถูกนำมาถนอมหรือแปรรูปเป็นอาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ (ลดความหวาน มัน เค็ม) ได้จำนวน 13 ชนิด ซึ่งมีเมนูอาหารเพื่อสุขภาพที่ผู้สูงอายุรับประทานเป็นประจำ ได้แก่ แกงส้มผักรวมแกงเลียง และต้มจับฉ่าย ส่วนการถนอมอาหารหรือแปรรูปอาหารที่ผู้สูงอายุมักทำรับประทานเองที่บ้าน ได้แก่ น้ำสมุนไพรวุ้น เช่น น้ำตะไคร้ น้ำอัญชัน น้ำพริกทอง เป็นต้น และการถนอมแปรรูปอาหารที่ผู้สูงอายุมักรวมกลุ่มกันทำ ได้แก่ ก๋วยเตี๋ยว น้ำพริกเห็ด และไข่เค็มสมุนไพรวุ้น

หลังจากตำรับอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารผ่านการทดสอบการยอมรับในรสชาติอาหารแล้วพบว่า ยังคงเป็นที่ชื่นชอบของผู้สูงอายุ นอกจากนี้จุดเด่นของการจัดการอาหารของกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม คือ การสร้างแหล่งอาหารร่วมกันโดยมี “การปลูกผักแปลงรวม” เพื่อนำผลผลิตไปแบ่งปันให้กับสมาชิกในชุมชน เป็นรูปแบบใหม่ที่ผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐมสร้างแหล่งสำรองอาหารภายในชุมชน ยามขาดแคลน และยังสามารถนำมาแบ่งปันให้กับครอบครัวที่ไม่มีพื้นที่สำหรับการเพาะปลูกได้ ส่วนชนิดของผักและผลไม้ที่ปลูกในแต่ละอำเภอ พบมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของท้องถิ่น เป็นพืชพันธุ์ที่หาง่ายในชุมชน เป็นที่นิยมต่อการรับประทาน และมีความคุณค่าทางโภชนาการ นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุนำตำรับอาหารที่พัฒนาแล้วและผลผลิตจากการถนอม/แปรรูปอาหารไปเผยแพร่ในการประชุมของชมรม

ผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ โดยรับประทานและผลิตภัณฑ์
อาหารจากการถนอม/แปรรูปอาหารได้รับการยอมรับ

และสร้างรายได้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ดังรูปภาพที่ 1

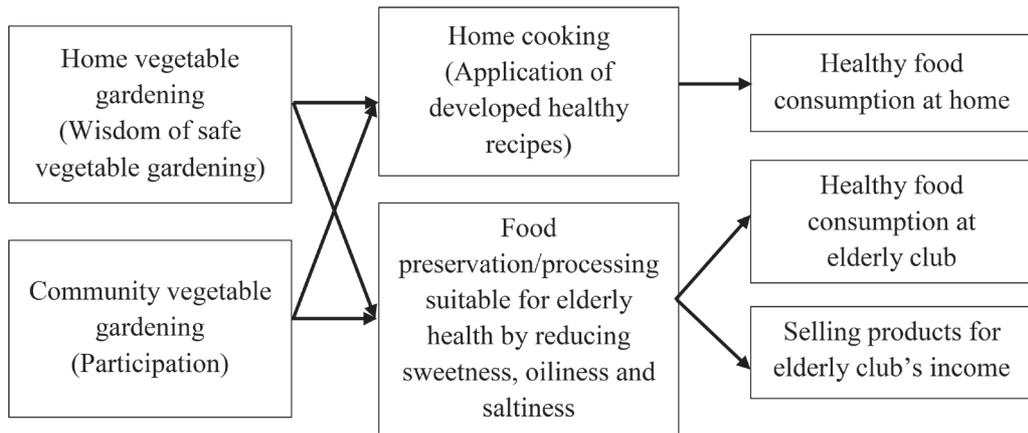


Figure 1 Guideline Summary of the Development of Food Management Model for Elderly Health in Nakhon Pathom Province

2. ผลจากการนำรูปแบบการจัดการอาหารไปใช้ในการส่งเสริมความรู้และพัฒนาพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พบข้อมูลที่สำคัญในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ทำการประเมินผลเพื่อศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินโครงการซึ่งเป็น คนเดียวกัน คือ

2.1) ด้านสุขภาพอนามัยของกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และเบาหวาน ร้อยละ 55.6, 39.9 และ 20.4 ตามลำดับ มีผู้สูงอายุ ที่เคี้ยวอาหารได้ทุกชนิด ร้อยละ 62.5 ส่วนการประเมิน ภาวะสุขภาพโดยรวมด้วยตนเองนั้น กลุ่มตัวอย่าง คิดเห็นว่าตนเอง แข็งแรงดี ร้อยละ 89.9 ดังตาราง ที่ 1

2.2) ผลจากการส่งเสริมความรู้และการพัฒนา พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินโครงการมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้สูงกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 2 ในด้านพฤติกรรมจัดการอาหารในครัวเรือนทั้งการปลูก ผักผลไม้ การปรุงประกอบอาหาร การถนอมอาหาร ไว้กินเอง และพฤติกรรมการบริโภคตามแนวทาง ปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหาร รสจืด การบริโภคผัก ผลไม้ และดื่มนมเป็นประจำ ในกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่ามีร้อยละเพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อเทียบกับก่อนดำเนินโครงการ ดังตารางที่ 3



Table 1 General Characteristics of 370 Elderly

	Percentage
Sex	
Female	77.3
Male	22.7
Average age (years)	
	67.7 ± 6.03
Educational attainment	
Unschooling / lower than Prathom 4	11.1
Prathom 4	57.6
Higher than Prathom 4	31.3
Marital status	
Single	9.3
Married and live with spouse	53.1
Widowed/Divorced/Separated	37.6
Career	
Unemployed	33.7
Agriculturist	30.6
Other (Employee/ Merchant/ Self-employed)	35.7
Living arrangement	
Living alone	10.1
Living with spouse	15.3
Living with descendant /kin	39.8
Living with spouse/ descendant/kin/friend	34.8
Ability to chew food	
Having ability to chew all kinds of food	62.5
Having ability to chew some kinds of food	37.5
Chronic disease	
Hypertension	55.6
Dyslipidemia	39.9
Diabetes Mellitus	20.4
Cardiovascular disease	8.2
Perception on own health	
Good health	89.9
Poor health	10.1

Table 2 Comparison of Knowledge Gained between Before and After Implementation of 331 Elderly

	Knowledge		<i>p-value</i> *
	Mean	SD	
Before	11.83	2.32	0.000
After	13.31	1.70	

p*< 0.001 (by paired t-test)Table 3** Comparison of Food Management Behaviors between Before and After Implementation of 370 Elderly

Behaviors	Before		After	
	n	%	n	%
Home vegetable gardening	305	75.9	356	86.4
Home fruit gardening	287	74.3	315	76.6
Home cooking	152	54.4	289	72.1
Home food preserving/processing	276	75.2	321	77.0
Eat three full meals	281	76.6	326	78.5
Have breakfast regularly	335	92.3	346	93.8
Eat mild-tasting foods regularly	154	42.2	258	62.2
Eat vegetable regularly	167	48.0	266	66.0
Eat fruit regularly	160	44.2	170	48.2
Drink milk regularly	95	29.9	140	40.7

2.3) เมื่อวิเคราะห์ปริมาณการกินอาหารของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม INMUCAL เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานต่อวันในหมวดหมู่ผัก ผลไม้ กลุ่มขนมหวาน เครื่องดื่มรสหวาน กลุ่มอาหารแหล่งไขมัน กลุ่มเครื่องปรุงรสเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง พบว่า หลังดำเนินโครงการกลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารในหมวดหมู่ของผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น และบริโภคอาหารรสหวาน

อาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีไขมันสูงลดลง โดยพบค่าเฉลี่ยปริมาณของการรับประทานผักเพิ่มขึ้น จากก่อนดำเนินโครงการ จาก 151.81 กรัม เป็น 158.49 กรัม ผลไม้เพิ่มขึ้นจาก 233.10 กรัม เป็น 237.84 กรัม ในกลุ่มอาหารรสหวาน พบว่าผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างหลังดำเนินโครงการบริโภคในปริมาณเฉลี่ยลดลงไม่มากนัก โดยรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน ลดลงจาก 78.64 กรัม เป็น 72.09 กรัม และขนมไทย

ลดลงจาก 49.48 กรัม เป็น 46.53 กรัม ส่วนกลุ่มอาหารแหล่งไขมันปริมาณเฉลี่ยหลังดำเนินโครงการก็ลดลงเช่นกัน คืออาหารผัดทอดจาก 76.69 กรัม เป็น 54.89 กรัม และแกงกะทิจาก 15.86 กรัม เป็น 10.36 กรัม ในกลุ่มอาหารมีโซเดียมสูงพบว่าปริมาณเฉลี่ยที่บริโภคลดลง ยกเว้นเครื่องปรุงรสเค็มที่มีปริมาณเฉลี่ยการบริโภคเท่าเดิม กล่าวคือ ปริมาณเฉลี่ยของการบริโภคน้ำพริกลดลงจาก 15.09 กรัม เป็น 11.96 กรัม ปลาเค็ม/ปลาแดดเดียวลดลงจาก

33.68 กรัม เป็น 29.67 กรัม และน้ำแกงบริโภคปริมาณเฉลี่ยลดลงจาก 144.50 กรัม เป็น 121.27 กรัม แต่เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินโครงการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับประทานน้ำแกงที่มีโซเดียมสูง หลังดำเนินโครงการมีค่าเฉลี่ยปริมาณการรับประทานต่ำกว่าก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 4

Table 4 Comparison of Average Daily Dietary Intake of Sweet, Greasy and Salty (High Sodium) Foods between Before and After Implementation among 370 Elderly

Foods	Before		After		p-value*
	Mean	SD	Mean	SD	
Vegetables	151.81	86.33	158.49	98.75	0.370
Fruits	233.10	75.21	237.84	88.79	0.807
Sugar-sweetened foods and beverages					
- Sugar-sweetened beverages	78.64	18.14	72.09	17.08	0.664
- Thai desserts (smooth and liquid)	49.48	13.74	46.53	11.19	0.634
Greasy foods					
- Fried foods	76.69	15.32	54.89	14.35	0.013
- Foods with coconut milk	15.86	6.61	10.36	2.60	0.031
Salty seasoning and high sodium foods					
- Chili paste	15.09	5.67	11.96	5.09	0.980
- Seasoning	5.08	1.23	5.00	1.11	0.121
- Salted fish/ dried fish	33.68	10.02	29.67	9.89	0.950
- Various kinds of Thai sauce curry (Kaeng Som, Kaeng Tai Pla, Kaeng Leung, etc.)	144.50	80.78	121.27	71.45	0.000

* $p < 0.001$ (by paired t-test)

อภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารอย่างมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม พบว่า รูปแบบการจัดการอาหารของผู้สูงอายุที่ร่วมกันพัฒนา เริ่มต้นด้วยการสร้างแหล่งอาหารที่ปลอดภัย คือ การปลูกผักทั้งในครัวเรือนและในชุมชน แล้วจึงนำผลผลิตมาสู่การปรุงประกอบอาหาร หรือ ถนอม/แปรรูปอาหาร ก่อนนำสู่การบริโภค ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ อมาวสี อัมพันศิริ และคณะ⁸ ที่พบว่ารูปแบบการจัดการด้านอาหารปลอดภัยในครัวเรือนและในชุมชนมีกลไกการจัดการครอบคลุมตลอดห่วงโซ่อาหารตั้งแต่ต้นน้ำ (การปลูก) กลางน้ำ (แปรรูป) ปลายน้ำ (การบริโภคและจำหน่าย)⁷ อีกทั้งยังสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์การจัดการอาหารประเทศ ที่มียุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการในด้านความมั่นคงและความปลอดภัยอาหารที่ครอบคลุมตลอดห่วงโซ่อาหาร ตั้งแต่ฐานทรัพยากรการผลิตอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยต่อการบริโภค ไปจนถึงการสร้างความตระหนักในการบริโภคเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหาร

2. การจัดการอาหารของผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอของจังหวัดนครปฐมมีรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือชนิดผักหรือผลไม้ที่นำมาสู่การพัฒนาตำรับอาหารและการถนอมหรือแปรรูปอาหาร ซึ่งแต่ละอำเภอมิพืชผักอาหารท้องถิ่นที่แตกต่างกัน ประกอบกับมีปราชญ์ชาวบ้านที่มีองค์ความรู้และภูมิปัญญาในท้องถิ่นด้านการเกษตรที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวัฒน์ บุญชัยศรี⁹ ที่พบว่าชนิดพืชอาหารพื้นบ้านหรือพืชถิ่นที่แตกต่างกันสามารถนำไปส่งเสริมการบริโภคพืชผักอาหารในท้องถิ่นที่มีความหลากหลาย ส่งผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมให้เป็นพืชเศรษฐกิจได้ที่จะช่วยเสริมรายได้ให้กับ

คนในชุมชนด้วย

3. จากผลของการจัดการอาหารในรูปแบบที่เหมาะสม พบว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มเพื่อสร้างแหล่งอาหาร พัฒนาตำรับอาหาร และถนอมอาหาร แปรรูปอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับมือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามแนวทางปฏิบัติการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการกลุ่ม (group process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเสริมสร้างความสัมพันธ์และการพัฒนาในการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ ซึ่งผลจากการวิจัย พบว่า กลุ่มแกนนำผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันในรูปแบบของกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์แบบเพื่อนบ้านใกล้เคียง และมีความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ การรวมกลุ่มที่มีเป้าหมายและพันธกิจเฉพาะเจาะจง เช่น การปลูกผักแปลงรวมขนาดใหญ่ การพัฒนาตำรับอาหารร่วมกัน ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทั้งในด้านการกระทำ ความรู้สึก ความคิด มีการปรับตัวเข้าหากัน แลกเปลี่ยน เรียนรู้การทำงานระหว่างกันโดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ความชำนาญของสมาชิกกลุ่ม ความสามารถในการทำตามคำมั่นสัญญาต่อกิจกรรม (Commitment) ส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Beverly J.¹¹ ที่พบว่า กระบวนการกลุ่มก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มในเชิงบวก และเกิดการให้คำมั่นสัญญาต่อการทำงานร่วมกัน ทำให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ได้

กระบวนการวิจัยในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในด้านเวลา ที่พบว่าบางช่วงเวลาของกระบวนการดำเนินโครงการไปทับซ้อนกับเวลาทำงานของแกนนำผู้สูงอายุซึ่งมีบทบาทการทำงานในชุมชนหลายบทบาท ดังนั้น

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยครั้งนี้ คือ ควรเพิ่มระยะเวลาทำงานเป็น 2 ปี โดยในปีแรกเป็นการสร้างแกนนำผู้สูงอายุ การชักชวนเพื่อนสมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน การสร้างแผนกิจกรรม การสร้างความเข้าใจและความสัมพันธ์ต่อการทำงานร่วมกัน ส่วนในปีที่สอง เป็นระยะของการนำแผนกิจกรรมไปดำเนินงาน ซึ่งควรผนวกกิจกรรมการจัดการอาหารให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และงานพัฒนาสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ ก็จะทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนา และหากมีการดำเนินโครงการเปรียบเทียบการจัดการอาหารระหว่างจังหวัดก็จะทำให้เกิดการขยายผลการพัฒนาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะทีมวิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนทุนโครงการงานวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 7 อำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง 19 ตำบล ที่อนุเคราะห์สถานที่ประชุมและอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมปลูกผัก พัฒนาตำรับอาหาร พัฒนาวิธีการถนอม/แปรรูปอาหาร รวมถึงการเก็บข้อมูลทั้งก่อนและหลังดำเนินโครงการ ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการทุกท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนร่วมที่ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยตั้งแต่ต้นจนสิ้นสุดโครงการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. The Secretariat of the House of Representative. Aging society and a driving force to the Thai economy. Academic Focus; 2018. Available at http://library2.parliament.go.th/ejournal/content__af/2561/jul2561-1.pdf, accessed December 10, 2018.
2. The World Bank. Closing the health gaps for the elderly: promoting health equity and social inclusion in Thailand. Bangkok: World Bank Group; 2016.
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Thai elderly situation 2016. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2017.
4. Aekplakorn W. The Thai Population Health Examination Survey by the Fifth of Physical Examination. Nonthaburi: Health Systems Research Institute Ministry of Public Health; 2014.
5. Evaluation of the National Health Examination Survey in Thailand National Elderly Committee. National Elderly Plan No.2 (2002-2021). Bangkok: Theppen Wanis Printing; 2010.

6. Plutthikarnkit T. The Community Context under Semi-Urban, Semi-Rural Society. FEU Academic Review 2015; 9(1), 7-15.
7. Ampansirirat A, Thongmeekhaun T, Phuphet K, Mad-a-dam W. Community Capacity and Food Security and Food Safety Management Model: A Case Study in Khuan Ru Sub-district, Rattaphum District, Songkhla Province. Journal of Nursing and Health Care 2016; 34(3): 147-54.
8. Butryee C. Strategic framework of food management in Thailand. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2010.
9. Boonchaisri S, Pongpattanasiri S, editor. Diversity and Utilization of Indigenous Vegetable in the Community Surrounding Kwan Phayao. Proceedings of the 1st Phayao Research Conference; 2012 Jan 12-13; Phayao, Thailand: 24-8.
10. Kurt L. Psychology and the process of group living. J Soc Psychol 1943; 17(1): 113-31.
11. Beverly J, Hartung H, Genevieve B. The Relationship of Group Process and Group Task Accomplishment to Group Member Satisfaction. Small Group Research 1985; 16(2): 211-33.



การพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม

ประภา คงปัญญา* บัทยาภรณ์ จุมปา* สมโชค คุณสนอง* จรณะ ทรัพย์สุวรรณ*

บทคัดย่อ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีก 3 ปีข้างหน้า จึงจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์นี้ โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การวิจัยนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม โดยเสริมสร้างความรู้และพัฒนาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งมีแกนนำผู้สูงอายุ 238 คน และผู้สูงอายุ 769 คน จาก 19 ตำบล ใน 7 อำเภอ เข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน เพื่อประเมินผลโครงการในด้านความรู้และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม กระบวนการวิจัย เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพในการค้นหาวางแผน และพัฒนารูปแบบการจัดการอาหารที่

เหมาะสมในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า รูปแบบการจัดการอาหารในแต่ละอำเภอมีความคล้ายคลึงกัน คือ เริ่มจากการปลูกผักผลไม้ในครัวเรือน และในแปลงชุมชน จากนั้นนำผลผลิตมาร่วมกันพัฒนาตำรับอาหาร รวมทั้งมีการถนอม/แปรรูปอาหารจากผลผลิตที่มากเกินไป ความต้องการในการบริโภค จากรูปแบบการจัดการอาหารในครัวเรือนและชุมชนนี้ ช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการปรุงประกอบอาหารลดความหวาน มัน เค็ม รวมทั้งบริโภคผักผลไม้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งแนวทางการศึกษาในขั้นต่อไป ควรเป็นการเปรียบเทียบรูปแบบที่แตกต่างกันระหว่างจังหวัด และขยายเวลาการดำเนินงานเป็น 2 ปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนา

คำสำคัญ: การจัดการอาหาร, สุขภาพ, ผู้สูงอายุ