

**แนวทางการจัดการด้านอาหารของชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ**  
**Ways of community food management**  
**for caring of older people**

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ  
Journal of Nursing Science & Health  
ปีที่ 40 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน) 2560  
Volume 40 No.3 (July-September) 2017

นิสาชล บุบผา ส.ม.\* ขนิษฐา นันทบุต Ph.D (Nursing)\*\*

Nisachon Bubpa, MPH\* Khanitta Nuntaboot, Ph.D (Nursing)\*\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบวิพากษ์ เพื่อศึกษาแนวทางจัดการด้านอาหารของชุมชนและปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการอาหารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวจำนวน 41 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 79 คน รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา พบว่ามี 2 แนวทาง คือ 1) การสร้างอาหารเพื่อจัดการโรค อาหารสมวัยสำหรับผู้สูงอายุ ปลอดภัย และมีโภชนาการ และ 2) การจัดทำและนำใช้ข้อมูลผู้สูงอายุและข้อมูลการผลิตอาหารในชุมชน และการจัดการปัจจัยเงื่อนไขด้านคน ข้อมูล วิธีการทำงานและงบประมาณ ที่เป็นกลไกส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการอาหาร ซึ่งเป็นแนวทางแก่พยาบาลชุมชนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการดูแลด้านอาหาร

**คำสำคัญ:** การจัดการด้านอาหาร การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบวิพากษ์ พยาบาลชุมชน

**Abstract**

This critical ethnography aims to study ways of community food management and factors affected to the food managing for caring of aging people in community. It was conducted with 41 elders and 79 related people who involved in food management for aging people. Data were collected by participation observations, interviews and focus groups discussion, and analyzed by using content analysis. The results reveal 2 ways; 1) food production for prevention of chronic diseases, age appropriateness, safety and nutritious and 2) the management and utilization of data of aging people and food production in community. Managing factors which are mechanism include human, data, method and budget. These ways guide community nurses to promote health and wellness of older people in community by caring about foods.

**keywords:** food management, health promotion in older people, critical ethnography, community nurses

\*Doctor of Philosophy (Nursing) Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

## บทนำ

ปัจจุบันโครงสร้างประชากรโลกเปลี่ยน ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น องค์การสหประชาชาติประเมินว่าปี ค.ศ. 2001-2100 จะเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุคือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรรวมทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าประชากรผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีฐานะยากจน เป็นประเด็นท้าทายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจที่แต่ละประเทศจะต้องมีแผนรองรับ<sup>1,2</sup> ขณะนี้ประเทศไทยเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุ (aging society) แล้วและคาดว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) โดยมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2567-2568 และอีกประมาณ 20 กว่าปี ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรไทยจะอยู่ในวัยสูงอายุ<sup>3</sup>

อาหารคือปัจจัยกำหนดสุขภาพ (food as a determinant of health) การมีโภชนาการที่ดีส่งผลต่อการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ<sup>4</sup> ผู้สูงอายุต้องการพลังงานลดลงจึงควรจำกัดปริมาณอาหารในกลุ่มคาร์โบไฮเดรต ไขมัน ส่วนความต้องการด้านโปรตีน วิตามิน แร่ธาตุ เท่าเดิม เน้นที่อาหารเคี้ยว ย่อยง่าย รสไม่จัด การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทั้งร่างกายและสังคมสามารถส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ 1) มิติด้านสุขภาพและร่างกายพบว่า ร่างกายมีความเสื่อมด้านการมองเห็น การเคี้ยวอาหารการกลืน การมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว การมีโรคเรื้อรัง โรคอ้วน ขาดสารอาหาร และพิการ<sup>5,6,7</sup> 2) มิติด้านสังคม มีการอยู่คนเดียวตามลำพัง อยู่กับเด็ก อยู่กับคู่ชีวิตสูงอายุ คนในครอบครัวไม่มีเวลาดูแลและขาดทักษะการดูแลผู้สูงอายุ<sup>8,9</sup> 3) มิติด้านเศรษฐกิจ การมีรายได้ลดลง มีภาวะพึ่งพิง และราคาอาหารแพงขึ้น 4) มิติด้านสภาวะแวดล้อม การมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและการเดินทาง จากการเดินทางไปซื้อหาลำบากเนื่องจากพื้นที่ผลิต สร้างอาหารมีน้อย อยู่ไกลบ้าน และการมีอาหารปนเปื้อนสารเคมี และ 5) มิติด้านวัฒนธรรม รูปแบบการผลิต และจำหน่ายอาหารเปลี่ยนไป<sup>9,10</sup>

ปัจจุบันความมั่นคงทางอาหารมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้น ประชาคมโลกมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เพื่อจัดการด้านอาหารสำหรับประชากรในภาพรวม คือ การขจัดความหิวโหยด้วยการสร้างความมั่นคงทางอาหารและการเกษตร (zero hunger) การสร้างเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคน (good health and well-being) และการสร้างรูปแบบการผลิตและการบริโภคที่ยั่งยืน (responsible consumption and production)<sup>11</sup> อีก 10 ปีข้างหน้า สถาบันต่าง ๆ ทำนายว่าจะมีปรากฏการณ์อาหารแพงขึ้นและสร้างผลกระทบต่อผู้ยากจนที่ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอ ส่วนโครงสร้างทางด้านการเกษตรเปลี่ยนไป แรงงานลดลงเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีการใช้สารเคมีทางการเกษตรเพื่อเพิ่มผลผลิต น้ำเพื่อการเกษตรลดลง ส่วนรูปแบบการกระจายสินค้าและจำหน่ายอาหารเปลี่ยนไป การปรุงอาหารจากเดิมทำที่บ้านเปลี่ยนเป็นซื้ออาหารปรุงสำเร็จและกึ่งสำเร็จรูป หรือรับประทานอาหารนอกบ้านเพิ่มมากขึ้น อาหารส่วนใหญ่จึงถูกผลิตจากโรงงานอุตสาหกรรม จำหน่ายตามซูเปอร์มาร์เก็ต และร้านค้าสะดวกซื้อซึ่งส่วนมากตั้งอยู่ในย่านชุมชน ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดด้านการเดินทางสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว<sup>12,13</sup> การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งโรคขาดสารอาหาร หรือโภชนาการเกิน อันเป็นเหตุจากข้อจำกัดปัจจัยทางร่างกาย จิตใจและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม<sup>14</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศที่เป็นสังคมสูงอายุ พบว่า มีการออกแบบการจัดการบริการที่หลากหลายเพื่อให้ครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการทางด้านอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุมากที่สุด แต่ก็พบว่า เป็นการจัดการเชิงมหภาค ยังมีข้อจำกัดในการสร้างการเข้าถึงตรงตามวัฒนธรรม วิธีการบริโภค อีกทั้งยังเป็นการดำเนินการแบบเหมารวม และมีข้อจำกัดเรื่องความพึงพอใจของผู้รับบริการ<sup>15</sup> ในขณะที่ประเทศไทยมีการ

ดำเนินการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ แต่องค์ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและความมั่นคงทางอาหารในชุมชนที่เปลี่ยนไปยังมีจำกัด ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจในประเด็นดังกล่าว เพื่อหาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการดูแลด้านอาหารโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ภายใต้บริบทสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของพื้นที่ จึงนำมาสู่การศึกษาวิจัยในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษา 1) แนวทางจัดการอาหารโดยชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุภายใต้บริบทสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมของพื้นที่ และ 2) สังเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการอาหารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงชาติพันธุ์ วรรณกรรมแบบวิพากษ์<sup>6</sup> รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่องระบบการจัดการอาหารโดยชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาคือตำบลแห่งหนึ่งในจ.ลำพูน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และอายุ 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 24.14 และ ร้อยละ 19.42 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับซึ่งมีสัดส่วนที่สูงกว่าระดับประเทศ ประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนเมืองและคนของ จึงมีเอกลักษณ์ด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ บุญประเพณีแบบล้านนา สภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่มจึงเป็นแหล่งผลิตอาหารจำหน่ายในเขตภาคเหนือตอนบน ร้อยละ 84.28 ของประชากรในพื้นที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีกลุ่มทางสังคมจำนวน 42 กลุ่ม ร่วมดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก รพ.สต. อปท. ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน เป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการจัดสวัสดิการชุมชนและกลุ่มจิตอาสา และด้านการพัฒนาที่ยั่งยืน (MDGs) ร่วม

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาของอปท. ในเขตจ.ลำพูนด้านอาหารปลอดภัย และโครงการเกษตรกรรมยั่งยืนสู่อาหารเพื่อสุขภาพ

**ผู้ให้ข้อมูล** ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลผ่าน gate keeper โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุและครอบครัวที่มีความแตกต่างด้านการอยู่อาศัยและการดูแลอาหาร จำนวน 41 คน ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่มีคนในครอบครัวเป็นคนดูแล 18 คน (2) ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ชีวิตสูงอายุเท่านั้น 10 คน (3) ผู้สูงอายุอาศัยอยู่คนเดียว 8 คน และ (4) สมาชิกในครอบครัว 5 คน และใช้วิธีการบอกต่อ (snowball sampling) สำหรับผู้ให้ข้อมูลทั่วไปคือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการอาหารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 79 คน ได้แก่ (1)ญาติหรือเพื่อนบ้าน เป็นผู้ซื้ออาหารและ/หรือเตรียมอาหาร 2 คน (2) กลุ่มอาสาสมัคร care givers ที่ดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มจิตอาสา 12 คน (3) แกนนำกลุ่มทางสังคม องค์กรชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผลิตอาหาร เช่น กลุ่มอสม. กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มแปรรูปอาหาร กลุ่มเกษตรอินทรีย์ ประธานโรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 22 คน (4) ผู้นำหน่วยสินค้า 8 คน (5) บุคลากร รพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข 4 คน (6) บุคลากรอปท. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คนและตำแหน่งอื่น ๆ จำนวน 13 คน (7) ผู้นำชุมชน 6 คน และ (8) บุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ 7 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 120 คน ดำเนินการรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน 2558-ธันวาคม 2559

**เครื่องมือในการวิจัย** ประกอบด้วย 1)แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการด้านอาหาร แนวทางและปัจจัยเงื่อนไขในการจัดการอาหารโดยชุมชน มีการเตรียมแนวคำถามสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการอาหารโดยชุมชน 2) เครื่องมือในการบันทึกข้อมูล ได้แก่ สมุดบันทึกภาพสนามและ

เทพันทีกเสียง และ 3) นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย และมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยนักวิจัยมีการเรียนรู้แนวคิด ทฤษฎีและฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** โครงการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE 582209 โดย 1) ทำจดหมายขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่จากเทศบาลและ ผู้นำชุมชน 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ผู้สูงอายุเป็นผู้มีความเปราะบาง ผู้วิจัยได้เคารพสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธที่จะให้คำตอบ การไม่เปิดเผยชื่อ คำนี้ถึงประโยชน์ และมีความเท่าเทียมในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย 3) รวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตกิจกรรมใน รพ.สต. เทศบาล และกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกคนละ 45-60 นาที จำนวน 41 คน จนได้ข้อมูลอิ่มตัว และคัดเลือกผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองร่วมการสนทนากลุ่มเรื่องการดูแลด้านอาหารสำหรับตนเอง จำนวน 7 คน ใช้เวลา 60 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั่วไปด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกคนละ 45-60 นาทีจำนวน 79 คน และศึกษาเอกสารของพื้นที่

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาข้อมูล วิเคราะห์เนื้อหาด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อแยกแยะให้เห็นองค์ประกอบของข้อมูลทั้งหมด วิเคราะห์ความเหมือน ความต่างของข้อมูลจำแนกประเภทของปรากฏการณ์ วิเคราะห์ที่สัมพันธ์กันประเด็นหลัก ประเด็นย่อยเกี่ยวกับการจัดการอาหารของผู้สูงอายุทุกประเด็น<sup>17</sup>

**การตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเข้มงวดของการวิจัย** หลังจากเข้าศึกษาในพื้นที่ ผู้วิจัยมีการออกจากพื้นที่เป็นช่วง ๆ เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับกระบวนการเก็บข้อมูลกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และเพื่อลด

จุดบอดทางด้านทัศนคติ (bias blind spot) ทำการตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า ตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ส่วนการยืนยันผลการวิจัย ได้ขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญประเด็นเกษตรกรรมยั่งยืนสู่อาหารเพื่อสุขภาพ ปรับแนวคำถามเพิ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การศึกษามากที่สุด

**ผลการศึกษา** พบแนวทางในการจัดการอาหารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ 2 แนวทาง คือ

**การสร้างอาหาร(อาหารจัดการโรค อาหารสมวัย ปลอดภัย และโภชนาการ) ดังนี้**

**การพัฒนาสำหรับอาหารที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ** เป็นการเพิ่มความหลากหลายของอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ด้วยการจัดให้คนหลาย ๆ กลุ่มในชุมชนได้เรียนรู้การเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มที่สุขภาพแข็งแรง ป่วย ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แนวทางคือ 1) การพัฒนาสูตรอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการทำชาผักเชียงดาต้มเพื่อลดเบาหวาน การใช้สมุนไพรในท้องถิ่นรักษาโรค การทำเมนูสาดอาหารพื้นบ้านเมนูสุขภาพ เช่น แกงผักเชียงดา แกงแค เครื่องต้มสมุนไพร เป็นต้น 2) การสอนผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปทำอาหารสุขภาพ เช่น น้ำเต้าหู้ ก๋วยเตี๋ยวเจ ใส่อั่วเจ เป็นต้น และ 3) การสอนญาติเพื่อเตรียมอาหารปั่น อาหารเหลวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องให้อาหารทางสายยาง และฝึกการให้อาหารทางสายยาง โดยมีพยาบาลร่วมมือกับนักโภชนาการและทีมหมอครอบครัว ร่วมให้ความรู้และติดตามผล

“กลุ่มเราส่งเสริมการปลูกผักเชียงดาเพื่อเป็นอาหารจัดการโรคเพราะว่า นอกจากเป็นผักแล้วยังสามารถทำเป็นชาลดเบาหวานได้ เทศบาลส่งเสริมให้เอาชาเชียงดาทำเป็นของเยี่ยมไปแจกผู้สูงอายุร่วมกับสมาชิกชมรมอาสาป็นสุข” (ประธานกลุ่มเกษตรอินทรีย์)

**การพัฒนาทักษะผู้สูงอายุและอาสาสมัครในการจัดการอาหารเพื่อสุขภาพ** โดยการเลือกอาหาร

ที่เหมาะสมกับโรค สมวัย ปลอดภัยและมีโภชนาการ เพื่อเป็นการสนับสนุนการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้สามารถควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือทางด้านสุขภาพ แนวทางคือ 1) การให้ความรู้ผู้สูงอายุเรื่องอาหารจัดการโรค ด้วยการเลือกบริโภคอาหารเหมาะสมกับโรค ลดหวาน มัน เค็ม การดูแลสุขภาพปาก ฟันและทำฟันปลอม จัดทำหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของโรงเรียนผู้สูงอายุ เน้นเรื่องอาหารที่เหมาะสม การเลือกซื้ออาหารที่ปลอดภัย มีพยาบาล ทันตแพทย์ โภชนาการ จาก รพ.สต. สสจ.และรพ.จังหวัดเป็นวิทยากรแกนนำกลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ สอนเรื่องการปลูก ผักสวนครัว การทำอาหารที่บ้านที่เหมาะสมกับโรค เป็นต้น และ 2) การพัฒนาความรู้กลุ่ม อสม. อสม. care givers เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค สนุนไพรในการป้องกันและรักษาโรค และรณรงค์ให้ปลูกสมุนไพร เพื่อเป็นทำยา เช่น การทำชาใบหม่อน ชาตะไคร้ ผักเชียงดาปรุงอาหาร เป็นต้น 3) การให้ความรู้กลุ่มเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น ความรู้ด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาหารเหมาะสมโรค และการปลูกพืชผักสมุนไพรเพื่อการจัดการโรค เป็นต้น และ 4) การพัฒนาทักษะผู้ที่เกี่ยวข้องด้านการผลิตอาหารในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน ฝึกทำอาหารปลอดภัย อาหารอ่อน รสไม่จัดสำหรับผู้สูงอายุ การลดใช้น้ำมันทอดซ้ำ ให้ความรู้กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ กลุ่มแปรรูปอาหาร กลุ่มผลิตอาหารเจ กลุ่มผลิตน้ำดื่ม เพื่อผลิตอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

“กลุ่มแม่บ้านของตำบลได้รับการฝึกอบรมเรื่องอาหารเป็นประจำเพราะเป็นตัวหลักในการจัดทำอาหารสำหรับงานประชุม มีการอบรมต่างๆ ฝึกทำอาหารอ่อน รสไม่จัด สำหรับผู้สูงอายุ ฝึกทำน้ำดื่มสมุนไพร” (ประธานกลุ่มแม่บ้านตำบล)

“เรามีโครงการสูงวัยอย่างสมารถ เพื่อเตรียมตัวผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ 59 ปี ที่ขึ้นบัญชีเพื่อขอรับเบี้ยผู้สูงอายุ เข้ารับการอบรมเรื่องการดูแลสุขภาพ การรับ

ประทานอาหาร การออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย” (บุคลากรกองสวัสดิการ เทศบาลตำบล) การสร้างอาสาสมัครในการดูแลรักษา ป้องกันโรคด้วยอาหาร แนวทางคือ 1) ร่วมประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการคัดกรองเบื้องต้น ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกลุ่มอสม. อสม. มีการใช้แบบคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) และการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง เพื่อออกแบบแนวทางการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน (home health care) และแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) 2) ร่วมดูแลต่อที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พิกการ หรือมีการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแล อสม. care givers ร่วมกับทีมหมอครอบครัว ร่วมดูแลและประเมินความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ความรู้ทางด้านอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว 3) ร่วมดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว (long term care) เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทางด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว พยาบาลผู้จัดการผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (care manager) ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบของทั้งตำบล โดยทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care plan) เป็นผู้ให้ความรู้และเป็นพี่ปรึกษาแก่ care givers รวมถึงการให้คำแนะนำด้านอาหารแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว รพ.สต.เปิดรับบริจาคข้าวสาร อาหารแห้ง เพื่อจัดให้ care givers นำไปเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ และ 4) การให้ความรู้แก่คนในชุมชนเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ด้วยการ “กินที่ปลูก ปลูกที่กิน” เพื่อให้สามารถควบคุมการใช้สารเคมี และทราบแหล่งที่มาของอาหาร เป็นการลดโอกาสการได้รับอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี และเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีอาหารที่ปลอดภัยรับประทาน เช่น สมาชิกอาสาป็นสุข อย.น้อย กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผลิต

อาหาร กลุ่มแปรรูปอาหาร กลุ่มผู้จำหน่ายอาหาร เป็นต้น

“คลินิกโรคเรื้อรัง คลินิก DPAC (คลินิกไร้พุง) มีการให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ควบคุมอาหาร ส่งเสริมเรื่องการทำนํ้าสมุนไพรโยย่านาง มีนักโภชนาการจากรพ.จังหวัดเป็นวิทยากรให้ความรู้ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเรื่องการรับประทานอาหาร” (พยาบาล รพ.สต.)

“เรามีนโยบายเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย เน้นการกินอาหารสมุนไพรเป็นยา การล้างผัก ด้วยการแช่ปูนขาวและเกลือ มีตรวจแหล่งจำหน่ายอาหาร ตรวจสารเคมีตกค้างในอาหารและเก็บตัวอย่างอาหารร่วมกับ สสจ. ออกตรวจทุก 3 เดือน” (นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต.)

“เราได้เชิญนักโภชนาการมาให้ความรู้เรื่องโรคไต การลดหวาน มัน เค็ม มีการถ่ายวิดีโอและรูปไว้เพื่อประกอบการสอนครั้งต่อไป มีคนสนใจเรื่องการตรวจสุขภาพประจำปีและตรวจเลือดในกลุ่มเสี่ยงมีการตรวจในชุมชน ถ้าใครไม่มา อสม. ก็ต้องไปตาม” (หัวหน้าทีมหมอครอบครัว รพ.สต.)

รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้เกิดความรู้และความเข้าใจที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคของคนในชุมชน เพื่อสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ที่สามารถส่งผลถึงการดูแลด้านอาหารสำหรับผู้สูงอายุ แนวทางคือ 1) การจัดทำธรรมนูญสุขภาพ เน้นการเสริมสร้างระบบบริการสุขภาพชุมชน ปลุกฝังให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ดี ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ลดอาหารรสหวาน มัน เค็ม งดอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ กำหนดให้อพท./หน่วยงานต่าง ๆ สนับสนุนองค์ความรู้บุคคล ครอบครัว ที่เน้นการคำนึงถึงสุขภาพของผู้สูงอายุ สนับสนุนการจัดตั้งกลุ่ม “เกษตรอินทรีย์” ตามแนวทางปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อผลิตอาหารปลอดภัย โดยมีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้านที่ปรุงอาหารในเทศบาล งานต่าง ๆ สำหรับคนในชุมชน ซึ่งส่วนมากคือผู้สูงอายุ

เข้าร่วม มีการกำหนดแนวทางเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาระบบสุขภาพตำบลและส่งผลต่อระบบการจัดการอาหารโดยชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ 2) การจัดทำโครงการอาหารปลอดภัยและโครงการอบรมผู้ประกอบการร้านอาหาร จัดทำโครงการร้านอาหาร/แผงลอยมาตรฐานและตลาดสดน่าซื้อ ร้านอาหารสะอาด รสชาติอร่อย อบรมเรื่องข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร การเลือกใช้วัตถุดิบและผักปลอดภัย ลดใช้น้ำมันทอดซ้ำและรณรงค์การงดใช้ถุงพลาสติก ด้วยการใช้น้โตะแทน 3) โครงการอบรมผู้ประกอบการร้านค้าเคลื่อนที่ จัดทำฐานข้อมูลรถจำหน่ายอาหารเคลื่อนที่ที่นำอาหารไปจำหน่ายภายในชุมชน ทั้งอาหารปรุงสำเร็จ อาหารกินเล่น และเครื่องปรุงต่าง ๆ จัดทำเส้นทางรถจำหน่ายอาหารเคลื่อนที่ อบรมเรื่องการเลือกซื้ออาหารที่สะอาดเพื่อจำหน่าย การจัดเก็บอาหารตามสุขลักษณะ การคำนึงถึงสุขภาพผู้บริโภค และสุขอนามัยผู้จำหน่าย 4) โครงการเกษตรกรรมสุขภาพดี ตามวิถีคนในพื้นที่ มีการจัดทำคลินิกสุขภาพเกษตรกรรม ตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดกลุ่มเกษตรกร เพื่อสร้างความตระหนักในการลดการใช้สารเคมี และ 5) การให้ความรู้ประชาชน ด้วยการอบรมในเวทีต่าง ๆ ของชุมชนเรื่องการรับประทานอาหารปลอดภัย ผัก ผลไม้ สมุนไพร ทำป้ายประชาสัมพันธ์คุณค่าอาหารทางโภชนาการ ทำป้ายรณรงค์และประชาสัมพันธ์ผ่านทางเสียงตามสายของเทศบาลและหมู่บ้าน เน้นการลด ละ เลิกการใช้สารเคมีทางการเกษตร รณรงค์การอนุรักษ์ดิน น้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตทางการเกษตรและสำหรับอุปโภค บริโภค

“ตำบลเรามีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาสัมพันธ์ให้คนมีความรู้ โดยเฉพาะตำบลเรามีผู้สูงอายุจำนวนมาก สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง งดอาหารปิ้งย่าง ลดอาหารรสหวาน มัน เค็ม เลิกอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ รณรงค์ปลูกพืชผักสวนครัวไว้บริโภคในครัวเรือน ส่งเสริมกลุ่มเกษตรอินทรีย์ ลดการใช้สารเคมี” (พยาบาลกองสาธารณสุข เทศบาล

ตำบล)

“เราเชิญพ่อค้าจำหน่ายอาหารเคลื่อนที่มาอบรมเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดของอาหาร การเก็บรักษาของจำนวนแช่เย็น สุขอนามัยคนขาย และเราก็ทำฐานข้อมูลไว้ด้วย ทั้งรถขายครัวและบรรดารถขายน้ำปั่น กาแฟ ลูกชิ้น หมูปั่น น้ำแข็งไส เราให้ความสำคัญเพราะเรารู้ว่าลูกค้าส่วนใหญ่ที่รอซื้ออาหารตามบ้านหรือรอตามจุดต่างๆที่รถขายของจอดคือผู้สูงอายุครับ” (นักวิชาการ กองสาธารณสุขเทศบาลตำบล)

“เราอบรมร้านค้าเรื่องร้านอาหารปลอดภัย เน้น ความสะอาด การวางซ้อน จาน ใส่หมวกคลุมผม ผ้ากันเปื้อน และตรวจร้านอาหาร เราก็มีโครงการรณรงค์ให้ร้านค้าใช้ผักปลอดสารของชุมชนเพื่อปรุงอาหาร เป็นการทำงานร่วมระหว่างเทศบาลและ รพ.สต. ซึ่งผู้สูงอายุของเราเป็นทั้งผู้ผลิตมาจำหน่ายให้ร้านค้า และที่ผู้สูงอายุนี้แหละที่มาซื้ออาหารที่ร้าน มันก็ดีต่อทั้งสองฝ่าย” (ประธาน อสม.)

การพัฒนาทักษะและเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุปลูก เลี้ยง เพื่อสร้างอาหารให้ตนเอง แนวทางคือ 1) การแจกเมล็ดพันธุ์ผักที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน ซึ่งปลูกง่าย เหมาะกับสภาพแวดล้อมของพื้นที่และสามารถประกอบอาหารได้ตามที่ต้องการ เช่น เมล็ดบวบ ฟักทอง ถั่วฝักยาว เป็นต้น และ 2) การอบรมให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในการผลิตอาหาร เช่น การปลูกผักสวนครัว ริมรั้ว ในกระถาง การเลี้ยงปลา การเพาะถั่วงอก ปลูกเห็ด ทำขนมพื้นบ้าน แปรรูป/ถนอมอาหาร ทำปุ๋ยหมักชีวภาพ เป็นต้น

“ที่โรงเรียนผู้สูงอายุ เรามีการแจกเมล็ดพันธุ์พืชให้นักเรียนผู้สูงอายุไปปลูกเองด้วย สอนทำอาหารถนอมอาหาร” (ผู้อำนวยการโรงเรียนผู้สูงอายุ)

การจัดทำและนำใช้ข้อมูลผู้สูงอายุและข้อมูลการผลิตอาหารในชุมชน แนวทางคือ 1) การจัดทำและนำใช้ฐานข้อมูลชุมชน การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อค้นหาและทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุด้านต่างๆ ทั้งสังคม เศรษฐกิจ

สภาวะแวดล้อม สุขภาพ ข้อมูลการผลิตอาหาร โดยนำข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น จปฐ. รพ.สต. ทะเบียนราษฎร ข้อมูลการวิจัยชุมชน<sup>18</sup>และระบบฐานข้อมูลตำบล<sup>19</sup> ประกอบการวางแผนงานและกิจกรรมของทุนทางสังคมเพื่อผลิตอาหารให้เพียงพอต่อความต้องการและข้อมูลคนอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 2) การทำเวทีประชาคม เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนด้วยการเรียนรู้ข้อมูลปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ร่วมระดมความคิด จัดทำโครงการ วางแผนงาน และหาประชามติของชุมชนทั้งระดับหมู่บ้านและตำบล มีแกนนำชุมชน สมาชิกเทศบาล ตัวแทนเทศบาล แกนนำกลุ่มทางสังคมและประชาชนผู้สนใจร่วมประชุม และ 3) นำใช้ข้อมูลเพื่อจัดทำแผนหมู่บ้านและตำบล รพ.สต.เทศบาล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้นำชุมชนร่วมจัดทำแผนหมู่บ้านและตำบล เพื่อวางแผนงานในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตต่อผู้สูงอายุ การสร้างความมั่นคงทางอาหารในชุมชน อาหารปลอดภัย ด้วยการส่งเสริม สนับสนุน โครงการต่างๆในชุมชน และเป็นการเอื้อให้หน่วยงานอื่น ๆ และกลุ่มทางสังคมได้ร่วมพัฒนาระบบจัดการอาหารโดยชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

“เราใช้ข้อมูลเพื่อออกแบบดูแลผู้สูงอายุ เราต้องไปเจาะที่แคร์ก็ฟเวอร์และอสม. ถ้าเติมเรื่องอาหารสุขภาพเข้าไปจะอย่างไร ต้องเอากลุ่มผู้ดูแลมาคุย เราสามารถตั้งงบประมาณ และทำเป็นกองทุนอาหารจัดการโรค หนุนการทำงานของทุนทางสังคม ต้องให้ทุกฝ่ายมาคุยกัน เป็นกระบวนการเรียนรู้ของชุมชนร่วมกัน” (ปลัดเทศบาลตำบล)

### ปัจจัยเงื่อนไขในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการอาหาร คือ 1) ปัจจัยด้านคน มีการ “สร้างคนให้เป็นกลไกหลัก” ในการร่วมจัดการอาหารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ มาจากภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ภาคท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการ

สร้างเครือข่ายกับภายนอกชุมชน ได้แก่ หน่วยงานต่าง ๆ อบจ.และสถาบันวิชาการ ซึ่งแนวทางการจัดการปัจจัยด้านคน เช่น การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้มีทักษะการผลิต การสร้าง การแปรรูปอาหาร เปิดโอกาสให้แกนนำกลุ่ม แกนนำชุมชนร่วมผลักดันกำหนดข้อตกลง กติกาชุมชน ด้านการผลิตอาหารปลอดภัยที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งเครือข่ายกลุ่มผลิตอาหารปลอดภัยเพื่อการจำหน่าย เป็นต้น โดยมีรพ.สต.ร่วมกับอปท. เป็นผู้ดำเนินการหลักในการเปิดโอกาสให้ภาคีเหล่านั้นได้ทำงานตามบทบาทและหน้าที่ตนเอง

2) ปัจจัยด้านงาน มีแนวทางในการจัดการคือ การกำหนดรูปแบบ และนำใช้เครื่องมือ แนวทางการทำงานร่วมกัน การสร้างวัฒนธรรมการอาสา แบ่งปัน เพื่อให้กลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้ทำงานเพื่อร่วมดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการคำนึงถึงผู้สูงอายุในทุกกิจกรรมของชุมชน โดยมีรพ.สต.ร่วมกับอปท.เป็นผู้สนับสนุนหลักและเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถทำงานตามแผนงานร่วมกับกลุ่มทางสังคม เช่น กาจัดฝึกอบรม การสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น

3) ปัจจัยด้านข้อมูล มีการจัดทำและนำใช้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุ การผลิตอาหารในชุมชน การสร้างการเรียนรู้และสร้างความตระหนักแก่คนในชุมชน รวมทั้งการนำใช้ข้อมูลในเวทีต่างๆ เพื่อจัดทำแผนงาน โดยมีรพ.สต.ร่วมกับอปท.เป็นผู้ดำเนินการหลัก และ 4) ปัจจัยด้านงบประมาณ มีการระดมทุนที่เป็นทุนทรัพย์ ทุนแรงงาน และทุนความคิด การจัดทำข้อบัญญัติเพื่อสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่นและการสร้างแนวทางให้หน่วยงานต่างๆ ได้ร่วมสนับสนุนงบประมาณ อปท.เป็นผู้ดำเนินการหลักและระดมการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ<sup>20</sup>

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการดูแลด้านอาหารที่พยาบาลมีบทบาทโดยตรง 2 ประเด็น ได้แก่ 1) การ

สร้างอาหาร(อาหารจัดการโรค อาหารสมวัย ปลอดภัย และโภชนาการ) เป็นการทำงานร่วมระหว่าง บุคลากร จาก รพ.สต. รพ.จังหวัด และกองสาธารณสุขของเทศบาล รวมทั้งกลุ่มทางสังคม เช่น อสม. อพส. care givers เป็นต้น และ 2) การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลผู้สูงอายุและข้อมูลการผลิตอาหารในชุมชน ผู้ที่มีบทบาทหลักในการดำเนินงานคือ อปท. รพ.สต. กลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ในชุมชน และภาคีองค์กร ที่รวมทั้งการจัดการ ปัจจัยเงื่อนไขที่ส่งผลให้ชุมชนสามารถจัดการอาหาร

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) คือการใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิตและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>21</sup> ดังนั้นจึงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลชุมชนที่จะต้องนำความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพไปปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ ให้มีทักษะส่วนบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลด้านอาหาร ส่วนการรวบรวมและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการด้านอาหารของผู้สูงอายุที่มีความเฉพาะ (unique) และหลากหลายแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทางด้านการจัดการอาหารในชุมชน เพื่อสร้างความตระหนักว่าผู้สูงอายุนอกจากความต้องการอาหารเพื่อการบริโภคและการดูแลสุขภาพแล้วนั้น ผู้สูงอายุยังมีความต้องการอาหารสำหรับการทำกิจกรรมอื่น ๆ ทางสังคมเพื่อตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ เช่น การแบ่งปัน ทำบุญ ทำทาน ร่วมงานบุญประเพณี เป็นต้นเช่นกัน และหากกลุ่มทางสังคมสามารถออกแบบแนวทางเพื่อการดูแลด้านอาหารที่มีความสอดคล้องต่อปัญหาและตรงความต้องการสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างพอเพียงจะช่วยเอื้อให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ส่วนการสร้างปัจจัยสนับสนุน ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการลดปัจจัยเสี่ยง และเอื้อในการสร้างปัจจัยทางสังคมที่ส่ง



ผลสุขภาพ พยาบาลชุมชนมีบทบาทสนับสนุนและเชื่อมโยงการจัดการปัจจัยเงื่อนไขทั้งด้านคน ข้อมูล วิธีการทำงานและงบประมาณเพื่อเอื้อให้ผู้สูงอายุและคนในชุมชนสามารถจัดการอาหารให้มีความหลากหลาย ซึ่งเป็นความรอบรู้ทางสุขภาพ(health literacy) เป็นการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน<sup>22</sup> เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการเติมเต็มตามความต้องการด้านอาหารในทุกมิติ เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิต (quality of life) และการอยู่ดีมีสุข (well being) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนด้วยการเติมเต็มทางด้านสังคมและจิตวิญญาณ และตอบสนองการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ (complete well-being)<sup>23</sup>

**ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาบทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการดูแลด้านอาหาร**

**ด้านการพัฒนาวิชาชีพ** สภาการพยาบาล ควร 1) สนับสนุนให้สถาบันการศึกษาเปิดหลักสูตรอบรมระยะสั้นด้านการจัดการอาหารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ แก่ พยาบาล สหวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดบริการนำส่งอาหารที่เหมาะสมโรคตามสภาพร่างกาย และโภชนาการ การบริการดูแลเรื่องการบริโภคอาหาร พัฒนาเมนูอาหารและร้านค้าสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อเปิดช่องทางการพัฒนาธุรกิจเพื่อสังคม (social enterprise) และ 2) สนับสนุนการจัดการความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยเชื่อมโยงประเด็นการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการอาหาร และส่งเสริมให้มีการพัฒนานวัตกรรมจัดการอาหาร โดยกำหนดทิศทางการสอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา<sup>24</sup>และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

**ด้านการศึกษา** สถาบันการศึกษาควรประสานกับสภาการพยาบาลเพื่อเปิดหลักสูตรอบรมระยะสั้นด้านการจัดการอาหารและสิ่งแวดล้อมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ หรือออกแบบหลักสูตรร่วมกับคณะต่างๆ ของสถาบันการศึกษา เช่น คณะบริหารจัดการ คณะ

เทคโนโลยีสาขาการอาหาร คณะสถาปัตยกรรม เป็นต้น **ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** หน่วยบริการ ควร (1) ให้ความสำคัญกับสถานการณ์กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและความมั่นคงทางอาหารในชุมชน รวมทั้งเพิ่มมุมมองและทำความเข้าใจต่อสิ่งที่สามารถส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสภาวะแวดล้อม (2) พยาบาลควรสนับสนุนการจัดทำและนำใช้ฐานข้อมูลผู้สูงอายุและการผลิตอาหารในชุมชน เพื่อจัดทำแผนงาน การติดตาม ประเมินผล ผลักดันให้กลุ่มทางสังคมหรือหน่วยงานต่างๆ มีส่วนร่วมดำเนินงานโดยคำนึงถึงผู้สูงอายุในทุกกิจกรรมและทุกนโยบายของชุมชน และ (3) ร่วมผลักดันให้ชุมชนร่วมสร้างคนอาสา เช่น ผู้ที่ว่างงาน ผู้ต้องการรายได้เพิ่ม เยาวชน เป็นต้น เพื่อสนับสนุนให้มีทีมทำงานร่วมจัดการอาหารเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

**ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

การทำวิจัยในพื้นที่เมือง อาจพบแนวทางการจัดการที่แตกต่าง เพิ่มทางเลือกใหม่และโอกาสพัฒนาเป็นนวัตกรรมจัดการอาหารโดยชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เป็นต้น

ควรมีการศึกษารูปแบบเพื่อพัฒนาระบบการจัดการด้านอาหารแบบครบวงจร เช่น การบริการส่งอาหาร (delivery) ในชุมชน การบริการดูแลเรื่องการรับประทาน การสร้างเครือข่ายการผลิต สร้าง กระจายอาหาร อาจจะต้องดึงกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีศักยภาพเข้าร่วมเพื่อเป็นการเสริมพลังอำนาจของผู้สูงอายุในชุมชนและกลุ่มเยาวชนเพื่อร่วมออกแบบเพื่อพัฒนาเมืองน่าอยู่ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุด้วย

**ข้อจำกัดของการศึกษา**

ผู้วิจัยเป็นคนอีสาน มีข้อจำกัดด้านภาษา แต่เลือกศึกษาพื้นที่นี้เนื่องจากการมีจำนวนของผู้สูงอายุสูงกว่าระดับประเทศ มีความเข้มแข็งด้านการดูแล

ผู้สูงอายุ และการจัดการอาหาร มีวัฒนธรรมงานบุญ ประเพณีที่หลากหลาย ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก ๆ จะใช้ภาษาเหนือเป็นหลัก ผู้วิจัยมีตัวแทน อปท. อสม. หรือเยาวชนลูกหลานร่วมเป็นล่ามให้ทุกครั้ง และผู้วิจัย มีการสอบถามเนื้อหาข้อมูลกับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ อปท. รพ.สต. ที่รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุ ร่วมตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้ผลิตอาหารรวมถึงผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบอาหารชุมชนทุกท่านที่กรุณาร่วมให้ข้อมูล และคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัยและศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนทุนการวิจัย

### References

1. World Health Organization (WHO). Ageing and life course; 2012 [cited 2014 Aug 2]. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>
2. National Research Council of Thailand. Exclusive summary of research strategy of older people and aging society, Year 2012–2016. 2016 [cited 2017 May 1]. Available from: [http://www.nrct.go.th/Portals/0/data/2557/RPP/strategyResearch\\_sub/24-pdf](http://www.nrct.go.th/Portals/0/data/2557/RPP/strategyResearch_sub/24-pdf) (in Thai)
3. Prasartkul P. Aging Situation: Trends and Impacts of Accession to the ASEAN Community. Documentation for the ASEAN Community and Senior Societies conference at Miracle Grand Convention Hotel) on 12 Dec 2013; 2013. [cited 2015 Sep 10]. Available from: [http://hp.anamai.moph.go.th/download/Meeting10\\_13Dec.2556/12.Dec.2556/3.pdf](http://hp.anamai.moph.go.th/download/Meeting10_13Dec.2556/12.Dec.2556/3.pdf) (in Thai)
4. Marmot M, Wilkinson GR. Social determinants of health. 2<sup>nd</sup> ed. Hampshire(UK): Ashford Colour Press; 2006.
5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Annual Report on the Situation of the Thai Elderly 2011. Bangkok: Pongpanich Charoenpan; 2012. (in Thai)
6. Surveillance Center on Health and Public Problem: Aging Society. Summary of health and public health issues: Nutrition of elderly. 2011 [cited 2017 May 2]. Available from: <http://www-surveillance.cphs.chula.ac.th/attachments/article/.pdf> (in Thai)
7. National Health Examination Survey Office. Thai National Health Examination Survey, NHES IV, 2008–2009. n.d. [cited 2017 June 2]. Available from: <http://resource.thaihealth.or.th/library/musthave/14890>.(in Thai)
8. Somrongthong R, Yamarat K. Compiling and synthesizing information on health promotion situations: the case of the elderly. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2011. (in Thai)
9. Chunharas S. Situation of the Thai Elderly 2010. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. 1<sup>st</sup> ed. Bangkok: TQP; 2011. (in Thai)
10. Witchawut C, Chayovan N, Wongchai Y, Intarasombat P, Thamanawat N. Review and Synthesis of Thai Elderly Knowledge, 2002–2007. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Bangkok: TQP; 2009. (in Thai)

11. Thailand Sustainable Development Foundation. Sustainable Development Goals. [cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.tsdf.or.th/th/seminar-event/10268/>
12. Sirivejkul N. Reform of the agricultural system for food security and justice. Samutsakorn: Pimdee ; 2012.(in Thai)
13. Pongpit S. Eat well stay well (Kinyupordee meekwansook) 2. Bangkok: Palungpanya Publishing House; 2010.(in Thai)
14. Muangpaisan W. Nutrition Management in the Elderly. Bangkok: Phabpim; 2014. (in Thai)
15. Lele U. Lancet’s micro-focused recommendations for reducing malnutrition are too narrow for the real world complexity of food and nutrition outcomes. *SCN News* 2013;40: 95-7.
16. Fetterman DM. *Ethnography: Step-by-Step*. 2<sup>nd</sup> ed. California: SAGE Publications; 1998.
17. LeCompte MD, Schensul JJ. *Analyzing and Interpreting Ethnographic Data*. Canada: AltaMira Press;1999.
18. Nuntaboot K. *Rapid Ethnographic Community Assessment: RECAP*. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2013. (in Thai)
19. Nuntaboot K. *Thailand Community Network Appraisal Program: TCNAP*. Bangkok: Mata; 2010. (in Thai)
20. Nuntaboot K. Strengthening local communities in the development of the community health care system and using the sub-district health funds as the support mechanism. Paper presented at Prince Mahidol Award Conference 2016; 2016 Jan 26; Bangkok, Thailand.(in Thai)
21. Health Promotion Foundation Act (B.E. 2544). 2001. [cited 2017 August 1]. Available from: [http://thailaws.com/law/t\\_laws/tlaw0122.pdf](http://thailaws.com/law/t_laws/tlaw0122.pdf)
22. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *JHR*. 2015;9(2): 1-8. (in Thai)
23. Wasi P. Health as a human ideology [monograph on the internet]. Nonthaburi: Health Systems Research Institute: 2000 [cited 2017 May 1]. Available from: <http://resource.thaihealth.or.th/library/11304>.
24. Nuntaboot K, Shokebumroong K, Theerasopon P. Competency levels and role implementation of professional nurses in health promotion. *Journal of Nursing Science & Health* 2015; 38(2):103-14. (in Thai)