

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อดูแลสุขภาพของสตรีสูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อให้สามารถคิด วิเคราะห์ และประมวลข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ ได้แก่ ความหมายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในด้านสังคมและสุขภาพ ตลอดจนทราบถึงสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน สำหรับการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผู้วิจัยแบ่งออกเป็น 5 หัวข้อ ได้แก่ ความหมายของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ประเภทของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการดูแลสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 องค์ความรู้เรื่องผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

สถาบันวิจัยโภชนาการ (2531) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า ความชราหรือผู้สูงอายุนั้น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เนื่องจากเซลล์ซึ่งเป็นส่วนประกอบต่างๆของร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่แล้ว เกิดการเสื่อมลง การตัดสินใจว่าวัยไหนเป็นวัยสูงอายุนั้นทางการแพทย์มิได้กำหนดขึ้นแน่นอน แต่สำหรับประเทศไทย ถือเอาการเกษียณอายุราชการเป็นเกณฑ์ โดยกำหนดว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

กระทรวงสาธารณสุข (2541) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่มีพัฒนาการทางร่างกายตามปกติ โดยมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และดำเนินไปจนในที่สุด อวัยวะต่างๆได้รับความเสียหาย

บรรลุ ศิริพานิช (2542) อธิบายว่า คนเมื่อเกิดและเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่และสุดท้ายเป็นผู้สูงอายุ หรือเรียกว่า คนแก่ คนชรา คนเฒ่า (The aged, Aging, Old man) ที่สามารถเรียกได้หลายอย่าง เนื่องจาก

ก. เรียกตามลักษณะทางกายภาพ เป็นการเรียกตามลักษณะทางสรีระที่บ่งบอกว่าผู้นั้นแก่ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น

ข. เรียกตามอายุมากหรือน้อยตามปีปฏิทิน เช่น ผู้สูงอายุ (Elderly, Older persons) ซึ่งคนภาคพื้นยุโรปและอเมริกามักเรียกคนสูงอายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ แต่คนภาคพื้นเอเชียมักถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ผู้สูงอายุ เป็นที่ตกลงกันในวงการระหว่างระหว่างประเทศว่าให้ถือเอา 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ

ค. เรียกตามสภาพทางสังคม เช่น ผู้ใหญ่ ผู้อาวุโส (Senior citizens)

จากการให้ความหมายข้างต้นโดยสรุป ผู้วิจัยจึงกำหนดความหมายของผู้สูงอายุสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุปีเต็ม ณ วันที่เก็บข้อมูล

2.1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีอยู่หลายทฤษฎี ซึ่งสรุปได้ดังนี้

2.1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายกระบวนการทางชีววิทยา สรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ๆ ของสิ่งมีชีวิตในผู้สูงอายุ (Ferrini, A. F. and Ferrini, R. L., 1993: 35-41; บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 45-50; Moody, 2002: 321-326) ได้แก่

2.1.2.1.1 ทฤษฎีเซลล์ (Cellular theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กระบวนการสูงอายุ เซลล์ซึ่งมีการสร้างขึ้นใหม่ตลอดเวลานั้น อาจไม่ทำหน้าที่ที่ควรจะเป็นหรือมีประสิทธิภาพน้อยกว่า เซลล์ที่ตายไปแล้วหรือเซลล์เก่าที่ถูกทดแทน สำหรับเซลล์ที่ไม่มีการสร้างใหม่จะมีการถูกทำลายทำให้ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ในระบบนั้นลดลง

2.1.2.1.2 ทฤษฎีการถูกกำหนด (programming aging theory or aging clock theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กระบวนการสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการของระบบต่างๆของร่างกายไปตามเวลาที่เปลี่ยนไปตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะถูกกำหนดไว้ในยีนส์เรียบร้อยแล้ว ซึ่งแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน

2.1.2.1.3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงร่างกาย (somatic mutation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในระยะการแบ่งตัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อาจมีความผิดปกติเกิดขึ้นทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ DNA ทำให้การทำงานของเซลล์และอวัยวะต่างๆของร่างกายบกพร่องหรือมีประสิทธิภาพลดลง

2.1.2.1.4 ทฤษฎีโมเลกุล (molecular theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สาเหตุของความสูงอายุ เกิดจากการถ่ายทอด DNA ที่เปลี่ยนไปจากเซลล์ปกติ ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างไปจากเซลล์เดิม และทำหน้าที่เปลี่ยนไป

2.1.2.1.5 ทฤษฎีคอลลาเจน (collagen theory or cross-linkage theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัส โปรตีนจะมีจำนวนเพิ่ม

มากขึ้นและเกิดการยึดเกาะกันแน่น ทำให้เส้นใยนั้นหดสั้นเข้า ขาดความยืดหยุ่น เซลล์ไม่สามารถขนส่งหรือขับถ่ายของเสียได้สะดวก จึงมีสภาพเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.1.2.1.6 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเสื่อมสลายของเซลล์ในร่างกาย เกิดจากการสะสมของสารประกอบทางเคมีที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาทางเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ จึงเกิดการทำลายผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป

2.1.2.1.7 ทฤษฎีความเสื่อมถอย (wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่มีลักษณะกลไกคล้ายเครื่องยนต์ เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานานย่อมต้องหย่อนสมรรถภาพ โดยมีความเครียดเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของการเสื่อมและการถดถอย

2.1.2.1.8 ทฤษฎีทำลายตนเอง (autoimmune theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วยปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันในร่างกาย ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง ขณะเดียวกันร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง ซึ่งมีผลทำให้เกิดการทำลายตนเอง ทำลายเซลล์ของร่างกาย

2.1.2.1.9 ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (physiological theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ไฮโปทาลามัสซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่อมไร้ท่อทั่วร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ทั่วร่างกายเสื่อมลง

2.1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ มี 2 ทฤษฎี (Moody, 2002: 321-326; Cockerham, 2004: 40-44) คือ

2.1.2.2.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (intelligence theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีสติปัญญาดี และคงเป็นผู้มีวิจารณญาณคืออยู่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

2.1.2.2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (personality theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์อยู่ที่ภูมิลำเนาและการพัฒนาจิตใจ และจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพแตกต่างกันออกไป

2.1.2.3 ทฤษฎีทางสังคม เป็นทฤษฎีอธิบายเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วย 4 ทฤษฎี (Hendricks, J. and Hendricks, C. D., 1981: 116-146; Weeks, 1984: 16-36; Moody, 2002: 296-299) สรุปได้ดังนี้

2.1.2.3.1 ทฤษฎีความทันสมัย (modernization theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า สถานภาพของผู้สูงอายุในสังคมจะค่อยลง โดยสังคมสมัยใหม่มีแนวโน้มที่จะลดทอนคุณค่าของผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้กล่าวว่า บทบาทและสถานะทางสังคมของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์ที่ผกผันกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ปัจจัยต่างๆ เช่น ความเป็นเมือง และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จะทำให้

ครอบครัวจะจัดกระจาย ขณะที่การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีจะลดคุณค่าทางปัญญาและประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุ และนำไปสู่การสูญเสียสถานภาพและอิทธิพลในสังคม

2.1.2.3.2 ทฤษฎีการปลีกตัวออกจากสังคม (disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆปลีกตัวออกจากสังคมทีละน้อย จากสิ่งที่ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทไปจากเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้อาศัยหรือที่ปรึกษา เป็นต้น กระบวนการปลีกตัวออกจากสังคมนี้เป็นผลสะท้อนจากภาวะทางชีววิทยาของผู้สูงอายุ ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง

2.1.2.3.3 ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยรักษาสุขภาพและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ และผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจะต้องเป็นผู้ดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้โดยไม่ทำตัวออกห่างจากสังคม

2.1.2.3.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคม จะมีความสุขเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนจะมีความสุขในการแยกตัวในวัยสูงอายุ

2.1.3 การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นทำให้อวัยวะต่างๆในร่างกายเกิดการเสื่อมถอย มีผลให้สภาพร่างกายของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงนี้มักเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป และอัตราการเสื่อมก็แตกต่างกันไปในแต่ละช่วงอายุ การเปลี่ยนแปลงนี้จะมีแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับเหตุที่สะสมมาตั้งแต่แรกเกิด เช่น ผลอันเนื่องมาจากเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ วิธีการดำรงชีวิต อาหารการกิน สภาพเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น (ฉันท ครุฑกุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; 44-51)

2.1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจของผู้สูงอายุมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น การเสื่อมถอยของระบบต่างๆในร่างกาย ฯ การเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว ฯ ทำให้จิตใจหดหูเศร้า การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่ผู้สูงอายุแสดงออกทางพฤติกรรม ได้แก่ ความวิตกกังวลตนเองหรือลูกหลาน อารมณ์อ่อนไหวและเปลี่ยนแปลงง่าย ขาดความมั่นคงทางจิตใจ หลงๆลืมๆ รู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวและสังคม (จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์, 2539) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 4 ประการ คือ

2.1.3.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยาก การแปลความหรือตีความมีโอกาสผิดพลาดง่าย ผู้สูงอายุมักจะใช้ประสบการณ์ที่เคยผ่านมาเป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจการรับรู้ของตน

2.1.3.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าสังคมมิให้ความสำคัญแก่ตนเองดังที่เคยเป็นมาแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิด หรือ โกรธง่าย

2.1.3.2.3 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อสภาวะสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตให้กับตนเองเป็นโลกใหม่ของวัยสูงอายุ ซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล

2.1.3.2.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น ความสนใจสิ่งแวดล้อมอาจมีอยู่บ้าง

2.1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาทางกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545: 5-7; มาลินี วงษ์สิทธิ์, 2545: 4) มีดังนี้

2.1.3.3.1 สถานภาพและบทบาทในครอบครัว แนวโน้มสถานภาพการเป็นหัวหน้าครอบครัวของผู้สูงอายุจะลดลงเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น บทบาทการเป็นผู้นำ ผู้หาเลี้ยงและศูนย์กลางกิจกรรมในครอบครัวของผู้สูงอายุจะลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำ อบรมสั่งสอน ชักจูงทางสังคม และการถ่ายทอดศิลปวิทยาการต่างๆของผู้สูงอายุลดลงเช่นกัน

2.1.3.3.2 สถานภาพและบทบาทในชุมชน ผู้สูงอายุมิบทบาทก่อนข้างหลากหลายทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เช่น การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยกัน การถ่ายทอดและปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา การจรรโลงและถ่ายทอดทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนต่างๆของชีวิต เป็นต้น

2.2 สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุไทย พบว่า มีการศึกษาเป็นจำนวนมากศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและโรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ การดูแลสุขภาพและการแสวงหาบริการ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยที่การศึกษาดังกล่าวแตกต่างกันทั้งในระยะเวลาและพื้นที่ที่ใช้ศึกษา (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2531; ทรายกล เก่งการพานิช, 2533: 26-34; ชุตติภา วระวิบูล, 2535; ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2539; จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ, 2540; มัลลิกา มัติโก และคณะ, 2540; วรณี ชัชวาลทิพากร และคณะ, 2543; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545; จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ, 2547; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) ตัวอย่างผลการศึกษาดังนี้ได้ดังนี้

2.2.1 ภาวะสุขภาพและโรคประจำตัว ผู้สูงอายุมีความสมบูรณ์ทางกายต่ำ ส่วนใหญ่ประเมินตนเองว่ามีสุขภาพปานกลางและสุขภาพอ่อนแอ และมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพปานกลาง มีโรคประจำตัวหรือการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคต่างๆ ได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกและข้อ โรค

ระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคเกี่ยวกับตาและหู

2.2.2 พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่มีการตรวจสุขภาพประจำปีแต่มีแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะตรวจสุขภาพประจำปีเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ไม่เคยดื่มสุรา สูบบุหรี่ ดื่มชา กาแฟ นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ และมีการใช้ยาประจำ แต่มักไม่ค่อยออกกำลังกาย ซึ่งน่าจะส่งผลต่อความสมบูรณ์ของร่างกายและสุขภาพโดยรวม

2.2.3 การดูแลสุขภาพและการแสวงหาบริการ เมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมิวิธีการรักษาคือซื้อยากินเอง เข้ารับการรักษาที่สถานีนอนมัยและโรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิกเอกชน ใช้สมุนไพรและยาแผนโบราณ การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วย ความเชื่อ และประสบการณ์ในอดีต อย่างไรก็ตามแบบแผนของพฤติกรรมรักษาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีลักษณะของการผสมผสานวิธีการรักษา และภายหลังมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผู้สูงอายุเปลี่ยนไปใช้บริการที่สถานีนอนมัยและโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่งต้องรับประทานยาเป็นประจำ

ในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ขาดการออกกำลังกาย และไม่คอยตรวจสุขภาพประจำปี แต่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐเมื่อเจ็บป่วย

2.3 องค์ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

2.3.1 ความหมายของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

2.3.1.1 ความหมายของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในประเทศไทย ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือที่คนไทยรู้จักในชื่ออาหารเสริม ความหมายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 293 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2548 คือ “ผลิตภัณฑ์ที่ใช้รับประทานนอกเหนือจากการรับประทานอาหารตามปกติ ซึ่งมีสารอาหารหรือสารอื่นเป็นองค์ประกอบ อยู่ในรูปแบบเม็ด แคปซูล ผง เกล็ด ของเหลวหรือลักษณะอื่นซึ่งมิใช่รูปแบบอาหารตามปกติ สำหรับผู้บริโภคที่คาดหวังประโยชน์ทางด้านสร้างเสริมสุขภาพ”

ซึ่งจากคำจำกัดความที่กว้างขวางและคลุมเครือนี้เอง ส่งผลให้ประชาชนผู้บริโภคเกิดความเข้าใจผิดหรือมักมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง

2.3.1.2 ความหมายของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในต่างประเทศ มีการใช้คำที่แสดงถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่แตกต่างกันและในความหมายที่แตกต่างกัน เช่น Dietary Supplement, Alternative medicine, Complementary medicine, Food Supplement, Functional Food, และ Nutraceuticals เป็นต้น ข้อกำหนดระหว่างประเทศที่แตกต่างกันนี้ แสดงถึงความไม่ชัดเจนในการแบ่งแยกประเภทผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หากพิจารณาทางด้านจะเห็นว่าบางผลิตภัณฑ์ของต่างประเทศที่กำหนดเป็น dietary supplement หรือ complementary /alternative drugs นั้น เทียบเท่ากับผลิตภัณฑ์ยา

แผนโบราณของไทย ซึ่งมีการควบคุมอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติยา แต่ในต่างประเทศอาจมีระบบควบคุมแบบอื่น (นิตยา เกียรติยิ่งอังสุติ, 2546) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

US DSHE Act 1994 กำหนดคำจำกัดความของ dietary supplement ไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

(1) ผลิตภัณฑ์ที่ตั้งใจใช้เสริมอาหาร ที่มีส่วนประกอบของ วิตามิน เกลือแร่ สมุนไพร กรดอะมิโน ส่วนประกอบของอาหาร หรือส่วนข้างต้นที่มีความเข้มข้น หรือ

(2) ผลิตภัณฑ์ที่ตั้งใจใช้สำหรับการกิน ไม่ใช่อาหารที่ใช้ทั่วไป และคิดผลต่ำกว่าเป็น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (dietary supplement)

(3) รวมถึงสารที่ได้รับการรับรองให้เป็นยาใหม่ ยาปฏิชีวนะ ชีววัตถุ

EU definition by Directive 2002/46/EC กำหนดว่า Food supplement หมายถึง foodstuffs ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มจากอาหารปกติ และซึ่งเป็นแหล่งสารอาหารเข้มข้น หรือสารอื่นที่มีผลทางโภชนาการหรือทางสรีรวิทยา อาจอยู่ในรูปเดี่ยวหรือเป็นของผสม ทำการตลาดในรูปแบบต่าง ๆ กัน ได้แก่ ยาเม็ด แคปซูล ยาอม เป็นผงในถุงชาชง หรือเป็นสารละลายบรรจุขวด ซึ่งสารอาหารต่าง ๆ ที่อนุญาตให้ใช้ในการผลิต food supplement ได้แก่ วิตามิน 13 รายการ และเกลือแร่ 15 รายการ

ประเทศออสเตรเลียควบคุม complementary medicines ซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ และครอบคลุมวิตามิน เกลือแร่ พืช หรือสมุนไพร และ nutritional supplement

ประเทศมาเลเซีย จัด complementary medicines ไว้เป็น 2 กลุ่ม คืออาจเป็น OTC (ยาสามัญประจำบ้าน) หรือเป็นยาแผนโบราณ

ประเทศอินโดนีเซีย กำหนดว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหมายถึงผลิตภัณฑ์ที่มีรูปแบบต่าง ๆ กัน และใช้เพิ่มอาหารให้ครบถ้วน อาจมีสารตั้งแต่ 1 ชนิดขึ้นไป ได้แก่ วิตามิน เกลือแร่ สมุนไพร หรือส่วนประกอบจากสมุนไพร กรดอะมิโน ใช้เพิ่มจาก RDA (Recommended Daily Allowance) หรือส่วนสกัด หรือสารเข้มข้นดังกล่าวข้างต้น

ประเทศฟิลิปปินส์ จัดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นอาหารตามกฎหมายอาหาร

2.3.2 ประเภทของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2545) ของประเทศไทย จำแนกผลิตภัณฑ์เสริมอาหารออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

2.3.2.1 กลุ่มสารสกัดจากพืช ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ กลูโคแมนแนน (ใยอาหาร) เกสรดอกไม้ ใบปอกระเจาเทศ ใบหม่อนอบแห้ง ผงสกัดจากใบอ่อนข้าวบาร์เลย์ พูเออราเรียวอบแห้ง บด ว่านหางจระเข้ สมฉากผสมดอกคำฝอยและใบมะขามแขก สับปะรดอบแห้ง บด สารสกัดจากดอกดาวเรือง สารสกัดจากผลไม้และผัก สารสกัดจากผลส้มแขกผสมวิตามินให้ความหวานแทนน้ำตาล สารสกัดจากสาหร่ายติซาลีน่า สาหร่ายคริปโตโมนาเซลล์ สาหร่ายสปรูลิน่า เห็ดหอมสกัด อัลฟัลฟา สารสกัดจากมะเขือเทศ อะเซอราไบ โอฟาร์โวนอยด์คอมเพล็กซ์ อะเซอราสวิต ชิครัสไบ โอฟาร์โวนอยด์คอมเพล็กซ์ แอปเปิ้ลไฟเบอร์/เพ็คติน คลอโรฟิลล์ การ์ชีเนียร์ ใบแป๊ะก๊วย แป๊ะก๊วยผสม

โสม สารสกัดจากเมล็ดคองุ่น ชาเขียวสกัด เกลบี เปลือกเมล็ดซีเลียม สารสกัดจากเปลือกไพนัส สารสกัดจากเรคไวน์มารก

2.3.2.2 กลุ่มสารสกัดจากสัตว์ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ ผงหอยนางรม สารสกัดจากเปลือกสัตว์ทะเล (ไลโคซาน) กระดูกอ่อนปลาฉลาม ชูปโก้สกัด (แคปซูล) ตะพาบผง เปลือกไข่นกอินทรี เปลือกหอยนางรม โปรตีนจากปลาทะเล โปรตีนจากผงไข่ ผงมัสเซล ตับคิบ สารสกัดจากหอยนางรม

2.3.2.3 กลุ่มน้ำมันและไขมัน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ เลซิทิน ฟอสฟาติดิลซีรีน น้ำมันอีฟนิ่งพริมโรส น้ำมันปลา น้ำมันดอกคำฝอยผสมน้ำมันปลา น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันจมูกข้าวสาลีผสมสารสกัดจากน้ำมันเมล็ดงา กรดไขมันกลุ่มโอเมก้า 3 ผลิตภัณฑ์จากน้ำมันตับปลา (สควาลีน) น้ำมันเมล็ดผักชีฝรั่งผสมน้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน น้ำมันอัลมอนด์ น้ำมันวีทเจอร์ม น้ำมันสตาร์ฟาร์เวอร์ น้ำมันโบเรจ น้ำมันเมล็ดแฟลก น้ำมันเมล็ดฟักทอง น้ำมันมะกอก น้ำมันจากต้นฮาลิบัต น้ำมันมอลต์ น้ำมันแบล็กเคอร์แรนท์ กรดไขมันโอเลโออิก

2.3.2.4 กลุ่มโปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ เบต้าแคโรทีนธรรมชาติ โคลีน ไบโอดีน อินอซิทอล โปรตีนซอพเจลแคปซูล คอลลาเจน ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารวิตามินรวมชนิดเคี้ยวกลืนผลไม้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารวิตามินบีรวม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารวิตามินรวมแร่ธาตุและโสม เหล็กและวิตามินซี สังกะสี ครีเอทีน โมโนไฮเดรต โครเมียมอะมิโน แอซิดคีเลต แมกนีเซียมอะมิโนแอซิดคีเลต แมงกานีสอะมิโนแอซิดคีเลต ซีลีเนียมอะมิโนแอซิดคอมเพล็กซ์ ซีลีเนียมผสมวิตามินอี โครเมียมพิโคลิเนต โปตัสเซียมอะมิโนแอซิดคอมเพล็กซ์ แอล-กลูตาไทโอน แอล-ไทโรซีน แอล-ฟีนิลอะลานีน แคลเซียมคาซิซเนด อะมิโนแอซิดแอล-คาร์นิทีน มัลติอะมิโน แอล-อาร์จินีน แอล-ไลซีน

2.3.2.5 กลุ่มธัญพืช ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ ไร่ข้าวสาลีชนิดเม็ด ผลิตภัณฑ์ธัญพืชสกัด ไร่ข้าวโอ๊ตชนิดเม็ด

2.3.2.6 กลุ่มอื่นๆ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกลุ่มนี้ ได้แก่ นมเปรี้ยวชนิดแคปซูล นมถั่วเหลืองหมักแคปซูล บริวเวอร์ยีสต์ชนิดเม็ด ผลิตภัณฑ์จากผึ้ง (โพรโพลิส) โคนเอนไซม์ คิว10 ซีลีเนียม ยีสต์

2.3.3 ผลของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารต่อสุขภาพ

ตัวอย่างการศึกษาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารเสริมในประเทศไทย ที่อ้างผลดีในโฆษณา แต่พบว่ามีความเสี่ยงหรือส่งผลข้างเคียงต่อสุขภาพ (แก้ว กังสดาลอำไพ และทัศนีย์ แน่นอุดร, 2546) มีหลายผลิตภัณฑ์ด้วยกัน ตัวอย่างเช่น

2.3.3.1 วิตามิน ซี ปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน เท่ากับ 60 มิลลิกรัม ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือรับประทานในปริมาณสูงเพื่อป้องกันโรค เสริมภูมิคุ้มกัน ป้องกันมะเร็ง ตลอดจนช่วยให้ผิวพรรณสดใส ไม่เกิดริ้วรอย เนื่องจากไปช่วยเสริมชั้นคอลลาเจนที่ผิวหนัง แต่จากการศึกษา

พบว่า หากได้รับวิตามินซีในปริมาณสูง 1-3 กรัม/วัน ติดต่อกันหลายวัน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ และผลการวิจัยในหลอดทดลองพบว่า วิตามินซีอาจทำให้คีเอ็นเอนในเซลล์เป็นอันตราย

2.3.3.2 วิตามิน อี ปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน เท่ากับ 10 มิลลิกรัม หรือ 15 หน่วยสากล (IU) ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือการบริโภคในปริมาณสูง จะช่วยป้องกันโรคหัวใจและมะเร็ง เสริมสร้างภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ ช่วยให้อายุยืนยาวไม่แก่ แต่จากการศึกษาพบว่า ประโยชน์ของวิตามินอี ยังไม่พบแน่ชัด แต่ไม่มีพิษ หากรับประทานไม่เกิน 1000 หน่วยสากลต่อวัน ภาวะการขาดวิตามินอี ยังไม่พบในคนสุขภาพปกติ เพราะวิตามินอี มีมากในอาหารที่รับประทาน จึงไม่จำเป็นต้องรับประทานวิตามินอีเสริม

2.3.3.3 วิตามินเอและเบต้าแคโรทีน ปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน เท่ากับ 2,664 หน่วยสากล (IU) หรือ 800 ไมโครกรัม ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือ วิตามินเอ เป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ดังนั้นจึงช่วยป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับสายตา ป้องกันผิวแห้ง การเสริมเบต้าแคโรทีนในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะช่วยป้องกันโรคมะเร็ง แต่จากการศึกษาพบว่า การบริโภควิตามินเอบางชนิดในรูปอาหารเสริม อาจทำให้ได้รับในปริมาณสูงเกินไป เสี่ยงต่อการเกิดพิษในร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดตามข้อ ตับทำงานมากขึ้น ในหญิงตั้งครรภ์อาจทำให้ทารกในครรภ์เกิดความผิดปกติ มีรายงานว่าการรับประทานวิตามินเอเสริมอาจทำให้กระดูกบางลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก และมีรายงานการวิจัยขนาดใหญ่ในฟินแลนด์พบว่า การใช้เบต้าแคโรทีนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปอด

2.3.3.4 ซีลีเนียม ปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน เท่ากับ 70 ไมโครกรัม ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันโรคและป้องกันมะเร็ง แต่จากการศึกษาพบว่าไม่ควรรับประทานซีลีเนียม เกินกว่า 400 ไมโครกรัม/วัน อาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ยังไม่มีข้อมูลมากพอจะบอกว่าปริมาณซีลีเนียมเท่าไรจึงจะสามารถลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็ง

2.3.3.5 สังกะสี ปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน เท่ากับ 15 มิลลิกรัม ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือเป็นกลุ่มสารต้านอนุมูลอิสระ ช่วยป้องกันโรค แต่จากการศึกษาพบว่า การได้รับในปริมาณสูง (ประมาณ 25 มิลลิกรัม) สามารถขัดขวางการดูดซึมทองแดง

2.3.3.6 แคลเซียม ปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวันเท่ากับ 800 มิลลิกรัม ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือช่วยป้องกันภาวะกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ เสริมสร้างกระดูกและฟันให้แข็งแรง ให้เด็กรับประทานเพื่อเพิ่มความสูง แต่จากการศึกษาพบว่า การได้รับแคลเซียมเกินขนาดอาจทำให้เกิดกลิ่นใต้ท้องผูก เนื้อเยื่อ และอาจสะสมทำให้เกิดนิ่วได้ ปริมาณสูงอาจยับยั้งการดูดซึมธาตุเหล็กและสังกะสี

2.3.3.7 ชูปโกสทัก ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือบำรุงร่างกาย สมอง ช่วยให้สดชื่น กระปรี้กระเปร่า ฉลาด แต่จากการศึกษาพบว่า มีคุณค่าทางโภชนาการเพียงแค้ไข่ไก่ ครึ่งฟอง การบริโภคเนื้อสัตว์ที่ต้มหรือคั่วในระยะเวลาสั้น ทำให้ได้รับสาร

ก่อนมะเร็งกลุ่ม เอ็ดเตอโรไซคลิก อะโรเมติกเอมีน มากกว่าปรกติ เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งหลายอวัยวะ

2.3.3.8 โปรตีน ปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน เท่ากับ 50 กรัม ผลดีที่อ้างใน โฆษณา คือเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดอาการอ่อนเพลีย ลดน้ำหนัก แต่จากการศึกษาพบว่า การ รับประทานอาหารโปรตีนสูง ร่างกายจะไม่ได้นำโปรตีนไปสร้างกล้ามเนื้อ แต่จะกำจัดออก เป็นการเพิ่ม ภาระให้กับตับและไตต้องทำงานหนักขึ้น คนที่ลดน้ำหนักโดยการรับประทานผลิตภัณฑ์อาหารโปรตีน สูง อาจเสี่ยงต่อภาวะโรคหัวใจ

2.3.3.9 สาหร่ายสาไปรูไลน่า ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้าง ในโฆษณา คือป้องกันโรค สร้างภูมิคุ้มกัน เพราะอุดมไปด้วยธาตุอาหารและวิตามินในกลุ่มต้านอนุมูล อิศระ แต่จากการศึกษาพบว่า มีภาวะเสี่ยงที่สาหร่ายอาจปนเปื้อนสาร โลหะหนักและสารพิษอื่นๆ จาก น้ำที่เพาะเลี้ยง และมีปริมาณกรดนิวคลีอิกสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็น โรคเก๊าท์

2.3.3.10 รังนก ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างในโฆษณา คือ บำรุงร่างกาย ทำให้ดูหนุ่มสาวอยู่เสมอ แต่จากการศึกษาพบว่า คุณค่าทางโภชนาการต่ำ แต่มีราคาสูง ได้ ประโยชน์ต่อร่างกายไม่คุ้มค่าเงิน ไม่เคยมีการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ว่า กินแล้วทำให้ผิวพรรณอ่อนวัย

2.3.3.11 น้ำมันปลา ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างในโฆษณา คือช่วยลดโคเลสเตอรอล ลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ บำรุงสมองทำให้ฉลาดขึ้นและจดจำดีขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่าในการทดลอง ผลเสี่ยงจากการรับประทานน้ำมันปลาคือเกิดเลือดกำเดาไหลไม่ หยุด อาจทำให้เกิดสภาวะขาดวิตามินอีได้ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อสารพิษตกค้างเนื่องจากภาวะ มลพิษทางทะเลในถิ่นที่ปลาซึ่งเป็นวัตถุดิบอาศัย หากจะบริโภคเพื่อการรักษาต้องรับประทานใน ปริมาณสูงมาก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดพิษต่อร่างกาย

2.3.3.12 อีฟนิ่ง พริมโรส ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างใน โฆษณา คือบำรุงผิว ช่วยทำให้ผิวพรรณสดใส คุ่ออ่อนวัย ลดการอักเสบของผิว ช่วยลดอาการหงุดหงิด ในหญิงวัยหมดประจำเดือน แต่จากการศึกษาพบว่า มีผลข้างเคียงในผู้ป่วยโรคลมชัก

2.3.3.13 เลซิทิน ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างในโฆษณา คือ ช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือด บำรุงสมองและระบบประสาท แต่จากการศึกษาพบว่า คนปกติมักไม่ ขาดเลซิทิน การบริโภคในปริมาณสูง อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ ท้องเสี่ย หากซื้อ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เลซิทินจากแหล่งวัตถุดิบที่เป็นสัตว์อาจได้รับกรดไขมันอิ่มตัวในปริมาณสูง ยิ่ง ทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับโคเลสเตอรอล

2.3.3.14 ไบแปะก๊วย ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างใน โฆษณา คือช่วยเพิ่มความจำและการเรียนรู้ ป้องกันเซลล์สมองเสื่อม แต่จากการศึกษาพบว่า มีรายงาน การวิจัยที่ขัดแย้งกันในเรื่องการรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อม จึงยังไม่มีข้อสรุป ฤทธิ์ข้างเคียงของแปะก๊วย ใน

ผู้ใช้งานราย คืออาการปวดศีรษะ ท้องไส้ปั่นป่วน และเกิดภาวะแทรกซ้อน เลือดไหลไม่หยุดในขณะที่ผ่าตัดในรายของผู้ป่วยที่รับประทานแปะก๊วยควบคู่ไปกับการรักษาโรคแผนปัจจุบัน

2.3.3.15 กระจีเอ็มไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด แต่จากการศึกษาพบว่าสารสกัดจากกระจีเอ็มในรูปแบบผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่ค่อยมีผลต่อการลดระดับของโคเลสเตอรอลหรือมีก็ในระดับที่น้อยมาก เนื่องจากปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดถูกควบคุมด้วยปัจจัยมากกว่าหนึ่งปัจจัย เกิดกลุ่มมรณกรรมในอเมริกาขึ้นคำร้องให้อัย.ของสหรัฐฯสั่งห้ามบริษัทอาหารเสริมโฆษณาสรรพคุณของกระจีเอ็มที่ว่าช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลได้และช่วยทำให้หัวใจแข็งแรง

2.3.3.16 สารสกัดเมล็ดทานตะวัน สารออกฤทธิ์สำคัญคือ CLA (Conjugated Linoleic Acid) ไม่มีปริมาณที่แนะนำให้คนไทยได้รับต่อวัน ผลดีที่อ้างในโฆษณาคือจะช่วยเพิ่มอัตราการเผาผลาญเซลล์ไขมันและช่วยสลายไขมันที่เก็บสะสมในเซลล์ ช่วยลดน้ำหนัก ลดความเสี่ยงโรคหัวใจและความดันโลหิต

2.4 สถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

2.4.1 การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

รายงานการสำรวจและรายงานวิจัยพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย (2540-2543); สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (2545); ทศนิยม แน่นอุดร (2546); สุพัตรา ชาติบัญชาชัย (2546); Radimer et al. (2000); Neuhouser (2003); และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2548) สรุปได้ดังนี้

2.4.1.1 ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร คือกลุ่มประชากรทุกวัยและกระจายในทุกกลุ่มอายุ โดยผู้ที่อายุสูงขึ้น จะใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากขึ้น ผู้หญิงมีการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้ชาย และผู้สูงอายุมีการรับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารสูงที่สุด

2.4.1.2 เหตุผลในการใช้และไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร: เหตุผลที่ใช้คือบำรุงสุขภาพลดน้ำหนัก รักษาและป้องกันโรค ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช้คือราคาแพง เหมาะกับผู้ป่วยหรือผู้ที่ฟื้นฟูและคนปกติเมื่อรับประทานตามหลักโภชนาการก็เพียงพอแล้ว

2.4.1.3 ประเภทผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ใช้: แบ่งตามวัตถุประสงค์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ กลุ่มโปรตีน กลุ่มไขมัน น้ำมัน กลุ่มยาระบายและไฟเบอร์ และกลุ่มวิตามินและแร่ธาตุ

2.4.1.4 ปริมาณการใช้: แตกต่างกันไปตามชนิดของผลิตภัณฑ์

2.4.1.5 ปัจจัยที่กระตุ้นให้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร: ประกอบด้วยการโฆษณา การส่งเสริมการขาย การขายตรง ได้รับคำแนะนำให้ใช้จากผู้ใกล้ชิดและแพทย์ และการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2.4.1.6 ความคิดเห็นด้านลบต่อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร: คุณค่าของอาหารตามโภชนาการมีน้อยกว่าที่โฆษณา ราคาแพงกว่าที่ควรจะเป็น ประโยชน์ของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารยังไม่ชัดเจน มีการให้ข้อมูลไม่ถูกต้องและครบถ้วน และส่งเสริมแนวคิดการดูแลสุขภาพที่ต้องพึ่งพิงผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

2.4.2 ปัญหาของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและแนวทางคุ้มครองผู้บริโภค

ในประเทศไทยยังไม่พบรายงานปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แต่พบว่ามีกรรือเรียนภายหลังการใช้สมุนไพรบางตัว ส่วนใหญ่จะเป็นรายงานการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับ ปัญหาของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและแนวทางคุ้มครองผู้บริโภค จากการศึกษาของนิตยา เกียรติยิ่งอังสุติ (2546); ทศนีย์ แน่นอุดร (2546); แก้ว กังสาดลอำไพ (2546); และ ผณินชิสมา มุสิกะไชย (2548) สรุปได้ดังนี้

- 1) รายงานอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร: มีอาการแพ้ อย่างรุนแรงภายหลังรับประทานเห็ดหลินจือ หรือ ดับอ๊กเสบจากการรับประทานขี้เหล็ก ผลิตภัณฑ์ที่ทำให้เกิดผลข้างเคียงมากที่สุดในกลุ่มที่เป็นสารสกัดจากพืชสมุนไพร ได้แก่ ma huang guarana โสม (ginseng) และ St John's Wort ส่วนที่ไม่ใช่สารสกัดสมุนไพร ได้แก่ โครเมียม เมลาโทนิน และสังกะสี
- 2) ปฏิกริยาต่อกันระหว่างผลิตภัณฑ์เสริมอาหารกับยา: ทำให้เกิดผลทั้งเพิ่มฤทธิ์หรือพิษของยา หรือลดฤทธิ์ของยาที่กินร่วมกัน ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง การรับประทานยาร่วมด้วยหลายชนิด จึงมีความเสี่ยงสูงต่อปฏิกริยาต่อกัน
- 3) แนวทางการคุ้มครองผู้บริโภค: ควรมีระบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ และมีฉลากที่ครบถ้วน แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับความเสี่ยงต่างๆให้ครบถ้วน จะช่วยป้องกันปัญหาจากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการดูแลสุขภาพ

2.5.1 คุณลักษณะทางประชากร

2.5.1.1 อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยรายงานการศึกษาการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหลายฉบับที่ชี้ให้เห็นว่า การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (Ness et al., 2005; Radimer et al., 2000; วิจิต เปานิล, 2544; Slesinski et al., 1995; Subar and Block, 1990; Koplán et al., 1986) ในประเทศญี่ปุ่นพบว่า ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะสูงในกลุ่มผู้สูงอายุ (Ishihara et al., 2003) นอกจากนี้ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 63 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่า 1 ชนิด (Radimer et al., 2000) และร้อยละ 65 ของผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Ness et al., 2005) และผู้สูงอายุมีการใช้การแพทย์ทางเลือกและผลิตภัณฑ์ทางเลือกมากกว่าวัยอื่นๆ (Barnes et al., 2004) เหตุผลที่การใช้

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เพราะเมื่อประชากรมีอายุเพิ่มขึ้น จะมีอาชีพและฐานะที่มั่นคงขึ้น ทำให้มีรายได้อีกพอที่จะนำมาซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่มีสุขภาพที่แย่ลง และรับประทานอาหารได้น้อยลง จึงแสวงหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมาช่วยบำรุงร่างกาย รักษาสุขภาพ และทดแทนหรือเสริมอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน ส่งผลให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุและผู้ที่มีอายุสูงขึ้น

2.5.1.2 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่วนตัวของบุคคลหรือการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลโดยอ้อมกับพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่แต่งงานแล้วจะได้รับการเกื้อหนุนจากคู่สมรสและบุตรทั้งในด้านการเงิน อาหาร ของใช้ ตลอดจนการดูแลในการดำรงชีวิตประจำวัน และจากการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งของความเกื้อหนุนที่ผู้สูงอายุได้รับพบว่า มาจากบุตรที่สมรสแล้วมากที่สุด ร้อยละ 65.9 รองลงมาเป็นคู่สมรสและบุตร โสดคือร้อยละ 34.9 และ 23.1 ตามลำดับ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2547) ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นไปได้ที่สตรีสูงอายุที่แต่งงานแล้วน่าจะมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าสตรีสูงอายุที่มีสถานภาพโสด

2.5.1.3 ขนาดครอบครัว

ขนาดครอบครัวและการอยู่ร่วมกับบุตรหลานมีอิทธิพลโดยอ้อมกับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผู้สูงอายุที่มีครอบครัวขนาดใหญ่มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวขนาดเล็ก จากการศึกษาของวิชิต เปานิล (2544) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานเลี้ยงดูอย่างดี นิยมซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมารับประทาน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีครอบครัวขนาดใหญ่จะมีบุตรหลานผลัดเปลี่ยนกันคอยดูแลผู้สูงอายุ มอบเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ หรือหากไม่สามารถมาดูแลเป็นประจำได้ก็จะจัดหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมาให้ใช้รับประทานเพื่อบำรุงร่างกายตามโอกาสต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ขนาดครอบครัวใหญ่กว่าและมีการอยู่ร่วมกับบุตรหลานจำนวนมากกว่ามีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้สูงอายุที่มีครอบครัวขนาดเล็กและอยู่เพียงลำพัง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังร้อยละ 55.8 มีปัญหาโดยร้อยละ 22.1 มีปัญหาขาดคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย และร้อยละ 11.9 มีปัญหาด้านการเงิน

2.5.2 ปัจจัยทางสังคม

2.5.2.1 การศึกษา

การศึกษาเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของบุคคล ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมโดยอ้อม มีรายงานการศึกษาพบว่าความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีมากกว่าในผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย (Ness et al., 2005) และพบแบบแผนในลักษณะเดียวกันในประชากรวัยต่างๆคือ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความชุกสูงในผู้ที่มีการศึกษามากกว่า (Radimer et al., 2004; Oldendick, 2000; Lyle et al., 1998; Slesinski et al., 1995; Koplan et al., 1986) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีการใช้การแพทย์ทางเลือกและผลิตภัณฑ์ทางเลือกมากกว่าผู้สูงอายุที่มี

การศึกษาต่ำ (Barnes et al., 2004) แต่วิชิต เปานิล (2544) พบว่า ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มผู้บริโภคที่มีการศึกษาแตกต่างกัน ทั้งนี้ เนื่องมาจากความหลากหลายของ ชนิดและราคาของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีให้เลือกตามความเหมาะสมของผู้ใช้

การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในประเทศไทยน่าจะมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ของผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้ที่มี ระดับการศึกษาต่ำกว่า เพราะแม้ว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความหลากหลายแต่ส่วนใหญ่ยังคงมีราคาที่ แพง ผู้ที่มีการศึกษาที่สูงเท่านั้นจึงจะมีรายได้มากพอที่จะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมาใช้

2.5.3 ปัจจัยทางเศรษฐฐานะ

2.5.3.1 รายได้และเงินออม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลมากต่อการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารคือฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมักต้องมีฐานะดีพอที่จะใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ (วิชิต เปานิล, 2544) มีรายงานว่า การบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับรายได้ที่สูงขึ้น (Slesinski et al., 1995; Bender et al., 1992; Subar and Block, 1990; Koplan et al., 1986; Stewart et al., 1985) และผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่ สูงกว่าจะมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า (Ness et al., 2005) เหตุผลที่ การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับรายได้ที่เพิ่มขึ้น เพราะเมื่อประชากรมีรายได้มากขึ้น จะ มีอำนาจในการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพื่อบำรุงร่างกายและทดแทนหรือเสริมอาหารที่ควรได้รับใน แต่ละวันเพิ่มมากขึ้น

2.5.4 ปัจจัยด้านสุขภาพ

2.5.4.1 ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการ ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพหรือตระหนักว่าอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพมักใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพหรือไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ (วิชิต เปานิล, 2544; Bender et al., 1992) และผู้สูงอายุที่มีปัญหาความบกพร่องของอวัยวะต่างๆจะใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ (Ness et al., 2005) บางรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น หรือเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะใช้วิตามินและเกลือแร่บางชนิดมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่โรค ประจำตัว (Lyle et al., 1998) แต่บางรายงานพบว่าการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุมี (Ness et al., 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยผู้หญิงที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีการใช้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้หญิงที่มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และการพักผ่อนนอนหลับมีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร โดยผู้สูงอายุที่มีการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการพักผ่อนนอนหลับ เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (Lyle et al., 1998; Slesinski et al., 1995; Subar and Block, 1990)

เหตุผลที่การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ เพราะเมื่อประชากรมีอายุเพิ่มมากขึ้น มักมีสุขภาพที่แย่ลงและรับประทานอาหารได้น้อยลง จึงแสวงหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมาช่วยบำรุงร่างกาย รักษาสุขภาพ และทดแทนหรือเสริมอาหารที่ควรได้รับในแต่ละวัน ส่งผลให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพิ่มขึ้น

2.5.4.2 ภาวะโภชนาการ

ในการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคและภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่าอาหารที่ผู้สูงอายุกินทุกวัน ได้แก่ อาหารประเภทหมู ปลา เนื้อวัว และประเภทผัก ซึ่งหาง่ายในท้องถิ่นและราคาไม่แพง ส่วนใหญ่กินอาหารจำนวน 3 มื้อ อาหารที่รับประทานไม่แตกต่างจากสมาชิกในครอบครัว ยกเว้นบางรายที่มีโรคประจำตัวจึงต้องกินอาหารพิเศษ (สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครในด้านการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอยู่ที่ระดับดี (จินตนา รอดนำพา, 2535) อย่างไรก็ตามปัญหาทุพโภชนาการที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ภาวะ ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งภาวะขาดสารอาหารจะพบมากกว่าและมีผลกระทบทางคลินิกรุนแรงกว่า โดยเฉพาะการขาดโปรตีนซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 44 ของผู้ป่วยสูงอายุทางอายุรกรรมในโรงพยาบาล และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยสูงอายุทางศัลยกรรมในโรงพยาบาล (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2542) ภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหารนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จะมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับประทานอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาพบว่า ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจะสูงในกลุ่มผู้ที่มีดัชนีมวลกายต่ำ (Radimer et al., 2004; Ishihara et al., 2003; Lyle et al., 1998; Subar and Block, 1990) เหตุผลที่การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เพราะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพโภชนาการหรือผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าการขาดสารอาหาร มักจะแสวงหาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อเสริมส่วนที่ขาดไปและเพื่อบำรุงร่างกาย นอกจากนี้ผู้หญิงที่มีการรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ไม่มากมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้หญิงที่รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า (Lyle et al., 1998; Slesinski et al., 1995; Subar and Block, 1990) เนื่องจากจะให้ความสำคัญค่อนข้างมากกับการบริโภคสารอาหารในกลุ่มวิตามินและเกลือแร่ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้หญิงที่รับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ไม่น้อยกว่า

2.5.5 ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม

2.5.5.1 ความรู้

ในการศึกษานี้ ความรู้หมายถึงความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และความรู้ด้านโภชนาการ และคาดหมายว่าสตรีสูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารน่าจะใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้ในเรื่องดังกล่าว จากการศึกษารายงานวิจัยหลายฉบับพบว่า ผู้บริโภคใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เพราะรับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อร่างกาย

(Williamson, Fletcher and Dawson, 2003; Neuhouser, 2003; Oldendick, 2000; จินดา บุญช่วยเกื้อกุล และคณะ; 2543) แต่อย่างไรก็ตามมีข้อมูลที่พบว่า ผู้บริโภคที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร มีความรู้ที่น้อยมาก ในประเด็นที่เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้จากการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในระยะยาว หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Neuhouser, 2003; สุพัตรา ชาติบัญชาชัย, 2546) สำหรับความรู้เกี่ยวกับโภชนาการพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 65.18 มีความรู้ด้านโภชนาการ และผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.13 รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และอาหารมื้อกลางวันเป็นมื้อที่นิยมบริโภคมากที่สุด (ไสว ผีกฝน, 2540)

2.5.5.2 ทักษะคิด

ทักษะคิดเป็นผลรวมของความคิดเห็น ความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ผลรวมนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่ง นั้น ในลักษณะที่ชอบหรือไม่ชอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ทักษะคิดเป็นผลจากการเรียนรู้ และเป็น ตัวการสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล มีการศึกษาที่พบว่า ทักษะคิดทางบวกที่มีต่อการ ใช้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร แม้ว่าจะมีเหตุผลสนับสนุนทางวิทยาศาสตร์หรือไม่ก็ตาม เช่น บำรุงร่างกาย ป้องกันโรค หรือฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น มีความสัมพันธ์ต่อการ ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Micheal, Teresa and William, 2002; Blendon et al., 2000; Subar et al., 1990)

ในการศึกษานี้คาดหมายว่า หากสตรีสูงอายุมีทักษะคิดทางบวกต่อการ ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารแล้วน่าจะ ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าสตรีสูงอายุที่มีทักษะคิดทางลบในเรื่องเดียวกันนี้

2.5.5.3 แรงจูงใจด้านสุขภาพ

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยของบุคคลที่มีต่อ สุขภาพ ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย จากการศึกษารายงาน วิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและการ ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารพบว่า ปริมาณ สารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอแก่ร่างกายไม่สามารถได้จากการรับประทานอาหารปกติ และร้อยละ 41 ของผู้ป่วยเบาหวานมีแรงจูงใจให้ใช้วิตามินรวมเพราะรู้สึกว่าการป่วยดีขึ้นและใช้วิตามินซี วิตามิน อี และแคลเซียม เพราะป้องกันโรคหัวใจ โรคหัวใจ และโรคกระดูกพรุน (Neuhouser et al., 1999) นอกจากนี้พบว่า ผู้สูงอายุใช้การแพทย์ทางเลือกและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพราะต้องการลดการเจ็บป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดี และรักษาสภาวะของสุขภาพ (Williamson, Fletcher and Dawson, 2003) และ ผู้บริโภคใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพราะคิดว่ามีประสิทธิภาพเทียบเท่ายาแต่ราคาถูกกว่า (สารี อ่อง สมหวัง, 2546)

ในการศึกษานี้คาดหมายว่า สตรีสูงอายุที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพสูงกว่าน่าจะมีการ ใช้ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าสตรีสูงอายุที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพต่ำ

2.5.6 ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์

2.5.6.1 ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์

ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์มีอิทธิพลสูงต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้บริโภค โดยเฉพาะอย่างยิ่งความแพร่หลายของผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ซึ่งส่งผลให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้มากและสะดวกในการซื้อหาผู้บริโภค จากการศึกษารายงานวิจัยพบว่า ระบบการจัดจำหน่ายและช่องทางการกระจายสู่ผู้บริโภคของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่มีความแตกต่างจากสินค้าทั่วไป ร้านขายยาเป็นช่องทางหลักในการกระจายผลิตภัณฑ์ทางเลือกในกลุ่มวิตามินเกลือแร่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ยาแผนโบราณ และสมุนไพร ในระยะแรกพบว่า มีการจำหน่ายในร้านขายยา รูปแบบใหม่ที่ตั้งอยู่ในห้างสรรพสินค้าหรือย่านธุรกิจทั้งของคนไทยและต่างประเทศ แล้วจึงค่อยๆ ขยายออกสู่ตลาดทั่วไป และร้านขายยาแทบทุกแห่งที่สำรวจมีผลิตภัณฑ์วิตามินเกลือแร่ สำหรับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีการเปิดร้านเพื่อจำหน่ายผลิตภัณฑ์โดยเฉพาะทั้งร้านขายยาขนาดใหญ่และขนาดเล็ก รวมทั้งมีการจำหน่ายผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและระบบการขายตรงและตลาดแบบตรง (วิชิต เปานิล, 2544)

2.5.6.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารและปัจจัยกระตุ้นให้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น การโฆษณา การส่งเสริมการขาย การขายตรง เป็นต้น เป็นตัวกำหนดความสนใจของผู้บริโภค และมีอิทธิพลต่อการสร้างภาพพจน์ให้แก่ผู้บริโภคซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจบริโภคสินค้านั้น จากการศึกษาพบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมักให้ข้อมูลที่ขาดความครบถ้วน มีการโฆษณาสรรพคุณในการป้องกันและรักษาโรค (Neuhouser, 2003; นิยดา เกียรติยิ่งอังสฎี, 2546; สุพัตรา ชาติบัญชาชัย, 2546; วิชิต เปานิล, 2544) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากข่าวมีอิทธิพลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการยอมรับของบุคคลที่จะใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Micheal, Teresa and William, 2000) เทคนิคด้านการตลาดหลากหลายวิธีได้นำมาใช้เพื่อเสนอสินค้าสู่ผู้บริโภค เช่น การแจกแผ่นพับโฆษณา ๓ จุดขาย การลงบทความ และโฆษณาในนิตยสาร การออกโทรทัศน์ วิทยุ จัดนิทรรศการแสดงสินค้าซึ่งล้วนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ทั้งยังผ่านกระบวนการสร้างและผลิตโฆษณาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีวิธีการเลี้ยงกฎหมายที่เอาผิดได้ยาก ใช้กลยุทธ์ทางการตลาดไม่ว่าลด แลก แจก แถม จัดรายการพิเศษ เพื่อกระตุ้นการซื้อของผู้บริโภค พร้อมกับการจัดประชุมสินค้ากับบุคลากรสาธารณสุข จัดระบบการกระจายสินค้าไปยังผู้จำหน่ายปลีก กระตุ้นยอดขายโดยให้ผลตอบแทนการขายในสัดส่วนที่สูงมาก ทำให้ร้านค้าจำนวนมากทั้งร้านขายยา ร้านขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานที่ออกกำลังกาย สถานที่เสริมความงาม รวมทั้งร้านค้าทั่วไป และสมาชิกขายตรง พอใจในผลกำไร ส่งผลให้มีผลิตภัณฑ์กระจายสู่ผู้บริโภคได้อย่างทั่วถึง และกระแสดความสนใจของผู้บริโภคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในสังคม ผลที่เกิดตามมาจากการโฆษณาและเทคนิคการตลาดคือพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของประชาชนส่วนหนึ่งได้คงอยู่ภายใต้อิทธิพลของการส่งเสริมทางการตลาด (วิชิต เปานิล, 2544) นอกจากนี้พบว่า ผู้ใกล้ชิด เช่น ญาติ เพื่อน ฯ

เป็นผู้ให้ข้อมูลกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (วิจิต เปานิล, 2544) แหล่งข้อมูลที่ประชาชนเชื่อถือมากที่สุดคือแพทย์ (จินดา บุญช่วยเกื้อกุล และคณะ, 2543) และข้อมูลข่าวสารจากผู้เชี่ยวชาญด้านสมุนไพรมีอิทธิพลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการยอมรับที่จะใช้สมุนไพร (Micheal, Teresa and William, 2000)

ผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้วิจัยได้ใช้ประโยชน์ในการสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการดูแลสุขภาพของสตรีสูงอายุ สามารถกำหนดตัวแปรต่างๆซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในการดูแลสุขภาพของสตรีสูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ขนาดครอบครัว การศึกษา รายได้ เงินออม ภาวะสุขภาพ ภาวะโภชนาการ ความรู้ ทักษะคิด แรงจูงใจด้านสุขภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการกระตุ้นให้ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และได้แนวทางในการศึกษาสถานการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและการคุ้มครองผู้บริโภค