

บริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา

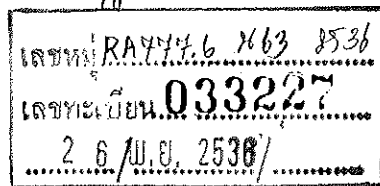
Dietary Patterns and Nutritional Status

of the Elderly in Songkhla



นิตยา ไกรวงศ์

Nittaya Kraiwong



วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2536

ชื่อวิทยาลัย
บุรี โคนิสัยและภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา
ผู้เขียน
นางสาวนิตยา ไกรวงศ์
สาขาวิชา
การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา
Oh
.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์อรรัญญา เช่าวลิต)
คณะกรรมการสอบ
Oh
.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์อรรัญญา เช่าวลิต)

Sanกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ จงเจริญ)
Sanกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ จงเจริญ)

As
.....กรรมการ
(อาจารย์วงจันทร์ เพชรพิเชษฐเกียรติ)

As
.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงลัดดา เหมาะสุวรรณ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยกับนี้ เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

As
.....

(ดร. ไพรัตน์ สงวนไทร)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์ บริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา
ผู้เขียน นางสาวนิตยา ไกรวงศ์
สาขาวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่
ปีการศึกษา 2536

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 178 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินบริโภคนิสัยซึ่งดัดแปลงจาก สุจิตราและคณะ (2533) และเบอร์นไซด์ (Burnside, 1988) รวมทั้งการสังเกตและการตรวจร่างกาย ซึ่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ตามแบบประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งดัดแปลงจาก ปาห์มัน (2530) และ อีเบอร์โซลและเฮสส์ (Ebersole and Hess, 1981) ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 5 มื้อ โดยเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ และอาหารว่าง 2 มื้อ เป็นประจำ และส่วนใหญ่รับประทานข้าวสวย กับ กุ้งขาว เป็นอาหารมื้อหลัก และขนมหวานหรือผลไม้เป็นอาหารว่าง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารทะเล ขนมหวานที่มีลักษณะนุ่ม ขาหมู หมูสามชั้น หรือต้มพะโล้ ผักบู้ และมะม่วง และไม่ชอบรับประทานเนื้อวัว ขนมหวานที่มีลักษณะแข็งหรือกรอบ ขนมเค้กชนิดมีครีม ผักคะน้าและลำไย สำหรับความถี่ในการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ นั้น พบว่า อาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทาน 6-7 วันต่อสัปดาห์ได้แก่ อาหารทะเล ข้าว อาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมัน มะพร้าวหรือน้ำมันปาล์ม ผักและผลไม้ ส่วนอาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานได้แก่ เต้าหู้ขาว หรือเต้าหู้เหลือง บะหมี่สำเร็จรูป ขนมเค้กชนิดมีครีม เครื่องดื่มชูกำลัง และอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามิน โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง มีเพียงส่วนน้อยที่รับประทานมาก ส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ ส่วนวิธีการปรุงอาหารส่วนใหญ่มีการปรุงตามปกติเหมือนผู้อื่นในครอบครัว ผู้สูงอายุนิยมเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารเพราะชอบอาหารรสชาติเค็ม และส่วนใหญ่ดื่มน้ำบ่อย ซึ่งไม่ได้ผ่านการต้มหรือกรองมาก่อน 5-6 แก้วต่อวัน

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับสารอาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ และน้ำ ในแต่ละวันครบทั้ง 5 หมู่ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีบริโภคนิสัยที่เหมาะสมหลายประการ ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน การไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มชูกำลัง การไม่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามินโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เป็นต้น ส่วนบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การชอบรับประทานชาหมู หมูสามชั้นหรือต้มพะไล การรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์ม การเลือกรับประทานอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ เป็นต้น

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเมื่อใช้ค่าดัชนีความหนาของร่างกายเป็นตัวชี้วัด พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 50.5 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน รองลงมาร้อยละ 36.0 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน แต่เมื่อพิจารณาผลการสังเกตและการตรวจร่างกายพบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบอาการและอาการแสดงผิดปกติที่บ่งบอกถึงปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการแต่ละระดับ แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน จะมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติมากกว่า ซึ่งอาการและอาการแสดงที่สำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า เยื่อบุช่องปากแห้ง เย็นตาแห้ง เป็นต้น

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริโภคนิสัยบางประการกับภาวะโภชนาการพบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาบำรุงหรือวิตามิน ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงหรืออาหารที่ปรุงโดยการทอด มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่ความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัดหลักในการเลือกรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

Thesis Title Dietary Patterns and Nutritional Status of
the Elderly in Songkhla
Author Miss Nittaya Kraiwong
Major Program Adult Nursing
Academic Year 1993

Abstract

The purpose of this research was to study dietary patterns and nutritional status of the elderly in Songkhla. The sample consisted of 178 older persons. Subjects were interviewed for sociodemographic data and dietary patterns. Clinical examination and evaluation of weight, height were assessed for nutritional status. The results of the study showed that the majority of the elderly had 5 meal-times each day : 3 main meals and 2 light meals. Most of the elderly habitually consumed these meal-times. The elderly consumed rice and cooked-food for 3 main meals while dessert and fruits for light meal.

Most of the aged preferred sea food, soft dessert, pork with medium fat, swamp cabbage and mango but disliked beef, hard or brittle dessert, cream cake, collard and longan. Food items which most of the elderly consumed 6-7 days per week were sea food, rice, food which cooked with coconut or palm oil, vegetable and fruit but most of them

never consumed curd, instant noodles, cream cake, mineral beverage and uncooked-food.

Most of the elderly did not consumed vitamin or mineral supplement without doctor's prescription. Some of them consumed betel. They chose to take delicious food. The elderly and the other persons in their families consumed the same food. They liked salty flavour and added fish-sauce or salt into cooked-food. The older persons drank pool-water 5-6 glasses per day.

These subjects consumed five food groups daily : protein carbohydrate fat vitamin and mineral and water. They had many good dietary patterns such as consumed vegetable and fruit daily, avoided uncooked-food, alcohol or mineral beverage and vitamin or mineral supplement without doctor's prescription etc. and many poor dietary patterns such as consumed pork with medium fat, used coconut or palm oil, chose to take delicious food etc.

The nutritional status assessed by body mass index indicated that most of the elderly (50.5%) had normal nutritional status and 36.0% under nutritional status. Most of the elderly with three degree nutritional status had normal clinical examination but the subjects who were under nutritional status showed abnormal signs and symptoms more than those with normal or over nutritional status. These signs and symptoms were sensation loss or burning and

tingling of hands and feet, pale conjunctiva or dry membrane etc.

This study showed that nutritional status is dependent on some dietary patterns such as taking vitamin or mineral supplement, high frequency of consumed high fat or fried food but independent of high frequency of consumed food that cooked with oil, choosing to take food or seeking for knowledge at the 0.05 level of significance.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็น
อย่างดีจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์อรัญญา
เซาวลิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิมลรัตน์ จงเจริญ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์
ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในงานวิจัยให้
ความถูกต้องสมบูรณ์ ตลอดจนสนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา

ขอขอบพระคุณอาจารย์พัชรียา ไชยลังกา อาจารย์วิภาวี คงอินทร์ และ
คุณณอมจิตร นัสนศิลป์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรง
ในเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย ที่ได้ให้
คำปรึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่ ๆ ที่เป็นกำลังใจ และให้
การสนับสนุนมาโดยตลอด รวมทั้งขอบคุณคุณภฤติกา หนูเกลี้ยง คุณศศิธร ชิตณรงค์
พี่ ๆ น้อง ๆ ชาวห้องฉุกเฉิน และนักศึกษาพยาบาลปริญาโท รุ่นที่ 2 ทุกท่านที่ให้
ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา ที่ท้ายที่สุด ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมูลนิธิโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่กรุณาเอื้อเพื่อ
เงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

นิตยา ไกรวงศ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(5)
กิตติกรรมประกาศ	(8)
สารบัญ	(9)
รายการตาราง	(11)
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
กรอบแนวคิด	6
นิยามศัพท์	7
ขอบเขตการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง	9
ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้สูงอายุ	9
บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ	11
ความหมาย	11
บริโภคนิสัยด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ	11
ปัจจัยที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ	16
การประเมินบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ	21
ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ	23
ความหมาย	23

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ	24
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ	25
การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ	26
3 วิธีการวิจัย	31
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	31
เครื่องมือในการวิจัย	32
การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	34
การวิเคราะห์ข้อมูล	35
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	37
ผลการวิจัย	37
การอภิปรายผล	78
5 สรุปและข้อเสนอแนะ	98
สรุปผลการวิจัย	98
ข้อเสนอแนะ	101
บรรณานุกรม	105
ภาคผนวก	122
ภาคผนวก ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล	123
ภาคผนวก ข. แบบประเมินบริโภคนิสัย	125
ภาคผนวก ค. แบบประเมินภาวะโภชนาการ	129
ภาคผนวก ง. คู่มือการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ	130
ภาคผนวก จ. สภาพผิดปกติของร่างกายและสารอาหารที่ขาด	132
ประวัติผู้เขียน	134

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ	38
2 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบริบทนิสัยของผู้สูงอายุ	42
3 จำนวนมื้ออาหารต่อวัน และมื้ออาหารที่รับประทานต่อวันของผู้สูงอายุ	44
4 ความถี่ในการรับประทานอาหารมื้อหลักของผู้สูงอายุ	45
5 ความถี่ในการรับประทานอาหารมื้อว่างของผู้สูงอายุ	46
6 ค่าเฉลี่ยจำนวนวัน/สัปดาห์ในการรับประทานอาหารมื้อหลักและ อาหารมื้อว่าง	47
7 ชนิดของอาหารมื้อหลักที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน	48
8 ชนิดของอาหารว่างที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน	50
9 รสชาติของอาหารที่ผู้สูงอายุชอบรับประทานมากที่สุด	51
10 ชนิดของอาหารแต่ละประเภทที่ผู้สูงอายุชอบหรือไม่ชอบรับประทาน.	52
11 การรับประทานอาหารบำรุงหรือยาบำรุงหรือวิตามินของผู้สูงอายุ..	55
12 การรับประทานหมากของผู้สูงอายุ	56
13 หลักในการเลือกรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ	57
14 วิธีการปรุงอาหารของผู้สูงอายุ	58
15 การบริโภคน้ำของผู้สูงอายุ	59
16 ชนิดของเครื่องชूरสที่ผู้สูงอายุเติมในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว	60
17 ชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานและความถี่ในการรับประทาน	62
18 ผลการสังเกตและการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ	68
19 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจำแนกตามค่าดัชนีความหนาของร่างกาย	69
20 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้จากการสังเกตและ การตรวจร่างกายในกลุ่มที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายแตกต่างกัน	70

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
21	สรุปผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของผลการสังเกตและการตรวจร่างกายระหว่างผู้ที่มีภาวะโภชนาการ แตกต่างกัน 3 ระดับ 71
22	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการรับประทาน ยาบำรุงหรือวิตามิน 72
23	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ในการรับประทาน อาหารที่มีไขมันสูง 73
24	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ในการรับประทาน อาหารที่ปรุงโดยการทอด 74
25	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ในการรับประทาน อาหารที่ปรุงโดยการผัด 75
26	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามหลักในการเลือก รับประทานอาหาร 76
27	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการแสวงหา ความรู้เกี่ยวกับอาหาร 77

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนโครงสร้างของประชากรอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มที่ชัดเจนว่า ประชากรวัยสูงอายุจะมีปริมาณมากขึ้น ทั้งนี้เป็นผลเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านการศึกษาและการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลทำให้อัตราการตายลดลง ประชากรวัยผู้สูงอายุและรักษาสุขภาพตนเองทำให้ลดอัตราความเจ็บป่วยและมีชีวิตยืนยาวขึ้น จากสถิติประชากรของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2528 มีประชากรวัยสูงอายุ 2.8 ล้านคน ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 3.4 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 4.8 ล้านคน และ 12 ล้านคน ตามลำดับ (บรรลุ, 2533 : 432-434) ในจังหวัดสงขลาก็เช่นเดียวกันกับจังหวัดอื่น ๆ ของประเทศไทยที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติจังหวัดสงขลา พบว่าในปี พ.ศ. 2533 มีประชากรวัยสูงอายุ 94,453 คน และสำหรับปี พ.ศ. 2534 มีจำนวน 94,654 คน (สำมะโนประชากรและเคหะ จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2533, 2534; สำมะโนประชากรและเคหะ จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2534, 2535) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จังหวัดสงขลาจะมีประชากรวัยสูงอายุ 99,000 คน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534 : 161) ซึ่งจากการที่ประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่นนี้ มีผลทำให้การดูแลผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน และจะทวีความสำคัญมากขึ้นในอนาคต

วัยสูงอายุเป็นวัยซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมถอยทั้งด้านกายและจิตสังคม มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะสูงอายุหรือกระบวนการของความชราอยู่หลายทฤษฎีด้วยกัน ซึ่งยังหาข้อสรุปที่แน่นอนไม่ได้ถึงสาเหตุของความชรา (เลียมพร, 2525 : 1) ตัวอย่างทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะสูงอายุเช่น ทฤษฎีอนุมูลเสรี (free radical theory) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่าอนุมูลเสรีเป็นบางส่วนของโมเลกุลที่หลุดออกมาหรือที่ปลดปล่อยอิเล็กตรอนไปทำให้มีประจุไฟฟ้าพิเศษ จึงไวที่จะไปเกาะติดกับโมเลกุลอื่น ทำให้เซลล์เปลี่ยนโครงสร้างไป และสามารถทำอันตรายต่อรหัสดีเอ็นเอ (DNA) ของร่างกาย หรือต่อระบบภูมิคุ้มกันได้ อนุมูลเสรีส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในร่างกายเป็นพวกซูเปอร์ออกไซด์ ซึ่งจะทำให้เกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันที่ไม่ต้องการ เชื่อว่ามลภาวะของสิ่งแวดล้อมช่วยส่งเสริมให้เกิดอนุมูลเสรีในร่างกาย การสะสมของอนุมูลเสรีต่าง ๆ ถ้าไม่ถูกยับยั้งโดยแอนติออกซิเดนท์แล้วก็จะนำไปสู่ภาวะสูงอายุได้ ซึ่งสารพวกแอนติออกซิเดนท์เหล่านี้ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี โนอาซิน เป็นต้น (วิภาวี, 2534 : 4; Alford and Bogle, 1982; Krehl, 1974 cited by Moehrlin and Girton, 1988 : 542) ซึ่งทฤษฎีนี้ สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่ออัตราเร็วในการเกิดกระบวนการของความชรา ซึ่งสิ่งแวดล้อมในที่นี้หมายถึง ภาวะโภชนาการ โรคภัยไข้เจ็บ และแบบแผนชีวิต (ประไพศรี และประภาศรี, 2533 : 296; วิชัย, มันทนา และวีรพงษ์, 2532 : 91; Roe, 1983 cited by Moehrlin and Girton, 1988 : 540) ดังนั้นการส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีประโยชน์ในการลดความเสื่อมของเซลล์หรือของอวัยวะให้ช้าลง ช่วยให้มีความสุขทางแข็งแรงซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทางหนึ่ง

บริโภคนิสัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ การมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสมทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการได้ทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพตามมา จากการ

สำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุพบว่า ผลจากการรับประทานอาหารไม่ได้ สดส่วน ทำให้ผู้สูงอายุมีระดับโปรตีนในเลือดต่ำ มีการขาดวิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญต่อร่างกายหลายชนิด (Mc. Gandy, et al., 1986 : 792; Yearick, Wang and Piasias, 1980 : 663) โรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการขาดสารอาหาร หรือวิตามินได้แก่ โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคเหน็บชา จากการขาดวิตามินบี 1 เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันการมีบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกายหรือชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงก็อาจทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้ เช่น โรคอ้วน ซึ่งจะเป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (ศรีจิตรา, 2530 ข : 362; Norton and Wozny, 1984 : 592) และจากการจัดอันดับสาเหตุของสปีโรคแรกที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฉุกเฉิน พบว่า โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดของสมอง อยู่ในอันดับที่ 2 4 5 และ 6 ตามลำดับ (ศรีจิตรา, 2530 ก : 353) ซึ่งโรคต่าง ๆ เหล่านี้สามารถป้องกันได้ด้วยการมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย (วิชัย, 2533 : 113) ทำให้สามารถลดปัญหาความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการไม่ว่าจะเป็นโรคที่เกิดจากการขาดสารอาหาร หรือโรคที่เกิดจากการมีภาวะโภชนาการเกิน

บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการในแต่ละวัน ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่เพื่อให้ได้สารอาหารต่าง ๆ ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ซึ่งชูเกียรติ (2526 : 4) ได้เสนอว่า ถ้าหากเป็นไปได้ควรรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในแต่ละมื้อเป็นดีที่สุด ส่วนความถี่ของจำนวนมื้อ ควรแบ่งมื้ออาหารออกเป็น 5-6 มื้อ เพื่อลดปัญหาแน่นท้องหรือท้องอืดหลังอาหาร สำหรับในเรื่องของปริมาณอาหารที่รับประทานควรมีความเหมาะสมตามเพศ และระดับกิจกรรมของร่างกายในแต่ละบุคคล นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การดื่มสุรา ฆ่า กาแฟ หรือการรับประทานอาหารตามความชอบ

โดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ของอาหาร รวมทั้งควรเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด การปรุงอาหารเหมาะสมแก่การย่อยและดูดซึม (ประไพศรี และประภาศรี, 2533 : 305; วิชัย, 2530 : 53) นอกจากนี้ในเรื่องของพลังงานพบว่า ผลจากการที่ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องทำให้ได้รับพลังงานเกินความต้องการของร่างกาย และบางกลุ่มได้รับพลังงานต่ำกว่าความต้องการของร่างกาย ส่วนสารอาหาร พบว่า แคลเซียม ฟอสฟอรัส วิตามินเอ วิตามินบี 1 และวิตามินซี จัดเป็นสารอาหารที่ผู้สูงอายุ ได้รับน้อยมาก (Bransby and Osborne, 1953 : 160; Davis, et al., 1985 : 434; Mc. Gandy, et al., 1986 : 785 and Slesinger, Mc. Divitt and O' Donnell, 1980 : 432)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุมีหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอันเนื่องมาจากกระบวนการของความชรา เช่น การสูญเสียฟัน ทำให้เคี้ยวอาหารลำบากหรือการที่ประสาทสัมผัสต่าง ๆ ทำงานด้วยประสิทธิภาพลง จึงมีผลทำให้ความอยากอาหารลดลง (Eliopoulos, 1987 : 87) ส่วนปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเศร้า หดหู่ เหงา ไร้เหว่ จากการสูญเสียอำนาจ การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การสูญเสียคู่ชีวิต หรือเพื่อนฝูง ก็จะมีผลต่อบริโภคนิสัยได้เช่นกัน คือ อาจทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารลดลง หรืออาจทดแทนปัญหาด้านจิตใจเหล่านี้ ด้วยการรับประทานมากขึ้น โดยเฉพาะการที่ต้องรับประทานอาหารเพียงคนเดียว (Ebersole and Hess, 1981 : 116) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม เป็นต้น (Doyle, 1990 : 80; Ebersole and Hess, 1981 : 116-117; Iverson-Carpenter, et al., 1988 : 16; Timmreck, 1977 : 137) ซึ่งไม่ว่าจะเป็นปัจจัยใดก็ตาม ถ้ามีผลทำให้ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพตามมา

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งวิธีการหนึ่งก็คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยและความต้องการของร่างกาย อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการดี และมีผลต่อภาวะสุขภาพดีตามมา ดังนั้นการประเมินบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ทราบข้อมูลเบื้องต้นว่า ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร มีปัจจัยอะไรบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ได้มาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการต่อไป นอกจากนี้ในเรื่องของบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุยังมีการศึกษากันน้อยมาก จากการสำรวจ ผลงานวิจัยของพยาบาลในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 ถึง ค.ศ. 1984 พบว่ามีทั้งหมด 104 เรื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาเกี่ยวกับ การให้สารอาหารทดแทนทางหลอดเลือดดำ และมักจะศึกษาในสถานการณ์เฉพาะ เช่น ในผู้ป่วยมะเร็ง ในผู้ป่วยหลังผ่าตัด หรือในหญิงมีครรภ์ เป็นต้น (Moore, Guenter and Bender, 1986 : 18) เช่นเดียวกับในประเทศไทย งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ วัยทารก วัยเด็กก่อนเข้าโรงเรียน หญิงมีครรภ์ และหญิงหลังคลอดในระยะให้นมบุตร (สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2532 : 32) ส่วนงานวิจัยเกี่ยวกับบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุยังมีการศึกษากันน้อยมาก โดยเฉพาะในจังหวัดสงขลา ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา เพื่อจะได้ทราบข้อมูลพื้นฐานและนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ เช่น การปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยให้ถูกต้อง เหมาะสมกับวัย การส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งบริโภคนิสัยที่เหมาะสม หรือการเลือกวิธีการให้ความรู้ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ซึ่งจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทางหนึ่ง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา

คำถามการวิจัย

1. บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาเป็นอย่างไร
2. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิด

บริโภคนิสัย หมายถึง พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและน้ำที่ได้ประพฤติปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเป็นความเคยชินหรือเป็นนิสัย (สุจิตรา และคณะ, 2533 : 2) บริโภคนิสัยของบุคคลประกอบไปด้วยการประพฤติปฏิบัติในการรับประทานอาหารและน้ำ เช่น ชนิดและปริมาณที่รับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด อาหารที่ชอบหรือไม่ชอบรับประทาน ลักษณะการปรุงหรือรสชาติของอาหารที่รับประทาน จำนวนมื้อที่รับประทาน รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่มีความเกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัย ได้แก่ เพศ ความรู้ ความเชื่อ รายได้ ศาสนา ลักษณะการอยู่อาศัย เป็นต้น (Doyle, 1990 : 80; Ebersole and Hess, 1981 : 116-117) โดยปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลในการกำหนดให้บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างไรในการเลือกบริโภคอาหารและน้ำ การมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการดี อันจะมีผลทำให้มีภาวะสุขภาพดีตามมาและสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของความเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการมีบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น โรคที่เกิดจากการขาดสารอาหาร หรือโรคที่เกิดจากการมีภาวะโภชนาการเกิน

นิยามศัพท์

บริโภคนิสัย หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำที่ได้ปฏิบัติ อยู่เป็นประจำ จนเป็นความเคยชินหรือเป็นนิสัยได้แก่ ชนิดและปริมาณของอาหารที่รับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด พฤติกรรมเสี่ยงที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินบริโภคนิสัยที่ผู้วิจัย ได้ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัยของสุจิตราและคณะ (2533) และเบอร์นไซด์ (Burnside, 1988)

ภาวะโภชนาการ หมายถึง ลักษณะหรือสภาพของร่างกาย ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการรับประทานอาหารและน้ำ และการที่ร่างกายใช้สารอาหารต่าง ๆ ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งประเมินได้จากแบบบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกายซึ่งผู้วิจัย ได้ดัดแปลงมาจากปัทม (2530) และอีเบอร์โซลและเฮสส์ (Ebersole and Hess, 1981) และค่าดัชนีความหนาของร่างกายเป็นตัวชี้วัด (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวัน , 2532 : 22)

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาดังนี้ศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้ได้ทราบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัย ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อการมีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งจะมีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทางหนึ่ง

2. ในด้านการศึกษา เป็นแนวทางในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้การสอนแก่นักศึกษายาบาลในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยจัดหลักสูตรในเรื่องเกี่ยวกับบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการให้สอดคล้องกับผลการวิจัย

3. ในด้านการวิจัย ได้เครื่องมือประเมินบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อไปเกี่ยวกับบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เช่น การวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการ การวิจัยเพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัย เป็นต้น

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องไว้ 3 เรื่อง ใหญ่ ๆ คือ ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้สูงอายุ บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ซึ่งในเรื่องบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดเกี่ยวกับ ความหมาย บริโภคนิสัยด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ และการประเมินบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ สำหรับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีรายละเอียดเกี่ยวกับ ความหมาย ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้สูงอายุ

ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุจะลดลงกว่าวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลงตามกระบวนการของความชรา (ปาห์ฌง, 2530 : 185; Zheng and Rosenberg, 1989 : 57) ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงรวมทั้งอัตราการเผาผลาญของร่างกายก็ลดลงด้วย ศรีจิตรา (2530 ข : 361) กล่าวว่า ความต้องการพลังงานของคนเราจะลดลงประมาณ 2-8 เปอร์เซ็นต์ทุก ๆ 10 ปี เมื่อมีอายุเกิน 20 ปีไปแล้ว สำหรับคนไทย คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันของประชาชนชาวไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2532 ได้กำหนดความต้องการพลังงานของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศชายเท่ากับ 2,250 แคลอรีต่อวัน และเพศหญิงเท่ากับ 1,850

แคลอรีต่อวัน ส่วนความต้องการสารอาหารทั้ง 5 หมู่ คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ และน้ำนั้นไม่ได้แตกต่างไปจากวัยผู้ใหญ่ คือ ยังต้องการในปริมาณที่มากพอเพียงสำหรับแต่ละบุคคล ซึ่งจะแตกต่างกันตามเพศ อายุ ขนาดของร่างกาย ภาวะสุขภาพ และการมีกิจกรรมของร่างกาย (เจ็ญศรี, 2525 : 19; อภา, 2533 : 292; Burr, et al., 1986 : 92; Doyle, 1990 : 77; Ebersole and Hess, 1981 : 113) สำหรับความต้องการสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตในผู้สูงอายุจะลดลงเนื่องจากความต้องการพลังงานลดลง ปริมาณคาร์โบไฮเดรตควรลดลง 30 เปอร์เซ็นต์จากที่เคยได้รับในวัยหนุ่มสาว (ปาพันธ์, 2530 : 18) หรือไม่ควรจะเกิน 50 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (ศรีจิตรา, 2530 ข : 362) ส่วนอาหารประเภทโปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับในจำนวนปกติที่เคยได้รับในวัยหนุ่มสาวหรือวัยผู้ใหญ่ คือ 0.8-1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (Doyle, 1990 : 77) และควรได้รับโปรตีนประมาณ 12-20 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (เจ็ญศรี, 2525 : 19) สำหรับอาหารประเภทไขมันควรรับประทานลดลงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และควรใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลืองหรือน้ำมันข้าวโพด ในการปรุงอาหาร จะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดได้ ผู้สูงอายุควรได้รับไขมันไม่เกิน 35 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน (Doyle, 1990 : 77) นอกจากนี้ในเรื่องของความต้องการวิตามินและเกลือแร่ ผู้สูงอายุมีความต้องการไม่แตกต่างไปจากวัยหนุ่มสาวหรือวัยผู้ใหญ่ (Doyle, 1990 : 77) ส่วนความต้องการน้ำนั้นจะแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควรจะได้รับน้ำวันละ 1,500-2,000 ซีซี (ปาพันธ์, 2530 : 189) ซึ่งกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอแนะอาหารและปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับใน 1 วัน ไว้ดังนี้คือ ผู้สูงอายุควรรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น ปลา กุ้ง หมู 100-150 กรัม ไข่ 1 ฟอง หรือไม่เกินสี่ปาด้าละ 4 ฟอง ข้าวสวย 2-3 จานหรือถ้วยเตี้ยหรือขนมจีนในปริมาณที่เท่ากัน ไขมันจากพืช เช่น น้ำมันถั่วหรือน้ำมันรำ 2 ช้อนโต๊ะ ผักสีเขียว

เช่น ตำลึง ผักบุ้ง 1 ถ้วย ผักสีเหลือง เช่น ฟักทอง มะเขือเทศ แครอท 1/2 ถ้วย ผลไม้สุก 1 1/2 ถ้วย หรือน้ำส้มคั้น 1 แก้ว น้ำสะอาด 6-8 แก้ว (ประไพศรี และประภาศรี, 2533 : 303)

บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ

ความหมาย

บริโภคนิสัย หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารและน้ำที่ได้ประพฤติปฏิบัติอยู่เป็นประจำจนเป็นความเคยชินหรือเป็นนิสัย ได้แก่ ชนิด และปริมาณของอาหารที่รับประทาน ความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด อาหารที่ไม่รับประทาน ลักษณะการปรุงหรือรสชาติของอาหารที่รับประทาน จำนวนมื้อที่รับประทาน อาหารที่ชอบเป็นพิเศษ เป็นต้น (สุจิตรา และคณะ, 2533 : 2) การมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องตั้งแต่วัยเด็กจะทำให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วยบ่อย (ประไพศรี และประภาศรี, 2533 : 297) อันจะมีผลต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุ เนื่องจากบริโภคนิสัยของบุคคลที่ผ่านมาเป็นสิ่งแวดล้อมอย่างหนึ่งที่มีผลต่อกระบวนการของความชรา และการเกิดโรคเรื้อรัง (Lewis, 1978 cited by Moehrlin and Girton, 1988 : 541) การที่ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการดี อันจะมีผลทำให้มีภาวะสุขภาพดีตามมา และสามารถลดปัจจัยเสี่ยงของความเจ็บป่วย ที่อาจเกิดจากการมีบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมได้

บริโภคนิสัยด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุจะมีภาวะโภชนาการดีได้นั้น ควรจะมีบริโภคนิสัยด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ชนิดของอาหาร

ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีความหลากหลายเพื่อป้องกันการขาดสารอาหารที่จำเป็น ในวันหนึ่ง ๆ ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ คือ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ และน้ำ หรือถ้าหากเป็นไปได้ ควรรับประทานให้ครบทุกหมู่ในแต่ละมื้อเป็นดีที่สุด (ชูเกียรติ, 2526 : 4) เพื่อให้ได้คุณค่าของสารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาของ ดาวิส และคณะ (Davis, et al., 1985 : 437) ซึ่งได้แบ่งหมู่อาหารออกเป็น 7 หมู่ด้วยกัน ได้แก่ เนื้อสัตว์และปลา ไข่ ผักและผลไม้ ขนมปัง ธัญพืช และ นมหวาน พบว่าร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเช้านี้น้อยกว่า 5 หมู่ ในแต่ละวัน ซึ่งขนมปัง กากผักและผลไม้ เป็นหมู่อาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานทุกวัน

สำหรับอาหารประเภทโปรตีน ควรได้รับทั้งโปรตีนจากพืชและโปรตีนจากสัตว์ เพราะจะทำให้ได้รับกรดอะมิโนที่สำคัญ ๆ ครบถ้วน ส่วนอาหารประเภท คาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว ควรเป็นข้าวซ้อมมือ ข้าวอนามัย หรือข้าวที่สีไม่มาก เพราะนอกจากจะได้รับวิตามินบี 1 แล้ว ยังมีกากใยด้วย (ศรีจิตรา, 2530 ข. : 362) นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ เช่น เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน หรือน้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหาร ส่วนอาหารจำพวกผักและผลไม้ควรรับประทานทุกวัน เพราะเป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญ และยังมีกากใย ช่วยให้อุจจาระไม่แข็งตัวด้วย ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมมาก เนื่องจากในผู้สูงอายุมีการเสื่อมสลายของกระดูกต่าง ๆ อาจทำให้เกิดกระดูกงู กระดูกสันหลังยุบ หรือมีอาการปวดหลังได้ ซึ่งจากการศึกษาของแม็คแกนด์ และคณะ (Mc.Gandy, et al., 1986 : 785) โดยสำรวจในผู้สูงอายุ 691 คน พบว่า ร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุเพศชาย และร้อยละ 38 ของผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับแคลเซียมในเลือดต่ำ ดังนั้นการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมมาก เช่น นม เนยแข็ง สำหรับทะเล ผักโขม เป็นต้น จะช่วยบรรเทาอาการผิดปกติ

ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้ (ศรีจิตรา, 2530ข : 363) สำหรับในเรื่องของน้ำ ควร ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้วขึ้นไป

อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ซึ่ง ได้จากสัตว์ เช่น ขาหมู น้ำมันหมู หนังเป็ด หนังไก่ หรือไขมันจากพืชบางชนิด เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ และผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานไขมันอิ่มตัว 2 ฟอง เพื่อป้องกันเกิดโคเลสเตอรอลในเลือดสูง (ศรีจิตรา, 2530ข : 362) ซึ่งจากงานวิจัยของสุจิตรา และคณะ (2533 : 32) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุ 365 คน พบว่า ร้อยละ 18.36 มีระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ซึ่งการมีโคเลสเตอรอล สูงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดแข็งเนื่องจากมีไขมันไปเกาะ อันจะชักนำไป ให้เกิดการอุดตัน โดยเฉพาะถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือหัวใจ ก็จะทำให้ เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดไขมันสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ถ้ารับประทานมากเกินไปจะทำให้เกิดการสะสมตามข้อเกิด เป็นโรคเก๊าท์ได้ และความสามารถในการใช้น้ำตาลของร่างกายของผู้สูงอายุมี ประสิทธิภาพลดลง เนื่องจากตับอ่อนหลั่งอินซูลินได้น้อยลง ดังนั้นการรับประทาน อาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวานจำพวกทองหยิบ ฟอสทอง หรือขนมเคลือบ น้ำตาลต่าง ๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และโรคอ้วน ซึ่งจากการจัด อันดับสาเหตุของ 10 โรคแรกที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พบว่า โรคเบาหวานจัดอยู่ในอันดับที่ 4 (ศรีจิตรา, 2530 ก : 353) นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มจัด โดยลดจำนวนเกลือที่รับประทาน ลงให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับในเรื่อง เครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ ควรจะหลีกเลี่ยงเช่นกัน เพราะนอกจากจะไม่มี ประโยชน์แล้วยังเป็นสิ่งเสียดีกด้วย (Donlon, 1989 : 10) และเครื่องดื่ม ประเภทเหล้า ควรงดไปเลย ถึงแม้ว่าเหล้าจะถูกเผาผลาญให้พลังงานแก่ร่างกาย ได้ แต่เหล้าก็มีอันตรายที่คุกคามกับสุขภาพมากกว่า ผู้ที่ติดเหล้ามักเป็นโรคขาดสาร อาหารหลายชนิด เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินและเกลือแร่

เป็นต้น (วิชัย, มันทนา และวีระพงษ์, 2532 : 99) ซึ่งจากการสำรวจในผู้สูงอายุ 270 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยการบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานเป็นเวลา 3 วัน พบว่า มีผู้สูงอายุเพศชายร้อยละ 46 และเพศหญิงร้อยละ 41 ต้มเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์ (Garry, et al., 1982 : 323)

จำนวนมื้ออาหาร

ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารวันละ 5-6 มื้อ โดยเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ และควรมีอาหารว่างแทรกกระหว่างอาหารมื้อใหญ่ควรรับประทานมื้อละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง ไม่ควรให้อิ่มจัด อาหารมื้อหนักควรเป็นมื้อเช้าและมื้อเที่ยง ส่วนอาหารมื้อเย็นควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย และไม่รับประทานมากนักเพราะจะทำให้ท้องอืดในเวลากลางคืนได้ (ศรีจิตรา, 2530 ข : 363) จากการศึกษาของวรรณิ (2533 : 28) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 64.5 รับประทานอาหาร วันละ 3 มื้อ และจากการศึกษาของสุจิตรา และคณะ (2533 : 21) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 87.2 รับประทาน อาหารวันละ 3 มื้อ เช่นกัน และสำหรับในการสำรวจที่เมืองออนแทริโอ ประเทศแคนาดา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ โดยพลังงานที่ได้รับต่อวันจะมีการกระจายอยู่ที่มื้อเย็น (Reid and Miles, 1977 : 157)

ลักษณะของอาหาร

จากการที่ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในเรื่องการเคี้ยวอาหารเนื่องจากไม่มีฟันหรือฟันปลอมไม่กระชับ ดังนั้นอาหารที่รับประทานจึงควรเป็นอาหารที่มีลักษณะอ่อนเหมาะแก่การเคี้ยว และมีผลทำให้ย่อยง่ายด้วย ถ้าเป็นเนื้อสัตว์ก็ควรต้มให้เปื่อยและหั่นเป็นชิ้นเล็ก ๆ สำหรับผักก็ควรจะต้มหรือลวกให้เปื่อยเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาของ วรรณิ (2533 : 29) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวมีร้อยละ 30.5 และจากการสัมภาษณ์ถึงอาหารที่ไม่รับประทาน พบว่าเนื้อวัวเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุไม่รับประทานร้อยละ 27.1 เนื่องจากเคี้ยวลำบาก

รสชาติของอาหาร

รสชาติของอาหารควรเป็นรสชาติขนาดปานกลาง ไม่ควรรับประทาน อาหารรสเผ็ดจัด เพราะจะทำให้ปวดท้องหรือท้องเสียได้ และเนื่องจากไม่รับรสที่ ลื่นของผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้สามารถรับรสหวานได้ดีกว่ารสชาติอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมักจะชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อ สุขภาพ คือ ทำให้เป็นโรคอ้วน และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ แต่จากการ สำรวจผู้สูงอายุ 220 คน ของ วรณี (2533 : 41) พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับ รสลดลง ร้อยละ 15.5 และในเรื่องรสชาติของอาหารผู้สูงอายุร้อยละ 31.3 ชอบ รับประทานอาหารรสจัด ซึ่งในรสจัดเหล่านี้ รสเผ็ดเป็นรสชาติที่ผู้สูงอายุชอบมากที่สุดถึงร้อยละ 53.6 (วรณี, 2533 : 29)

ยานำแร่หรือวิตามิน

ผู้สูงอายุที่มีการรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ไม่จำเป็นต้องซื้อ ยานำแร่หรือวิตามินมารับประทาน ยกเว้นในกรณีที่มีการขาดสารอาหารหรือวิตามิน บางชนิด ซึ่งควรอยู่ในความดูแลของแพทย์ ไม่ควรซื้อมารับประทานเอง แต่จากการ ศึกษาของแม็ค แกนด์ และคณะ (Mc Gandy, et al., 1986 : 788) พบว่า ผู้สูงอายุมีการใช้ยานำแร่ในเพศชาย ร้อยละ 41 และเพศหญิงร้อยละ 52 ซึ่งสอด- คล้องกับการศึกษาของแกร์รีและคณะ (Garry, et al., 1982 : 325) ที่พบว่า ร้อยละ 57 ของผู้สูงอายุเพศชายและร้อยละ 61 ของเพศหญิงมีการใช้ยานำแร่ โดยที่วิตามินซี และวิตามินอี เป็นยานำแร่ที่ได้รับความนิยมมากที่สุด

การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหาร

การที่ผู้สูงอายุจะมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเหมาะสมได้ จะต้องมีความรู้ เกี่ยวกับเรื่องอาหารและโภชนาการด้วย กล่าวคือ ควรจะมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ของอาหารแต่ละชนิด วิธีปรุงหรือการถนอมคุณค่าของอาหาร โรคต่าง ๆ ที่อาจมี สาเหตุมาจากการมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัย เป็นต้น ซึ่งความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุ รู้จักเลือกรับประทานอาหารเพื่อให้ ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการ (ปาหนัน, 2530 : 5) ใน

การแสวงหาความรู้ อาจได้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือจาก หนังสือ เอกสาร ต่าง ๆ ผู้ที่สนใจติดตามหรือแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหาร หรือความรู้ในการปฏิบัติ ตนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย ย่อมจะมีบริโภคนิสัยที่เหมาะสมกว่าผู้ที่ไม่สนใจติดตามแสวงหาความรู้ จากการศึกษาของเวทเตอร์ และคณะ (Vetter, et al., 1990 : 265) ได้สร้างแบบสอบถามสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารอาหารและโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องประโยชน์ของสารอาหารน้อยกว่า กลุ่มอายุวัยหนุ่มสาว

ปัจจัยที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ มีหลายประการดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากกระบวนการของความชรา (Aging process) หรือความชรา (Aging)

กระบวนการของความชรา หรือความชราเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดไว้เป็นสากลว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ศรีจิตรา, 2530 ข : 360) เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จะมีการเสื่อมลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายทุกระบบ เช่น การเสื่อมลงของประสาทเกี่ยวกับการมองเห็น การรับรส การรับกลิ่น การได้ยินเสียง และการรับสัมผัส จากการศึกษาของ วรณี (2533 : 41) ในผู้สูงอายุ 220 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับตา และการมองเห็นร้อยละ 61.3 การได้ยินลดลงร้อยละ 16.4 การได้กลิ่นลดลง ร้อยละ 13.2 การรับรสลดลงร้อยละ 15.5 การรับสัมผัสลดลงร้อยละ 20 นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีการเสื่อมสภาพของโครงสร้างฟันและเหงือก ทำให้ฟันหลุดง่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสูญเสียฟันแท้ไปทั้งหมดเมื่ออายุ 70 ปี (Eliopoulos, 1987 : 90) ทำให้การเคี้ยว

อาหารลำบากหรือไม่สะดวก ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกรับประทานอาหารเฉพาะที่มีลักษณะอ่อนเคี้ยวง่าย และอาจจะหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกเนื้อสัตว์หรือผักผลไม้ที่ค่อนข้างแข็ง นอกจากนี้การที่น้ำย่อยในกระเพาะอาหารมีปริมาณลดลงทำให้การย่อยอาหารไม่ดี เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง ซึ่งจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุอาจจะมีอาการอดอาหารในบางมื้อได้เช่นกัน ส่วนปัญหาด้านจิตใจอันเป็นผลมาจากกระบวนการของความชรา ได้แก่ ความรู้สึกเศร้า หดหู่ ไร้เหว เปื่อหน่าย เป็นต้น ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว การสูญเสียอำนาจจากการที่เกษียณจากงานหรือการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูง ซึ่งปัญหาด้านจิตใจเหล่านี้ จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารซึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอาจทำให้เกิดภาวะขาดอาหารได้ หรือในบางรายอาจทดแทนด้วยการรับประทานมากขึ้น จนทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้เช่นกัน (Moehrli and Girton, 1988 : 550)

2. รายได้

ปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการมีรายได้จำกัด ในรายที่ต้องออกจากงานและไม่มีรายได้เพียงพอต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมักจะรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตมากกว่า เนื่องจากอาหารจำพวกโปรตีนมีราคาแพงกว่า (Doyle, 1990 : 81) จากการศึกษาของนอร์ตัน และวอซนีย์ (Norton and Wozny, 1984 : 594) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะได้รับอาหารทั้ง 5 หมู่ อยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า ในขณะที่เดียวกับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีก็อาจเลือกซื้ออาหารที่มีราคาแพงมารับประทานตามความเชื่อหรือค่านิยม โดยมีได้คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการก็ได้

3. ความรู้

การที่บุคคลจะเลือกซื้อหรือเลือกรับประทานอาหารชนิดใด ย่อมต้องอาศัยความรู้เกี่ยวกับเรื่องของอาหารด้วย เช่น ประโยชน์และคุณค่าของอาหารแต่ละชนิด วิธีปรุงอาหารที่จะรักษาไว้ซึ่งคุณค่าของอาหาร เป็นต้น เพราะผู้สูงอายุในบางรายอาจมีรายได้เพียงพอที่จะซื้ออาหารที่มีประโยชน์มารับประทาน แต่ถ้าขาด

ความรู้ในการเลือกซื้ออาหารที่เหมาะสมกับวัย จะทำให้หันไปซื้ออาหารตามที่ตนเองชอบทั้ง ๆ ที่อาหารนั้นไม่มีประโยชน์ก็ได้ นอกจากนี้อิทธิพลของการโฆษณาสินค้าก็จะมีผลต่อผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ ทำให้หลงเชื่อ หรือไขว้เขว เรื่องอาหารจนเปลี่ยนนิสัยการรับประทานอาหารของตนเองไปสนใจหาซื้ออาหารเสริมหรือยาบำรุง ที่เชื่อว่าให้คุณค่าเท่ากับการรับประทานอาหารตามปกติ สมศักดิ์ (2520 : 34) กล่าวว่า ผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับสูงมักจะได้รับอาหารที่ดีกว่าผู้ที่ขาดการศึกษาและผู้ที่ไม่สนใจหาความรู้เรื่องอาหาร และจากการศึกษาของนอร์ตัน และวอซนีย์ (Norton and Wozny, 1984 : 594) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย จะได้รับสารอาหารและพลังงานต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า ส่วนการศึกษาของเวทเตอร์ และคณะ (Vetter, et al., 1990 : 265) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารอาหาร ผู้สูงอายุมีความรู้ต่ำกว่ากลุ่มวัยหนุ่มสาว

4. อุบัติการณ์ดั้งเดิมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาผู้สูงอายุจะมีนิสัยการรับประทานอาหารที่ประพฤตินิสัยมาเป็นเวลานาน ดุคหี (2526 : 219) กล่าวว่า นิสัยการบริโภคนี้คนเราค่อย ๆ สร้างมาตั้งแต่วัยเด็กจนอายุได้ 20-30 ปี เกิดเป็นนิสัยส่วนตัวซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะเปลี่ยนแปลง เพราะเป็นความเคยชินที่ได้ปฏิบัติมานาน ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกรับประทานอาหารตามความชอบหรือไม่ชอบนั้น จากการศึกษาของเวทเตอร์ และคณะ (Vetter, et al., 1990 : 264) ได้ศึกษาถึงนิสัยของการรับประทานอาหาร เมื่อสอบถามถึงความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารในปัจจุบันของผู้ที่มีอายุ 65-75 ปี พบว่า ร้อยละ 92 ของเพศชาย และร้อยละ 89 ของเพศหญิงยืนยันที่จะไม่เปลี่ยนแปลง มีเพียงร้อยละ 7 และร้อยละ 10 ของเพศชายและเพศหญิงตามลำดับที่จะเปลี่ยนแปลงบริโภคนิสัยเพื่อการมีสุขภาพที่ดีและร้อยละ 1 ของเพศชายและเพศหญิงที่อาจจะเปลี่ยนแปลงเพื่อรูปร่างของตนเอง

5. ความเชื่อ ทศนคติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และ ศาสนาของแต่ละสังคม

บุคคลที่อาศัยอยู่ในสังคมที่แตกต่างกัน จะมีการพัฒนานิสัยในการรับประทานอาหารที่แตกต่างกันด้วย เช่น ชาวจีนนิยมรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ชาวอเมริกันไม่ชอบกลิ่นปลาเค็มของชาวไทย ขณะที่ชาวไทยก็ไม่ชอบอาหารที่มีกลิ่นเหม็นเนยของชาวอเมริกัน ในประเทศไทยประชาชนแต่ละภาคก็จะมีบริโภคนิสัยที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากอาหารพื้นเมืองของแต่ละภาค เช่น ภาคเหนือ ประชาชนนิยมรับประทานข้าวเหนียวกับแกงฮังเล น้ำพริกถั่วเน่า แจมสด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รับประทานข้าวเหนียวกับส้มตำ ลาบ น้ำตก ส่วนภาคกลางและภาคใต้ ประชาชนนิยมรับประทานข้าวเจ้ากับ กุ้งขาว ซึ่งกับข้าวของชาวไทยในภาคใต้มักจะมีรสจัด เช่น เค็ม เปรี้ยว เติม ดังจะเห็นได้จากอาหารที่ขึ้นชื่อของภาคใต้ ได้แก่ แกงไตปลา แกงส้ม น้ำบูดู เป็นต้น (คณะกรรมการจัดงานฯ, 2525 : 56)

นอกจากนี้ประชาชนภาคใต้ที่อาศัยอยู่คนละจังหวัดก็อาจมีบริโภคนิสัยบางประการที่แตกต่างกัน เช่น ขนมจีน เป็นอาหารที่ประชาชนทุกจังหวัดในภาคใต้นิยมรับประทานกันทั่วไป แต่จะรับประทานในเวลาแตกต่างกันคือ เป็นอาหารมื้อเช้าของชาวภูเก็ต เป็นอาหารมื้อเที่ยงของชาวนครศรีธรรมราช และเป็นอาหารมื้อเย็นของชาวตรัง (วัฒนาและคณะ, 2529 : 125) เป็นต้น ในผู้สูงอายุก็เช่นกัน ปาหนัน (2530 : 2) กล่าวว่า บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุได้ประพฤติกฎปฏิบัติมาเป็นเวลานานแล้ว มีความสัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ขนบธรรมเนียม ประเพณี หรือวัฒนธรรมของแต่ละสังคม โดยจะเป็นตัวกำหนดในการเลือกซื้อหรือเลือกรับประทานอาหาร นอกจากนี้ปัจจัยทางด้านศาสนาก็มีส่วนในการกำหนดบริโภคนิสัยได้เช่นกัน เช่น ชาวมุสลิมไม่รับประทานเนื้อหมู หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ถ้าเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องก็จะเกิดผลเสีย เช่น เชื่อว่า นมเป็นอาหารสำหรับเด็กเท่านั้น ก็จะทำให้ผู้สูงอายุไม่ดื่มนม ทั้ง ๆ ที่นมเป็นอาหารที่มีประโยชน์ เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่สามารถจัดเตรียมหรือปรุงอาหารเองได้ บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุก็จะได้รับอิทธิพลจาก ความเชื่อหรือทศนคติของ

บุคคลที่เป็นผู้ปรุงอาหารให้ด้วย ซึ่งอิทธิพลนี้เห็นได้ชัดในวัยเด็ก พบว่า เด็ก ๆ จะรับประทานอาหารเลียนแบบผู้ใหญ่ พ่อแม่ไม่รับประทานอาหารอะไร แม่บ้านก็จะไม่ปรุงอาหารนั้นในครอบครัว เด็กก็จะไม่รับประทานอาหารชนิดนั้นไปด้วย จากการศึกษานของจรรยาวัตร และคณะ (2526 : 19) ทำการศึกษานิสัยการบริโภคของเด็กก่อนวัยเรียนพบว่า เมื่อนำชนิดอาหารที่พ่อแม่ไม่รับประทาน มาหาความสัมพันธ์กับการไม่รับประทานบางอย่างของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ได้กับวัยสูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเตรียมอาหารให้ เพราะจากการศึกษานพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชนบทอีสานของศรีน้อย นฤมล และประพิมพ์พร (2531 : 15) ในด้านผู้ประกอบอาหารพบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.1 มีบุตรสาวหรือบุตรสะใภ้ประกอบอาหารให้

6. ลักษณะการอยู่อาศัย

การรับประทานอาหารเป็นการมีปฏิสัมพันธ์อย่างหนึ่งในสังคม

(Moehrlin and Girton, 1988 : 550) ไม่มีใครชอบที่จะรับประทานอาหารเพียงคนเดียวตลอดเวลา ตั้งแต่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่โดยลำพัง เนื่องจากคู่ครองเสียชีวิต หรือ ไม่มีบุตรหลานคอยดูแลจะมีผลต่อบริโภคนิสัยของบุคคลนั้นได้ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากความรู้สึกว่าเหว่ เหงา ไม่มีเพื่อนร่วมรับประทานอาหาร อาจทำให้รับประทานอาหารได้น้อย หรือข้ามอาหารบางมื้อได้ มีรายงานการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังและมีรายได้น้อย จะได้รับอาหาร และพลังงานไม่เพียงพอ (Select committee on nutrition and human needs of the United Stated Senate, 1969 cited by Davis, et al., 1985 : 434) และผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งอาศัยตามลำพังจะได้รับอาหารน้อยกว่าผู้ที่อยู่กับคู่ครอง (Bransby and Osborne, 1953 : 168)

นอกจากนี้การอาศัยใน เขตเมืองกับ เขตชนบทยังมีผลต่อบริโภคนิสัยได้เช่นกัน กล่าวคือ ผู้ที่อาศัยใน เขตเมืองมีโอกาสที่จะเลือกอาหาร ได้หลายชนิดกว่าผู้ที่อาศัยใน เขตชนบทเพราะจะมีแหล่งอาหาร เช่น ตลาดสด ร้านขายอาหาร

ภัตตาคารต่าง ๆ มากกว่า ในขณะที่ผู้ที่อาศัยในเขตชนบทจะรับประทานเท่าที่สามารถหาได้ในท้องถิ่นนั้น (สมศักดิ์, 2520 : 31) แต่จากการศึกษาของนอร์ตันและวอซนีย์ (Norton and Wozny, 1984 : 594) พบว่า นิสัยการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองกับเขตชนบทมีความคล้ายคลึงกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตชานเมืองจะมีความแตกต่างกับ 2 เขตแรก คือ จะได้รับสารอาหาร และพลังงานสูงกว่า

7. เพศ

ปัจจัยในเรื่องเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดบริโภคนิสัย คือ เพศหญิงกับเพศชายจะมีนิสัยในการรับประทานอาหารแตกต่างกัน เช่น เพศหญิงมักจะมีควมถึในการรับประทานอาหารมากกว่า คือ ชอบรับประทานอาหารจุกจิบ หรืออาหารว่างมากกว่า จากการศึกษาบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองพบว่า เพศชายมีการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าเพศหญิง (Slesinger, Mc. Divitt and O'Donnell, 1980 : 437) และจากการศึกษาของเพลินใจ, มัลลนา และ จันตรี (2532 : 122) โดยสำรวจทัศนคติต่ออาหารกลางวันของนักเรียนโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนชาย ชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันและ น้ำมันมากกว่านักเรียนหญิง ซึ่งคำนึงถึงการรักษารูปร่างและการเพิ่มของน้ำหนักมากกว่าเพศชาย ซึ่งบริโภคนิสัยนี้อาจจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงไปจนกระทั่งเติบโต เข้าสู่วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

การประเมินบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ

การประเมินบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เพราะจะทำให้ทราบถึงบริโภคนิสัยหรือนิสัยในการรับประทานอาหารที่ผู้สูงอายุได้ประพฤติปฏิบัติมาเป็นเวลานาน รวมถึงความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมต่าง ๆ เป็นต้น ที่มีผลต่อการกำหนดบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสม อย่างไร เพื่อจะได้วางแผนให้การพยาบาลโดยการส่งเสริม พฤติกรรมที่

เหมาะสมอยู่แล้วให้คงไว้ ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมก็ควรมีการปรับเปลี่ยนให้ถูกต้อง เพื่อการมีภาวะโภชนาการที่ดี และภาวะสุขภาพดีตามมา

การประเมินบริโภคนิสัย มีวิธีประเมินได้ดังนี้

1. การประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูลอัตนัย (Subjective data)

ข้อมูลอัตนัยเป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง หรืออาจจะได้จากการที่ผู้วิจัยซักถามหรือสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีประเมินดังนี้

1.1 การสัมภาษณ์ เป็นการซักถามเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนิสัยในการรับประทานอาหารได้แก่ จำนวนมื้อที่รับประทานต่อวัน อาหารที่ชอบและอาหารที่ไม่ชอบรับประทาน การงดหรือข้ามอาหารบางมื้อ ชนิดของอาหารและความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละชนิด เป็นต้น นอกจากนี้อาจรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ทศนคติ ปัญหา หรืออุปสรรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อบริโภคนิสัย

1.2 การตอบแบบสอบถาม คล้ายคลึงกับข้อ 1.1 แต่เป็นการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมาก จึงใช้วิธีส่งแบบสอบถามไปให้ผู้สูงอายุดตอบแล้วส่งกลับมา ซึ่งลักษณะของคำถามในแบบสอบถามก็จะเป็นการซักถามเกี่ยวกับบริโภคนิสัย เช่นเดียวกับการสัมภาษณ์ในข้อ 1.1

2. การประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูลปรนัย (Objective data)

ข้อมูลปรนัยเป็นข้อมูลที่ได้จากการที่ผู้วิจัยสังเกตบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่าง โดยการที่ผู้วิจัยเข้าไปเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนหนึ่งของคนครัว และทำการสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับนิสัยการรับประทานอาหารของกลุ่มเป้าหมาย เช่น การไม่รับประทานผักเลย การเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว การชอบรับประทานอาหารประเภทผัด หรือทอดมากกว่าการปิ้งหรือย่าง เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลต่าง ๆ ครอบคลุมตามหัวข้อที่จะสังเกตจึงต้องมีการจดบันทึกไว้ แล้วนำมาสรุปเป็นบริโภคนิสัยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนั้น

จากการศึกษาบริโภคนิสัยของสุจิตราและคณะ (2533) ได้ใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบฟอร์มที่ได้สร้างไว้ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับ จำนวนมื้อที่รับประทานต่อวัน

รสชาติของอาหารที่ชอบรับประทาน การรับประทานยาบำรุงหรือวิตามิน ชนิดของอาหารและความถี่ในการรับประทาน เป็นต้น ส่วนเบอร์นไซด์ (Burnside, 1988) ได้เสนอแนะเครื่องมือในการประเมินบริโภคนิสัย ซึ่งมีรายละเอียดคล้ายคลึงกัน และจากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าการประเมินบริโภคนิสัยส่วนใหญ่ใช้วิธีสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถาม ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีสัมภาษณ์ตามแบบประเมินบริโภคนิสัย โดยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัยของสุจิตราและคณะ (2523) และเบอร์นไซด์ (Burnside, 1988)

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ความหมาย

โภชนาการ หมายถึง สารอาหารหรือสารอื่นที่มีอยู่ในอาหาร เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้วมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ร่างกายนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการเจริญเติบโต การดำรงชีพ ดำรงรักษา และซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (วิชัย, ภัณฑนา และ วีระพงษ์, 2532 : 91) ซึ่งผลจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้บุคคลมีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน โดยภาวะโภชนาการ หมายถึง ลักษณะหรือสภาพของร่างกายอันเนื่องมาจากอาหารที่รับประทานเข้าไปซึ่งอาจเกิดผลดีหรือผลเสียต่อร่างกายก็ได้ ในวัยสูงอายุถึงแม้ว่าร่างกายจะไม่มีอาการเจริญเติบโต เช่นเดียวกับวัยเด็กหรือวัยหนุ่มสาว แต่ร่างกายยังคงต้องการอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมกับวัยเพื่อการดำรงรักษาหรือซ่อมแซมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (อาภา, 2533 : 292) ดังนั้นการเลือกรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจึงเป็นที่คู่ควรค่าทางโภชนาการของอาหาร และมีความเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี และการมีสุขภาพดีตามมา (ธีรพร, 2531 : 34)

ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ

ปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทดังนี้

1. ปัญหาที่เกี่ยวกับการมีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน ในผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารได้ เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคขาดวิตามินต่าง ๆ เป็นต้น (Moehrlin and Girton, 1988 : 553-555) จากการศึกษาของสุจิตรา และคณะ (2533 : 26) โดยสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ 233 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับแคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินบี 1 อยู่ในระดับต่ำกว่า 2 ใน 3 ของข้อกำหนดสารอาหารที่คนไทยควรได้รับ นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ 100 คน พบว่าร้อยละ 41 มีระดับโปรตีนในเลือดต่ำ และขาดแคลเซียม วิตามินเอ วิตามินบี 1 มากโดยเฉพาะในเพศหญิง (Yearick, Wang and Piasias, 1980 : 663) และจากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชนบทอีสานของศรีน้อย, นฤมล และประวิมลพร (2531 : 17) โดยใช้ค่าดัชนีความหนาของร่างกายเป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 71 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานคือ มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² นอกจากนี้เมื่อร่างกายขาดสารอาหารจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สามารถสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น ผิวหนังตา ผมหงอก ปากแห้ง ลิ้น ต่อมไทรอยด์ เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจมีสาเหตุมาจากการขาดสารอาหารเพียงชนิดเดียว หรืออาจเกิดจากการขาดสารอาหารหลายชนิดร่วมกันก็ได้ ซึ่งอาการแสดงบางอย่างจะไม่ปรากฏให้เห็นชัดเจนจนกว่าภาวะขาดสารอาหารนั้นรุนแรงแล้ว (ปาหั่น, 2530 : 7) อาการแสดงที่สามารถตรวจพบได้เช่น การมีผิวหนังแห้งแตกหรือเป็นขุยหลุดร่วงเกิดจากการขาดวิตามินเอ ไนอาซิน สังกะสี และกรดไขมันที่จำเป็น การมีแผลที่มุมปาก แผลในช่องปาก หรือเยื่อในปากบวมแดง อักเสบ เกิดจากการขาดวิตามินบี 2 วิตามินบี 12 ไนอาซิน เป็นต้น (Curtas, et al., 1989 : 305; Doyle, 1990 : 84-85)

2. ปัญหาที่เกี่ยวกับการมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐาน การมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานเกิดจากการได้รับสารอาหารบางชนิดมากเกินไป ไม่ถูกสัดส่วน ซึ่งทำให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เบเกตัน (Norton and Wozny, 1984 : 592) จากการประเมินภาวะโภชนาการของกอร์ดอน และคณะ (Gordon, et al., 1985 : 337) ซึ่งได้สำรวจในผู้สูงอายุ 73 คน เมื่อเทียบอัตราส่วนระหว่างน้ำหนักกับส่วนสูงพบว่าร้อยละ 42 มีน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน นอกจากนี้จากงานวิจัยของสุจิตรา และคณะ (2533 : 32) ได้ทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของผู้สูงอายุ 361 คน และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความหนาของร่างกายเปรียบเทียบกับมาตรฐานพบว่าร้อยละ 19.61 มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน

จะเห็นได้ว่าไม่ว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าหรือเกินกว่ามาตรฐานก็ล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพหรือการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มีสุขภาพ สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย และยังอาจจะช่วยชะลอกระบวนการของความชราของร่างกายได้ (เห็นศรี, 2525 : 21)

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ มีหลายประการดังนี้

1. บริโภคนิสัย ในวัยสูงอายุบริโภคนิสัยที่ผ่านมามีชีวิตและบริโภคนิสัยในปัจจุบันมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมาก ปาห์มัน (2530 : 190) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงนิสัยเรื่องการรับประทานอาหารในวัยสูงอายุทำได้ยากมากถ้าจำเป็นต้องค่อย ๆ เปลี่ยน นิสัย (2535 : 31) กล่าวว่าบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เป็นปัญหาทางโภชนาการได้แก่ มักจะรับประทานอาหารตามความชอบ ตามใจตนเอง และคำนึงถึงรสชาติมากกว่าคุณค่าทางอาหาร นอกจากนี้บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุได้ประพฤติปฏิบัติมาเป็นเวลานานแล้ว มีความสัมพันธ์กับ ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ

ชนบทกรรมนิยม ประเพณี และวัฒนธรรม ของแต่ละสังคม (ปาทัม, 2530 : 2; Moehrlin and Girton, 1988 : 550) ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อบริโภคนิสัยก็จะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เช่นกัน

2. การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจเนื่องจากกระบวนการของความชราในวัยสูงอายุ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแบบเสื่อมถอยจะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้ เช่น การเสื่อมสภาพของโครงสร้างฟันและเหงือก ทำให้ฟันหลุดง่าย เมื่อสูญเสียฟันไปจึงทำให้เคี้ยวอาหารลำบากหรือไม่สะดวก โดยเฉพาะอาหารพวกเนื้อสัตว์ และผักผลไม้ จึงทำให้รับประทานอาหารเหล่านี้ได้น้อยลง นอกจากนี้ ระบบการย่อยและดูดซึมของกระเพาะอาหารและลำไส้มีประสิทธิภพลดลงทำให้ถึงแม้จะรับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูง แต่อาจจะทำให้ร่างกายได้รับคุณค่านั้นไม่เต็มที่ก็ได้ ส่วนปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเหงา เศร้า จากการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูง อาจทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร ปฏิเสธอาหารหรือทดแทนโดยการรับประทานอาหารมากเกินไป ซึ่งมีผลทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการได้ทั้งสิ้น

3. ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางชนิดจะมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเป็นเมะเร็ง และได้รับการรักษาโดยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ทำให้เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลดได้ หรือการเป็นโรคเบาหวานซึ่งต้องทำการควบคุมอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้การใช้ยาบางชนิดก็จะมีผลทำให้เบื่ออาหาร หรืออาจเกิดการขาดวิตามินบางชนิดได้เนื่องจากผลข้างเคียงของยาทำให้การดูดซึมวิตามินไม่ได้ (Moehrlin and Girton, 1988 : 560)

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เพราะนอกจากจะทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่ปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่แล้ว ยังทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติหรือต่ำกว่ามาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานหรือไม่ ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการ

พยายามต่อไป การประเมินภาวะโภชนาการมีหลายวิธีดังนี้ (Curtas, et al., 1989 : 301-313; Doyle, 1990 : 81-85; Jejeebhoy, et al., 1990 : 193s-195s; Moehrlin and Girton, 1988 : 571-572)

1. การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric measurement) เป็นการวัดขนาดของร่างกายโดยตรงเพื่อทราบถึงภาวะโภชนาการ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การคำนวณหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index : BMI.) การวัดความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนัง การวัดเส้นรอบวงของแขนส่วนบน เป็นต้น ค่าต่าง ๆ ที่วัดได้เหล่านี้จะนำไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานตามเพศและอายุ โดยค่ามาตรฐานต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ ได้แก่ น้ำหนักของผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 58 กิโลกรัม เพศหญิง 50 กิโลกรัม ความสูงของผู้สูงอายุเพศชายเท่ากับ 166 เซนติเมตร เพศหญิงเท่ากับ 155 เซนติเมตร ค่าดัชนีความหนาของร่างกายทั้งเพศชายและเพศหญิงเท่ากับ 20-24.9 กิโลกรัม/เมตร² .(คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวัน, 2532 : 22, 161) ความหนาของชั้นไขมันใต้ผิวหนังในเพศชายเท่ากับ 12.5 มิลลิเมตร เพศหญิงเท่ากับ 16.5 มิลลิเมตร เส้นรอบวงแขนส่วนบนในเพศชายเท่ากับ 29.3 เซนติเมตร เพศหญิงเท่ากับ 28.5 เซนติเมตร (Ebersole and Hess, 1981 : 125)

จากงานวิจัยของสุจิตรา และคณะ (2533 : 32) ได้ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงผู้สูงอายุ 361 คน และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความหนาของร่างกายเปรียบเทียบกับมาตรฐานพบว่า ร้อยละ 33.15 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน และร้อยละ 19.61 มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน

2. การตรวจร่างกายทางคลินิก (Clinical examination) เป็นการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาอาการหรืออาการแสดงซึ่งเกิดจากภาวะขาดสารอาหาร โดยอาจพบอาการหรืออาการแสดงผิดปกติ ดังแสดงไว้ในภาคผนวก จ (สภาพผิดปกติของร่างกาย และสารอาหารที่ขาด) นอกจากนี้การตรวจร่างกายทางคลินิกยังอาจพบภาวะโภชนาการเกิน เช่น มีรูปร่างอ้วนผิดปกติ เป็นต้น

จากการสำรวจของวรรณิ (2533 : 31) ในผู้สูงอายุ 220 คน พบว่าร้อยละ 39.1 มีผิวแห้ง ร้อยละ 6.4 มีผมแห้งและแตกปลาย ร้อยละ 9.5 มีริมฝีปากแห้งและร้อยละ 2.3 มีแผลในปาก

3. การตรวจทางชีวเคมี (Biochemical examination) เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยการตรวจเลือดหรือปัสสาวะเพื่อหาสารต่าง ๆ ที่สามารถบ่งชี้ถึงภาวะโภชนาการของบุคคลนั้นได้ เช่น การตรวจเลือดเพื่อหาระดับน้ำตาล โปรตีน อัลบูมิน วิตามินและเกลือแร่ หรือการตรวจปัสสาวะเพื่อหาค่าวิตามิน ระดับน้ำตาล ไนโตรเจน เป็นต้น ซึ่งค่าต่าง ๆ เหล่านี้เข้าไปเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานก็จะทำให้ทราบว่าค่าที่ตรวจพบสูงหรือต่ำกว่ามาตรฐานเพียงไร ค่ามาตรฐานต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 60-120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โปรตีนเท่ากับ 6-8 กรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับอัลบูมินเท่ากับ 3.2-4.5 กรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับโคเลสเตอรอลเท่ากับ 160-330 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับไตรกลีเซอไรด์เท่ากับ 40-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับฮีโมโกลบินเท่ากับ 11-16 กรัมเปอร์เซ็นต์ ระดับฮีมาโตคริตเท่ากับ 31-43 เปอร์เซ็นต์ เป็นต้น (เน็ญจันท์, 2530 : 618, 250, 296, 299, 27)

จากผลการวิเคราะห์ค่าทางชีวเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ 365 คน โดยสุจิตรา และคณะ (2533 : 32) พบว่า ร้อยละ 29.6 และร้อยละ 38.96 มีระดับฮีมาโตคริต และฮีโมโกลบินต่ำกว่าปกติ ส่วนระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ พบว่ามีค่าสูงเกินปกติร้อยละ 18.36 และร้อยละ 14.56 ตามลำดับ และในการสำรวจผู้สูงอายุ 100 คน พบว่าร้อยละ 41 มีระดับโปรตีนในเลือดต่ำ ร้อยละ 10 มีฮีมาโตคริตต่ำกว่าปกติ ส่วนระดับวิตามินเอ และวิตามินซีทุกรายอยู่ในระดับมาตรฐาน (Yearick, Wang and Piasias, 1980 : 668)

4. การศึกษาอาหารที่บริโภค (A study of food consumption) เป็นการประเมินสารอาหารที่ได้รับ ซึ่งแบ่งออกเป็น

4.1 การระลึกถึงอาหาร 24 ชั่วโมงย้อนหลัง (24 hour dietary recalled) เป็นการสัมภาษณ์โดยให้ระลึกถึงชนิดและปริมาณอาหารที่

รับประทานทั้งหมดในรอบ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา

4.2 การบันทึกอาหาร (Dietary record) เป็นการให้กลุ่มตัวอย่างจดบันทึกชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทานทั้งหมดภายในเวลา 1 วัน 3 วัน 5 วัน หรือ 7 วัน

ซึ่งทั้ง 2 วิธีที่กล่าวมาเมื่อได้ชนิดและปริมาณอาหารทั้งหมดแล้ว ก็จะนำมาคำนวณโดยวิเคราะห์ห่อออกมาเป็นสารอาหารแต่ละชนิดที่ได้รับเฉลี่ยใน 1 วัน และนำไปเปรียบเทียบกับมาตรฐาน ซึ่งในแต่ละประเทศเช่น อังกฤษ จิลิปปินส์ อินเดีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา และประเทศไทย เป็นต้น ได้จัดทำมาตรฐานซึ่งเรียกว่า ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน (Recommended Dietary Allowances : RDA.) จำแนกตามเพศ และอายุ ไว้เป็นมาตรฐานในการเปรียบเทียบ โดยกำหนดว่าถ้าหากค่าเฉลี่ยปริมาณสารอาหารจากอาหารที่ได้รับประจำวันเทียบกับระดับ 2 ใน 3 หรือร้อยละ 66.7 ของปริมาณตามข้อกำหนดใน RDA. ก็ถือว่าได้ว่า บุคคลนั้นบริโภคอาหารประจำวันที่มีคุณค่าสารอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกายและมีภาวะโภชนาการดี (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวัน, 2532 : 11; ชูเกียรติ, 2526 : 77) ซึ่งจากการศึกษาปริมาณสารอาหารจากการบริโภคของผู้สูงอายุ เมืองคอร์วัลลิส ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 100 คน เป็นเวลา 3 วัน พบว่า ร้อยละ 14 ได้รับพลังงานน้อยกว่า 2 ใน 3 ของ RDA. และร้อยละ 22 ได้รับวิตามินเอ น้อยกว่า 2 ใน 3 ของ RDA. ส่วนสารอาหารที่จัดอยู่ในขั้นได้รับต่ำมากคือ แคลเซียม (Yearick, Wang and Piasias, 1980 : 666) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาโดยวิเคราะห์การบันทึกอาหารที่รับประทานเป็นเวลา 4 วัน ของผู้สูงอายุเมืองออนทาร์ริโอ ประเทศแคนาดา พบว่าร้อยละ 20 ได้รับพลังงานน้อยกว่า 2 ใน 3 ของ CDS. (Canadian Dietary Standard) ร้อยละ 14 และร้อยละ 8 ได้รับวิตามินเอ และวิตามินซี น้อยกว่า 2 ใน 3 ของ CDS. ตามลำดับ (Reid and Miles, 1977 : 156) สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาของสุจิตรา และคณะ (2533 : 26) โดยวิเคราะห์การบริโภคอาหาร เป็นเวลา 3 วันของผู้สูงอายุ

จำนวน 233 คน พบว่าพลังงานได้รับเพียงพอ แต่แคลเซียม ฟอสฟอรัส และวิตามินบี 1 ได้รับต่ำกว่า 2 ใน 3 ของ RDA. โดยเฉพาะระดับแคลเซียมได้รับเพียงร้อยละ 34.86 ของ RDA. เท่านั้น

สำหรับในการศึกษาคั้งนี้ ได้ประเมินภาวะโภชนาการโดยการวัดสัดส่วนของร่างกายคือ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย และการสังเกตและการตรวจร่างกายทางคลินิก สำหรับการตรวจทางชีวเคมีและการศึกษาอาหารที่บริโภค ไม่ได้นำมาใช้ เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณและระยะเวลาในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พอจะสรุปได้ว่า ภาวะโภชนาการที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีได้ ซึ่งการที่จะมีภาวะโภชนาการที่ดีนั้นผู้สูงอายุจะต้องมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยย่อมมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการด้วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจเนื่องจากกระบวนการของความชรา รายได้ ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ เป็นต้น การมีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางโภชนาการไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการขาดสารอาหารที่จำเป็น หรือการได้รับสารอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย ซึ่งทั้ง 2 ประการมีความเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรมีการประเมินบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ทราบถึงบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมหรือภาวะโภชนาการที่เป็นปัญหา เพื่อจะได้เป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัย เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการให้เหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาบริบทนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ซึ่งมีการดำเนินการวิจัยเป็นขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) และมีหลายขั้นตอนดังนี้

1. จังหวัดสงขลาทั้งหมด 12 อำเภอและ 4 กิ่งอำเภอ ผู้วิจัยใช้วิธีจับสลากสุ่มตัวอย่างอำเภอ 4 อำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดสงขลา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 25 ของอำเภอและกิ่งอำเภอทั้งหมดในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอสทิงพระ อำเภอสะเดา อำเภอเทพา และอำเภอรัตภูมิ ซึ่งจำนวนประชากรวัยสูงอายุของ 4 อำเภอนี้เท่ากับ 17,737 คน (ข้อมูลสำมะโนประชากรจังหวัดสงขลา, 2535) ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 1 ของจำนวนประชากรวัยสูงอายุทั้งหมดของ 4 อำเภอนี้ นั่นคือ ขนาดของตัวอย่างที่จะเป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มนี้คือ 178 คน

2. จับสลากสุ่มตัวอย่างตำบลจากอำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวมทั้งหมด 4 ตำบล

3. จับสลากสุ่มตัวอย่างหมู่บ้านจากตำบล ตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 4 หมู่บ้าน

4. ในแต่ละหมู่บ้านที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดของหมู่บ้านและจับสลากตามบ้านเลขที่เพื่อเลือกมาเป็นตัวอย่างตามจำนวนที่ได้กำหนดไว้คือ 178 คน โดยใช้สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอมาเป็นสัดส่วนในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้คือ

หมู่บ้านที่ 1	44 คน
หมู่บ้านที่ 2	51 คน
หมู่บ้านที่ 3	41 คน
หมู่บ้านที่ 4	42 คน

โดยผู้สูงอายุเหล่านี้จะต้องมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (purposive sampling) ถ้าไม่ตรงก็ทำการจับสลากเพิ่มจนกว่าจะได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่กำหนดไว้ มีดังนี้

- 4.1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 4.2 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถพูดคุยโต้ตอบได้
- 4.3 สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- 4.4 อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี
- 4.5 ไม่อยู่ในระหว่างเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงหรือโรคที่มีผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดเช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา เป็นต้น
2. แบบประเมินบริโภคนิสัย เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับบริโภคนิสัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัยของสุจิตรา และคณะ (2533) และเบอร์นไซด์ (Burnside, 1988) ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาหารที่ชอบและไม่

ชอบรับประทาน รสชาติของอาหารที่ชอบ ความถี่ในการรับประทานอาหารแต่ละชนิด พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นต้น

แบบประเมินบริโภคนิสัยนี้ ทำการทดสอบความตรงในเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิคือ อาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2 ท่าน และนักโภชนาการจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 จังหวัดสงขลา 1 ท่าน แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุง หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน และนำมาปรับปรุงในเรื่องของภาษาที่ใช้อีกครั้งหนึ่ง

3. แบบประเมินภาวะโภชนาการ ประกอบด้วย

3.1 แบบบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยได้

ประยุกต์มาจากปาห์มัน (2530) และอีเบอร์โซลและเฮสส์ (Ebersole and Hess, 1981) โดยมีรายละเอียดของการบันทึกว่าพบหรือไม่พบอาการหรืออาการแสดงที่แสดงถึงภาวะโภชนาการที่ผิดปกติ เช่น ลักษณะผิวแห้งเหี่ยว แดงหรือบวม เยื่อตาขาว เป็นต้น โดยจะตรวจทั้งหมด 13 บริเวณ ถ้าพบว่าบริเวณนั้นผิดปกติจะได้คะแนน = 1 ถ้าผิดปกติได้คะแนน = 0 คะแนนรวมทั้งหมด = 13 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนรวมมากจะมีภาวะโภชนาการดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อย ซึ่งแบบบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกาย ทำการทดสอบความตรงในเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิผู้เดียว กับกับแบบประเมินบริโภคนิสัย

3.2 แบบบันทึกการวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric

measurement) โดยผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของผู้สูงอายุ แล้วคำนวณออกมาเป็นค่าดัชนีความหนาของร่างกาย จากสูตร น้ำหนักตัว เป็นกิโลกรัม / (ส่วนสูงเป็นเมตร)² โดยมีเกณฑ์ในการตัดสินว่ามีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐานหากค่าดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ระหว่าง 20-24.9 กิโลกรัม/เมตร² ค่าดัชนีความหนาของร่างกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่ามีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน และค่าดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 24.9 กิโลกรัม/เมตร² แสดงว่ามีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันฯ, 2532 : 22)

4. เครื่องชั่งน้ำหนักชนิดยกเคลื่อนย้ายได้ ซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานจากกระทรวงพาณิชย์

5. เครื่องวัดความสูงที่ทำจากไม้กระดานที่มีแผ่นแม่เหล็กซึ่งผ่านการรับรองมาตรฐานจากกระทรวงพาณิชย์ทาบออกสเกลเป็นเซนติเมตรไว้ สามารถเคลื่อนย้ายได้

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ทีมเตรียมการ

1.1 ขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยประจำตำบลในหมู่บ้านที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1.2.1 เลือกเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยประจำตำบล หมู่บ้านละ 1 คน ตำแหน่งเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยภาคใต้ได้ดี

1.2.2 ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.3 อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อบันทึกในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินบริโภคนิสัย รวมทั้งวิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง หลังจากสาธิตแล้วผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองฝึกรวบรวมข้อมูลกับผู้สูงอายุ 2-3 ราย

1.2.4 อธิบายและสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อบันทึกในแบบบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกาย

1.2.5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนทำการสังเกตและตรวจร่างกายผู้สูงอายุ 10 คน และนำคะแนนที่ได้จากการบันทึกของแต่ละคนมาคำนวณ

เพื่อหาความเที่ยงของการบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกายระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย โดยใช้สูตร

ความเที่ยงของ = $\frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$

การสังเกต จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน + จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน
(เพชรน้อย, ศิริพร และทัศนีย์, 2532 : 239; LoBiondo-Wood and Haber, 1990 : 261)

ซึ่งได้คะแนนเฉลี่ยความเที่ยงของการสังเกตของผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยแต่ละคนเท่ากับ 0.87 0.82 0.85 และ 0.81

2. ขึ้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 พฤษภาคม 2536 ถึง 18 มิถุนายน 2536 โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ประสานงานกับผู้ช่วยวิจัยในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างและวันเวลาที่ จะเข้าดำเนินการเก็บข้อมูล

2.2 ในวันนัดหมาย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว ที่แจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นก็ทำการชี้แจงนำหลักวัดส่วนสูง สังเกต ตรวจร่างกาย และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินที่สร้างไว้ เฉพาะผู้สูงอายุที่ยินยอมเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น

2.3 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้งก่อนสิ้นสุดการดำเนินการในวันนัดหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS⁺ PC ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล
2. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามบริโภคนิสัย

3. แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามภาวะโภชนาการโดยใช้ผลการสังเกตและการตรวจร่างกาย และค่าดัชนีความหนาของร่างกายเป็นเกณฑ์

4. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของผลการสังเกตและการตรวจร่างกายของผู้ที่มีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน 3 ระดับ โดยการทดสอบด้วยเอฟ (F-test)

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบริโภคนิสัยบางประการกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโดยการทดสอบด้วยไคสแควร์

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาบริโคคินีสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ซึ่งผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง บริโคคินีสัยของผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่าง บริโคคินีสัยบางประการกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 178 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือร้อยละ 59.6 และร้อยละ 40.4 ตามลำดับ ช่วงอายุ 65-69 ปี มีจำนวนมากที่สุดคือ ร้อยละ 33.1 รองลงมาคือช่วงอายุ 60-64 ปี มีร้อยละ 30.3 ส่วนใหญ่มีสถานภาพการสมรสคู่ ร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ หม้าย ร้อยละ 33.7 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลานเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 41.6 มีเพียงร้อยละ 3.9 ที่อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 99.4 มีเชื้อชาติไทย และร้อยละ 90.4 นับถือศาสนาพุทธ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 47.2 อยู่ระหว่าง 1,001-2,000 บาท/เดือน ซึ่งฐานะทางการเงินหลังจากหักค่าใช้จ่ายแล้ว ส่วนใหญ่ร้อยละ 66.9 อยู่ในระดับพอดี มีเพียงร้อยละ 16.3 เท่านั้นที่ไม่พอใช้ สำหรับแหล่งของรายได้หลัก พบว่าส่วนใหญ่มาจากอาชีพร้อยละ 51.7 รองลงมาคือจากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 44.9 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 46.6 มีอาชีพหลักคือ เกษตรกรรม ส่วนผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ มีร้อยละ 39.9 ในเรื่องของการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.4 ไม่ได้เรียนหนังสือ รองลงมาคือจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 46.1 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<u>เพศ</u>		
ชาย	72	40.4
หญิง	106	59.6
<u>อายุ (จำแนกตามช่วงอายุ)</u>		
60-64 ปี	54	30.3
65-69 ปี	59	33.1
70-74 ปี	27	15.2
75-79 ปี	24	13.5
80 ปีขึ้นไป	14	7.9
<u>สถานภาพการสมรส</u>		
โสด	4	2.2
คู่	112	62.9
หม้าย	60	33.7
หย่า	2	1.1
<u>ลักษณะการอยู่อาศัย</u>		
อยู่คนเดียว	7	3.9
อยู่กับคู่ครอง	43	24.2
อยู่กับคู่ครองและบุตรหลาน	53	29.8
อยู่กับบุตรหลาน	74	41.6
อยู่กับญาติ	1	0.6
<u>เชื้อชาติ</u>		
ไทย	177	99.4
จีน	1	0.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<u>ศาสนา</u>		
พุทธ	161	90.4
อิสลาม	17	9.6
<u>รายได้เฉลี่ยของครอบครัว</u>		
น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน	28	15.7
1,001-2,000 บาท/เดือน	84	47.2
2,001-3,000 บาท/เดือน	30	16.9
3,001-4,000 บาท/เดือน	8	4.5
4,001-5,000 บาท/เดือน	8	4.5
5,001-10,000 บาท/เดือน	18	10.1
มากกว่า 10,000 บาท/เดือน	2	1.1
<u>ฐานะทางการเงินหลังจากหักค่าใช้จ่ายแล้ว</u>		
เหลือเก็บ	30	16.9
พอดี	119	66.9
ไม่พอใช้	29	16.3
<u>แหล่งของรายได้หลัก</u>		
จากอาชีพ	92	51.7
จากบุตรหลาน	80	44.9
จากคู่ครอง	2	1.1
จากเงินบำนาญ	3	1.7
อื่น ๆ ... จากญาติ	1	0.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<u>อาชีพหลัก</u>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	39.9
เกษตรกรรม	83	46.6
ค้าขาย	15	8.4
รับจ้าง	4	2.2
ข้าราชการบำนาญ	3	1.7
อื่น ๆ .. ประมง	2	1.1
<u>วุฒิการศึกษา</u>		
ไม่ได้เรียน	88	49.4
ประถมศึกษาปีที่ 4	82	46.1
มัธยมศึกษา	7	3.9
อวุฒิปริญญา	1	0.6

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 53.4 มีฟันแท้เหลืออยู่ 21-32 ที่ และร้อยละ 11.8 ไม่มีฟันแท้เหลืออยู่เลย ผู้สูงอายุร้อยละ 18.0 ใส่ฟันปลอม ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.6 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร ส่วนผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารนั้น พบว่า ร้อยละ 39.7 เคี้ยวอาหารที่มีลักษณะแข็งไม่ได้ และรองลงมาร้อยละ 38.1 เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.2 เท่านั้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งในจำนวนนี้เป็นปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหารร้อยละ 53.8 รองลงมา ร้อยละ 44.2 เป็นปัญหาเรื่องท้องอืด ในด้านของผู้ประกอบอาหารในครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 57.3 มีผู้ประกอบอาหารให้ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 50.9 เป็นบุตรสาวหรือบุตรสะใภ้ มีเพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้นที่ซื้ออาหารที่ปรุงเสร็จแล้วมารับประทาน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<u>จำนวนฟันแท้ในปากปัจจุบัน</u>		
ไม่มีเลย	21	11.8
1 - 10 ที่	33	18.5
11 - 20 ที่	29	16.3
21 - 32 ที่	95	53.4
<u>การใส่ฟันปลอม</u>		
ไม่ใส่เลย	146	82
ใส่	32	18
<u>ปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร</u>		
ไม่มี	115	64.6
มี	63	35.4
<u>ลักษณะปัญหาที่พบเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร (N = 63)</u>		
เคี้ยวอาหารลักษณะแข็งไม่ได้	25	39.7
เคี้ยวไม่ละเอียด	24	38.1
ปวดเหงือกเวลาเคี้ยวอาหาร	10	15.8
ฟันโยก	2	3.2
เสียวฟัน	2	3.2
<u>ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร</u>		
ไม่มี	126	70.8
มี	52	29.2

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<u>ลักษณะปัญหาที่พบเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร</u> (N = 52 และเลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
กลิ่นลำบาก	8	15.4
ท้องอืด	23	44.2
เบื่ออาหาร	28	53.8
คลื่นไส้	1	1.9
อาเจียน	2	3.8
<u>การประกอบอาหารในครอบครัว</u>		
ประกอบอาหารด้วยตนเอง	76	42.7
ไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง	102	57.3
<u>ผู้ประกอบอาหารกรณีที่ไม่ได้ประกอบด้วยตนเอง</u> (N = 102)		
ภรรยา	36	35.3
บุตรสาว, บุตรสะใภ้	52	50.9
หลาน	12	11.8
ซื้ออาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว	2	1.9

ตอนที่ 2 บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ

2.1 จำนวนมื้ออาหารต่อวันและมื้ออาหารที่รับประทานต่อวัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 35.9 รับประทานอาหารวันละ 5 มื้อ รองลงมาคือ ร้อยละ 32.0 รับประทานอาหารวันละ 6 มื้อ ไม่มีผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารเพียงวันละ 1 มื้อเลย สำหรับอาหารมื้อหลัก พบว่า มื้อเย็นเป็นมื้ออาหารที่ผู้สูงอายุทุกคนรับประทาน ส่วนอาหารมื้อว่างพบว่า มื้อว่างระหว่างมื้อเข้ากับมือเที่ยงเป็นมื้อว่างที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานคือ ร้อยละ 75.8 และมื้อว่างระหว่างมื้อเย็นกับก่อนนอนเป็นมื้อว่างที่ผู้สูงอายุส่วนน้อยรับประทานคือ ร้อยละ 49.4 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนมื้ออาหารต่อวันและมื้ออาหารที่รับประทานต่อวันของผู้สูงอายุ

จำนวนมื้ออาหารต่อวัน	จำนวน	ร้อยละ	มื้ออาหารที่รับประทานต่อวัน	จำนวน	ร้อยละ
1 มื้อ	0	0	มื้อเช้า	171	96.1
2 มื้อ	1	0.6	มื้อเที่ยง	170	95.5
3 มื้อ	21	11.8	มื้อเย็น	178	100
4 มื้อ	35	19.7	มื้อว่างระหว่างมื้อเช้า	135	75.8
5 มื้อ	64	35.9	กับมือเที่ยง		
6 มื้อ	57	32.0	มื้อว่างระหว่างมือเที่ยง	131	73.6
			กับมือเย็น		
			มื้อว่างระหว่างมือเย็น	88	49.4
			กับก่อนนอน		

2.2 ความถี่ในการรับประทานอาหารมือหลัก

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86 รับประทานอาหารมือหลัก ทั้ง 3 มือเป็นประจำ โดยรับประทานแต่ละมือไม่น้อยกว่า 6 วันต่อสัปดาห์ ดังแสดงในตาราง 4 และตาราง 6

ตาราง 4 ความถี่ในการรับประทานอาหารมือหลักของผู้สูงอายุ

ความถี่ในการรับประทาน อาหารมือหลัก	มือซ้าย		มือเที่ยง		มือขวา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับประทานเป็นประจำ (4-7 วัน/สัปดาห์)	155	87.1	153	86.0	174	97.8
รับประทานเป็นครั้งคราว (1-3 วัน/สัปดาห์)	12	6.7	13	7.3	3	1.7
รับประทานนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	4	2.2	4	2.2	1	0.6
ไม่รับประทานเลย	7	3.9	8	4.5	0	0

2.3 ความถี่ในการรับประทานอาหารมือว่าง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารว่างระหว่างมือเข้ากับมือเที่ยง และอาหารว่างระหว่างมือเที่ยงกับมือเย็นเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 41.6 และ 36.0 ตามลำดับ โดยรับประทานไม่น้อยกว่า 5 วัน ต่อสัปดาห์ ส่วนอาหารว่างระหว่างมือเย็นกับก่อนนอนนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 50.6 ไม่รับประทานเลย ดังแสดงในตาราง 5 และตาราง 6

ตาราง 5 ความถี่ในการรับประทานอาหารมือว่างของผู้สูงอายุ

ความถี่ในการรับประทาน อาหารมือว่าง	ระหว่างมือเข้ากับ มือเที่ยง		ระหว่างมือเที่ยง กับมือเย็น		ระหว่างมือเย็น กับก่อนนอน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับประทานเป็นประจำ (4-7 วัน/สัปดาห์)	74	41.6	64	36.0	27	15.2
รับประทานเป็นครั้งคราว (1-3 วัน/สัปดาห์)	46	25.8	55	30.9	35	19.7
รับประทานนาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	15	8.4	12	6.7	26	14.6
ไม่รับประทานเลย	43	24.2	47	26.4	90	50.6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยจำนวนวัน/สัปดาห์ในการรับประทานอาหารมือหลักและอาหาร
มือว่าง

มืออาหาร	ค่าเฉลี่ย		
	รับประทาน เป็นประจำ (4-7 วัน/สัปดาห์)	รับประทาน เป็นครั้งคราว (1-3 วัน/สัปดาห์)	รับประทาน นาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)
มือเช้า	6.76	2.92	2.75
มือว่างระหว่าง มือเช้ากับมือเที่ยง	5.96	2.70	2.60
มือเที่ยง	6.82	2.77	2.50
มือว่างระหว่าง มือเที่ยงกับมือเย็น	5.83	2.66	2.67
มือเย็น	6.92	2.67	2.00
มือว่างระหว่าง มือเย็นกับก่อนนอน	5.93	2.59	2.41

2.4 ชนิดของอาหารมือหลักที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานข้าวสวย กับ กับข้าว เป็นอาหาร
มือหลัก ทั้งมือเช้า มือเที่ยง และมือเย็น คิดเป็นร้อยละ 75.3 89.3 และ 96.1
ตามลำดับ รองลงมาของอาหารมือเช้าได้แก่ เครื่องดื่มประเภทไมโล หรือโอวัลติน
ร้อยละ 30.9 สำหรับอาหารมือเที่ยงและมือเย็นที่ชอบรองลงมาเป็นอาหารประเภท
เดียวกัน คือ ผักต่าง ๆ เช่น ผักสด ผักต้ม หรือผักที่นำมาปรุงเป็นอาหาร คิดเป็น
ร้อยละ 57.9 และร้อยละ 74.2 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 ชนิดของอาหารมือหลักที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน (5 อันดับแรก)

ชนิดของอาหารมือหลัก	จำนวน	ร้อยละ
<u>มือเช้า</u>		
1 ข้าวสวย กับ กับข้าว	134	75.3
2 เครื่องดื่มประเภทไมโล หรือ โอวัลติน	55	30.9
3 เครื่องดื่มประเภทชา หรือกาแฟ	40	22.5
4 ขนมหวานชนิดแห้ง เช่น ขนมครก ปาท่องโก๋ ขนมปัง	36	20.2
5 นมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้	29	16.3
<u>มือเที่ยง</u>		
1 ข้าวสวย กับ กับข้าว	159	89.3
2 ผักต่าง ๆ เช่น ผักสด ผักต้ม หรือผักที่นำมาปรุงเป็นอาหาร	103	57.9
3 ก๋วยเตี๋ยว	74	41.6
4 ผลไม้สด เช่น ส้ม กล้วยหวาน แตงโม	69	38.8
5 ขนมจีน	22	12.4
<u>มือเย็น</u>		
1 ข้าวสวย กับ กับข้าว	171	96.1
2 ผักต่าง ๆ เช่น ผักสด ผักต้ม หรือผักที่นำมาปรุงเป็นอาหาร	132	74.2
3 ผลไม้สด เช่น ส้ม กล้วยหวาน แตงโม	81	45.5
4 ก๋วยเตี๋ยว	13	7.3
5 ข้าวต้ม หรือ โจ๊ก	9	5.1

2.5 ชนิดของอาหารว่างที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 51.1 ชอบรับประทานขนมหวานชนิดมีน้ำเชื่อมหรือน้ำกะทิ เป็นอาหารว่างระหว่างมื้อเช้ากับมื้อเที่ยง รองลงมาคือ ผลไม้สดชนิดต่าง ๆ ร้อยละ 42.7 สำหรับอาหารว่างระหว่างมื้อเที่ยงกับมื้อเย็นและมื้อเย็นกับก่อนนอนนั้น ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารประเภทเดียวกัน คือ ผลไม้สดชนิดต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 48.3 และร้อยละ 25.8 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ชนิดของอาหารว่างที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน

ชนิดของอาหารว่าง	ระหว่างมือเข้า กับมือเที่ยง		ระหว่างมือเที่ยง กับมือเย็น		ระหว่างมือเย็น กับก่อนนอน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	1 นมสด	5	2.8	6	3.4	6
2 เมล็ดแห้งหรือ น้ำเต้าหู้	6	3.4	5	2.8	11	6.2
3 ไม้ไผ่หรือโอวัลติน	13	7.3	14	7.9	20	11.2
4 ชา หรือกาแฟ	9	5.1	18	10.1	6	3.4
5 ขนมหวานชนิดแข็ง เช่น เค้ก คุกกี้	74	41.6	80	44.9	42	23.6
6 ขนมหวานชนิดมีน้ำเชื่อม หรือน้ำกะทิ	91	51.1	83	46.6	21	11.8
7 ผลไม้สดชนิดต่าง ๆ	76	42.7	86	48.3	46	25.8
8 ผลไม้กระป๋อง	3	1.7	2	1.1	3	1.7
9 น้ำอัดลม	0	0	13	7.3	0	0

2.6 รสชาติของอาหารที่ชอบรับประทาน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 24.2 ชอบรับประทานอาหารรสเต็ม
รองลงมาร้อยละ 19.1 ชอบอาหารรสจืด และมีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 8.4 เท่านั้น
ที่ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ด ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 รสชาติของอาหารที่ผู้สูงอายุชอบรับประทานมากที่สุด

รสชาติ	จำนวน	ร้อยละ
รสจืด	34	19.1
รสเค็ม	43	24.2
รสหวาน	28	15.7
รสเปรี้ยว	27	15.2
รสเผ็ด	15	8.4
อื่น ๆ .. รสชาติกลาง ๆ กุรส	31	17.4

2.7 ชนิดของอาหารแต่ละประเภทที่ชอบหรือไม่ชอบรับประทาน

อาหารทะเลเป็นอาหารประเภทโปรตีนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 45.5 ชอบรับประทาน และร้อยละ 61.2 ไม่ชอบรับประทานเนื้อวัว สำหรับอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตนั้น ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.3 ชอบรับประทานขนมหวานชนิดแห้งที่มีลักษณะนิ่ม และไม่ชอบรับประทานขนมหวาน ชนิดแห้งที่มีลักษณะแข็งหรือกรอบ ร้อยละ 46.1 ส่วนอาหารประเภทไขมัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.9 ชอบรับประทานชาสมุนไพรสามชั้น หรือต้มกะได้ และส่วนใหญ่ร้อยละ 47.2 ไม่ชอบรับประทานขนมเค้กชนิดมีครีม สำหรับผักชนิดต่าง ๆ นั้น ผักบุ้ง เป็นผักที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 44.4 ชอบรับประทาน และผักคะน้าเป็นผักที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 12.9 ไม่ชอบรับประทาน ส่วนผลไม้ต่าง ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 29.8 ชอบรับประทานมะม่วง และส่วนใหญ่ร้อยละ 17.9 ไม่ชอบรับประทานลำไย ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 ชนิดของอาหารแต่ละประเภทที่ผู้สูงอายุชอบหรือไม่ชอบรับประทาน

ประเภทและชนิดของอาหาร	ชอบ		ไม่ชอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาหารประเภทโปรตีน				
เนื้อหมู	73	41.0	41	23.0
เนื้อวัว	41	23.0	109	61.2
เนื้อไก่	30	16.8	48	26.9
ปลาน้ำจืด	57	32.0	51	28.6
อาหารทะเลต่าง ๆ	81	45.5	12	6.7
เต้าหู้ขาวหรือเต้าหู้เหลือง	45	25.3	78	43.8
ไข่ไก่หรือไข่เป็ด	17	9.5	12	6.7
อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต				
ขนมหวานชนิดแห้งที่มีลักษณะนิ่ม เช่น ขนมชั้น ทองหยิบ ทองหยอด	86	48.3	63	35.4
ขนมหวานชนิดแห้งที่มีลักษณะแข็ง หรือกรอบ เช่น คุกกี้ ขนมเปี๊ยะ ขนมตัดวง	57	32.0	82	46.1
ขนมหวานชนิดมีน้ำเชื่อมหรือน้ำกะทิ	74	41.5	45	25.3
กล้วยเตี๋ยว	67	37.6	22	12.3
มันเทศ มันสำปะหลังหรือเผือก	16	8.9	47	26.4
อาหารประเภทไขมัน				
อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ เช่น แกงคั่ว มีสมัน ไข่ต้มข่า	63	35.4	77	43.2

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเภทและชนิดของอาหาร	ชอบ		ไม่ชอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาหมู หมูสามชั้น ต้มพะไล	64	35.9	62	34.8
ขนมเด็กชนิดมีครีม	41	23.0	84	47.2
ไอศกรีม	17	9.5	35	19.7
อาหารที่ปรุงโดยการผัดหรือทอด	58	32.6	67	37.6
อาหารประเภทผักและผลไม้				
ผักบุ้ง	79	44.4	10	5.6
ถั่วฝักยาว	27	15.1	8	4.5
กะหล่ำปลี	18	10.1	12	6.7
มะระ	7	3.9	9	5.1
มะเขือ	34	19.1	11	6.2
ผักตำลึง	29	16.3	0	0
คะน้า	14	7.9	23	12.9
ผักชี	0	0	18	10.1
ผักกวาดั่ง	11	6.2	16	8.9
แตงกวา	18	10.1	0	0
อาหารประเภทผลไม้				
มะม่วง	53	29.8	14	7.9
ทุเรียน	37	20.7	25	14.0
ส้มเขียวหวาน	35	19.7	23	12.9
แตงโม	30	16.8	0	0
เงาะ	31	17.4	20	11.2

ตาราง 10 (ต่อ)

ประเภทและชนิดของอาหาร	ชอบ		ไม่ชอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กล้วย	27	15.2	0	0
ลำไย	22	12.3	32	17.9
ส้มแปะรด	24	13.5	18	10.1
ฝรั่ง	11	6.2	12	6.7
มะละกอ	12	6.7	0	0
องุ่น	11	6.2	0	0
มังคุด	13	7.3	0	0

2.8 การรับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามิน โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 88.8 ไม่รับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามิน โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง มีเพียงร้อยละ 11.2 เท่านั้นที่รับประทาน ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่รับประทานวิตามินรวม คิดเป็นร้อยละ 65 ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 การรับประทานอาหารบำรุงหรือยาบำรุงหรือวิตามินของผู้สูงอายุ โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

อาหารบำรุง หรือยาบำรุง หรือวิตามิน	จำนวน	ร้อยละ
ไม่รับประทาน	158	88.8
รับประทาน	20	11.2
<u>ชนิดที่รับประทาน (N = 20)</u>		
วิตามินรวม	13	65
วิตามินที่มีธาตุเหล็ก	3	15
ยาแผนโบราณบำรุงร่างกาย	4	20

2.9 การรับประทานหมาก

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 72.5 ไม่รับประทานหมาก มีเพียงร้อยละ 27.5 เท่านั้นที่รับประทานหมากเป็นประจำ ซึ่งในจำนวนนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 36.7 ให้เหตุผลว่า รับประทานทุกวันจนติดเป็นนิสัย ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 การรับประทานหมากของผู้สูงอายุ

การรับประทานหมาก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่รับประทาน	129	72.5
รับประทาน	49	27.5
<u>เหตุผลที่รับประทานหมาก (N = 49)</u>		
รับประทานทุกวันจนติดเป็นนิสัย	18	36.7
รู้สึกเปรี้ยวปาก, ขมปาก	16	32.7
ทำให้ปากหอม	9	18.4
รักษาฟันให้ทนทาน	6	12.2

2.10 หลักในการเลือกรับประทานอาหาร

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.6 เลือกอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ
รองลงมาร้อยละ 56.2 เลือกอาหารชนิดที่ทราบว่ามีประโยชน์ มีเพียงร้อยละ 3.4
เท่านั้นที่ชอบลองรับประทานอาหารชนิดใหม่ ๆ ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 หลักในการเลือกรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

หลักในการเลือกรับประทานอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
เลือกอาหารที่หาได้เองไม่ต้องซื้อ เช่น ผักริมรั้ว ปลาที่จับได้เอง	76	42.7
เลือกอาหารที่ราคาถูก	33	18.5
เลือกอาหารชนิดที่ทราบว่ามีประโยชน์	100	56.2
เลือกอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ	131	73.6
ชอบลองรับประทานอาหารชนิดใหม่ ๆ	6	3.4

2.11 วิธีการปรุงอาหาร

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.7 รับประทานอาหารที่มีการปรุงตามปกติเหมือนผู้อื่นในครอบครัวมีเพียงร้อยละ 30.3 เท่านั้นที่ปรุงให้เคี้ยวง่าย โดยนิยมใช้วิธีต้มให้เปื่อยเป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 วิธีการปรุงอาหารของผู้สูงอายุ

วิธีปรุงอาหาร	จำนวน	ร้อยละ
ปรุงตามปกติเหมือนผู้อื่นในครอบครัว	124	69.7
ปรุงให้เคี้ยวง่าย	54	30.3
<u>วิธีการปรุงให้เคี้ยวง่าย (N = 54)</u>		
ต้มให้เปื่อย	32	59.3
สับให้ละเอียด	18	33.3
สับให้ละเอียดแล้วต้มให้เปื่อย	4	7.4

2.12 การบริโภคน้ำของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 38.2 ดื่มน้ำ 5-6 แก้ว ต่อวัน โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 58.4 บริโภคน้ำป้อน และลักษณะของน้ำที่นำมาดื่มนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.4 ไม่ได้ผ่านการต้มหรือผ่านการกรองมาก่อน ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 การบริโภคน้ำของผู้สูงอายุ

ปริมาณ/ประเภท/ลักษณะของน้ำที่ดื่ม	จำนวน	ร้อยละ
ปริมาณน้ำที่ดื่มต่อวัน		
1-4 แก้ว	22	12.4
5-6 แก้ว	68	38.2
6-8 แก้ว	39	21.9
มากกว่า 8 แก้วขึ้นไป	49	27.5
ประเภทของน้ำที่นำมาดื่ม		
น้ำป้อน	104	58.4
น้ำบาดาล	19	10.7
น้ำฝน	48	27.0
น้ำประปา	3	1.7
อื่น ๆ..น้ำบรรจุถัง	4	2.2
ลักษณะของน้ำที่นำมาดื่ม		
ผ่านการต้ม	71	39.9
ผ่านการกรอง	15	8.4
ไม่ได้ต้ม หรือไม่ได้กรอง	88	49.4
อื่น ๆ..น้ำบรรจุถัง	4	2.2

2.13 ชนิดของเครื่องชั่งที่ผู้สูงอายุเติมในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 40.5 นิยมเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว รองลงมาคือร้อยละ 37.6 ไม่นิยมเติมเครื่องชั่งใด ๆ เลย ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 ชนิดของเครื่องชั่งที่ผู้สูงอายุเติมในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว

ชนิดของเครื่องชั่ง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เติมเลย	67	37.6
พริกชี้ฟ้าหรือพริกป่น	11	6.2
น้ำตาล	21	11.8
น้ำปลา หรือเกลือ	72	40.5
ซีอิ๊ว	3	1.7
น้ำส้ม, มะนาว	4	2.2

2.14 ชนิดของอาหารและความถี่ของการรับประทาน

อาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 34.3 รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์ คือ อาหารทะเล ส่วนอาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 28.7 รับประทาน 3-5 วัน/สัปดาห์คือ เนื้อหมู และส่วนใหญ่ร้อยละ 37.1 รับประทานเนื้อไก่ 1-2 วัน/สัปดาห์ อาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานเลยคือ เต้าหู้ขาวหรือเต้าหู้เหลือง คิดเป็นร้อยละ 39.9 สำหรับอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 98.9 รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์คือ ข้าวสวยหรือข้าวต้ม แต่อาหารจำพวกบะหมี่สำเร็จรูปนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.6 ไม่รับประทานเลย ส่วนอาหารประเภทไขมันที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 25.3 รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์ คือ อาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมันหมู หรือน้ำมันมะพร้าว

หรือน้ำมันปาล์ม ส่วนอาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 44.9 ไม่รับประทานเลย คือ ขนมเค้กชนิดมีครีม เป็นที่น่าสังเกตว่า ไม่มีผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานอาหารประเภท ผักและผลไม้เลย ส่วนใหญ่ร้อยละ 42.7 และร้อยละ 39.3 รับประทานผัก และผลไม้ 6-7 วัน/สัปดาห์ ตามลำดับ สำหรับอาหารประเภทเครื่องดื่มที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 11.8 ดื่ม 6-7 วัน/สัปดาห์ คือ ชา หรือกาแฟ และส่วนใหญ่ร้อยละ 89.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ส่วนอาหารประเภทอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 21.9 รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์ คือ น้ำพริก หรือน้ำบูดู สำหรับอาหารหมักดองนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 46.1 ไม่รับประทานเลย ส่วนอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ นั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 78.1 ไม่รับประทานเลยเช่นกัน ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 ชนิดของอาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานและความถี่ของการรับประทาน

ชนิดของอาหาร	ไม่รับประทานเลย		1-3 วัน/เดือน		1-2 วัน/สัปดาห์		3-5 วัน/สัปดาห์		6-7 วัน/สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ประเภทโปรตีน										
1.1 เนื้อหมู	20	11.2	12	6.7	49	27.5	51	28.7	46	25.8
1.2 เนื้อวัว	67	37.6	41	23.0	49	27.5	14	7.9	7	3.9
1.3 เนื้อไก่	28	15.8	46	25.8	66	37.1	27	15.2	11	6.2
1.4 ปลาน้ำจืด เช่น ปลาดุก ปลาช่อน	31	17.5	70	39.3	30	16.9	35	19.7	12	6.7
1.5 อาหารทะเลต่าง ๆ เช่น กุ้ง ปลาหมึก ปลาน้ำเค็มต่าง ๆ	2	1.1	40	22.5	36	20.2	39	21.9	61	34.3
1.6 ไข่ไก่ หรือไข่เป็ด	8	4.5	29	16.3	51	28.7	47	26.4	43	24.2
1.7 เครื่องในสัตว์	39	21.9	98	55.1	21	11.8	16	9.0	4	2.2
1.8 เต้าหู้ขาว หรือ เต้าหู้เหลือง	71	39.9	76	42.7	18	10.1	11	6.2	2	1.1
1.9 ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเขียว	32	18.0	107	60.1	25	14.0	12	6.7	2	1.1

ตาราง 17 (ต่อ)

ชนิดของอาหาร	ไม่รับประทานเลย		1-3 วัน/เดือน		1-2 วัน/สัปดาห์		3-5 วัน/สัปดาห์		6-7 วัน/สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. ประเภทคาร์โบไฮเดรต										
2.1 ข้าวสวย หรือข้าวต้ม	0	0	0	0	0	0	2	1.1	176	98.9
2.2 ขนมปังชนิดต่าง ๆ	17	9.6	49	27.5	42	23.6	47	26.4	23	12.9
2.3 ขนมหวาน หรือขนม เคลือบน้ำตาล	8	4.5	40	22.5	52	29.2	42	23.6	36	20.2
2.4 ก๋วยเตี๋ยว	16	9.0	83	46.6	59	33.1	17	9.6	3	1.7
2.5 มันเทศ หรือมันสำปะหลัง หรือเผือก	41	23.0	104	58.4	26	14.6	7	3.9	0	0
2.6 บะหมี่สำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำยำ ไวไว	99	55.6	54	30.3	17	9.6	7	3.9	1	0.6
3. ประเภทไขมัน										
3.1 อาหารมัน ๆ เช่น ซาหุม แกงกะทิ	17	9.6	64	36.0	50	28.1	39	21.9	8	4.5

ตาราง 17 (ต่อ)

ชนิดของอาหาร	ไม่รับประทานเลย		1-3 วัน/เดือน		1-2 วัน/สัปดาห์		3-5 วัน/สัปดาห์		6-7 วัน/สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
3.2 อาหารที่ปรุงโดยวิธี การทอด เช่น หมูสามชั้นทอด ไก่ทอด ขนมกล้วยทอด	6	3.4	42	23.6	55	30.9	56	31.5	19	10.7
3.3 ขนมเค้กชนิดมีครีม	80	44.9	72	40.4	19	10.7	7	3.9	0	0
3.4 อาหารที่ปรุงโดยใช้ น้ำมันหมูหรือน้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์ม เช่น ใช้ในการผัดผัก หรือผัดอาหาร	6	3.4	21	11.8	35	19.7	71	39.9	45	25.3
4. ประเภทผักและผลไม้										
4.1 ผักชนิดต่าง ๆ เช่น ผักบุ้ง ผักกาด ผักคะน้า ผักตำลึง	0	0	11	6.2	36	20.2	55	30.9	76	42.7

ตาราง 17 (ต่อ)

ชนิดของอาหาร	ไม่รับประทานเลย		1-3 วัน/เดือน		1-2 วัน/สัปดาห์		3-5 วัน/สัปดาห์		6-7 วัน/สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4.2 ผลไม้ เช่น มะละกอ สับปะรด แตงโม ส้ม กล้วย	0	0	14	7.9	44	24.7	50	28.1	70	39.3
5. ประเภทเครื่องดื่ม										
5.1 นมสด	88	49.4	42	23.6	28	15.7	15	8.4	5	2.8
5.2 นมถั่วเหลือง หรือ น้ำเต้าหู้	91	51.1	50	28.1	26	14.6	10	5.6	1	0.6
5.3 ไมโล หรือ โอวัลติน	50	28.1	49	27.5	39	21.9	22	12.4	18	10.1
5.4 ชา หรือกาแฟ	84	47.2	41	23.0	21	11.8	11	6.2	21	11.8
5.5 น้ำอัดลม	98	55.1	67	37.6	9	5.1	3	1.7	1	0.6
5.6 เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ เหล้า	149	83.7	21	11.8	4	2.2	1	0.6	3	1.7

ตาราง 17 (ต่อ)

ชนิดของอาหาร	ไม่รับประทานเลย		1-3 วัน/เดือน		1-2 วัน/สัปดาห์		3-5 วัน/สัปดาห์		6-7 วัน/สัปดาห์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.7 เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทั่งแดง ลิโพวัตัน-ดี	159	89.3	15	8.4	3	1.7	1	0.6	0	0
6. อื่น ๆ										
6.1 อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น กุ้งพรว้า, ลาบเลือด, แหนม	139	78.1	30	16.9	8	4.5	1	0.6	0	0
6.2 อาหารหมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง, ผักกาดดอง	82	46.1	70	39.3	19	10.7	6	3.4	1	0.6
6.3 น้ำพริกชนิดต่าง ๆ หรือน้ำบูดู	11	6.2	49	27.5	51	28.7	28	15.7	39	21.9

ตอนที่ 3 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

3.1 ผลการสังเกตและการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ

จากการสังเกตและการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ พบว่า บริเวณต่าง ๆ ของร่างกาย มีลักษณะปกติมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไปทั้งสิ้น ยกเว้นบริเวณปลายมือปลายเท้า ซึ่งพบว่าเป็นอาการแสดงผิดปกติที่พบมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับบริเวณอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 15.2 รองลงมาร้อยละ 10.1 มีอาการแสดงผิดปกติบริเวณตา ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 ผลการสังเกตและการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ

บริเวณร่างกาย	ปกติ		ไม่ปกติ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อวัยวะ	170	95.5	8	4.5
ผม	166	93.3	12	6.7
ตา	160	89.9	18	10.1
ริมฝีปาก	169	94.9	9	5.1
ปาก	172	96.6	6	3.4
ลิ้น	165	92.7	13	7.3
เหงือก	173	97.2	5	2.8
เล็บ	167	93.8	11	6.2
ลำคอ	175	98.3	3	1.7
กล้ามเนื้อ	162	91.0	16	9.0
กระดูก	174	97.8	4	2.2
บริเวณท้อง	178	100	0	0
บริเวณปลายมือปลายเท้า	151	84.8	27	15.2

3.2 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจำแนกตามค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI.)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 50.5 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน รองลงมา ร้อยละ 36.0 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน และส่วนน้อยเพียงร้อยละ 13.5 มีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐาน ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุจำแนกตามค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI.)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะโภชนาการต่ำ (BMI. น้อยกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร ²)	64	36.0
ภาวะโภชนาการปกติ (BMI. 20-24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	90	50.5
ภาวะโภชนาการเกิน (BMI. มากกว่า 24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	24	13.5

3.3 ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากการสังเกตและการตรวจร่างกายในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI.) แตกต่างกัน

เมื่อศึกษาค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากการสังเกตและการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการแตกต่างกันตามค่าดัชนีมวลกาย 3 ระดับนั้น ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้แตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ มีภาวะโภชนาการ ระดับมาตรฐาน ต่ำกว่ามาตรฐานและเกินกว่ามาตรฐาน มีคะแนนเฉลี่ย 12.43 คะแนน 12.00 คะแนน และ 12.67 คะแนน ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 20 และตาราง 21

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนที่ได้จากการสังเกตและการตรวจร่างกายในกลุ่มที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI.) แตกต่างกัน

ค่าดัชนีมวลกายของ ร่างกาย (BMI.)	คะแนนรวมจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย*	
	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
BMI.น้อยกว่า 20 กิโลกรัม/เมตร ²	12.00	1.53
BMI.20-24.9 กิโลกรัม/เมตร ²	12.43	1.22
BMI.มากกว่า 24.9 กิโลกรัม/เมตร ²	12.67	0.86

* คะแนนเต็ม = 13

ตาราง 21 สรุปผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ
ผลการสังเกตและการตรวจร่างกายระหว่างผู้ที่มีภาวะโภชนาการ
แตกต่างกัน 3 ระดับ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	13.97	6.98	2.83
ภายในกลุ่ม	175	431.55	2.46	
รวม	177	445.52		

$$p < 0.05 \quad (F_{2, 175} = 2.99)$$

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบริโภคโคสนิสีบบางประการกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานยาบำรุงหรือวิตามินโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งกับภาวะโภชนาการ

จากผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามินมีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 65 ส่วนผู้ที่ไม่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามิน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 53.2 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน

เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า พฤติกรรมการรับประทานยาบำรุงหรือวิตามินมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการรับประทานยาบำรุงหรือวิตามิน

ภาวะโภชนาการ	พฤติกรรมการรับประทานยาบำรุงหรือวิตามิน		X^2
	รับประทาน	ไม่รับประทาน	
ต่ำกว่ามาตรฐาน	13 (65)	51 (32.3)	8.37*
ระดับมาตรฐาน	6 (30)	84 (53.2)	
เกินกว่ามาตรฐาน	1 (5)	23 (14.5)	
รวม	20 (100%)	158 (100%)	

$$p < 0.05 \quad (X^2_{0.05} = 5.99, \text{ df} = 2)$$

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ซาหุม แกงกะทิ กับภาวะโภชนาการ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ต่ำในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงคือ ไม่รับประทานเลยหรือรับประทาน 1-3 วัน/เดือน มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 43.2 และมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานเพียงร้อยละ 3.7 ส่วนกลุ่มที่มีความถี่สูงในการรับประทานอาหารเหล่านี้คือ รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์ พบว่า มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานเพียงร้อยละ 12.5 แต่มีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานถึงร้อยละ 62.5

เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง

ภาวะโภชนาการ	ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง		X^2
	ไม่รับประทานเลยหรือ รับประทาน 1-3 วัน/เดือน	รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์	
ต่ำกว่ามาตรฐาน	35 (43.2)	1 (12.5)	30.83*
ระดับมาตรฐาน	43 (53.1)	2 (25)	
เกินกว่ามาตรฐาน	3 (3.7)	5 (62.5)	
รวม	81 (100%)	8 (100%)	

$$p < 0.05 \quad (X^2_{0.05} = 5.99, \text{ df} = 2)$$

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด ขนมกล้วยทอด เป็นต้น กับ ภาวะโภชนาการ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ต่ำในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด คือ ไม่รับประทานเลย หรือรับประทาน 1-3 วัน/เดือน มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 53.2 และมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานร้อยละ 8.5 ส่วนกลุ่มที่มีความถี่สูงในการรับประทานอาหารเหล่านี้ คือ รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์ พบว่า มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานเพียงร้อยละ 15.8 และมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานถึงร้อยละ 31.6

เมื่อทดสอบสมมุติฐานทางสถิติ พบว่า ความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด

ภาวะโภชนาการ	ความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด		X^2
	ไม่รับประทานเลยหรือ รับประทาน 1-3 วัน/เดือน	รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์	
ต่ำกว่ามาตรฐาน	25 (53.2)	3 (15.8)	8.74*
ระดับมาตรฐาน	18 (38.3)	10 (52.6)	
เกินกว่ามาตรฐาน	4 (8.5)	6 (31.6)	
รวม	47 (100%)	19 (100%)	

$$p < 0.05 \quad (X^2_{0.05} = 5.99, \text{ df} = 2)$$

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัด เช่น ผัดผัก ผัดอาหารต่าง ๆ กับภาวะโภชนาการ

จากผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความถี่ต่ำในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัด คือไม่รับประทานเลยหรือรับประทาน 1-3 วัน/เดือน มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 48.2 และมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานร้อยละ 22.2 ส่วนกลุ่มที่มีความถี่สูงในการรับประทานอาหารเหล่านี้คือ รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์ พบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 37.8 และภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานร้อยละ 11.1

เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติพบว่า ความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัด มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 25

ตาราง 25 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัด

ภาวะโภชนาการ	ความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัด		X^2
	ไม่รับประทานเลยหรือ รับประทาน 1-3 วัน/เดือน	รับประทาน 6-7 วัน/สัปดาห์	
ต่ำกว่ามาตรฐาน	13 (48.2)	17 (37.8)	3.60
ระดับมาตรฐาน	8 (29.6)	23 (51.1)	
เกินกว่ามาตรฐาน	6 (22.2)	5 (11.1)	
รวม	27 (100%)	45 (100%)	

$$p < 0.05 \quad (X^2_{0.05} = 5.99, \text{ df} = 2)$$

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างหลักในการเลือกรับประทานอาหารกับภาวะโภชนาการ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เลือกรับประทานอาหารเพราะชอบในรสชาติ ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.1 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน และผู้สูงอายุที่เลือกรับประทานอาหารเพราะคำนึงถึงประโยชน์ต่อร่างกาย ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.6 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐานเช่นกัน

เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า หลักในการเลือกรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไร้นัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 26

ตาราง 26 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามหลักในการเลือกรับประทานอาหาร

ภาวะโภชนาการ	หลักในการเลือกรับประทานอาหาร		X ²
	เลือกเพราะชอบในรสชาติ	เลือกเพราะคำนึงถึงประโยชน์ต่อร่างกาย	
ต่ำกว่ามาตรฐาน	20 (30.3)	14 (40)	1.11
ระดับมาตรฐาน	39 (59.1)	17 (48.6)	
เกินกว่ามาตรฐาน	7 (10.6)	4 (11.4)	
รวม	66 (100%)	35 (100%)	

$$p < 0.05 \quad (X^2_{0.05} = 5.99, \text{ df} = 2)$$

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารกับภาวะโภชนาการ

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 53.5 มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐาน และกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมการแสวงหาความรู้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.6 มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐานเช่นกัน

เมื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติ พบว่า พฤติกรรมการแสวงหาความรู้ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 27

ตาราง 27 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหาร

ภาวะโภชนาการ	พฤติกรรมการแสวงหาความรู้		X ²
	แสวงหา	ไม่แสวงหา	
ต่ำกว่ามาตรฐาน	25 (35.2)	39 (36.4)	0.65
ระดับมาตรฐาน	38 (53.5)	52 (48.6)	
เกินกว่ามาตรฐาน	8 (11.3)	16 (15)	
รวม	71 (100%)	107 (100%)	

$$p < 0.05 \quad (X^2_{0.05} = 5.99, \text{ df} = 2)$$

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาวิถีชีวิตและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา ซึ่งสามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี รองลงมาคือ 60-64 ปี สถานภาพการสมรสคู่ รองลงมาคือ หม้าย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยยืนยาวกว่าเพศชาย ซึ่งจากการคาดประมาณอายุขัยเฉลี่ยของประชากร พ.ศ. 2533-พ.ศ. 2538 พบว่าเพศหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 68.75 ปี และเพศชาย 63.50 ปี (กองสถิติสาธารณสุข, 2534 : 19) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยายซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวเดียวกันถึง 3 ชั่วอายุคน คือ ปู่-ย่า หรือ ตา-ยาย พ่อ-แม่ และ บุตร-หลาน อันเป็นลักษณะดั้งเดิมของสังคมไทย (อาภา, 2533 : 288) ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรมซึ่งได้แก่ การทำนาหรือการทำสวนยางพารา ดั้งเดิมแหล่งของรายได้หลักจึงมาจากอาชีพ ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ จะมีรายได้จากบุตรหลาน ซึ่งฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุ หลังจากหักค่าใช้จ่ายแล้ว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอดี การที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังคงประกอบอาชีพนั้นเนื่องจาก ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (60- 74 ปี) อันเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทต่าง ๆ มากมายและยังถือว่าเป็นวัยที่ยังทำงานได้ (Yurick, et al., 1989 : 43) ประกอบกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ไม่ใช่รับราชการจึงไม่มีการเกษียณอายุเมื่ออายุ 60 ปี ดังนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้จึงยังคงประกอบอาชีพที่เคยปฏิบัติมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่โดยไม่รู้ลึกลงว่า ตนเองอยู่ในวัยสูงอายุควรทำงานลดลงกว่าเดิม สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ บางรายให้เหตุผลว่าเนื่องจากบุตรไม่ให้งาน ทั้ง ๆ ที่ตนเองมีความเชื่อว่ายังสามารถทำงานได้เหมือนเดิม ดังนั้นจึงช่วยเหลือครอบครัวโดยการ ช่วยงานบ้าน การดูแลหลาน ๆ การปลูกผักสวนครัว เป็นต้น มีผู้สูงอายุบางรายที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ เนื่องจากร่างกายมีกำลังวังชาลดลงและไม่ได้ช่วยเหลืองานต่าง ๆ ในบ้าน แต่ยังคง

สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ซึ่งเมื่อพิจารณาอายุของกลุ่มนี้พบว่า มีอายุ 78 ปีขึ้นไป สำหรับในด้านการศึกษพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ รองลงมาคือจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผน สุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลาของ วรณีย์ (2533 : 23) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือและรองลงมาจบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 เช่นกัน

จากตาราง 2 ในด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยนั้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีฟันแท้อยู่ระหว่าง 21-32 ซี่ และส่วนใหญ่ไม่ใส่ฟันปลอม เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 33.1 มีอายุระหว่าง 65-69 ปี และรองลงมาร้อยละ 30.3 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ดังนั้นจึงยังมีฟันแท้เหลืออยู่มาก เพราะผลจากการเสื่อมสภาพโครงสร้างของเหงือกและฟันจะทำให้ฟันหลุดง่าย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะสูญเสียฟันแท้ไปทั้งหมดเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป (Eliopoulos, 1987 : 90) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหาร สำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารนั้น พบว่าปัญหาที่พบมากที่สุดคือ เคี้ยวอาหารที่มีลักษณะแข็งไม่ได้ และเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวพบในกลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป นอกจากนี้มีผู้สูงอายุเพียง ร้อยละ 29.2 ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การเบื่ออาหาร และอาการท้องอืด อันเป็นผลเนื่องมาจากกระบวนการของความชรา ทำให้มีการเสื่อมประสิทธิภาพในการทำงานของประสาทรับรสและรับกลิ่นซึ่งมีผลทำให้เกิดการเบื่ออาหารได้ (เลี่ยมพร, 2525 : 6) ประกอบกับระบบการย่อย การดูดซึมอาหารและการเคลื่อนไหวของลำไส้มีประสิทธิภาพลดลง ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องอืดได้ (Doyle, 1990 : 77) สำหรับด้านผู้ประกอบอาหารในครอบครัวนั้น พบว่า ส่วนใหญ่บุตรสาวหรือบุตรสะใภ้ของผู้สูงอายุเป็นผู้ประกอบอาหาร ซึ่งคณะกรรมการจัดงานฯ (2525 : 43) กล่าวว่า การประกอบอาหาร ความหวานรวมทั้งกิจกรรมภายในบ้านเรือน โบราณถือว่าเป็นเรื่องสำคัญและเป็นหน้าที่ของสตรีไทยทุกคน สอดคล้องกับการศึกษาของศรีน้อย, นฤมล และประนิมพร (2531 : 15) ที่ได้สำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตชนบท

ของจังหวัดขอนแก่น ในด้านผู้ประกอบอาหารพบว่า ส่วนใหญ่บุตรสาวหรือบุตรสะใภ้ เป็นผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเช่นกัน

บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ

การศึกษาบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้
จำนวนมื้ออาหารและความถี่ในการรับประทาน

จากตาราง 3-5 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 5 มื้อ ซึ่งเป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ คือ มื้อเช้า มื้อเที่ยง และมื้อเย็น รวมทั้งอาหารว่าง 2 มื้อ คือ มื้อว่างระหว่างมื้อเช้ากับมื้อเที่ยง และมื้อว่างระหว่างมื้อเที่ยงกับมื้อเย็น ซึ่งการรับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อนี้เป็นสิ่งที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา ตั้งแต่สมัยดั้งเดิมของประชาชนชาวไทย สอดคล้องกับการศึกษาของวรวิณี (2533 : 29) และสุจิตรา และคณะ (2533 : 21) ที่ศึกษาบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อต่อวันเช่นกัน ส่วนความถี่ในการรับประทานนั้น (จากตาราง 6) พบว่าส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุรับประทานอาหารมื้อหลักทั้ง 3 มื้อเป็นประจำคือไม่น้อยกว่า 6 วันต่อสัปดาห์ สำหรับอาหารมื้อว่างนั้น ส่วนใหญ่รับประทานมื้อว่างระหว่างมื้อเช้ากับมื้อเที่ยง และ มื้อว่างระหว่างมื้อเที่ยงกับมื้อเย็นเป็นประจำ โดยรับประทานไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ การที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับประทานอาหารมื้อว่างด้วยเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งต้องใช้พลังงานพอสมควร ดังนั้นจึงรู้สึกหิวระหว่างมื้อ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ตนเองรับประทานอาหารมื้อหลักในปริมาณที่น้อยลงกว่าเดิม เพราะถ้ารับประทานมากจะทำให้แน่นท้องและอึดอัด จึงหิวบ่อย ต้องรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อ แต่มื้อว่างระหว่างมื้อเย็นกับก่อนนอนนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานเลย เนื่องจากกลัวจะมีอาการท้องอืดในเวลากลางคืน เพราะอาหารมื้อเย็น เป็นมื้อที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานเป็นประจำ และรับประทานในปริมาณที่มากกว่ามื้ออื่น และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ประชาชนจะเข้านอนตั้งแต่หัวค่ำ การรับประทานอาหารว่างระหว่างมื้อเย็นกับก่อนนอนจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องอืดหรือแน่นท้อง ทำให้นอนไม่หลับได้ (ศรีจิตรา, 2530ข : 363)

ชนิดของอาหารมือหลักและอาหารมือว่างที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน

ในเรื่องของอาหารมือหลักนั้น (จากตาราง 7) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชอบรับประทานข้าวสวย กับ กับข้าวเป็นอาหารหลักทั้ง 3 มือ ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาของประชาชนชาวไทยหลายชั่วอายุคนมาแล้ว ในการบริโภคข้าวเป็นอาหารหลัก และมีกับข้าวที่ได้จากพืชหรือสัตว์เป็นส่วนประกอบ (สงชัย, 2528 : 18) จะแตกต่างกันบ้างก็ตรงที่ชาวไทยภาคกลางและภาคใต้นิยมบริโภคข้าวเจ้า แต่ชาวไทยภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมบริโภคข้าวเหนียวมากกว่า (คณะกรรมการจัดงานฯ, 2525 : 42) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ทุกรายรับประทานข้าวเจ้า อาหารมือเข้าที่นิยมรับประทานรองลงมาคือ เครื่องดื่มประเภทไมโล หรือโอวัลติน สำหรับอาหารมือเที่ยงกับมือเย็นนั้น เป็นที่น่าสังเกตว่านอกจากข้าวสวย กับ กับข้าว ผู้สูงอายุชอบรับประทานผักต่าง ๆ เช่น ผักสด ผักต้ม หรือผักที่นำมาปรุงเป็นอาหาร เนื่องจากผักสามารถนำมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารดาวได้แทบทุกชนิด นอกจากนี้มีหลายรายที่ชอบรับประทานน้ำพริกหรือน้ำบูดูจนติดเป็นนิสัย โดยมีผักสดหรือผักต้มรับประทานคู่กัน และพบว่าอาหารมือเที่ยงกับมือเย็น ผู้สูงอายุชอบรับประทานผลไม้สดชนิดต่าง ๆ ด้วย โดยบางคนอาจรับประทานหลังจากรับประทานข้าวเสร็จแล้วแต่บางคนก็รับประทานพร้อม ๆ กันไปเลย โดยถือว่าผลไม้เป็นกับข้าวชนิดหนึ่ง ผลไม้ที่นิยมรับประทานเป็นกับข้าวได้แก่ มะม่วงสุก แตงโม เป็นต้น ส่วนอาหารว่างนั้น (จากตาราง 8) พบว่าอาหารว่างระหว่างมือเข้ากับมือเที่ยงส่วนใหญ่ชอบรับประทานขนมหวานชนิดมีน้ำเชื่อมหรือน้ำกะทิ รองลงมาคือ ผลไม้สดชนิดต่าง ๆ สำหรับอาหารว่างระหว่างมือเที่ยงกับมือเย็น และระหว่างมือเย็นกับก่อนนอนนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบผลไม้สดชนิดต่าง ๆ รองลงมาชอบรับประทานขนมหวานชนิดมีน้ำเชื่อมหรือน้ำกะทิ และขนมหวานชนิดแห้งตามลำดับ ซึ่งอาหารเหล่านี้มีขายในหมู่บ้านเป็นประจำโดยเฉพาะผลไม้สดนั้นก็มีผลไม้ชนิดต่าง ๆ หมุนเวียนให้รับประทานตลอดทั้งปี การที่ผู้สูงอายุชอบรับประทานขนมหวานหรือผลไม้สดเป็นอาหารว่างนั้น เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถในการรับรสของผู้สูงอายุลดลงร้อยละ 30 เพราะปุ่มรับรสที่ลิ้นเสื่อมสมรรถภาพลง แต่ความสามารถ

ในการรับรสหวานยังคงอยู่ ผู้สูงอายุจึงมักชอบอาหารที่มีรสหวาน เช่น ขนมหวาน หรือผลไม้ที่มีรสหวาน (วลัย, 2527 : 390)

รสชาติของอาหารที่ชอบรับประทาน

จากตาราง 9 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และมีเพียงส่วนน้อยที่ชอบรสเผ็ด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิไลกนิสัยของผู้สูงอายุของสุจิตราและคณะ (2533 : 21) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรสเค็ม และส่วนน้อยชอบรสเผ็ดเช่นกัน โดยรสชาติของอาหารที่สัมภาษณ์หมายถึงอาหารคาว ชนิดต่าง ๆ เช่น แกง ต้ม ต้ม หรือทอด ซึ่งกับข้าวส่วนใหญ่ของประชาชนภาคใต้จะมีรสเค็ม เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู (คณะกรรมการจัดงานฯ, 2525 : 56) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเคยชินกับอาหารรสชาติเค็มมาโดยตลอด แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าจะชอบรสเค็ม จากผลการศึกษารั้่งนี้พบว่าผู้สูงอายุมักจะนิยมรับประทานผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก แตงโม พร้อมกับอาหารคาวด้วย ส่วนรสเผ็ดนั้นกลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่ารับประทานแล้วมีการปวดท้องหรือท้องเสียจึงไม่ชอบรับประทาน และบางรายมีความเชื่อมาตั้งแต่วัยเด็กว่าการรับประทานอาหารรสเผ็ดจะทำให้สายตาสั้น จึงไม่รับประทานอาหารรสเผ็ดมาตั้งแต่วัยเด็กจนคิดเป็นนิสัยมาจนถึงปัจจุบัน

ชนิดของอาหารที่ชอบหรือไม่ชอบรับประทาน (ตาราง 10)

อาหารประเภทโปรตีน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารทะเล โดยเฉพาะ ปลา กุ้ง เนื่องจากจังหวัดสงขลาเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ติดกับทะเล ดังนั้นจึงมีอาหารทะเลอุดมสมบูรณ์ ประกอบกับผู้สูงอายุมีฟันแท้ไม่ครบและเคี้ยวอาหารที่มีลักษณะแข็งหรือเหนียวไม่ได้ ดังนั้นการรับประทานปลาหรือกุ้งจะสะดวกในการเคี้ยวมากกว่าอาหารทะเลชนิดอื่น เช่น ปลาหมึก หรือหอย ซึ่งมีลักษณะเหนียวกว่า และปลากับกุ้งยังสามารถนำมาประกอบอาหารได้หลายชนิด มีรสชาติอร่อย วัฒนา และคณะ (2529 : 126) กล่าวว่า ส่วนใหญ่ประชาชนภาคใต้ของประเทศไทยนิยมบริโภคอาหารประเภทปลามาก ไม่ว่าจะเป็นรูปของปลาต้ม ปลาทอด หรือปลาเค็ม ส่วนเนื้อวัว จัดเป็นอาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทาน โดยให้

เหตุผลว่า เนื้อวัวมีลักษณะเหนียว ทำให้เคี้ยวลำบาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิณี (2533 : 29) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทานเนื้อวัวเช่นกัน

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานขนมหวานชนิดแห้งที่มีลักษณะ นุ่ม ได้แก่ ขนมเจมพ์ ขนมทองหยิบ ขนมทองหยอด ขนมชั้น ขนมสังขยา เป็นต้น และ ไม่ชอบรับประทานขนมหวานชนิดแห้งที่มีลักษณะแข็งหรือกรอบ เช่น ขนมด้วง ขนม ครอบแครงกรอบ ขนมสายส้อม ขนมคอเป็ด ขนมทองม้วน เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจาก ปัญหาเรื่องเหงือกและฟันนั่นเองเพราะบางรายถึงแม้ฟันแท้จะหักไปหลายซี่ แต่ก็ไม่ได้ใส่ฟันปลอม โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากฟันปลอมมีราคาแพงจึงเสียตายนเงิน บาง รายก็ไม่ได้ใส่ฟันปลอมเพราะไม่ชอบ บางรายคิดว่ายังไม่มีความจำเป็นเพราะยังคง เคี้ยวอาหารได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุหลายรายมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการใส่ฟันปลอม คือ มีความคิดเห็นว่าผู้ที่ใส่ฟันปลอมเป็นผู้ที่ไม่ยอมรับความจริงว่าตนเองแก่ชรา ไม่อยาก ให้ผู้อื่นรู้ว่าฟันแท้หัก อยากทำตัวเป็นหนุ่มสาว หรือบางรายมีความรู้สึกว่าการใส่ ฟันปลอมเป็นสิ่งสกปรก เห็นผู้อื่นถอดฟันปลอมมาทำความสะอาดแล้วรู้สึกขยะแขยง ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีเงินเพียงพอ หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว แต่ก็มี ความตั้งใจที่จะไม่ใส่ฟันปลอมโดยเด็ดขาด ส่วนผู้ที่ใส่ฟันปลอมแล้วก็ต้องมีความระมัด ระวังในการเลือกรับประทานอาหารเนื่องจากกลัวว่าฟันปลอมจะแตกหรือหัก ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงชอบขนมหวานที่มีลักษณะนิ่มมากกว่าขนมหวานที่มีลักษณะแข็งหรือกรอบ

อาหารประเภทไขมัน

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชอบรับประทานชาหมี หมูสามชั้น หรือต้ม พะโล้ เนื่องจากอาหารเหล่านี้เมื่อปรุงสุกแล้วจะมีลักษณะนิ่ม เบี้ยว เคี้ยวง่าย และ ไม่ชอบขนมเด็กชนิดมีครีม เพราะรู้สึกว่าครีมมีรสเลี่ยน ๆ เนื่องจากขนมเด็กไม่ใช่ ขนมดั้งเดิมของไทยทำให้ไม่คุ้นเคยในรสชาติของครีม

อาหารประเภทผักและผลไม้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานผักนึ่ง แต่ไม่ชอบผักคะน้า ซึ่งมีเหตุผลเนื่องมาจากความสะดวกในการเคี้ยวเช่นกัน เพราะผักนึ่งมีลักษณะนิ่ม และมีราคาถูก บางครอบครัวก็ปลูกผักนึ่งไว้รับประทานในครอบครัว ทำให้มีการนำ

มาประกอบอาหารเป็นประจำจนเกิดความเคยชินและกลายเป็นความชอบ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้สูงอายุบางคนยังมีความเชื่อที่ได้รับการสั่งสอนกันมาตั้งแต่วัยเด็กว่าการรับประทานผักนั้นจะมีประโยชน์ในการบำรุงสายตาและทำให้ตาสวย จึงชอบรับประทานผักนั้นมาโดยตลอดและติดเป็นนิสัยมาจนถึงปัจจุบัน และเชื่อว่าขณะนี้ตนเองยังคงมีสายตาที่มองเห็นชัดเจนกว่าเพื่อน ๆ วัยเดียวกัน เป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานผักเป็นประจำนั่นเอง ส่วนอีกคนนั้นผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าไม่ชอบเพราะแข็ง เคี้ยวยาก รวมทั้งบางรายยังรู้สึกว่ามีรสขมและมีกลิ่นเหม็น สำหรับผลไม้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบมะม่วงสุก เนื่องจากมะม่วงสุกมีลักษณะไม่รสหวานอร่อย และมีหลายพันธุ์ให้เลือก รวมทั้งราคาไม่แพงมากนัก ส่วนลำไยเป็นผลไม้ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทาน เนื่องจากลำไยเป็นผลไม้ของทางภาคเหนือ มีราคาต่อชิ้นแพงในบางครอบครัวถือเป็นอาหารฟุ่มเฟือย ไม่นิยมซื้อมารับประทาน ทำให้ไม่เคยชินในกลิ่นหรือรสชาติของลำไย โดยให้เหตุผลว่าลำไยมีรสชาติหวานแบบเอียน ๆ

การรับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามินโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

จากตาราง 11 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามินโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง เนื่องจากในการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยมีคุณสมบัติข้อหนึ่งคือไม่อยู่ในระหว่างเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารหรือการเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นกลุ่มที่มีสุขภาพโดยทั่วไปอยู่ในขั้นดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น โดยมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี เป็นจำนวนมาก และยังคงประกอบอาชีพได้ ผู้สูงอายุจึงให้เหตุผลว่าตนเองยังคงมีสุขภาพแข็งแรง ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามินแต่อย่างใด ส่วนผู้ที่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามินพบว่ามีอายุ 70 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของแกรีและคณะ (Garry, et al., 1982 : 319-320) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ 270 คนพบว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุรับประทานยาบำรุง หรือวิตามินอย่างน้อย 1 ชนิด ซึ่งเมื่อพิจารณาช่วงอายุแล้วพบว่า ผู้สูงอายุ

ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 71-75 ปี จึงอาจเป็นไปได้ว่ายังมีอายุมากขึ้น ก็จะมีความเสี่ยงต่อสมรรถภาพของร่างกายอันเนื่องมาจากกระบวนการของความชรา จึงทำให้ผู้สูงอายุนิยมรับประทานยาบำรุงหรือวิตามินเพิ่มขึ้น ในการศึกษาค้นพบว่า ยาที่นิยมรับประทานได้แก่ วิตามินรวม วิตามินที่มีธาตุเหล็ก และยาแผนโบราณบำรุงร่างกาย ซึ่งยาเหล่านี้สามารถซื้อได้จากร้านขายยาทั่ว ๆ ไป โดยผู้สูงอายุซื้อมารับประทานเพราะมีความเชื่อว่า วิตามินจะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น ทำให้เหนื่อยล้า มีกำลังวังชา ส่วนยาแผนโบราณนั้น นอกจากจะทำให้เจริญอาหาร ขับถ่ายสะดวกแล้ว ยังทำให้เลือดลมไหลเวียนดีด้วย

การรับประทานหมาก

จากตาราง 12 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานหมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรณี (2533 : 27) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุของจังหวัดสงขลา พบว่าส่วนใหญ่ไม่รับประทานหมากเช่นกัน ส่วนผู้ที่รับประทานหมากนั้นจากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพราะรับประทานมาตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ และรับประทานเรื่อยมาจนติดเป็นนิสัยและให้เหตุผลว่าถ้าไม่รับประทานจะรู้สึกเปรี้ยวปาก ขมปาก นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุบางรายมีความเชื่อว่าการรับประทานหมากทำให้ปากหอมหรือรักษาฟันให้ทนทาน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่รับประทานหมากจะรับประทานหลังอาหาร หรือมีจะงอมักช่วงบ่ายเมื่อนั่งว่าง ๆ หรือมีเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียน โดยจะรับประทานวันละ 3-6 ครั้ง จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับประทานหมากมีอายุตั้งแต่ 72 ปีขึ้นไป ผู้ที่อายุน้อยกว่านี้ไม่นิยมรับประทานหมาก ซึ่งสอดคล้องกับคณะกรรมการจัดงานฯ (2525 : 50-51) ที่กล่าวว่า การกินหมากหรือการเคี้ยวหมากเป็นธรรมเนียมไทยแท้แต่โบราณซึ่งคนไทยได้ถือปฏิบัติสืบทอดกันมานาน ปัจจุบันยังคงเป็นที่นิยมเฉพาะคนรุ่นเก่าเท่านั้น อีกไม่นานอาจจะหมดไปจากความนิยมของคนไทย เนื่องจากคนรุ่นเก๋าค่อย ๆ หมดไป และค่านิยมของคนรุ่นใหม่เปลี่ยนไปคือ นิยมมีให้ชาวสะอาด มากกว่าให้หมากเคี้ยวหมาก

หลักในการเลือกรับประทานอาหาร

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีหลักในการเลือกรับประทานอาหารคือ เลือกอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ (จากตาราง 13) เนื่องจากถึงแม้ว่าวิโคคนิสัยของบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อม แต่พื้นฐานความต้องการบริโภคอาหารของมนุษย์ขึ้นอยู่กับความต้องการบางประการ ได้แก่ ความต้องการรสชาติที่ถูกปาก (ความอร่อย) ความอึด ความสะอาด ความรวดเร็ว สรรพคุณพิเศษ และศักดิ์ศรี (สถาบันวิจัยโภชนาการ, 2527 : 34) นั่นคือ การเลือกรับประทานอาหารมิใช่เพื่อบำบัดความหิวที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่ยังตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ คือ เพื่อตอบสนองความอยากอาหารรวมทั้งทำให้เกิดความสุขและความพึงพอใจด้วย (จันทกัทธ, 2527 : 6) ดังนั้นคนส่วนมากจึงเลือกอาหารเพราะเห็นแก่รสชาติ มากกว่าคำนึงถึงประโยชน์และความจำเป็นของอาหารต่อร่างกาย (ประยงค์, 2527 : 7) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เลือกอาหารเพราะชอบในรสชาติ และรองลงมาเลือกอาหารชนิดที่ทราบว่ามีประโยชน์

วิธีการปรุงอาหาร

จากตาราง 14 พบว่า อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานส่วนใหญ่มีการปรุงอาหารตามปกติเหมือนกับผู้อื่นในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างคั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง แต่บุตรสาว บุตรสะใภ้ หรือภรรยา จะเป็นผู้ประกอบอาหารให้ ดังนั้นจึงปรุงอาหารเหมือนกับหมดทั้งครอบครัว โดยไม่ได้แยกเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ประกอบอาหารในครอบครัวจะจัดอาหารเป็นพิเศษเฉพาะเด็กเล็ก ๆ เท่านั้น หลังจากอายุประมาณ 3 ขวบขึ้นไปก็จะรับประทานอาหารเหมือนกับผู้ใหญ่ในครอบครัว ยกเว้นจะไม่ให้เด็กรับประทานอาหารประเภทแกงที่มีรสเผ็ดเท่านั้น สำหรับผู้สูงอายุที่รับประทานไม่ได้แตกต่างไปจากผู้ใหญ่คนอื่นในครอบครัว เพื่อความสะดวกของผู้ประกอบอาหารจะได้ไม่ต้องจัดอาหารหลายสำรับ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายให้เหตุผลว่าเกรงใจบุตรหลานคนอื่นรับประทานอย่างไรตนเองก็รับประทานอย่างนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีน้อย, นฤมล และประนิมพร (2531 : 15) ที่ศึกษาบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่

อาศัยในเขตชนบทของจังหวัดขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่บุตรสาวหรือบุตรสะใก่อ เป็น ผู้ประกอบอาหารในครอบครัวและในการปรุงอาหารนั้นจะให้ความสนใจกับอาหาร ของเด็กและอาหารของคนส่วนใหญ่ในครอบครัวมากกว่าจะคำนึงถึงความเหมาะสม กับผู้สูงอายุเช่นกัน เนื่องจากผู้ประกอบอาหารมีความเชื่อว่าผู้สูงอายุเปรียบเสมือน ผู้ใหญ่คนหนึ่งของครอบครัว การรับประทานอาหารก็ย่อมจะเหมือนกับคนอื่น ๆ ใน ครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบอาหารด้วยตนเองเมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้มีเพียงบางรายเท่านั้นที่จะมีวิธีการ ปรุงอาหารของตนเองให้เคี้ยวง่ายโดยการต้มให้เปื่อย หรือสับให้ละเอียด เช่น รับประทานผักต้มแกงผักสด หรือต้มข้าวต้มในบางมื้อ มีผู้สูงอายุหลายรายที่ปรุงอาหาร ด้วยตนเองแต่ยังคงปรุงอาหารเหมือนกับผู้อื่นในครอบครัว เพราะไม่มีปัญหาในการ เคี้ยว หรือรู้สึกว่าเป็นการยุ่งยากถ้าต้องปรุงอาหารหลายรูปแบบ บางรายมีปัญหาใน การเคี้ยว แต่มีทัศนคติว่าข้าวต้ม หรือโจ๊ก เป็นอาหารสำหรับผู้ที่อยู่ในระหว่าง เจ็บป่วย จึงยังคงรับประทานข้าวสวย กับ กับข้าวเหมือนผู้อื่นในครอบครัว

การบริโภคน้ำ

จากตาราง 15 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มน้ำ 5-6 แก้วต่อวัน และน้ำที่นำมาดื่มมีส่วนใหญ่เป็นน้ำป้อน ซึ่งลักษณะของน้ำที่นำมาดื่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ ผ่านการต้มหรือผ่านการกรองมาก่อน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขต ชนบท มีแหล่งน้ำตามธรรมชาติเพียงพอในการบริโภค เช่น น้ำป้อน น้ำฝน ซึ่งผู้สูง-อายุที่มีความเชื่อว่าจะมีความสะอาดเพียงพอที่จะนำมาดื่มได้เลย ทำให้ธุรกิจขายน้ำดื่ม บรรจุน้ำไม่ได้ได้รับความนิยม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ บางรายมีบ่อน้ำเป็นของ ครอบครัวสำหรับใช้ดื่ม และ/หรือ ใช้สอยในครัวเรือน นอกจากนี้ในหมู่บ้านจะมีบ่อน้ำ หรือบ่อน้ำบาดาลสาธารณะหลายแห่งซึ่งบ่อน้ำสาธารณะเหล่านี้จะมีการแยกบ่อน้ำที่น้ำใส และรสไม่กร่อยไว้ เป็นบ่อน้ำสำหรับดื่มอย่างเดียว ประชาชนในหมู่บ้านสามารถไป ดักน้ำในบ่อมาเก็บไว้สำหรับดื่มที่บ้านได้ แต่ห้ามไปอาบน้ำบริเวณรอบ ๆ บ่อ เพราะ มีความเชื่อว่า บ่อน้ำดื่มเป็นบ่อที่สะอาด การอาบน้ำจะมีสิ่งสกปรกต่าง ๆ จาก ร่างกายซึมซับลงไปในดิน ดังนั้นการอาบน้ำจึงควรไปอาบที่บ่อน้ำสำหรับใช้สอยอย่าง อื่นเช่น ชักฉ่ำ หรือตักไปรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ส่วนผู้ที่มีบ่อน้ำเป็นของตนเอง บาง

ครอบครัวก็จะใช้ทั้งต้มและใช้สอยอย่างอื่นด้วย ไข่มีความจริงเกี่ยจในการนำมาต้ม ถึงแม้จะอาบน้ำร้อนบ่อเพราะถือว่ไข่เนียงครอบครัวเดียว และบ่อน้ำส่วนตัวมักจะมี การราดปูนซีเมนต์รอบ ๆ บริเวณบ่อ ทำให้เชื่อว่าสิ่งสกปรกไม่ซึมลงไป แต่ถ้าบ่อน้ำ ส่วนตัวมีน้ำรสกร่อยต้มไม่ได้ ก็จะต้องนำก่อนต้ม หรือมิฉะนั้นก็จะไปตักน้ำที่บ่อน้ำดื่ม สาธารณะ สำหรับปริมาณน้ำดื่มน้ำใช้ ในหมู่บ้านที่ศึกษา พบว่าจัดอยู่ในขั้นเพียงพอ ยกเว้นในฤดูร้อนที่น้ำค่อนข้างมีน้อยโดยเฉพาะน้ำสำหรับดื่ม เพราะว่ามีจำนวนบ่อน้ำ สำหรับดื่มน้อยกว่าบ่อน้ำสำหรับใช้สอย ทำให้ต้องไปตักน้ำดื่มจากบ่อสาธารณะใน เวลาากลางคืนมาเก็บใส่ภาชนะไว้ เพราะเวลากลางวันมีประชาชนไปตักน้ำกันมาก ทำให้เสียเวลารอ

ชนิดของเครื่องชूरสที่เติมในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นิยมเติมน้ำปลาหรือเกลือ รองลงมาคือไข่ต้ม ไข่เค็ม ไข่ยางมะตูม ไข่ต้มในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว (จากตาราง 16) ทั้งนี้เนื่องจาก จากผลการ ศึกษาข้างต้นในเรื่องรสชาติของอาหารที่ผู้สูงอายุชอบรับประทาน พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ชอบรสเค็ม และรองลงมาชอบรสจืด (จากตาราง 9) แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ปรุงอาหารเอง ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุเติมน้ำปลาหรือ เกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว อาจจะเป็นเนื่องจากผู้ปรุงอาหารปรุงรสจืดเกินไป หรือการที่ผู้สูงอายุไม่เติมอะไรเลย อาจจะเป็นเนื่องจากผู้ปรุงอาหารปรุงรสเค็มมากไว้ แล้วยังได้

ชนิดของอาหารและความถี่ของการรับประทาน (จากตาราง 17)

อาหารประเภทโปรตีน

ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุรับประทานอาหารทะเลจำพวก ปลา หรือกุ้ง 6-7 วันต่อสัปดาห์ และรับประทานเนื้อหมู 3-5 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจาก อาหารทะเลและเนื้อหมูเป็นอาหารประเภทโปรตีนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทาน (จากตาราง 10) ประกอบกับอาหารเหล่านี้มีขายเป็นประจำในหมู่บ้าน ทำให้มีความถี่ในการรับประทานสูง ส่วนเนื้อวัวมีผู้สูงอายุรับประทาน 6-7 วันต่อสัปดาห์ เพียงร้อยละ 3.9 และไม่รับประทานเลยร้อยละ 37.6 ทั้ง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาคั้งนี้มีผู้นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 9.6 ความถี่ในการรับประทานเนื้อวัว

ทุกวันนี้จะสูงกว่านี้ แต่เนื่องจากเนื้อวัวมีลักษณะเหนียว เคี้ยวยาก จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รับประทานบ่อยนัก สำหรับโปรตีนจากพืช เช่น เต้าหู้ขาวหรือเต้าหู้เหลือง ถึงแม้จะมีลักษณะแข็งกว่า แต่ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทาน 1-3 วันต่อเดือน และไม่รับประทานเลยร้อยละ 39.9 โดยให้เหตุผลว่าไม่ชอบกลิ่น และไม่ค่อยมีขายในหมู่บ้าน

อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทานข้าวเจ้า 6-7 วันต่อสัปดาห์ ส่วนขนมปังหรือก๋วยเตี๋ยวจะมีความถี่ในการรับประทานต่ำกว่า และอาหารจำพวกบะหมี่สำเร็จรูปที่มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานเลย เนื่องจากประชาชนชาวไทยบริโภคข้าวเป็นอาหารหลัก (วัดกษา และคณะ, 2529 : 126) ทำให้อาหารคาร์โบไฮเดรตชนิดอื่นไม่ได้รับความนิยม

อาหารประเภทไขมัน

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 39.9 รับประทานอาหารที่ปรุงรสโดยใช้น้ำมันหมู หรือน้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์มในการผัดผักหรือผัดอาหารต่าง ๆ 3-5 วันต่อสัปดาห์ และร้อยละ 31.5 รับประทานอาหารที่ปรุงรสโดยการทอด 3-5 วันต่อสัปดาห์เช่นกัน ซึ่งน้ำมันที่นำมาใช้ในการผัดหรือทอดส่วนใหญ่เป็นน้ำมันมะพร้าวหรือน้ำมันปาล์มเพราะมีราคาถูก และร้านขายของชำในหมู่บ้านจะแบ่งน้ำมันเหล่านี้เป็นถุงเล็ก ๆ ขายถุงละ 3-5 บาท ทำให้แม่บ้านสะดวกในการซื้อมาประกอบอาหาร ส่วนขนมเค้กชนิดมีครีมที่มีผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานเลย ถึงแม้จะมีลักษณะนุ่ม แต่ผู้สูงอายุไม่ชอบครีม เพราะรู้สึกว่ามีรสชาติเลี่ยนและไม่เคยชินกับการรับประทานครีม ถ้าบุตรหลานซื้อมาให้ก็จะตักส่วนที่เป็นครีมทิ้งไปก่อน หรือ ไข่ก็ไม่รับประทานเลย

อาหารประเภทผักและผลไม้

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานผัก 6-7 วันต่อสัปดาห์เนื่องจากผักสามารถนำมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารควาได้แทบทุกชนิดไม่ว่าจะเป็นแกง ต้ม ผัด หรือรับประทานสด ๆ ประกอบกับกับข้าวของประชาชนภาคใต้มักจะเป็้แกงเสี้ยนส่วนใหญ่ และมีรสจัด เช่น เผ็ด ร้อน เปรี้ยว เค็ม ได้แก๊่ แกงส้ม

แกงไตปลา (คณะกรรมการจัดงานฯ, 2525 : 56) ดังนั้นในการรับประทานจะมี ผักสดหรือผักต้มเป็นเครื่องเคียง หรือนิยมรับประทานผักคู่กับน้ำพริกหรือน้ำบูดู ส่วน ผลไม้ที่ขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทาน 6-7 วันต่อสัปดาห์เช่นกัน เนื่องจากอาชีพ อย่างหนึ่งของประชาชนภาคใต้คือ การทำสวนผลไม้ (คณะกรรมการจัดงานฯ, 2525 : 55) ดังนั้นจึงมีผลไม้ต่าง ๆ หมุนเวียนกันตามฤดูกาลตลอดปี และสามารถซื้อได้ ในราคาไม่แพงมากนัก ในหมู่บ้านที่ศึกษาคั้งนี้ทั้ง 4 หมู่บ้านไม่ได้ปลูกผลไม้เป็น อาชีพ แต่จะมีส่วนเล็ก ๆ ปลูกผลไม้ต่าง ๆ ไว้อย่างละต้นสองต้น เช่น กล้วย มะละกอ มะม่วง มะพร้าว แตงโม ทุเรียน ขนุน เป็นต้น ไว้สำหรับรับประทานใน ครอบครัว ถ้ามีเหลืออาจจะนำไปให้ญาติพี่น้องหรือขายกันเองในหมู่บ้าน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุหลายรายมีความเห็นว่า การรับประทานกล้วยน้ำว้ากับน้ำตังจะทำให้มีอายุ ยืน และผู้สูงอายุควรรับประทานผัก กับผลไม้ทุกวันจะทำให้ไม่เป็นโรคเรื้อรังหรือหวัด ทำให้ความถี่ในการรับประทานผักและผลไม้สูง รวมทั้ง ไม่มีผู้สูงอายุที่ไม่รับประทาน ผักและผลไม้เลย

อาหารประเภทเครื่องดื่ม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือ เครื่อง- ดื่มชูกำลัง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่ง ไม่นิยมดื่ม เครื่องดื่มประเภทนี้ และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายบางคนเคยดื่มเหล้าเมื่อวัยหนุ่ม หรือวัยผู้ใหญ่ตามค่านิยมของคนหนุ่มในหมู่บ้าน ปัจจุบันเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็พยายาม เลิกดื่มเนื่องจากมีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุไม่ควรดื่มเหล้าเพราะจะทำให้อายุสั้น ส่วน กลุ่มตัวอย่างที่ยังคงดื่มเหล้าอยู่นั้นเป็นเพราะดื่มมาจนติดเป็นนิสัย และบางคนที่ดื่ม เฉพาะเวลาที่มีเพื่อนชวน ซึ่งมีความเชื่อว่าดื่มในปริมาณน้อยคงไม่มีอันตรายอะไร ส่วนเครื่องดื่มชูกำลังนี้ มีเพียงหมู่บ้านเดียวที่มีขายในหมู่บ้าน จึงมีความถี่ในการรับ- ประทานต่ำ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เพราะมีทัศนคติต่อเครื่องดื่ม เหล้านี้ว่าเป็นเครื่องดื่มของคนวัยหนุ่มซึ่งทำงานหนัก สำหรับผู้สูงอายุไม่ว่าจะดื่ม เท่าไรก็คงไม่มีเรี่ยวแรงเหมือนคนหนุ่ม ๆ สำหรับเครื่องดื่มประเภทอื่น ๆ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 49.4 ไม่ดื่มนมสด และร้อยละ 51.1 ไม่ดื่มนมถั่วเหลืองหรือ น้ำเต้าหู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจิตราและคณะ (2533 : 23) ที่สำรวจใน

ผู้สูงอายุทุกภาคของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่ดื่มนมสด นมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้ 6-7 วันต่อสัปดาห์มีน้อยมาก และส่วนใหญ่ไม่ดื่มเลยเช่นกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีทัศนคติต่อนมสด นมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้ว่าเป็นอาหารบำรุงเหมาะสำหรับเด็ก ๆ หรือผู้ที่กำลังเจ็บป่วยเท่านั้น ไม่ใช่เป็นอาหารเสริมสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ในขณะที่บางรายก็ไม่เคยชินกับกลิ่นหรือรสชาติของเครื่องดื่มหเหล่านี้ เพราะเพื่อนวัยเด็กก็ไม่ดื่มอีกเลย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดื่มนม และการดื่มนมจะลดลงหลังอายุ 35 ปี (Slesinger, Mc.Divitt and O'Donnell, 1980 : 432-441)

อาหารประเภทอื่น ๆ

ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เนื่องจากประชาชนภาคใต้ไม่นิยมบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ แตกต่างจากประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการปรุงอาหารทั้งปรุงให้สุก และปรุงดิบ ๆ (พรณทิพา, 2531 : 29) สำหรับอาหารหมักดองมีส่วนใหญ่ไม่รับประทานเช่นกัน โดยผู้สูงอายุบางคนมีความเชื่อว่าเป็นของแสลงสำหรับผู้สูงอายุทำให้เจ็บป่วยได้ เช่น หน่อไม้ดอง ทำให้ท้องเสีย ผักเสี้ยนดองทำให้เป็นลม สะตอดองทำให้ท้องอืด ผู้สูงอายุจึงไม่ควรรับประทาน ถึงแม้ก่อนหน้าจะเคยชอบรับประทานแต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็เลิกรับประทาน ส่วนน้ำพริกหรือน้ำบูดูมี ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทาน 1-2 วันต่อสัปดาห์ แต่ผู้ที่รับประทาน 6-7 วันต่อสัปดาห์ก็มีมากเช่นกัน เนื่องจากผู้สูงอายุชอบอาหารรสเค็ม และน้ำพริกหรือน้ำบูดูเป็นอาหารประเภทเครื่องชูรส ทำให้เจริญอาหารเป็นที่นิยมรับประทานกันทั่วไปในภาคใต้ ผู้สูงอายุบางรายรับประทานทุกวัน จนติดเป็นนิสัย ถ้าไม่มีน้ำพริกหรือน้ำบูดูจะรู้สึกว่รับประทานอาหารไม่อร่อย รับประทานอาหารได้น้อย ดั่งได้มากรอบครัว ผู้ประกอบอาหารจะปรุงน้ำพริกหรือน้ำบูดูไว้ในตู้กับข้าวทุกวัน

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

จากตาราง 19 เมื่อใช้ค่าดัชนีความหนาของร่างกายเป็นตัวชี้วัด พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.5 ของผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน รองลงมาร้อยละ 36.0 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานและร้อยละ 13.5 มีภาวะ

โภชนาการเกินกว่ามาตรฐาน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของสุจิตราและคณะ (2533 : 31) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุทุกภาคของประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 47.24 มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน รองลงมาร้อยละ 33.15 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานและร้อยละ 19.61 มีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐาน แสดงว่าถึงแม้ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาโภชนาการอยู่ไม่น้อยเช่นกัน ซึ่งพบว่ามีปัญหาเรื่องภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานมากกว่า ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ซึ่งไพรัตน์ (2524 : 103) กล่าวว่า ปัญหาการมีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในท้องถิ่นที่มีมาตรฐานการครองชีพและภาวะเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 1,001-2,000 บาทต่อเดือน ซึ่งจัดว่าค่อนข้างต่ำสำหรับครอบครัวขยายที่มีสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป แต่เมื่อมองในภาพรวมพบว่าฐานะทางการเงินหลังจากหักค่าใช้จ่ายแล้วส่วนใหญ่ตอบว่าอยู่ในระดับพอดี คือไม่ต้องกู้หนี้ยืมสินใคร แต่ไม่มีเงินเก็บ ดังนั้นการใช้จ่ายต่าง ๆ ในครอบครัวจึงต้องประหยัดซึ่งมีผลต่อการที่แม่บ้านจะหาซื้ออาหารที่มีคุณภาพดีและมีปริมาณเพียงพอมารับประทานในครอบครัว และจากการสัมภาษณ์พบว่า การเลือกซื้ออาหารของครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 69.7 ขึ้นอยู่กับความชอบรับประทานอาหารชนิดนั้น ๆ ของบุคคลในครอบครัว รองลงมาร้อยละ 37.1 ขึ้นอยู่กับรายได้ของครอบครัว นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังมีวิโรคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเลือกรับประทานอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ ทำให้ผู้สูงอายุหลายรายนิยมรับประทานข้าวกับน้ำพริกหรือน้ำบูดูเป็นหลัก โดยมีกับข้าวอย่างอื่นเป็นส่วนประกอบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น การไม่รับประทานเต้าหู้ขาวหรือเต้าหู้เหลืองเนื่องจากไม่เคยชินกับกลิ่น การไม่ดื่มนมเพราะมีความเชื่อว่าเป็นอาหารสำหรับเด็กหรือผู้ที่เจ็บป่วยเท่านั้น เป็นต้น และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือ เมื่อสัมภาษณ์พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 60.1 ไม่มีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารหรือโภชนาการเลย มีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับความรู้หรือข่าวสารด้านโภชนาการจากโทรทัศน์และนิตยสารหลายชนิดคุยให้ฟัง แต่เมื่อซักถามถึงเรื่องนิสัยการรับประทานอาหารของตนเองที่ผ่าน

มาว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าตนเองปฏิบัติถูกต้องเหมาะสมแล้ว และไม่คิดที่จะเปลี่ยนแปลง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุไม่มีความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมกับวัย ตลอดจนมีความเชื่อว่าสิ่งที่ตนเองประพฤตินั้นปฏิบัติอยู่นั้นถูกต้องเหมาะสมแล้ว ย่อมทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการตามมา

เมื่อนิยามผลการสังเกตและการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุ (จากตาราง 18) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่พบอาการแสดงผิดปกติที่บ่งบอกถึงปัญหาด้านโภชนาการ ดังนั้นเมื่อนิยามค่าเฉลี่ยของคะแนนในผู้ที่มีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน 3 ระดับ จึงพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (จากตาราง 21) ทั้งนี้เนื่องจากการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาศึกษาครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติที่กำหนดไว้คือไม่อยู่ในระหว่างเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ หรือโรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหารหรือการเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย ดังนั้นผลการสังเกตและการตรวจร่างกายส่วนใหญ่จึงปกติ นอกจากนี้อาการแสดงต่าง ๆ เหล่านี้ ไม่ว่าจะเกิดจากการขาดสารอาหารเพียงชนิดเดียวหรือหลายชนิดร่วมกันก็ตาม อาการแสดงเหล่านี้บางอย่างจะไม่ปรากฏให้เห็นชัดเจนจนกว่าภาวะขาดสารอาหารนั้นรุนแรงแล้ว (ปาห์มัน, 2530 : 7) นอกจากนี้อาการผิดปกติที่พบจากผลการสังเกตและการตรวจร่างกายเป็นผลเนื่องมาจากการขาดสารอาหารชนิดเดียว หรือหลายชนิดร่วมกัน (ปาห์มัน, 2530 : 7) แต่การคำนวณค่าดัชนีความหนาของร่างกาย ซึ่งได้มาจากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของบุคคลนั้น ค่าผิดปกติจะเกิดจากการขาดโปรตีนและพลังงาน หรือการได้รับโปรตีนและพลังงานเกิน ซึ่งมีผลต่อกล้ามเนื้อและไขมันของร่างกาย (Ebersole and Hess, 1981 : 125) ดังนั้นจึงทำให้ผลการศึกษานี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนที่ได้จากผลการสังเกตและการตรวจร่างกาย มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะผู้ที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายต่ำหรือมีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน อาจจะมีผลการสังเกตและการตรวจร่างกายปกติ หรือผู้ที่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายปกติหรือมีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน อาจจะมีผลการสังเกตและการตรวจร่างกายผิดปกติก็ได้ แต่เมื่อนิยามคะแนนต่ำสุดแล้วพบว่า ผู้ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานมีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน ซึ่งน้อยกว่า

คะแนนต่ำสุดของผู้ที่มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐานและเกินมาตรฐานที่มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน สำหรับอาการแสดงผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ อาการชา หรือปวดแสบปวดร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้า อันเป็นอาการแสดงของภาวะการขาดวิตามินบี 1 (ปาห์น, 2530 : 8) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นไปได้ เนื่องจากปัจจุบันประชาชนหันมาบริโภคข้าวซึ่งขัดสีจนขาว ใช้นิยมบริโภคข้าวหอมมือหรือข้าวแดง ซึ่งอุดมไปด้วยวิตามินบี 1 ที่ช่วยป้องกันโรคเหน็บชา นอกจากนี้ยังมีเชลลูโลสเป็นภาคอาหารช่วยในระบบขับถ่ายอีกด้วย ทั้งนี้เพราะมีทัศนคติว่าข้าวหอมมือหรือข้าวแดงเป็นข้าวสำหรับผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ หรือผู้ที่มีฐานะทางสังคมต่ำ เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะเคยเป็นข้าวที่ให้แก่โภชนาการ (จันทกัมย์, 2527 : 12) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการผิดปกตินี้พบว่าทุกคนรับประทานข้าวที่ผ่านการสีจากโรงสีทั้งนั้น แต่เมื่อพิจารณาคุณค่าดีและความหนาของร่างกายเพื่อป้องกันภาวะโภชนาการ พบว่าผู้ที่มีอาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนบริเวณปลายมือปลายเท้ามีทั้งผู้ที่มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน ต่ำกว่ามาตรฐาน และเกินกว่ามาตรฐาน แต่ส่วนใหญ่จะพบในผู้ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานและพบร่วมกับอาการแสดงผิดปกติอื่น ๆ เช่น เยื่อบุตาซีด นัยน์ตาแห้ง ผิวหนังแห้งแตก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อย บุตรหลานจัดหาอาหารอะไรให้ก็พยายามรับประทาน ทั้ง ๆ ที่ไม่รู้สึกริเวททำให้รับประทานอาหารได้น้อยไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ร่างกายโดยทั่ว ๆ ไปรู้สึกอ่อนเพลีย แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือช่วยเหลืองานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น กวาดบ้าน ถอนหญ้า ปลูกผักสวนครัว เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างบริโภคนิสัยบางประการกับภาวะโภชนาการของ

ผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับประทานอาหารบำรุงหรือวิตามินโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งกับภาวะโภชนาการ

จากตาราง 22 พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารบำรุงหรือวิตามิน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า การรับประทานอาหารบำรุงหรือวิตามินทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการแตกต่าง

กัน กล่าวคือ กลุ่มที่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามินส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามินมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองอ่อนแอ รับประทานอาหารได้น้อย เนื้ออาหาร ก็จะแสวงหาการรักษาหรือยาที่จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง รับประทานอาหารได้มากขึ้น ซึ่งจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้นั้นพบว่า กลุ่มที่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามินให้เหตุผลว่า เนื่องจากเนื้ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และรับรู้ว่าคุณเองไม่แข็งแรง จึงซื้อยาบำรุงหรือวิตามินมารับประทานเอง เพราะมีความเชื่อว่าจะทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น มีกำลังวังชามีร่างกายแข็งแรงขึ้น ส่วนกลุ่มที่ไม่รับประทานยาบำรุงหรือวิตามินส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มที่รับรู้ว่าคุณเองมีสุขภาพแข็งแรง รับประทานอาหารได้ตามปกติ จึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาบำรุงหรือวิตามินแต่อย่างใด

ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการรับประทานอาหารบางประเภทกับภาวะโภชนาการ

จากตาราง 23 พบว่า ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ซาหุมู แองกะกิ 6-7 วัน/สัปดาห์มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐาน ส่วนผู้ที่ไม่รับประทานเลยหรือรับประทาน 1-3 วัน/เดือนมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน และจากตาราง 24 พบว่าความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุง โดยการทอดมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด 6-7 วัน/สัปดาห์มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐาน ส่วนผู้ที่ไม่รับประทานเลยหรือรับประทาน 1-3 วัน/เดือน มีความสัมพันธ์กับการมีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน สำหรับอาหารที่ปรุงโดยการผัดนั้น จากตาราง 25 พบว่า ความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัด มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า อาหารที่ปรุงโดยการผัด ส่วนใหญ่จะเป็นผัดผัก ข้าวผัด ซึ่งมีปริมาณไขมันต่ำกว่าอาหารที่ปรุงโดยการทอด เพราะการทอดจะใช้น้ำมัน

ในปริมาณที่มากกว่าการตัด ทำให้กลุ่มที่รับประทานอาหารที่ปรุงโดยการผัดนาน ๆ ครั้งกับกลุ่มที่รับประทานบ่อยครั้งมีภาวะโภชนาการที่ไม่แตกต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างหลักในการเลือกรับประทานอาหารกับภาวะ

โภชนาการของผู้สูงอายุ

จากตาราง 26 พบว่าหลักในการเลือกรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่าไม่ว่าผู้สูงอายุจะเลือกรับประทานอาหารเพราะชอบในรสชาติ หรือเพราะคำนึงถึงประโยชน์ต่อร่างกาย ต่างก็ไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ผู้ที่เลือกรับประทานอาหารเพราะชอบในรสชาติอาจจะมีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐานได้ใกล้เคียงกับผู้ที่เลือกรับประทานอาหารเพราะคำนึงถึงประโยชน์ต่อร่างกาย เนื่องจากการรับประทานอาหารเป็นการตอบสนองทั้งความต้องการด้านร่างกายและอารมณ์ (จันทน์กัญญ์, 2527 : 6) ดังนั้นในการเลือกรับประทานอาหารบุคคลจึงเลือกรับประทานอาหารที่มีความหลากหลาย อาหารแต่ละชนิดจะมีประโยชน์ต่อร่างกายมากน้อยแตกต่างกัน อาหารที่มีรสชาติที่ถูกใจก็มีประโยชน์หรือคุณค่าทางโภชนาการอยู่ด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุที่เลือกรับประทานเพราะรสชาติจึงสามารถมีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐานได้เช่นเดียวกับผู้ที่เลือกรับประทานอาหารเพราะคำนึงถึงประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบรับประทานน้ำพริกปลาทุย เพราะชอบในรสชาติ มีผลทำให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น นอกจากนี้ใช้น้ำพริกมีรสเผ็ด ทำให้ต้องรับประทานคู่กับผักหรือแกงจืด ซึ่งทำให้ใน 1 มื้อผู้สูงอายุได้รับสารอาหารครบถ้วนทั้งโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ เป็นต้น นอกจากนี้เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เลือกรับประทานอาหารเพราะชอบในรสชาติ พบว่า กลุ่มนี้ไม่มีปัญหาในเรื่องของการเบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้มากตามปกติ จึงมีผลทำให้ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการระดับมาตรฐาน

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหาร กับภาวะโภชนาการ

จากตาราง 27 พบว่าพฤติกรรมการแสวงหาความรู้ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการ

แสวงหาความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหาร กับผู้สูงอายุที่ไม่มีการแสวงหาความรู้มีภาวะโภชนาการที่ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มที่มีการแสวงหาความรู้ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐานถึงร้อยละ 53.5 ส่วนกลุ่มที่ไม่แสวงหาความรู้มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐานเพียงร้อยละ 48.6 ดังนั้นการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหารของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐาน

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและหลายขั้นตอนจากอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน และสุดท้ายเมื่อสุ่มได้หมู่บ้าน 4 หมู่บ้านก็ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จนกระทั่งได้ผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนของจังหวัดสงขลาจำนวน 178 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินบริโภคนิสัย ซึ่งดัดแปลงจากสุจิตราและคณะ (2533) และเบิร์นไซด์ (Burnside, 1988) และแบบประเมินภาวะโภชนาการซึ่งดัดแปลงจากปาห์มัน (2530) และอีเบอร์โซลและเฮสส์ (Ebersole and Hess, 1981) ซึ่งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยใช้วิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียดในแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินบริโภคนิสัย ส่วนแบบประเมินภาวะโภชนาการใช้วิธีการสังเกตและการตรวจร่างกาย รวมทั้งการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS⁺ PC

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 5 มื้อ เป็นอาหารมื้อหลัก 3 มื้อและอาหารว่าง 2 มื้อ โดยรับประทานอาหารเช้าไม่น้อยกว่า 6 วันต่อสัปดาห์ ในขณะที่มีว่างไม่น้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานข้าวสวย กับ กับข้าวเป็นอาหารมื้อหลักทั้ง 3 มื้อ ส่วนอาหารว่างนั้นส่วนใหญ่รับประทานขนมหวานชนิดมีน้ำเชื่อมหรือน้ำกะทิ ผลไม้สดชนิดต่าง ๆ และขนมหวานชนิดแห้ง

อาหารโปรตีนที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานคือ อาหารทะเลจำพวก กุ้ง ปลา และไข่ชอบเนื้อวัว ส่วนอาหารคาร์โบไฮเดรตนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบ ขนมหวานชนิดแห้งที่มีลักษณะไม่ และ ไม่ชอบขนมหวานที่มีลักษณะแข็งหรือกรอบ สำหรับอาหารประเภทไขมัน ส่วนใหญ่ชอบรับประทานทานหมู หมูสามชั้น หรือต้มพะโล้ และไม่ชอบขนมเค้กช็อคโกแลตครีมน ในด้านอาหารประเภทผัก ส่วนใหญ่ชอบรับประทาน ถักร่วงและไม่ชอบผักคะน้า ส่วนผลไม้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานมะม่วงสุกและ ไม่ชอบลำไย

สำหรับชนิดของอาหารและความถี่ในการรับประทานนั้นพบว่า ในด้านอาหารโปรตีน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารทะเล 6-7 วันต่อสัปดาห์ รับประทานเนื้อหมู 3-5 วันต่อสัปดาห์ ในขณะที่เนื้อวัวและเต้าน้ำหรือเต้าน้ำเหลือง มีผู้ไม่รับประทานเลยเป็นจำนวนมาก ส่วนอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานข้าว 6-7 วันต่อสัปดาห์ และส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารจำพวกบะหมี่สำเร็จรูป ในด้านอาหารประเภทไขมัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้ไขมันหมู หรือน้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์มในการผัดผัด ผัดอาหารหรือทอดอาหาร 3-5 วันต่อสัปดาห์ และส่วนใหญ่ไม่รับประทานขนมเค้กช็อคโกแลตครีมน สำหรับอาหารประเภทผักและผลไม้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทาน 6-7 วันต่อสัปดาห์ ส่วนอาหารประเภทเครื่องดื่มชนิดต่าง ๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง และไม่ดื่มนมสด เนยถั่วเหลืองหรือน้ำเต้าน้ำเป็นจำนวนมากเช่นกัน ในด้านอาหารประเภทอื่น ๆ นั้น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และอาหารหมักดอง ส่วนน้ำพริกหรือน้ำบูดูนั้นส่วนใหญ่รับประทาน 1-2 วันต่อสัปดาห์

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารบำรุง หรือยาบำรุง หรือวิตามิน โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งและมีเพียงส่วนน้อยที่รับประทานหมาก ผู้สูงอายุมีหลักในการเลือกรับประทานอาหารคือ เลือกอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ ส่วนวิธีการปรุงอาหารนั้น ส่วนใหญ่ปรุงตามปกติ เหมือนกับผู้อื่นในครอบครัว และรสชาติของอาหารที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรับประทานคือ รสเค็ม ดังนั้นจึงนิยมเติมน้ำปลาหรือเกลือลงในอาหาร

ที่ปรุงสำเร็จแล้ว สำหรับในด้านของการบริโภคน้ำพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดื่มน้ำ 5-6 แก้วต่อวัน ซึ่งน้ำที่นำมาดื่มส่วนใหญ่เป็นน้ำป้อน และไม่ได้ผ่านการต้มหรือกรองมาก่อน

เมื่อพิจารณาข้อเสนอนะอาหารสำหรับผู้สูงอายุของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ต่อวัน คือ ได้รับสารอาหารประเภทโปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามินและเกลือแร่ รวมทั้งน้ำ 5-6 แก้วต่อวัน แต่เนื่องจากการศึกษาค้างนี้ไม่ได้ถามถึงปริมาณอาหาร จึงไม่สามารถระบุได้ว่าผู้สูงอายุได้รับในปริมาณที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกายหรือไม่ นอกจากนี้โดยภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุมีบริโภคนิสัยที่ถูก ต้องเหมาะสมหลายประการ ได้แก่ การแบ่งอาหารออกเป็นมื้อย่อย 5 มื้อต่อวัน การ ชอบรับประทานอาหารโปรตีนประเภทปลา กุ้ง การไม่ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ด การรับประทานผักและผลไม้ทุกวัน การไม่รับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามินโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง การไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มชูกำลัง การไม่รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารหมักดอง เป็นต้น แต่อย่างไร ก็ตามยังมีบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมอีกหลายประการเช่นกัน ได้แก่ การเติมน้ำปลา หรือเกลือลงในอาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว การชอบรับประทานชาสมุนไพรสามชั้น หรือ ดื่มพะโล้ การเลือกรับประทานอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติมากกว่าคำนึงถึงประโยชน์ ของอาหาร การใช้ไขมันมะพร้าวหรือน้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร การไม่ชอบดื่ม นมสด นมถั่วเหลืองหรือน้ำเต้าหู้ การชอบรับประทานน้ำพริกหรือน้ำพริกเผียงอย่าง เดียวโดยรับประทานอื่นเพียงเล็กน้อย การดื่มน้ำที่ไม่ได้ผ่านการต้มหรือกรอง มาก่อน เป็นต้น

สำหรับในเรื่องของภาวะโภชนาการนั้น เมื่อใช้ค่าดัชนีความหนาของ ร่างกายเป็นตัวชี้วัดพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 50.5 มีภาวะโภชนาการระดับ มาตรฐาน รองลงมาร้อยละ 36.0 พบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน และ ร้อยละ 13.5 มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน แต่เมื่อพิจารณาผลการสังเกตและ การตรวจร่างกาย พบว่าส่วนใหญ่ไม่พบอาการแสดงผิดปกติที่บ่งบอกถึงปัญหาด้าน โภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการแต่ละระดับ และคะแนนเฉลี่ยมีความแตก ต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน

จะมีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติมากกว่า ซึ่งอาการและอาการแสดงที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการชาหรือปวดแสบปวดร้อนบริเวณปลายมือ และปลายเท้า เยื่อบุ เย็นตาซีด นัยน์ตาแห้ง เป็นต้น

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบริโภคนิสัยบางประการกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่า การรับประทานยาบำรุงหรือวิตามิน ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และอาหารที่ปรุงโดยการทอด มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ความถี่ในการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการต้ม หลักในการเลือกรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับอาหาร มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ดังนี้

1. ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยการจัดบริการด้านโภชนาการให้เหมาะสมดังนี้

1.1 ควรพิจารณาข้อจำกัดทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน ปัญหาด้านการย่อยและดูดซึม ปัญหาเรื่องการเบื่ออาหาร เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ดังนั้นในการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุ ควรจะดัดแปลงให้เคี้ยวง่าย และแบ่งอาหารออกเป็นมื้อย่อยๆ โดยเพิ่มมื้อว่างระหว่างมือเช้ากับมือเที่ยง กับมื้อว่างระหว่างมือเที่ยงกับมือเย็น จัดให้อาหารมื้อกลางวัน เป็นอาหารหลักแทนมื้อเย็น เพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหารในเวลากลางคืน หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สและท้องอืด จัดแต่งอาหารให้มองเห็นว่ารับประทาน และจัดให้รับประทานในขณะที่อาหารยังร้อน ๆ เพื่อช่วยกระตุ้นให้อยากอาหารมากขึ้น การจัดอาหารประเภทโปรตีนควรเลือกปลาหรือกุ้ง เพราะผู้สูงอายุชอบและเคี้ยวง่าย เป็นต้น

1.2 ควรพิจารณาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัย ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ความชอบหรือความเคยชิน ทักษะคิด เป็นต้น เช่น ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่า การรับประทานข้าวต้ม ทำให้ไม่อิ่ม จึงชอบรับประทานข้าวสวยกับ กับข้าวเป็นอาหารหลักทั้ง 3 มื้อ การจัดข้าวต้มให้รับประทานเพราะต้องการให้เคี้ยวสะดวก อาจทำให้ผู้สูงอายุรับประทานได้น้อย หรือไม่รับประทานเลย การจัดขนมหวานหรือผลไม้ที่ผู้สูงอายุชอบเป็นอาหารว่างแทนขนมเค้กช็อกโกแลตหรือไอศกรีม เพราะผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับรสชาติของครีม การมีทัศนคติว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็กเท่านั้น ผู้สูงอายุจึงไม่ยอมรับนมรสหวาน และไม่เคี้ยวเพราะไม่ดื่มมาตั้งนานแล้ว ดังนั้นการจัดเมนูให้อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่ดื่มเลย พยาบาลจึงควรให้ความรู้หรือตัดแปลงนมสดโดยเติมไมโลหรือไอวัลตินที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยมากกว่าให้ดื่มแทน การที่ทราบว่า ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ ดังนั้นไม่ว่าที่รับประทานอาหารควรประเมินอาหารที่ชอบและจัดให้ถ้าไม่ขัดกับแผนการรักษาหรือแนะนำ ให้ญาตินำอาหารที่ชอบมาให้จะทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้มากขึ้น

1.3 จากผลการศึกษาพบว่ามีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากพอสมควร ที่มีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน ดังนั้นในภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ย่อมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร จึงควรมีการประเมินบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับเข้าโรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำได้ง่ายไม่เสียเวลามากนักและไม่ได้ใช้เครื่องมือพิเศษใด ๆ ประกอบกับเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถทำได้เอง ผลการประเมินที่ได้จะมีผลต่อการส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งการมีบริโภคนิสัยที่เหมาะสมอยู่เดิม และปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยที่ไม่เหมาะสมให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

2. ในด้านการศึกษา

2.1 ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้การสอนแก่นักศึกษาพยาบาล เพื่อให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะไม่ได้กำหนดให้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเฝ้าระวังปัญหาด้านโภชนาการก็ตาม แต่จากผลการศึกษาพบว่าปัญหาโภชนาการของผู้สูงอายุในสภาพที่

เป็นจริงขณะที่ มีปัญหาโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานอยู่มากพอสมควร ดังนั้นการเน้นให้ทัศนศึกษาฝึกปฏิบัติในการประเมินบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้สามารถให้บริการด้านโภชนาการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะเป็นในด้านการให้คำแนะนำ การให้ความรู้ หรือการดัดแปลงอาหารให้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.2 ควรเน้นให้ทัศนศึกษาทราบว่า ในการให้คำแนะนำหรือการให้ความรู้ต่าง ๆ ด้านอาหารและโภชนาการนั้น มิใช่จะให้เฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญกับผู้ประกอบอาหารในครอบครัวหรือแม่บ้านด้วย เพราะจากผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อบริโภคนิสัยของผู้ประกอบอาหารย่อมจะมีผลต่อการประกอบอาหารในครอบครัวเช่น ผู้ประกอบอาหารไม่ชอบรับประทานผักในการปรุงอาหารจึงไม่มีผักเป็นส่วนประกอบ เป็นต้น ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้หรือคำแนะนำแก่ผู้ประกอบอาหารในเรื่องต่าง ๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุที่มีผลมาจากกระบวนการของความชราทำให้เกิดข้อจำกัดในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ หลักการจัดอาหารที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุ เช่น การเลือกอาหารที่เคี้ยวง่าย การดัดแปลงอาหารให้เหมาะแก่การเคี้ยวโดยการต้มให้เปื่อยหรือสับให้ละเอียด การไม่ใช้น้ำมันหมู น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์มในการปรุงอาหาร เป็นต้น

2.3 ควรมีการจัด โครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกับโครงการอนามัยแม่และเด็กซึ่งมีอยู่เดิมแล้ว เพื่อสอดแทรกความรู้ให้กับกลุ่มแม่บ้าน เพราะส่วนใหญ่ของสังคมไทยเป็นครอบครัวขยายจึงมีทั้งเด็กและผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวเดียวกัน และแม่บ้านมีบทบาทสำคัญในการดูแลด้านอาหารการกินของทุกคนในครอบครัว

3. ในด้านการวิจัย

3.1 ในการทำวิจัยต่อไป ควรทำวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ รวมทั้งการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นผู้สูงอายุ

ทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะผู้สูงอายุที่พบว่ามีความโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน หรือเกินกว่ามาตรฐาน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการควรมีการตรวจทางชีวเคมี การวิเคราะห์สารอาหารและพลังงานที่ได้รับในแต่ละวันร่วมด้วย เพื่อจะได้แยกความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่มีความโภชนาการแต่ละระดับได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะการใช้ค่าดัชนีความหนาของร่างกายเป็นตัวชี้วัด อาจพบว่ามีความโภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐาน ในขณะที่การตรวจทางชีวเคมีหรือการวิเคราะห์สารอาหารอาจพบว่าขาดสารอาหารบางชนิดได้

บรรณานุกรม

กองสถิติสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2534).

สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. (มกราคม-เมษายน 2532). ผู้สูงอายุใน
เอเชีย. วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม, 12 (1), 103-116.

ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์. (มกราคม-มีนาคม 2524). สภาวะโภชนาการของ
ประเทศไทยในปัจจุบัน. โภชนาการสาร, 15(1), 54 - 69.

ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์. (มกราคม-มีนาคม 2525). การประเมินภาวะ
โภชนาการ. โภชนาการสาร, 16(1), 37 - 44.

ข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดสงขลาประจำปี 2535. (2535). ศูนย์ข้อมูล
สาธารณสุข ฝ่ายแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา.

คณะกรรมการจัดงานสมโภชกรุงรัตนโกสินทร์ 200 ปี. (2525). ศิลปวัฒนธรรม-
ไทยเล่มที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์วิมเณศ.

คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันให้ร่างกายควรได้รับของประชาชน
ชาวไทย. (2532). ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและ
แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย. กรมอนามัย กระทรวง
สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.

เครือวัลย์ หุตานวัตร, ศาสตรี เสาวคนธ์ และกิ่งแก้ว เกษโกวิท. (ตุลาคม-กุมภาพันธ์ 2527). การศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับอุบัติเหตุการบริโภคอาหารของมารดาในระยะให้นมบุตร. โภชนาการสาร, 18 (4), 274-288.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคณะ. (มกราคม-มีนาคม 2526). สภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของเด็กก่อนวัยเรียน เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. โภชนาการสาร, 17 (1), 14-26.

จันทร์กนิษฐ์ ลิ้มทองกุล. (2527). การเลือกซื้ออาหาร. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 11-15. (หน้า 1-50).
 ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

จารุวรรณ เจริญผล. (เมษายน-มิถุนายน 2516). โภจกิจจางกับอาหาร. โภชนาการสาร, 7 (2), 22-25.

ฉัตรชัย ศุกระกาญจน์. บก. (2523). ชีวิตไทยปักษ์ใต้ชุดที่ 4. ศูนย์วัฒนธรรมภาคใต้ วิทยาลัยครูนครศรีธรรมราช.

สุดิมา หลกัย. (มกราคม-เมษายน 2531). นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6. วารสารกองการพยาบาล, 15 (1), 1-6.

ดุหนี่ สุกธปริยาศรี. (กรกฎาคม-กันยายน 2526). สุขภาพจิตและโภชนาการ. โภชนาการสาร, 17(3), 217-221.

- ชูเกียรติ มณีธรรม. (2526). หลักโภชนาวิทยา. (พิมพ์ครั้งที่ 3).
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ทองหล่อ เดชไทย. (กรกฎาคม-กันยายน 2524). อาหารกับความอ้วน.
โภชนาการสาร, 15(3), 189-195.
- หงษ์ย เชียงสอน. (2528). การเปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคของวัยรุ่นในบาง
จังหวัด. สงขลา : คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยสงขลา-
นครินทร์.
- ธีรพร สัตถ์อังกูร. (มกราคม-เมษายน 2531). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.
วารสารกองการพยาบาล, 15 (1), 17-38.
- นิตยา ตั้งภูรัตน์. (2527). นิสัยและความเชื่อในการกินอาหาร. ใน
เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 6 - 10.
(หน้า 248 - 249). ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นิตยา ส่ออารีย์. (มกราคม-มีนาคม 2535). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ.
วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12 (1), 18-29.
- นรินาท วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขานพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บรรลุ ศิริพานิช. (มิถุนายน 2533). สุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารคลินิก,
6 (6), 432-436.

- ประไพศรี สิริจักรวาล และ ประภาศรี ภูเสถียร. (ตุลาคม-ธันวาคม 2533).
โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล, 39 (4), 296-306.
- ประยงค์ จินดาวงศ์. (2527). โภชนาการและสุขภาพ. ใน เอกสารการสอน
ชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 1 - 5. (หน้า 1 - 43).
ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประสงค์ เทียนบุญ. (เมษายน-มิถุนายน 2528). การศึกษาการบริโภคอาหาร
โดยวิธีการจดบันทึกและภาวะโภชนาการของนักศึกษาแพทย์ปีที่ 4
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. โภชนาการสาร, 19(2), 84-102.
- ปานัน หนู-หลง. (2530). โภชนาการ. (พิมพ์ครั้งที่ 4). เชียงใหม่ :
โรงพิมพ์ปอง.
- พรรณทิพา แก้วมาตย์. (2531). การเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรค ความเชื่อ
ด้านสุขภาพบริโภคนิสัย ระหว่างผู้ป่วยโรคพยาธิใบไม้ตับที่รับการรักษา
แล้วหาย กับผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต (สาขานพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล,
กรุงเทพมหานคร.
- พัชรา กาญจนารักษ์. (มกราคม-มีนาคม 2518). ดัชนีของภาวะโภชนาการ.
โภชนาการสาร, 9(1), 26-29.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สิริพร ทิมกลีขิต และศักดิ์ นะแสง. (2532).
วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ. สงขลา :
โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.

- เพ็ญพักตร์ สุวรรณแสง โฉมฉายวงศ์. บก. (2530). การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เพ็ญศรี ชูไ้. (เมษายน-มิถุนายน 2525). อาหารจักษุอนามัย ผู้สูงอายุอายุยืน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 5 (2), 17-22.
- เพลินใจ ดั่งดงกุหลาบ, ภัณฑนา ร่วมรักษ์ และ จันตรี บุญไ้. (เมษายน-มิถุนายน 2532). การศึกษาทัศนคติต่ออาหารกลางวันของนักเรียนโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ บางเขน. โภชนาการสาร, 23 (2), 122-129.
- ไพรัตน์ นาควิโรจน์. (2524). โภชนาการศาสตร์มนุษย์. ภาควิชาอุตสาหกรรม-เกษตร คณะทรัพยากรธรรมชาติ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มาเรียม ดีอราโก๊ป. (2531). ปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนการให้อาหารทารกของสตรีไทยภาคใต้. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- มุกดา สำนวนกลาง และคณะ. (มกราคม-เมษายน 2534). สมรรถนะการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และการสืบสมจากครอบครัว. วารสารกองการพยาบาล, 18 (1), 47-51.
- โยธิน แสงวดี และนิมลพรรณ อิศรภักดี. (2531). ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารที่มีวิตามินเอสูงในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

รุ่งวิทย์ มาสงงามเมือง และ วิจิตร ทุ่งลัดดา. (เมษายน-มิถุนายน 2530).

พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับ :
กรณีศึกษา บ้านห้วยดง จังหวัดขอนแก่น. โภชนาการสาร, 21(2),
114-128.

วรณี จันทร์สว่าง. 2533. แบบแผนสุขภาพผู้สูงอายุ. สงขลา : คณะพยาบาล-
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วลัย อินทร์พรชัย. (2527). อาหารของบุคคลในภาวะเปลี่ยนแปลง. ใน
เอกสารการสนทนาระหว่างโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน้าที่ 6 - 10.
(หน้า 305-403). ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วิชัย ตันไพบิจิตร. (2530). โภชนาการเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์อักษรสมัย.

วิชัย ตันไพบิจิตร. (2533). โภชนาการเพื่อสุขภาพ. วารสารโภชนศาสตร์คลินิก,
4, 107-118.

วิชัย ตันไพบิจิตร, มันทมา ประทีปะเสน และวีระพงษ์ จัตราธนก. (พฤษภาคม-
สิงหาคม 2532). แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับประชาชนไทย.
วารสารการอนามัยและสิ่งแวดล้อม, 12 (2), 91-104.

วิภาวี คงอินทร์. (2534). วัยสูงอายุ. เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ผู้สูงอายุ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิมลรัตน์ จงเจริญ. (2531). โภชนาการเบื้องต้นสำหรับพยาบาล. สงขลา :
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไลลักษณ์ แสงคุณ. (2533). พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนอกบ้านของคน
ในเมือง : ศึกษาเฉพาะกรณีเขตเทศบาลเมืองนครสวรรค์.
วิทยาวิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และ
สาธารณสุข). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

วัฒนา ประทุมสินธุ์ และคณะ. (2529). พฤติกรรมการกินของประชาชนในภาคใต้
ของประเทศไทย. ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องสาเหตุและ
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย. (หน้า 118-150). สถาบันวิจัย
โภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร.

ศรีจิตรา ภูมมาต. (กรกฎาคม 2530 ก). การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ
ผลกระทบของสุขภาพต่อบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม.
แพทยสภาสาร, 16 (7), 351-359.

ศรีจิตรา ภูมมาต. (กรกฎาคม 2530 ข). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ.
แพทยสภาสาร, 16 (7), 360-365.

ศรีน้อย มาศเกษม, นฤมล สิมสุพรรณ และประวิมลพร สันนาแสง. (2531).
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน. ภาควิชา
เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ศรীরวรรณ วงศ์เจริญ, บุษยมาศ บุญใจเพชร และลินธุ์ สโรบล. (2531).

แหล่งอาหารและบริโภคนิสัยของประชากรกลุ่มน้ำแม่แจ่ม. รายงานการวิจัยฉบับที่ 39 มหาวิทยาลัยพายัพ, เชียงใหม่.

ศิริพร ชัมภลิต. (2533). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล.

สงขลา : โรงพิมพ์อัลลายด์เพรส.

สาวิต อ่องรุ่งเรือง และคณะ. (มกราคม-มีนาคม 2524). ภาวะโภชนาการในเด็กวัยก่อนเรียนในกรุงเทพมหานครไทยภาคใต้. โภชนาการสาร, 15 (1), 5-14.

สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2527). รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องพฤติกรรมการกินของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2529). รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องสาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการกินของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2532). รายงานการสัมมนาวิชาการเรื่อง การปรับพฤติกรรมการกินของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมใจ วิชัยดิษฐ์. (2527). การประเมินภาวะโภชนาการ. ใน เอกสารการสนทนาศักดิ์วิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 11-15. (หน้า 313-374).
 ปทุมธานี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สมใจ วิชัยดิษฐ์. (กรกฎาคม-กันยายน 2529). ภาวะโภชนาการของชาวชนบท
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. โภชนาการสาร, 20(3), 259-266.

สมศักดิ์ สุภษาล. (มกราคม-มีนาคม 2520). ขอบข่ายของโภชนศึกษา.
โภชนาการสาร, 11 (1). 29-35.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2534).
การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย : 2523-2558.
กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์. กรุงเทพมหานคร.

สำมะโนประชากรและเคหะ จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2533. (2534). สำนักงาน
สถิติแห่งชาติประจำจังหวัดสงขลา. สำนักนายกรัฐมนตรี.

สำมะโนประชากรและเคหะ จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2534. (2535). สำนักงาน
สถิติแห่งชาติประจำจังหวัดสงขลา. สำนักนายกรัฐมนตรี.

สุจิตรา ผลประไพ และคณะ. (2533). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทย.
กรุงเทพมหานคร : กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุปราณี แจ็งบำรุง และคณะ. (กรกฎาคม-กันยายน 2532). รูปแบบอาหารและ
พฤติกรรมการกินของประชากรในถิ่นที่มีการระบาดของพยาธิใบไม้ตับ.
โภชนาการสาร, 23(3), 133-146.

สุภาพ สวณปาน. (2535). โภชนาการผู้สูงอายุ. ใน การประชุมวิชาการ
โภชนาการดีชีวิที่ยั่งยืน. (หน้า 90 - 110). กรุงเทพมหานคร :
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุมาลีภา เปี่ยมมงคล. (2534). โภชนาการชุมชน. ภาควิชาคหกรรมศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตปัตตานี
- สุรพงษ์ อำนวยวงษ์. (15 สิงหาคม 2535). บัญญัติ 10 ประการ-อาหารคือ
ตัวเรา. ไทยรัฐ, หน้า 5.
- สุลี ทองวิเชียร และนิมิตพรพรณ ศิลปสุวรรณ. (มกราคม-เมษายน 2534).
ย่อผลงานวิจัย เรื่อง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขต
กรุงเทพมหานคร. วารสารกองการพยาบาล, 18 (1), 39-43.
- สุวิมล ทนวิฑฒกุล. (2534). อัตรโมทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง
และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขานพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- โสภพรรณ ถิ่นว่อง. (มกราคม-เมษายน 2534). บทสรุปการวิจัย เรื่อง
การศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุ. วารสารกองการพยาบาล,
18 (1), 44-46.
- ลาภา ใจงาม. (ตุลาคม-ธันวาคม 2533). ผู้สูงอายุไทยในยุคใกล้. วารสาร
พยาบาล, 39(4), 288-295.
- อ่ำไพ ชันะกอก, ชูวงศ์ เขาวพานนท์ และวิมลไยี่ ช้วนงษ์. (กรกฎาคม-กันยายน
2535). แบบแผนสุขภาพ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุเขตตำบล จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 19(3), 1-16.

อุทัย นิลลยบุตร. (กรกฎาคม-กันยายน 2518). ประเภทของการขาดอาหาร
และความร้ายแรง. โภชนาการสาร, 9(3), 11 - 27.

เอ็ดมุนด์ ทองกระจาย. (เมษายน-มิถุนายน 2525). กระบวนการของความชรา.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 5 (2), 1-16.

Bergstrom, N. (1985, Nov.-Dec.). Selecting a method to
measure dietary intake. Oncology Nursing Forum,
12 (6), 78-103.

Bransby, E.R. and Osborne, B. (1953). A Social and food
survey of the elderly, living alone or as married
couples. British Journal of Nutrition, 7, 160-180.

Burnside, I. (Ed.). (1988). Nursing and the aged : a
self-care approach. (3rd ed.). New York :
Mc. Graw-Hill Book Company.

Burr, R.E., et al. (1986, June). What's a "sound diet" for
the elderly? Patient Care, 20 (11), 90-99.

Collinsworth, R. and Boyle, K. (1989). Nutritional
assessment of the elderly. Journal of Gerontological
Nursing, 15 (12), 17-21.

- Curtas, S., Chapman, G. and Meguid, M.M. (1989, June). Evaluation of nutritional status. Nursing Clinics of North America, 24 (2), 301-313.
- Davis, M.A., et al. (1985, July). Living arrangements and dietary patterns of older adults in the United States. Journal of Gerontology, 40 (4), 434-442.
- Dawson, J. (1986). Nutritional assessment. Journal of Gerontological Nursing, 12 (3), 37.
- Donlon, B. (1989). Health history. In Burggraf, V. and Stanley, M. (Eds.), Nursing the elderly : a care plan approach. (pp. 1-15). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Doyle, B. (1990). Nutritional considerations in the Care of the elderly. In Eliopoulos, C. (Ed.), Caring for the elderly in diverse care setting. (pp. 76-88). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Ebersole, P. and Hess, P. (1981). Toward healthy aging : human needs and nursing response. St. Louis : The C.V. Mosby Company.

- Eliopoulos, C. (1987). Gerontological nursing. (2nd ed.). Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Eliopoulos, C. (Ed.). (1990). Caring for the elderly in diverse care setting. Philadelphia : J.B. Lippincott Company.
- Esberger, K.K. (1991, March-April). Guide to gastrointestinal problems of elders. Geriatric Nursing, 12 (2), 74-75.
- Fisher, S., Hendricks, D.G. and Mahoney, A.W. (1978, April). Nutritional assessment of senior rural Utahns by biochemical and physical measurements. The American Journal of Clinical Nutrition, 31, 667-672.
- Fleck, H. (1976). Introduction to nutrition. (3rd ed.). New York : Macmillian Publishing Co. Inc.
- Garry, P.J., et al. (1982, August). Nutritional status in a healthy elderly population : dietary and supplemental intakes. The American Journal of Clinical Nutrition, 36 (2), 319-331.
- Gordon, S.R., et. al. (1985, May). Relationship in very elderly veterans of nutritional status, self

- perceived chewing ability, dental status, and social isolation. Journal of the American Geriatrics Society, 33 (5), 334-339.
- Hanlon, P.O. and Kohrs, M.B. (1978, July). Dietary studies of older Americans. The American Journal of Clinical Nutrition, 31, 1257-1269.
- Howe, P.S. (1981). Basic nutrition in health and disease. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Iverson-Carpenter, M.S., et al. (1988). Fulfilling nutritional requirements. Journal of Gerontological Nursing, 14 (4), 16-24.
- Jeejeebhoy, K.N., et al. (1990, Sep.-Oct.). Assessment of nutritional status. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 14 (5), 195_s-196_s.
- Kohrs, M.B., et al. (1978, December). Nutritional status of elderly residents in Missouri. The American Journal of Clinical Nutrition, 31, 2186-2197.
- Kohrs, M.B., et al. (1980, December). Association of participation in a nutritional program for the

elderly with nutritional status. The American Journal of Clinical Nutrition, 33, 2643-2656.

Latin, R.W., Johnson, S.C. and Ruhling, R.O. (1987, Jan.)
An antropometric estimation of body composition of
older men. Journal of Gerontology, 42 (1), 24-28.

LoBiondo-Wood, G. and Haber, J. (1990). Nursing research :
Method, critical appraisal and utilization.
(2nd ed.). St. Louis : The C.V. Mosby Company.

Mc.Gandy, R.B., et al. (1986). Nutritional status survey
of healthy non-institutionalized elderly : energy
and nutrient intakes from three-day diet records
and nutrient supplements. Nutrition Research,
6, 785-798.

Moehrlin, B.A. and Girton, K.E. (1988). Nutritional status.
In Burnside, I. (Ed.). Nursing and the aged : a
self-care approach. (3rd ed.). New York : Mc.
Graw-Hill Book Company.

Moore, M.C., Guenter, P.A. and Bender, J.H. (1986, spring).
Nutrition-related nursing research. Image : Journal
of Nursing Scholarship, 18 (1), 18-21.

- Norton, L. and Wozny, M.C. (1984, September). Residential location and nutritional adequacy among elderly adults. Journal of Gerontology, 39 (5), 592-595.
- Pender, N.J. (1987). Health promotion in nursing practice. (2nd ed.). Connecticut : Appleton & Lange.
- Reid, D.L. and Miles, J.E. (1977, Mar.-Apr.). Food habits and nutrient intakes of non-institutionalized senior citizens. Canadian Journal of Public Health, 68, 154-158.
- Silver, A.J., et al. (1988, June). Nutritional status in an academic nursing home. Journal of American Geriatrics Society, 36 (6), 487-491.
- Slesinger, D.P., Mc. Divitt, M. and O' Donnell, F.M. (1980). Food patterns in an urban population : aged and sociodemographic correlates. Journal of Gerontology, 35 (3), 432-441.
- Timmreck, T.C. (1977, Oct.). Nutrition problems : a survey of the rural elderly. Geriatrics, 32, 137-140.

Vetter, N.J., et al. (1990, Aug.). Dietary habits and beliefs of elderly people. Health visitor, 63 (8), 263-265.

Yearick, E.S., Wang, M.L. and Piasias, S.J. (1980). Nutritional status of the elderly : dietary and biochemical finding. Journal of Gerontology, 35 (5), 663-671.

Yurick, A.G., et al. (1989). The aged person and the nursing process. (3rd ed.). Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.

Zheng, J.J. and Rosenberg, I.H. (1989, June). What is the nutritional status of the elderly?. Geriatrics, 44 (6), 57-64.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ท้องสำหรับผู้วิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 เพศ () ชาย () หญิง ()⁵
- 1.2 อายุ.....ปี ()⁶ ()⁷
- 1.3 สถานภาพการสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยก ()⁸
- 1.4 ลักษณะการอยู่อาศัย
() อยู่คนเดียว () อยู่กับคู่ครอง () อยู่กับคู่ครองและบุตรหลาน
() อยู่กับบุตรหลาน () อยู่กับญาติ () อื่น ๆ ระบุ..... ()⁹
- 1.5 เชื้อชาติ
() ไทย () จีน () อื่น ๆ ระบุ..... ()¹⁰
- 1.6 ศาสนา
() พุทธ () อิสลาม () คริสต์ () อื่น ๆ ระบุ... ()¹¹
- 1.7 รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
() น้อยกว่า 1,000 บาท () 1,001-2,000 บาท
() 2,001-3,000 บาท () 3,001-4,000 บาท
() 4,001-5,000 บาท () 5,001-10,000 บาท
() มากกว่า 10,000 บาท ()¹²
- 1.8 ฐานะการเงินของท่านหลังจากหักค่าใช้จ่ายแล้ว
() เหลือเก็บ ()พอดี () ไม่พอใช้ ()¹³
- 1.9 แหล่งของรายได้หลัก
() จากอาชีพ () จากบุตรหลาน () จากคู่ครอง
() จากเงินบำนาญ () อื่น ๆ ระบุ..... ()¹⁴
- 1.10 อาชีพหลัก
() ไม่ได้ประกอบอาชีพ/อยู่บ้านเฉย ๆ () เกษตรกรรม
() ค้าขาย () รับจ้าง () ข้าราชการบำนาญ () อื่น ๆ ระบุ... ()¹⁵

1.11 วุฒิกการศึกษา

- () ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา
 () ประกาศนียบัตรวิชาชีพ () อนุปริญญา () ปริญญาตรี
 () อื่น ๆ ระบุ... () ¹⁶

2. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริโภคนิสัย

2.1 ปัจจุบันท่านมีฟันเท่ากี่ซี่

- () ไม่มีเลย
 () 1 - 10 ซี่ ระบุ.....ซี่ () ¹⁷
 () 11 - 20 ซี่ ระบุ.....ซี่ () ¹⁸ () ¹⁹
 () 21 - 32 ซี่ ระบุ.....ซี่

2.2 ท่านใส่ฟันปลอมหรือไม่

- () ไม่ใส่ เพราะ..... () ²⁰
 () ใส่.....ซี่ () ²¹ () ²²

2.3 ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยวอาหารหรือไม่

- () มี ระบุ..... () ²³
 () ไม่มี

*2.4 ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) () ²⁴ () ²⁵

- () ไม่มีปัญหา () กลืนลำบาก () ท้องอืด () เบื่ออาหาร () ²⁶ () ²⁷
 () คลื่นไส้ () อาเจียน () อื่น ๆ ระบุ.. () ²⁸ () ²⁹

2.5 ผู้ประกอบอาหารในครอบครัวเป็นประจำ คือ

- () ประกอบอาหารด้วยตนเอง () ³⁰
 () ไม่ได้ประกอบอาหารด้วยตนเอง เนื่องจาก () ³¹
 () ผู้อื่นประกอบอาหารให้ ระบุ.....
 () ใช้อาหารที่ปรุงเสร็จแล้วมารับประทาน

ภาคผนวก ท.

แบบประเมินบริโภคนิสัย

(บางข้อที่มีเครื่องหมาย * หมายถึงสามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ท่านรับประทานอาหารวันละ

<input type="checkbox"/> 1 มื้อ	<input type="checkbox"/> 2 มื้อ	<input type="checkbox"/> 3 มื้อ	(<input type="checkbox"/>) 32
<input type="checkbox"/> 4 มื้อ	<input type="checkbox"/> 5 มื้อ	<input type="checkbox"/> มากกว่า 5 มื้อ	ระบุ.....มื้อ
- * 2. มีอาหารที่ท่านรับประทานในแต่ละวัน

<input type="checkbox"/> มื้อเช้า	<input type="checkbox"/> มื้อเที่ยง	<input type="checkbox"/> มื้อเย็น	(<input type="checkbox"/>) 33
<input type="checkbox"/> มีว่างระหว่างมื้อเช้ากับมื้อเที่ยง	(<input type="checkbox"/>) 35		
<input type="checkbox"/> มีว่างระหว่างมื้อเที่ยงกับมื้อเย็น	(<input type="checkbox"/>) 36		
<input type="checkbox"/> มีว่างระหว่างมื้อเย็นกับก่อนนอน	(<input type="checkbox"/>) 37		
<input type="checkbox"/> มีอื่น ๆ ระบุ.....	(<input type="checkbox"/>) 38		
5. ความถี่ในการรับประทานอาหารเช้า

<input type="checkbox"/> รับประทานเป็นประจำ (4-7 วัน/สัปดาห์) ระบุ.....วัน	(<input type="checkbox"/>) 46
<input type="checkbox"/> รับประทานเป็นครั้งคราว (1-3 วัน/สัปดาห์) ระบุ.....วัน	(<input type="checkbox"/>) 47
<input type="checkbox"/> นาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน) ระบุ.....วัน	(<input type="checkbox"/>) 48
<input type="checkbox"/> ไม่รับประทานเลย (ถ้าตอบข้อนี้ให้ข้ามไปตอบข้อ 7)	(<input type="checkbox"/>) 49
- * 8. โดยปกติชนิดของอาหารว่างระหว่างอาหารเช้ากับมื้อเที่ยงที่ท่านรับประทานคือ

<input type="checkbox"/> นมสด	(<input type="checkbox"/>) 70
<input type="checkbox"/> นมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้	(<input type="checkbox"/>) 71
<input type="checkbox"/> เครื่องดื่มประเภทไมโล หรือโอวัลติน	(<input type="checkbox"/>) 72
<input type="checkbox"/> เครื่องดื่มประเภท ชา หรือกาแฟ	(<input type="checkbox"/>) 73
<input type="checkbox"/> ขนมแห้ง เช่น ขนมเค้ก คุกกี้	(<input type="checkbox"/>) 74
<input type="checkbox"/> ขนมหวานชนิดมีน้ำเชื่อมหรือน้ำกะทิ เช่น รวมมิตร ลอดช่อง	(<input type="checkbox"/>) 75
<input type="checkbox"/> ผลไม้สด เช่น ส้ม เชื้อหวาน แดงโม มะละกอ สับปะรด	(<input type="checkbox"/>) 76

- () ผลไม้กระป๋อง เช่น เงาะ ลิ้นจี่ () 77
- () อื่น ๆ ระบุ..... () 78
- *10. โดยปกติชนิดของอาหารมื้อเที่ยงที่ทานรับประทาน คือ
- () ข้าวต้ม หรือ โจ๊ก () 83
- () ทยวจีน () 84
- () ข้าวยำ () 85
- () ก๋วยเตี๋ยว () 86
- () ข้าวสวยกับ กีบข้าว () 87
- () อาหารจานเดียวปรุงสำเร็จ เช่น ข้าวมันไก่ () 88
- ข้าวขาหมู ข้าวหมูแดง เป็นต้น
- () บะหมี่สำเร็จรูป เช่น มาม่า ยำยำ ไวไว () 89
- () ผักต่าง ๆ เช่น ผักสด หรือผักที่นำมาปรุงเป็นอาหาร () 90
- () ผลไม้สด เช่น ส้มเขียวหวาน แดงโม มะละกอ สับปะรด () 91
- () ผลไม้กระป๋อง เช่น เงาะ ลิ้นจี่ () 92
- () อื่น ๆ ระบุ..... () 93
17. รสชาติของอาหารที่ชอบรับประทานมากที่สุด
- () รสจืด () รสเค็ม () รสหวาน () 135
- () รสเปรี้ยว () รสเผ็ด () รสอื่น ๆ ระบุ....
18. ท่านคิดว่านิสัยการรับประทานอาหารของท่านที่ผ่านมาถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนาการแล้วหรือไม่
- () เหมาะสม
- () ไม่เหมาะสม เพราะ..... () 136
24. ท่านรับประทานอาหารบำรุง ยาบำรุง หรือวิตามิน โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่งหรือไม่
- () ไม่รับประทาน
- () รับประทาน ระบุ.....เพราะ..... () 162
- ปริมาณที่รับประทาน.....
- ความถี่ในการรับประทาน.....

*26. ท่านเลือกรับประทานอาหารอย่างไร

- () เลือกอาหารที่หาได้เองไม่ต้องซื้อ เช่น ผักริมรั้ว ปลาที่จับได้เอง () 164
- () เลือกอาหารที่ราคาถูก () 165
- () เลือกอาหารชนิดที่ทราบว่ามีประโยชน์ () 166
- () เลือกอาหารชนิดที่ชอบในรสชาติ () 167
- () ชอบลองรับประทานอาหารชนิดใหม่ ๆ () 168
- () อื่น ๆ ระบุ..... () 169

30. ท่านดื่มน้ำวันละกี่แก้ว

- () 1-4 แก้ว () 5-6 แก้ว () 6-8 แก้ว
- () มากกว่า 8 แก้วขึ้นไป () อื่น ๆ ระบุ..... () 180

31. ท่านดื่มน้ำประเภทใดเป็นประจำ

- () น้ำป่อ () น้ำบาดาล () น้ำฝน
- () น้ำประปา () อื่น ๆ ระบุ..... () 181

34. ชนิดของอาหารที่รับประทานและความถี่ของการรับประทาน

ชนิดของอาหาร	ไม่รับ- ประทาน เลย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	1-2 วัน /สัปดาห์	3-5 วัน /สัปดาห์	6-7 วัน /สัปดาห์
1. ประเภทอาหารโปรตีน					
1.1 เนื้อหมู () 184
1.2 เนื้อวัว () 185
1.3 เนื้อไก่ () 186
1.4 ปลาน้ำจืด เช่น ปลาดุก ปลาช่อน () 187

ชนิดของอาหาร	ไม่รับประทานเลย	นาน ๆ ครั้ง (1-3 วัน/เดือน)	1-2 วัน /สัปดาห์	3-5 วัน /สัปดาห์	6-7 วัน /สัปดาห์
1.5 อาหารทะเลต่าง ๆ เช่น กุ้ง ปลาหมึก ปลาน้ำเค็ม ต่าง ๆ () ¹⁸⁸
1.6 ไข่ไก่ หรือไข่เป็ด () ¹⁸⁹
1.7 เครื่องในสัตว์ () ¹⁹⁰
1.8 เต้าหู้ขาว หรือเต้าหู้เหลือง () ¹⁹¹
1.9 ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วลิสง ถั่วเขียว () ¹⁹²

ภาคผนวก ค.

แบบประเมินภาวะโภชนาการ

1. แบบบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกาย

1.1 ผิวหนัง

- () ปกติ () ²¹⁵
- () ไม่ปกติ ได้แก่ () แห้ง แห้งแตก หรือเป็นขุยหลุดร่วง () ²¹⁶
- () ขรุขระ () ²¹⁷
- () บวม () ²¹⁸
- () มีจุดแดง หรือห้อเลือด () ²¹⁹

1.2 ผม

- () ปกติ () ²²⁰
- () ไม่ปกติ ได้แก่ () ผมแห้ง แข็ง ไม่เป็นเงารัก () ²²¹
- () ผมบาง เปราะ หรือหลุดร่วงง่าย () ²²²

1.13 บริเวณปลายมือปลายเท้า

- () ปกติ () ²⁵⁸
- () ไม่ปกติ ได้แก่ () มีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า () ²⁵⁹
- () มีอาการปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือ
ปลายเท้า () ²⁶⁰

2. แบบบันทึกการวัดสัดส่วนของร่างกาย

- น้ำหนัก.....กิโลกรัม () ²⁶¹ () ²⁶² () ²⁶³
- ส่วนสูง.....เซนติเมตร เท่ากับ.....เมตร () ²⁶⁴ () ²⁶⁵ () ²⁶⁶
- ค่าดัชนีความหนาของร่างกาย.....กิโลกรัม/(เมตร)² () ²⁶⁷ () ²⁶⁸ () ²⁶⁹

ภาคผนวก ง.

คู่มือการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ

1. แบบบันทึกการสังเกตและการตรวจร่างกายทางคลินิก

บริเวณของร่างกาย	สภาพปกติ	สภาพไม่ปกติที่แสดงถึงภาวะทุพโภชนาการ
1.1 ผิวหนัง	ชุ่มชื้น ตกกระ ไม่มีผื่นหรือ จุดแดง ไม่มีลักษณะบวม	แห้ง แตก หรือเป็นขุยหลุดร่วง ผิวหนังขรุขระ ผิวหนังมีลักษณะ บวม มีจุดแดงหรือห้อเลือด
1.2 ผม	มีความมันตามธรรมชาติ ผมอยู่ ตัวไม่หลุดร่วงง่าย	ผมแห้ง แห้ง ไม่เป็นเงามัน ผมบางเปราะ หรือหลุดร่วงง่าย
1.3 ตา	เป็นประกาย มีน้ำชุ่มชื้น สะอาด ไม่มีแผลที่มุมตา เยื่อบุตามีสีชมพู	น้ำตาแห้ง เยื่อบุตาซีด มุมตา มีสีแดงจัด หรือมีแผล มีเกล็ดกระดี่ที่ตาขาว ตาตำขุ่นหรือมีแผล
1.4 ริมฝีปาก	มีลักษณะอ่อนนุ่ม มีความชุ่มชื้น ไม่บวม	ริมฝีปากแห้งแตก หรือบวมแดง มีแผลที่ริมฝีปาก
1.5 ปาก	เยื่อช่องปากมีสีชมพู ไม่มีแผลที่ มุมปาก หรือแผลในช่องปาก	เยื่อในปากมีลักษณะบวมแดง หรืออักเสบ มีแผลที่มุมปาก หรือมีแผลใน ช่องปาก
1.6 ลิ้น	สีชมพูเข้ม ไม่บวม ไม่มีแผล	มีลักษณะบวม สิ้นแดงอมม่วง ลิ้นมีแผล มีฝ้าขาวที่ลิ้น ลิ้นเสี้ยน

บริเวณของ ร่างกาย	สภาพปกติ	สภาพ ไม่ปกติที่แสดงถึงภาวะ ทงุ โภชน์นาการ
1.7 เหนืออก	ลักษณะแข็งแรง สีชมพูเข้ม ไม่มี เลือดออก หรือมีแผล	เหงือกบวมแดง หรืออักเสบมี แผล มีเลือดออกง่าย
1.8 เล็บ	สีชมพู แข็งแรงอยู่ตัว	มีลักษณะซีด เล็บแห้งแตก เล็บเป็นรูปหือ่น
1.9 ลำคอ	ขนาดได้สัดส่วนกับศีรษะ ไม่มี ก้อนใด ๆ ที่คอ	คอโต หรือมีก้อนที่คอ
1.10 กล้ามเนื้อ	มีความตึงตัวดี ลักษณะกล้ามเนื้อ แข็งแรงเหมาะสมกับร่างกาย	กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบเล็ก
1.11 กระดูก	มีความแข็งแรง ไม่ผิดรูป เคลื่อนไหวได้ตามปกติทุกข้อ	กระดูกอ่อน โค้งงอ ทำให้ อวัยวะบางส่วนผิดรูป การ เคลื่อนไหวของร่างกาย ไม่สะดวกเพราะเจ็บปวด
1.12 บริเวณท้อง	หน้าท้องแบนเรียบ คลำไม่พบ ก้อนหรืออวัยวะอื่นใด	คลำพบตับโต คลำพบม้ามโต
1.13 บริเวณ ปลายมือ ปลายเท้า	ไม่มีอาการชา รับสัมผัสได้ตาม ปกติ	มีอาการชา มีอาการปวดแสบปวดร้อน

ภาคผนวก จ.

สภาพผิดปกติของร่างกายและสารอาหารที่ขาด

สภาพผิดปกติของร่างกาย	สารอาหารที่ขาด
1. ผิวหนัง	
- แห้ง แห้งแตก หรือเป็นขุยหลุดร่วง	- วิตามินเอ ไนอาซิน สังกะสี กรดไขมันที่จำเป็น
- ขรุขระหรือมีตุ่มหัวไป/บวม	- โปรตีน
- มีฝ้าเลือดหรือห้อเลือด	- วิตามินซี วิตามินเค
2. ผม	
- แห้ง แข็ง ไม่เป็นเงามันตามธรรมชาติ	- โปรตีน พลังงาน
- ผมบาง เปราะ หรือหลุดร่วงง่าย	- โปรตีน สังกะสี กรดไขมันที่จำเป็น
3. ตา	
- นัยน์ตาแห้ง	- วิตามินเอ
- เยื่อตาขีด/มูตามีสีแดง หรือมีแผล	- เหล็ก โฟเลต วิตามินบี 12 ไนอาซิน
- มีเกล็ดกระดี่ที่ตาขาว/ตาดำขุ่นหรือมีแผล	- วิตามินเอ วิตามินบี 2 (ริโบฟลาวิน) วิตามินบี 12
4. ริมฝีปาก	
- แห้งแตก หรือบวมแดง มีแผลง่าย	- วิตามินบี 2 ไนอาซิน เหล็ก
5. ปาก	
- มีแผลที่มุมปาก หรือมีแผลในช่องปาก เยื่อในปากบวมแดงหรืออักเสบ	- วิตามินบี 2 วิตามินบี 12 ไนอาซิน
6. ลิ้น	
- บวม บวมแดง หรือมีแผลแตก	- ไนอาซิน

สภาพผิดปกติของร่างกาย	สารอาหารที่ขาด
<ul style="list-style-type: none"> - มีฝ้าขาวที่ลิ้น - ลิ้นเปลี่ยน 	<ul style="list-style-type: none"> - ไนอาซิน วิตามินบี 2 วิตามินบี 12 - ไนอาซิน โฟเลต เหล็ก
<p>7. เหงือก</p> <ul style="list-style-type: none"> - บวมแดง หรืออักเสบ มีเลือดออกง่าย เหงือกยื่น 	<ul style="list-style-type: none"> - วิตามินซี
<p>8. เล็บ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ซีด แห้งแตก หรือเล็บเป็นรูปช้อน 	<ul style="list-style-type: none"> - เหล็ก
<p>9. บริเวณลำคอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอโต/ต่อมไทรอยด์ขยาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ไอโอดีน
<p>10. กล้ามเนื้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อ่อนแรง สั่นเล็กน้อย 	<ul style="list-style-type: none"> - โปรตีน และพลังงาน
<p>11. กระดูก</p> <ul style="list-style-type: none"> - กระดูกอ่อนทำให้ข้อวิงเวียนผิดปกติ การเคลื่อนไหวไม่สะดวก เพราะเจ็บปวด 	<ul style="list-style-type: none"> - วิตามินดี แคลเซียม ฟอสฟอรัส
<p>12. บริเวณท้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตับโต ม้ามโต 	<ul style="list-style-type: none"> - โปรตีน
<p>13. บริเวณปลายมือปลายเท้า</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีอาการชา - มีอาการปวดแสบปวดร้อน 	<ul style="list-style-type: none"> - วิตามินบี 1 (ไทอามิน) - วิตามินบี 1 วิตามินบี 12 ไนอาซิน

(ปัทมัน, 2530 : 7-11; Curtas, et al., 1989 : 305; Doyle, 1990 : 84-85)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นางสาวนิตยา ไกรวงศ์

วัน เดือน ปีเกิด 25 ธันวาคม 2503

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	2525

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง	พยาบาลประจำการ
สถานที่ทำงาน	หน่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา