

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ  
ในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
กรุงเทพมหานคร

นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
วิชาเอกการจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**Factors Affecting Malnutrition Status of the Elderly Receiving Services from  
Geriatric Clinic of Charoenkrung Pracharak Hospital in Bangkok Metropolis**

**Miss Paporn Klongkitcharoen**



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Science in Food System Management for Nutrition

School of Human Ecology

Sukhothai Thammathirat Open University

2018

**หัวข้อวิทยานิพนธ์** ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ  
ในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์  
กรุงเทพมหานคร

**ชื่อและนามสกุล** นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ

**วิชาเอก** การจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ

**สาขาวิชา** มนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**อาจารย์ที่ปรึกษา** 1. รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทศิริ  
2. รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย  
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ภารดี เต็มเจริญ

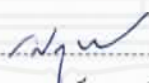
วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2562

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประไพศรี สิริจักรวาล)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทศิริ)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ภารดี เต็มเจริญ)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วัณชัย)

**ชื่อวิทยานิพนธ์** ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

**ผู้วิจัย** นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ **รหัสนักศึกษา** 2597000047 **ปริญญา** วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การจัดการระบบอาหารเพื่อโภชนาการ) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทร์ศิริ (2) รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย (3) รองศาสตราจารย์ ดร. ภารดี เต็มเจริญ

**ปีการศึกษา** 2561

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (2) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และ (3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 240 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยนัดเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบเพียร์สัน ไคสแควร์ และฟิชเชอร์ เอคแซค

ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70 – 79 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสและหม้ายเท่ากัน จบระดับประถมศึกษา มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บออกก้าลังกายทุกวันด้วยวิธีการเดิน อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีโรคความดันโลหิตสูง รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุในระดับสูง มีทักษะที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี (2) การประเมินภาวะโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 72.1 ปกติ ร้อยละ 22.5 และพอม ร้อยละ 5.4 และ (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน พบว่า อายุ ( $p < 0.001$ ) โรคกระดูกพรุน ( $p = 0.024$ ) โรคสมองเสื่อม ( $p = 0.043$ ) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ( $p = 0.044$ ) มีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**คำสำคัญ** ภาวะโภชนาการเกิน โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

**Thesis title:** Factors Affecting Malnutrition Status of the Elderly Receiving Services from Geriatric Clinic of Charoenkrung Pracharak Hospital in Bangkok Metropolis

**Researcher:** Miss Paporn Klongkitcharoen; **ID:** 2597000047; **Degree:** Master of Science (Food System Management for Nutrition); **Thesis advisors:** (1) Dr. Vasina Chandrasiri, Associate professor; (2) Dr. Sarisak Soontornchai, Associate professor and (3) Dr. Paradee Temcharoen, Associate professor

**Academic year:** 2018

### Abstract

The objectives of this research were (1) to explain personal factors, knowledge, attitudes and consumption behaviors according to Food Based Dietary Guidelines for food Health (FBDG) in elderly, (2) to evaluate nutrition status of the elderly and (3) to analyze relationships among personal factors, knowledge, attitudes and consumption behaviors according to FBDG in elderly between the elderly with normal nutrition and the elderly with overnutrition.

This research was a cross-sectional study. The samples were 240 elderly suffered from chronic disease, who received services from the Geriatric Clinic of Charoenkrung Pracharak Hospital, Bangkok Metropolitan. The samples were randomly selected by drawing from the list of the patients who had appointments with the doctors. The data were collected through interview questionnaires and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's chi-square test and Fisher's test.

This study found that (1) most of the samples were female aged 70-79 years, buddhists, married and divorced with the same amount, had primary education, had enough incomes for spending but had no saving, exercised everyday by walking, resided with their children, had high blood pressure, received information regarding food and nutrition from medical personnel, were not members of the elderly club, had knowledge on FBDG in elderly at the high level, had good attitudes towards FBDG in elderly and had consumption behaviors according to FBDG in elderly at the good level, (2) the evaluation of the nutrition status found that 72.1 % of the elderly were overnutrition, 22.5% had normal nutrition and 5.4% were thin and (3) factors related to overnutrition, the study found that age ( $p < 0.001$ ), osteoporosis ( $p = 0.024$ ), dementia ( $p = 0.043$ ) and being members of the elderly club ( $p = 0.044$ ) were inversely related to overnutrition in the elderly at the 0.05 level of statistical significance.

**Keywords:** Overnutrition, Food Based Dietary Guidelines (FBDG) in elderly, the Geriatric clinic

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทศิริ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีศักดิ์ สุนทรไชย รองศาสตราจารย์ ดร.ภารดี เต็มเจริญ อาจารย์ประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และรองศาสตราจารย์ ดร.ประไพศรี ศิริจักรวาล ที่ปรึกษาสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเป็นประธานคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือ และเอื้อเฟื้อเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล ตลอดจนรวบรวมแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือทุกด้านในงานวิจัย ตลอดจนการให้กำลังใจทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ภาพร คล่องกิจเจริญ

มกราคม 2562

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฅ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	3
สมมติฐานการวิจัย .....	5
ขอบเขตของการวิจัย .....	5
ข้อจำกัดการวิจัย .....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	9
ความหมาย ความสำคัญ และสถานการณ์ของผู้สูงอายุ .....	9
โภชนาการในผู้สูงอายุ .....	12
การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ .....	20
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ .....	23
นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ .....	35
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	49
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	61

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	62
ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง .....	62
ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ .....	67
ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ .....	70
ตอนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ .....	77
ตอนที่ 5 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง .....	82
ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะโภชนาการเกิน .....	83
ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ กับภาวะโภชนาการเกิน .....	87
ตอนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทักษะคิดต่อ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับ ภาวะโภชนาการเกิน .....	87
ตอนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม โภชนบัญญัติ สำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกิน .....	88
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	90
สรุปการวิจัย .....	90
อภิปรายผล .....	93
ข้อเสนอแนะ .....	100
บรรณานุกรม .....	103
ภาคผนวก .....	110
ก แบบสอบถามการวิจัย .....	111
ข ประวัติผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	120
ค ค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ .....	123
ง เอกสารผ่านการรับรองจริยธรรม .....	130
ประวัติผู้วิจัย .....	132



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1	เกณฑ์การแปลผลดัชนีมวลกาย ..... 22
ตารางที่ 2.2	จำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ..... 44
ตารางที่ 4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ..... 63
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการออกกำลังกาย ..... 65
ตารางที่ 4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว ..... 66
ตารางที่ 4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ อาหารและโภชนาการ ..... 67
ตารางที่ 4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ..... 68
ตารางที่ 4.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ..... 70
ตารางที่ 4.7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ..... 72
ตารางที่ 4.8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติต่อ โภชนบัญญัติ สำหรับผู้สูงอายุ ..... 77
ตารางที่ 4.9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องพฤติกรรมการบริโภค อาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ..... 79
ตารางที่ 4.10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภค อาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ..... 82
ตารางที่ 4.11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะ โภชนาการ ..... 83
ตารางที่ 4.12	ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ..... 83
ตารางที่ 4.13	ปัจจัยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะ โภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ..... 87
ตารางที่ 4.14	ปัจจัยด้านระดับทัศนคติต่อ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะ โภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ..... 88
ตารางที่ 4.15	ปัจจัยด้านระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ..... 89

ญ

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	4
ภาพที่ 2.1 ชงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ .....	12



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) เป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย จากรายงานผลการสำรวจใน พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จัดทำการศึกษาประชากรสูงอายุของประเทศไทย พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) และจากผลการสำรวจทั้ง 5 ครั้งที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2537 2545 2550 2554 และ 2557 พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.8 9.4 10.7 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จด้านนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมสูงวัย (Aging society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในช่วง พ.ศ. 2567 - 2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (สุชนา พันภัย, 2559) สอดคล้องกับสถิติกรุงเทพมหานครใน พ.ศ. 2557 รายงานว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีจำนวน 859,449 คน จากจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 5,692,284 คน คิดเป็นร้อยละ 15.1 (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล, 2558)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ปัญหาสำคัญที่มักเกิดกับผู้สูงอายุคือ ปัญหาทางสุขภาพอนามัยที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการรักษาพยาบาลของรัฐเนื่องจากสวัสดิการการรักษาพยาบาลหลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.2 คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) รองลงมา คือ ข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ ร้อยละ 13.0 และประกันสังคม ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลได้รวบรวมสาเหตุการป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ามารับการบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557 พบว่า สาเหตุการป่วยสูงสุดคือ กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด รองลงมาคือ กลุ่มโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมแทบอลิซึม หรือเรียกว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs)

ภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุพบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานผลการดำเนินงานโครงการผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพของกลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้ดำเนินการตรวจสอบสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ 2558 – 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) ร้อยละ 49.2 54.2 และ 57.1 ตามลำดับ (กลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2559, 2560, 2561) ผู้วิจัยจึงทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2560 จำนวน 461 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 25.3 ผอมเพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้น แต่มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 70.6 ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อมต่างๆ โรคเกาต์ โรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น (Restria Fauziana, 2016 ; Virginia B. Kalish, 2016)

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ในเขตบางคอแหลม ให้บริการทางการแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2514 จนถึงปัจจุบัน จากสถิติปีงบประมาณ 2555 - 2560 (ชัยญานี สอนบุตรนาค, 2560) พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในผู้ป่วยนอกมีจำนวน 17,202 18,506 19,385 20,246 21,542 และ 22,466 ตามลำดับ เพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 5.5 ต่อปี โรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอกสูงอายุในปีงบประมาณ 2558 - 2560 อันดับหนึ่งคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ เรียกโดยรวมก็คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับสถิติกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557 ซึ่งกลุ่มโรคดังกล่าวมีสาเหตุจากวิถีชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการบริโภคอาหารหวานมันเค็ม ขาดการออกกำลังกาย และความเครียด แม้ค่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะสูงมาก แต่แท้จริงแล้ว กลุ่มโรคนี้สามารถแก้ไขและป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโภชนาการ (เกษิกา จันชนะนิกิจ, 2559)

การดูแลด้านโภชนาการในผู้สูงอายุจึงนับเป็นหนึ่งในการดูแลสำคัญที่จะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติปีงบประมาณ 2556 จัดทำโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแนะนำแนวทางการบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ รวมทั้ง “สัดส่วน” “ปริมาณ” และ “ความหลากหลาย” ของอาหารที่ผู้สูงอายุไทยควรบริโภคในหนึ่งวัน เพื่อให้ได้สารอาหารและพลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นำไปสู่การ “กินพอดี สุขีทั่วไทย” ตามเจตนารมณ์ของข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย หรือ โภชนบัญญัติ 9 ประการ เนื่องจากการกินพอดีจะช่วยให้อวัยวะแข็งแรง สดชื่น แจ่มใส ไม่เจ็บป่วยง่าย ดังนั้นการกินอาหารตามข้อแนะนำของ “โภชนบัญญัติ” และ “ธงโภชนาการ” และออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีน้ำหนักตัวอยู่

ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและสุขภาพแข็งแรง (ประไพศรี สิริจักรวาล, 2560) ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นนักโภชนาการ หนึ่งในคณะกรรมการการดำเนินงานคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ และที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการสำรวจภาวะโภชนาการระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภครอาหารของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 โดยเน้นประเด็นความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภครอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการเสนอแนะแนวทางปรับปรุงกระบวนการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานครต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภครอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

2.2 เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

2.3 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการบริโภครอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

## 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนรายงานการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามวัตถุประสงค์การศึกษา โดยมีปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ทักษะคิดต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภครอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะโภชนาการเกินในการศึกษารั้งนี้ คือ ค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการเกินของผู้สูงอายุ

4.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ

4.3 ระดับทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ

4.4 ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ

## 5. ขอบเขตของการวิจัย

### 5.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2560 จำนวน 461 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 จำนวน 240 คน

### 5.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ภาวะโภชนาการประเมินจากค่าดัชนีมวลกายซึ่งคำนวณจากน้ำหนัก และส่วนสูง ซึ่งภาวะโภชนาการเกินในการศึกษานี้ คือ ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ขึ้นไป อ้างอิงจาก WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment (2000)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

### 5.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

## 6. ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการบันทึกการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ เนื่องจากการบันทึกการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในหนึ่งวันจำเป็นต้องใช้เวลาในการเรียกความจำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้

## 7. นวัตกรรมที่เฉพาะ

7.1 ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยกำหนดเกณฑ์การรับเข้า ดังนี้

7.1.1 **เจ็บป่วยหลายโรค** ไม่เคยได้รับความรู้หรือคำแนะนำ มีอาการนำสงสัยในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ได้แก่

- 1) ภาวะสติปัญญาเสื่อมถอย (Intellectual impairment)
- 2) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence)
- 3) ภาวะหกล้ม (Fall)
- 4) อาการเบื่ออาหาร (Under – nutrition)
- 5) ภาวะซึมเศร้า (Depression)

7.1.2 **ต้องกินยาหลายขนาน (มากกว่า 10 ชนิดขึ้นไป)**

7.1.3 **ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (Frail elderly)** ซึ่งมีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ ดังต่อไปนี้ ได้แก่

- 1) น้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5
- 2) รู้สึกเหนื่อยง่ายผิดปกติ
- 3) รู้สึกว่ากล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง (Weakness)
- 4) เดินช้าผิดปกติ
- 5) ไม่ค่อยมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย (Low level of physical activity)

7.1.4 **ได้รับการรักษาและส่งต่อจากคลินิกเฉพาะทาง**

7.1.5 **ได้รับการรักษาและส่งต่อจากหอผู้ป่วยใน**

7.1.6 **ได้รับการส่งต่อให้เข้าคลินิกผู้สูงอายุจากหน่วยงานภายนอก**

7.2 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ใช้ดัชนีมวลกายซึ่งคำนวณจากน้ำหนักหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสองและใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับภาวะโภชนาการ อ้างอิงจาก WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment (2000) ดังนี้



- ผอม (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)
- ปกติ (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)
- น้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 23.0 – 24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)
- อ้วน (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.0 – 29.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)
- อ้วนมาก (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30.0 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>)

**7.3 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์** หมายถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลอาหารและโภชนาการ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

**7.4 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์** หมายถึง การรู้เรื่องราวข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ

**7.5 ทักษะติดต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์** หมายถึง ความเชื่อ ความรู้ที่นึกคิด และความโน้มเอียงของผู้สูงอายุ ที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเดิมที่ได้รับมา และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารใหม่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ

**7.6 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์** หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการบริโภคอาหารตามหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ จนเป็นลักษณะนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ทราบข้อมูลในการเสนอแนะแนวทางปรับปรุงกระบวนการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

8.2 นำกระบวนการดูแลภาวะโภชนาการที่ปรับปรุงจากคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นต้นแบบไปใช้ดูแลผู้สูงอายุในคลินิกต่างๆ ของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

8.3 ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการดูแลภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครต่อไป

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

1. ความหมาย ความสำคัญ และสถานการณ์ของผู้สูงอายุ
2. โภชนาการในผู้สูงอายุ
3. การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ
5. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความหมาย ความสำคัญ และสถานการณ์ของผู้สูงอายุ

##### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553) และแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุวัยต้น 60 - 69 ปีช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ผู้สูงอายุวัยกลาง 70 - 79 ปี เริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว
- 3) ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไป อวัยวะเสื่อมสภาพ เจ็บป่วยบ่อยขึ้น

ผู้สูงอายุ หมายถึงมนุษย์ในช่วงปลายของชีวิต ในทางสถิติมักถือว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 60 - 65 ปีขึ้นไป ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วมักใช้เกณฑ์อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป (ยุทธนา พูนพานิช, 2557)

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้ให้นิยามผู้สูงอายุ (Older person) หมายถึงประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของ การมีอายุเพิ่มขึ้น ดังนี้

- 1) ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
- 2) คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี
- 3) คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

การแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วงดังกล่าว สำหรับในสังคมไทยยังมีได้มีข้อสรุปว่าจะมีการจัดประเภทของผู้สูงอายุในลักษณะใด การจัดโดยใช้เกณฑ์อายุก็ยังมีข้อถกเถียงว่ายังไม่เหมาะสม นักวิชาการบางท่านจึงใช้เกณฑ์ความสามารถของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- 1) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี
- 2) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
- 3) กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพ มีความพิการ (อ้างถึงใน

วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555)

## 1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) มีวิสัยทัศน์ว่าผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในสถานะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนจะต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลได้นานที่สุด โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริม เพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม

ตามมาตรา 11 ของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 มีเจตนารมณ์เพื่อมุ่งคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนต่อสิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนต่าง ๆ ดังนี้ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2553)

- 1) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ
- 2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต
- 3) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม
- 4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การร่วมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน
- 5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น
- 6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

- 7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ
- 8) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง
- 9) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือในทางการแก้ไขปัญหาคอครบครัว
- 10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง
- 11) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
- 12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี
- 13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

### 1.3 สถานการณ์ของผู้สูงอายุ

ระดับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (อ้างอิงใน สุขญา พันภัย, 2559)

**1.3.1 ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)** หมายถึง มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศหรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ

**1.3.2 ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)** หมายถึง มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี มากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ

**1.3.3 ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Superaged society)** หมายถึง มีประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) ทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ อีกทั้งกรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล, 2558) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำลังนำประเทศไทยไปสู่สถานะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (Population aging) โดยสัดส่วนของบุคคลในวัยทำงานลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการในการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่ครบวงจร ทั้งทางด้านการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งการให้บริการดังกล่าว นอกเหนือจากบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังเน้นเรื่องการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ การฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเป็นสถาบันฝึกอบรมทางด้านเวชศาสตร์

ผู้สูงอายุ และการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร, 2560)

## 2. โภชนาการในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนผ่านจากวัยผู้ใหญ่มาสู่วัยผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านด้วยกัน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2556) การบริโภคน้ำที่ถูกต้องและเหมาะสมสามารถแก้ไขและป้องกันการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ (เกณิกา จันชนะนิกิจ, 2559) โภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุมีจุดมุ่งหมายเพื่อแนะนำ “สัดส่วน” “ปริมาณ” และ “ความหลากหลาย” ของอาหารที่ผู้สูงอายุไทยควรบริโภคในหนึ่งวัน เพื่อให้ได้สารอาหารและพลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นำไปสู่การ “กินพอดี สุขใจทั่วไทย” ตามเจตนารมณ์ของข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการกินพอดีช่วยให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น แจ่มใส ไม่เจ็บป่วยง่าย ดังนั้นการกินอาหารตามข้อแนะนำของ “โภชนบัญญัติ” และ “ธงโภชนาการ” และออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและสุขภาพแข็งแรง (ประไพศรี สิริจักรวาล, 2560)



ภาพที่ 2.1 ธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มา : [http://nutrition.anamai.moph.go.th/ewt\\_news.php?nid=497](http://nutrition.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=497)

## 2.1 โภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ

ข้อปฏิบัติการบริโภคนอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย ได้มีการพิจารณาร่วมกับข้อเสนอแนะการบริโภคนอาหารสำหรับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก และโภชนบัญญัติเดิมของข้อปฏิบัติการบริโภคนอาหารสำหรับเด็กตั้งแต่ 6 ขวบขึ้นไปจนถึงผู้สูงอายุของไทย จัดทำเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติการบริโภคนอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุไทย เป็นรูปแบบการบริโภคนอาหารที่จะนำไปใช้ประโยชน์ได้สูงสุดกับสุขภาพของร่างกาย และถูกต้องตามหลักโภชนาการ แม้ในวัยผู้สูงอายุจะมีความต้องการปริมาณอาหารลดน้อยลง แต่ความต้องการสารอาหารต่างๆ ยังคงเดิม ซึ่งควรจัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุด้วย เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความอยากอาหาร และกินอาหารได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ในการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุควรนำหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการมาใช้ เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ โดยมีหลักการที่สำคัญ (ประไพศรี สิริจักรวาล, 2560) ดังนี้

### 2.1.1 กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว

ร่างกายผู้สูงอายุต้องการพลังงานน้อยลงแต่ยังคงต้องการสารอาหารและอาหารต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงเช่นเดียวกับทุกวัย เนื่องจากไม่มีอาหารชนิดใดชนิดเดียวที่จะมีสารอาหารต่างๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นักโภชนาการแนะนำว่าควรกินอาหารให้ได้มากกว่า 30 ชนิดต่อวัน จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุ และการกินอาหารที่หลากหลายนั้นจะช่วยลดความเสี่ยงในการสะสมของสารอันตรายที่ปะปนมากับอาหารชนิดนั้น ๆ หมั่นดื่มน้ำหนักตัวผู้สูงอายุหากมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ หรือพอมเกินไป ร่างกายจะอ่อนแอเจ็บป่วยได้ง่าย แต่ถ้าสูงกว่าเกณฑ์หรืออ้วนไปจะเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เคล็ดลับในการลดรอบเอวง่าย ๆ คือ การแกว่งแขนวันละ 30 นาทีเป็นประจำ อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรเลือกให้เหมาะสมกับความพร้อมของร่างกายตนเอง

### 2.1.2 กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย

ข้าวเป็นแหล่งของสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตให้พลังงานแก่ร่างกายโดยคาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี นอกจากข้าวที่เป็นอาหารหลักของคนไทยแล้วยังมีก๋วยเตี๋ยวต่าง ๆ ขนมจีน บะหมี่ ขนมปัง ตลอดจนพืชหัวอื่นๆ เช่น เผือก มัน เป็นอาหารให้คาร์โบไฮเดรตและพลังงานเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุควรเลือกกินข้าวขัดสีน้อย เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวหอมนิล เพราะอุดมด้วยสารอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุที่มีประโยชน์ช่วยให้สุขภาพดีและป้องกันโรคต่างๆ รวมทั้งยังให้ใยอาหารที่มีผลต่อระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุอีกด้วย

### 2.1.3 กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ

ผักเป็นแหล่งของวิตามิน แร่ธาตุ โยอาหารและสารเคมีในพืช (Phytochemicals) ซึ่งพบว่ามีฤทธิ์ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น ใย

อาหารช่วยเพิ่มปริมาณและน้ำหนักของอูจจาระ ช่วยให้ขับถ่ายได้ง่าย นอกจากนี้ยังสามารถช่วยจับสารเคมีที่เป็นพิษ ลดการเกิดมะเร็งที่ลำไส้ได้ โยอาหารในผัก ผลไม้ และธัญพืชที่เป็นโยอาหารชนิดละลายในน้ำ สามารถลดการสร้างและดูดซึมโคเลสเตอรอลในร่างกายได้ ทำให้ปริมาณโคเลสเตอรอลในเลือดลดลง ทั้งยังให้พลังงานต่ำ จึงกินได้เป็นประจำ

ผลไม้เป็นอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการใกล้เคียงกับกลุ่มผัก เป็นแหล่งของโยอาหารทั้งชนิดที่ละลายน้ำและไม่ละลายน้ำ โยอาหารที่ไม่ละลายน้ำช่วยการทำงานของระบบขับถ่าย และช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนโยอาหารที่ละลายน้ำช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดได้ สามารถกินได้ทั้งดิบและสุก มีรสหวานและเปรี้ยว ควรกินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาล โดยกินพืชผักทุกมื้อให้หลากหลายสลับกันไปและกินผลไม้เป็นประจำหลังอาหารหรือใช้เป็นอาหารว่าง

#### 2.14 กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ

ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ช่วยในการเสริมสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อซึ่งเสื่อมสลายให้อยู่ในสภาพปกติเป็นส่วนประกอบของสารสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อและยังให้พลังงานแก่ร่างกาย

ปลาเป็นโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย มีไขมันน้อย ไขมันในปลาประกอบด้วยกรดไขมันดีที่ให้ประโยชน์ 2 ชนิด คือ อีพีเอ (Eicosapentaenic acid ; EPA) ให้คุณประโยชน์ทางด้านลดไขมันในเลือด และ ดีเอชเอ (Docosahexaenoic acid ;DHA) ให้คุณประโยชน์ทางด้านเป็นส่วนประกอบของเซลล์สมอง นอกจากนี้ปลาทะเลยังมีแร่ธาตุ ไอโอดีน ช่วยป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนอีกด้วย

กินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันจะช่วยลดการสะสมไขมันในร่างกายและเลือด เพราะองค์ประกอบส่วนใหญ่ของเนื้อสัตว์เป็นสารโปรตีนและไขมัน ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู หนังเป็ด หนังไก่ เป็นอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไขมันในเลือดสูงประเภทไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอล

ไข่เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง มีกรดอะมิโนที่จำเป็นต่อร่างกายมีแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็น ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโคเลสเตอรอลสูง สามารถกินไข่ได้วันละ 1 ฟอง ผู้ที่มีปัญหาควรกินไข่สัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง เนื่องจากไข่แดงมีโคเลสเตอรอลสูง หรืออาจกินเฉพาะไข่ขาวที่สำคัญควรปรุงให้สุก

ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดีอีกชนิดที่หาซื้อง่ายและราคาถูก มีหลากหลายชนิด ได้แก่ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วลิสง ผลิตภัณฑ์จากถั่วเมล็ดแห้ง ได้แก่ เต้าหู้ น้านมถั่วเหลือง หรือน้ำเต้าหู้ ตลอดจนขนมที่ทำจากถั่ว ได้แก่ ถั่วกวน ถั่วแปบ ขนมใส่ถั่วต่าง ๆ ควรกินสลับกับเนื้อสัตว์จะทำให้ร่างกายได้สารอาหารที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น และจากการศึกษาพบว่า ถั่วเหลืองมีสารไฟโตเอสโตรเจนที่สามารถป้องกันโรคมะเร็ง

### 2.1.5 คีมนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ

นม เป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย นมเป็นแหล่งแคลเซียม และฟอสฟอรัสช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง นอกจากนี้ยังมีโปรตีน กรดไขมันที่จำเป็นต่อร่างกาย น้ำตาลแล็กโทสและวิตามินต่าง ๆ เช่น วิตามินเอช่วยในการมองเห็นในที่แสงสลัวและช่วยเพิ่มความต้านทานโรค วิตามินบี 2 ช่วยทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำหน้าที่ปกติ โดยเฉพาะช่วยป้องกันโรคแผลที่มุมปาก หรือโรคปากนกกระจอก

ปัญหาการคีมนมแล้วท้องเดินหรือท้องอืดที่พบในผู้สูงอายุที่ไม่ได้คีมนมเป็นประจำ สามารถปรับเปลี่ยนเป็นกิน โยเกิร์ตชนิดครีม ซึ่งจะมีจุลินทรีย์ที่สามารถย่อยน้ำตาลแล็กโทสในนมไปส่วนหนึ่งแล้ว

สำหรับนมถั่วเหลืองหรือน้ำเต้าหู้ เป็นผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลืองให้โปรตีน วิตามิน แร่ธาตุที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงเหมาะสมที่จะคีมเป็นประจำเช่นกัน แต่ไม่ควรคีมแทนนมวัว เพราะมีแร่ธาตุแคลเซียมน้อยกว่านมวัวมาก ยกเว้นนมถั่วเหลืองที่มีการเสริมแคลเซียม

### 2.1.6 หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด

เกลือ น้ำตาล ไขมัน หากกินในปริมาณมากนำไปสู่การก่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ทั้ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต

ไขมันเป็นอาหารที่จำเป็นต่อสุขภาพให้พลังงานและความอบอุ่นแก่ร่างกาย ไขมันในอาหารมีทั้งแบบไขมันอิ่มตัวและไม่อิ่มตัว เป็นพาหะหาวิตามินที่ละลายในน้ำมัน ได้แก่ วิตามิน เอ ดี อี และเค ไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย เนื่องจากไขมันให้พลังงานเป็น 2 เท่าของคาร์โบไฮเดรต ดังนั้น ในการประกอบอาหารประเภททอด ผัด และใช้กะทิ ควรกินแต่พอควร แต่พลังงานจากไขมันไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้จากอาหารทั้งหมด ควรหลีกเลี่ยงการได้รับไขมันสูงโดยการปรุงอาหารด้วยวิธีนี้ ปรุง อย่างแทน และเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ควรเลือกน้ำมันที่ให้กรดไขมันจำเป็น ได้แก่ น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด

น้ำตาลให้พลังงานโดยตรงต่อร่างกาย การรับประทานน้ำตาลมากๆ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เพราะนอกจากจะเป็นสาเหตุนำไปสู่โรคเบาหวานแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้มีการสร้างไขมันประเภทไตรกลีเซอไรด์ซึ่งจะเป็นผลเสียต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ดังนั้นควรจำกัดพลังงานที่ได้จากน้ำตาลไม่ควรเกินร้อยละ 5 ของพลังงานที่ได้รับจากอาหารทั้งหมด คือ ไม่ควรเกินวันละ 25 กรัม หรือมากกว่า 6 ช้อนชาต่อวัน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง คือ ขนมหวาน และเครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน

รสเค็มในอาหารได้จากการเติมเกลือแกง น้ำปลา ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว และยังได้จากอาหารประเภทหมักดอง เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง ไข่เค็ม ปลาาร้า ปลาเค็ม เป็นต้น นอกจากนี้ยังแฝงมากับ



อาหารอื่น ประเภทขนมขบเคี้ยว ขนมอบกรอบ แร่ธาตุสำคัญที่มาจากเครื่องปรุงรสเหล่านี้ที่มีผลต่อสุขภาพ คือ แร่ธาตุโซเดียม องค์การอนามัยโลกแนะนำให้บริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2,000 มิลลิกรัม (เทียบเท่ากับเกลือแกงไม่เกิน 5 กรัม หรือ 1 ช้อนชาต่อวัน) การกินเกลือแกงเกิน 5 กรัมต่อวัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและทำให้เกิดอาหารบวมน้ำได้

### 2.1.7 ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มว่าปริมาณน้ำในร่างกายจะลดลงอีก ทั้งการตอบสนองต่อความกระหายน้ำลดลงทำให้ไม่ดื่มน้ำ ข้อนแนะนำการดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย คือ ควรดื่มน้ำวันละ 8 แก้ว ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือมีน้ำตาล เนื่องจากในผู้สูงอายุตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่ผลิตอินซูลินที่จะเปลี่ยนน้ำตาลเป็นพลังงานนั้นอาจเสื่อมลง ทำงานได้ไม่เต็มที่ จะส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้

### 2.1.8 กินอาหารสะอาด ปลอดภัย

อาหารที่ไม่สะอาดหรืออาหารที่ถูกปนเปื้อนเกิดได้จากหลายสาเหตุ คือ ทั้งเชื้อโรคพยาธิต่าง ๆ สารเคมี โลหะหนักต่าง ๆ อาจเกิดจากกระบวนการผลิต ปรุงประกอบและการจำหน่ายที่ไม่ถูกสุขลักษณะหรือจากสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

### 2.1.9 งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงโรคตับแข็งเพราะพิษแอลกอฮอล์มีฤทธิ์ทำลายเนื้อตับ เสี่ยงต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะและลำไส้ และโรคเมเร็งหลอดเลือดอาหาร ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำและติดเชื้อได้ง่าย

## 2.2 ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุตามธงโภชนาการ

การบริโภคอาหารและโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่จะต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อม ส่งผลต่อทางร่างกาย เช่น ฟัน ลำไส้ และระบบการย่อยอาหาร ส่งผลต่อระบบสมอง สายตา หู ระบบขับถ่าย รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์อีกด้วย การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องโภชนาการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ เช่น ภาวะขาดสารอาหาร จากการได้รับแคลเซียม หรือวิตามินไม่เพียงพอ และภาวะโภชนาการเกินส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆ อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคหลอดเลือด (เกษิกา จันชนะกิจ, 2559)

ผู้สูงอายุยังต้องการสารอาหารเหมือนกับวัยอื่นๆ คือ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน แร่ธาตุ น้ำ และใยอาหาร แตกต่างกันเพียงชนิดและปริมาณพลังงาน โดยแบ่งตามการใช้พลังงาน สำหรับผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็น 3 ระดับ คือ พลังงาน 1,400 กิโลแคลอรี สำหรับผู้สูงอายุชาย-หญิงที่มีกิจกรรมเบาๆ ไม่ได้ออกกำลังกาย พลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี สำหรับผู้สูงอายุชาย-หญิงที่มีกิจกรรมเบา เช่น ออกกำลังกาย 1-3 ครั้ง/สัปดาห์ และพลังงาน 1,800 กิโลแคลอรี สำหรับผู้สูงอายุชาย-

หญิงที่มีกิจกรรมปานกลาง เช่น ออกกำลังกาย 3–5 ครั้ง/สัปดาห์ (ประไพศรี สิริจักรวาล, 2560) แบ่งปริมาณตามกลุ่มอาหารในหนึ่งวัน ดังนี้

### 2.2.1 โปรตีน

โปรตีน เป็นสารอาหารที่ช่วยในการเสริมสร้าง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย มีการถกเถียงถึงปริมาณ โปรตีน ที่ควรรับประทานในวัยสูงอายุว่าควรเป็นเท่าใด บางคนว่าต้องได้รับมากขึ้น และบางคนว่าต้องน้อยลงจากที่เคยได้รับในวัยหนุ่มสาว จากข้อกำหนดปริมาณสารอาหารที่ควรได้รับสำหรับคนไทยนั้น ได้กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหาร โปรตีนประมาณร้อยละ 10–20 หรือเท่ากับวันละ 44 - 51 กรัม ได้มาจากเนื้อสัตว์ต่างๆ ถั่วเมล็ดแห้ง ไข่ นม และผลิตภัณฑ์จากนม เนื้อสัตว์ควรรับประทานประมาณ 6–8 ช้อนกินข้าวต่อวัน เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไม่ติดหนัง เช่น เนื้อปลา ออกไก่ หมูสันในที่ไม่ติดมัน เป็นต้น ถั่วเมล็ดแห้งให้โปรตีนสูง นำมาทำอาหารให้ผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนลักษณะและรสชาติอาหารได้เป็นอย่างดี เช่น นำนมถั่วเหลือง เต้าหู้ ถั่วต้มน้ำตาล เป็นต้น ไข่ เป็นอาหารที่ให้โปรตีนที่ดี ทำอาหารได้หลายชนิด ผู้สูงอายุรับประทานสัปดาห์ละ 2 - 3 ฟอง ในกรณีที่มีปัญหาของไขมันสูงในเลือด สามารถเลือกรับประทานเฉพาะไข่ขาวได้ เพราะไข่ขาวไม่มีโคเลสเตอรอล

### 2.2.2 ไขมัน

ไขมันและน้ำมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานสูง ย่อยยาก ทำให้เกิดอาการท้องแน่น ท้องอืด และเพิ่มน้ำหนักตัวได้ ถ้ารับประทานในปริมาณมาก นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น โรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันสูงในเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น สมาคมโรคหัวใจแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เสนอแนะว่า ไม่ควรบริโภคไขมันเกิน ร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับในแต่ละวัน น้ำมันและไขมันที่บริโภคควรเลือกชนิดที่ได้มาจากพืช เนื่องจากไขมันจากพืชทุกชนิดไม่มีโคเลสเตอรอล แต่มีกรดไลโนเลอิกสูง ซึ่งกรดนี้มีคุณสมบัติช่วยลดไขมันในหลอดเลือดได้ น้ำมันพืชที่ควรเลือกใช้ ในการประกอบอาหารมีหลายชนิด เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น อาหารทอดที่อมน้ำมันมาก ๆ เช่น อาหารชุบ แป้งทอด ก๋วยเตี๋ยว ปาท่องโก๋ หรืออาหารที่มีกะทิ เป็นส่วนประกอบมาก ๆ แกงกะทิ ผักต้มกะทิ หรืออาหารที่มีมันมาก เช่น ขาหมู หรือหมูสามชั้น ควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทานให้น้อยลง เพื่อป้องกันการเกิดโรคดังกล่าว ปริมาณไขมันหรือน้ำมันที่ควรบริโภคแต่ละวันประมาณ 6 ช้อนชา และควรเป็นน้ำมันจากพืชที่มีกรดไลโนเลอิกสูงด้วย

### 2.2.3 คาร์โบไฮเดรต

คาร์โบไฮเดรต เป็น สารอาหารที่ได้จากอาหารประเภทข้าว แป้ง เผือก มัน ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ จากธัญพืชและน้ำตาล เป็นต้น ข้าวและผลิตภัณฑ์ เป็นอาหารหลักของคนไทยที่รับประทานกันทุกครัวเรือนและทุกวัน ผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรตประมาณร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ควรได้รับใน 1 วัน หรือเท่ากับ 7 - 9 ทัพพีต่อวัน และควรเลือกคาร์โบไฮเดรตประเภทเชิงซ้อน

คือ ข้าว แป้ง เผือก มัน หรือผลิตภัณฑ์จากธัญพืชอื่น ๆ เช่น ถั่วเขียว ขนมหิน บะหมี่ มะกะโรนี ฯลฯ และควรหลีกเลี่ยงหรือรับประทาน คาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยวให้น้อยลง ซึ่งได้แก่ น้ำตาล น้ำหวาน หรืออาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม ขนมหวานต่างๆ ทั้งที่เป็นของเชื่อม ของกวน เพราะอาหารเหล่านี้ทำให้อ้วน และเกิดปัญหาของไขมันสูงในเลือดได้ ถ้ารับประทานมากเกินไป พยายามเลือกรับประทานผลไม้สด แทนขนมหวาน ซึ่งให้ประโยชน์แก่ร่างกายมากกว่า เพราะนอกจากจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้ว ยังได้รับวิตามิน แร่ธาตุที่มีในผลไม้แต่ละชนิด

#### 2.2.4 วิตามิน

วิตามิน เป็นสารอาหารอีกชนิดหนึ่ง ที่จำเป็นสำหรับร่างกาย เพื่อช่วยในการเผาผลาญอาหาร ที่บริโภคให้เป็นพลังงาน และสามารถนำไปใช้ในร่างกาย ทำให้อวัยวะสามารถทำงานได้ตามปกติ เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค และสร้างสารเคมีที่จำเป็นสำหรับร่างกาย วิตามินมีหลายชนิด มีหน้าที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งร่างกายต้องการในปริมาณที่ไม่เท่ากัน ปัญหาการขาดวิตามินในผู้สูงอายุพบได้เสมอ เช่น การขาดวิตามินบีหนึ่ง ทำให้เกิดโรคเหน็บชา มีอาการชาตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า ซึ่งเกิดได้เพราะรับประทานอาหารไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดจากการรับประทานอาหารซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน ทำให้ได้รับวิตามินบางตัวน้อยลง วิตามินมีมากในผัก และผลไม้ ควรเลือกผักและผลไม้ที่รับประทานง่าย ให้ผู้สูงอายุรับประทานทุกมื้อ และให้มีหลากหลายชนิดในแต่ละวัน นอกจากได้รับวิตามินแล้ว ผักและผลไม้ยังให้ใยอาหารที่ช่วยในการขับถ่าย ทำให้ไม่เกิดปัญหาท้องผูกในผู้สูงอายุได้อีกด้วย ชงโภชนาการแนะนำให้ผู้สูงอายุบริโภคผักไม่น้อยกว่าวันละ 4 ทัพพี ผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 - 3 ส่วน

#### 2.2.5 แร่ธาตุ

แร่ธาตุ เป็นสารอาหารอีกชนิดหนึ่ง ที่พบว่ามีอาการขาดในผู้สูงอายุ แร่ธาตุที่ควรให้ความสนใจ ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส และเหล็ก จากข้อกำหนดสารอาหารสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียม และฟอสฟอรัสประมาณ 800 มิลลิกรัม/วัน แต่บางการศึกษา กล่าวว่า ควรได้รับในปริมาณสูงกว่านี้ คือประมาณ 1,000 - 1,500 มิลลิกรัม/วัน โดยเฉพาะผู้หญิงที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือนจะมีความสามารถในการดูดซึมแคลเซียมของผู้สูงอายุลดลง ทำให้ต้องมีการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมปริมาณมากขึ้น หากได้รับแคลเซียมไม่เพียงพอจะทำให้กระดูกมีปัญหา เช่น กระดูกเปราะ กระดูกพรุนและไม่แข็งแรง จึงพบว่าเมื่อประสบอุบัติเหตุ หรือหกล้มเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุจะมีอาการของกระดูกหักได้ง่าย ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดื่มนมทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว เพราะให้สารอาหารทั้งโปรตีนและแคลเซียมสูง ช่วยซ่อมแซม และเสริมความแข็งแรงให้กระดูก อาหารอื่นซึ่งเป็นแหล่งที่ดีของแคลเซียม ที่สามารถทดแทนนม 1 แก้วได้ เช่น โยเกิร์ต 200 กรัม ปลาตัวเล็กตัวน้อย 4-5 ซ่อนกินข้าว ปลาช่าร์ดินกระป๋อง 130 กรัม ผักใบเขียวเข้ม 4 ทัพพี เต้าหู้แข็ง 1 แผ่น เป็นต้น ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถดื่มนมได้

เหล็ก เป็นแร่ธาตุอีกชนิดหนึ่ง ที่พบว่าการขาดในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดโรคโลหิตจาง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย ความต้านทานโรคน้อยลง เจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง แร่ธาตุมีในอาหารทุกชนิด ทั้งเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ และธัญพืช แต่ในปริมาณมากน้อยแตกต่างกัน การจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุ ได้รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ทุกวัน ย่อมทำให้ได้รับสารอาหารแร่ธาตุด้วย แต่อย่างไรก็ตามผู้จัดหาอาหารควรพิจารณาปริมาณที่รับประทานด้วย เพราะมีความสำคัญที่จะทำให้ได้รับแร่ธาตุเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย

### 2.2.6 น้ำ

น้ำ เป็นเครื่องดื่มที่ไม่ให้พลังงาน แต่มีความจำเป็นแก่ร่างกาย ในการนำพาสารอาหารต่าง ๆ ไปยังอวัยวะภายในร่างกาย และทำให้ผิวพรรณสดใส และเกิดความสดชื่น น้ำที่ดื่มควรเป็นน้ำสะอาด บริสุทธิ์ ไตของผู้สูงอายุ มีประสิทธิภาพน้อยลงในการขับถ่ายของเสีย การดื่มน้ำมาก ๆ ช่วยให้มีน้ำผ่านไปที่ไตมากพอ ที่จะช่วยไตขับถ่าย ของเสียได้ง่ายขึ้น ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอับความต้องการของร่างกาย คือ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

ชาและกาแฟ อาจทำให้มีอาการท้องผูก หรือนอนไม่หลับ หลังจากดื่มน้ำชา หรือกาแฟ ลูกหลานหรือผู้สูงอายุเอง ควรสังเกตอาการหลังจากดื่มน้ำชา หรือกาแฟด้วย และควรหลีกเลี่ยง ถ้าเกิดอาการเช่นนั้น และอาจต้องเพิ่มปริมาณน้ำดื่ม เนื่องจากคาเฟอีนในชา และกาแฟ เพิ่มการขับปัสสาวะทำให้สูญเสียน้ำเพิ่มขึ้น

น้ำอัดลม มักทำให้เกิดแก๊สมากในกระเพาะ และทำให้มีอาการอึดอัด เกิดความไม่สบายหลังการดื่ม จึงควรหลีกเลี่ยง ในกรณีที่ไม่มีอาการดังกล่าว ก็สามารถดื่มได้ แต่ไม่ควรมากหรือบ่อยเกินไป เพราะเครื่องดื่มชนิดนี้ ให้น้ำตาลเพียงอย่างเดียวทำให้อ้วน รับประทานอาหารได้น้อยลง และทำให้ฮ้วนได้ ถ้าดื่มในปริมาณมากและทุกวัน

เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ วิสกี้ ฯลฯ แอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเหล่านี้ สามารถทำลายตับได้ ดังนั้นผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากๆ จึงพบว่าเป็นโรคตับแข็ง และเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการขาดสารอาหาร วิตามินและแร่ธาตุได้ แต่ถ้าดื่มเพียงเล็กน้อยก่อนอาหาร เพื่อให้เจริญอาหารย่อมทำได้

### 2.2.7 โยอาหาร

โยอาหาร มิได้เป็นสารอาหารและไม่ได้ให้พลังงาน แต่ร่างกายควรได้รับทุกวัน เพราะช่วยในการขับถ่าย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาท้องผูกอยู่เสมอ โยอาหารช่วยเพิ่มปริมาณของอุจจาระและอุ้มน้ำไว้ ทำให้อุจจาระไม่แข็งตัว และช่วยกระตุ้นให้เกิดการบีบตัวของลำไส้ใหญ่ ทำให้เกิดการขับถ่ายได้สะดวก ผู้สูงอายุจึงควรได้รับโยอาหารให้เพียงพอด้วย โยอาหารได้มาจากข้าวซ้อมมือ ถั่วต่างๆ ผักและผลไม้ ปัญหาการบริโภคผักและผลไม้ ของผู้สูงอายุก็คือ ไม่สามารถเคี้ยวผักสดหรือผลไม้ที่

แข็งได้ จึงควรคัดแปลงการประกอบอาหาร ประเภทผักและผลไม้ให้มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวได้ง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุ สามารถบริโภคได้สะดวกขึ้น ก็เป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้รับใยอาหารเพิ่มขึ้น

### 3. การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุได้ทราบถึงภาวะโภชนาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถดำเนินการแก้ไขภาวะโภชนาการได้อย่างทันทั่วถึงก่อนที่จะเกิดภาวะเจ็บป่วยตามมา การประเมินภาวะโภชนาการมีด้วยกันหลายวิธี เช่น การวัดสัดส่วนร่างกาย ด้วยวิธีการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบแขน และเส้นรอบก้นเนื้อแขน การวัดเส้นรอบเอวและเส้นรอบสะโพก การใช้วิธีทางเคมี การประเมินทางคลินิก การประเมินจากอาหารที่บริโภค และการประเมินภาวะโภชนาการด้านสิ่งแวดล้อม (อ้างถึงใน นวนิตย์ จันทร์ชุ่ม, 2550)

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุนิยมใช้การวัดสัดส่วนของร่างกาย และการตรวจทางชีวเคมี สองวิธีนี้มีประโยชน์คือ เพื่อให้ทราบถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุและติดตามหลังการรักษา เพื่อเปรียบเทียบกับค่าปกติที่ควรจะเป็นในกลุ่มอายุที่ใกล้เคียงกัน (จุติ เลาหะวีระพานิช, 2539) นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ รายละเอียดของวิธีต่าง ๆ มีดังนี้

#### 3.1 การวัดสัดส่วนร่างกาย (Anthropometric assessment)

การวัดสัดส่วนร่างกายที่นิยมใช้กันมาก เนื่องจากทำได้ง่าย ไม่ต้องอาศัยเครื่องมือพิเศษที่มีราคาแพง คือ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง แล้วนำมาคำนวณดัชนีมวลกาย

**3.1.1 การชั่งน้ำหนัก (Weight)** เป็นวิธีการวัดมวลของร่างกายโดยรวม ที่นำมาใช้ประเมินภาวะโภชนาการที่ทำได้ง่ายที่สุดและแม่นยำมากที่สุด ไม่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของผู้วัดมากนัก (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2555) ดังนั้นไม่ว่าจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขก็สามารถใช้วิธีการชั่งน้ำหนักในการประเมินภาวะโภชนาการได้

**3.1.2 การวัดส่วนสูง (Height)** ส่วนสูงเป็นวิธีการวัดโครงสร้างของร่างกายซึ่งสะท้อนภาวะโภชนาการ ในเด็กที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์อ้างอิงของเด็กที่มีอายุเท่ากันเป็นเครื่องแสดงถึงการขาดสารอาหารอย่างเรื้อรัง การวัดส่วนสูงต้องวัดในท่ายืนตรง ตามองตรงและสันเท้าชิด แต่การวัดส่วนสูงในผู้สูงอายุมีข้อจำกัด เนื่องจากช่องว่างระหว่างกระดูกสันหลัง (Intervertebra disc space) แคบลง และบางรายมีกระดูกพรุนและกระดูกหัก ทำให้ส่วนสูงที่วัดได้ในท่ายืนต่ำกว่าความเป็นจริง ส่งผลให้เกิดความผิดพลาดเมื่อนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย จึงได้มีการวัดค่าความกว้างของแขน (Arm span) มาใช้แทนส่วนสูง นอกจากนี้ในการวัดแต่ละครั้งควรเทียบกับค่าส่วนสูงในอดีต เพื่อจะได้ทำการวัดซ้ำหากมีข้อสงสัย (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2555)

**3.1.3 เส้นรอบวงเอว (Waist circumference; WC)** เครื่องมือที่ใช้วัดเส้นรอบวงเอวในงานสาธารณสุข คือ สายวัดที่ไม่ยืดไม่หด สามารถโค้งงอแนบไปตามร่างกาย ตัวเลขมีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร ใช้สายวัดวัดเส้นรอบวงเอวผ่านสะดืออยู่ในแนวขนานกับพื้นราบ ไม่รัดแน่นหรือหลวมเกินไป วัดในช่วงหายใจออก อ่านค่าให้ละเอียด บันทึกตัวเลขให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น 95.2 เซนติเมตร การวัดเส้นรอบวงเอวแต่ละคน ควรทำการวัด 2 ครั้ง ถ้าเส้นรอบวงเอวต่างกันไม่เกิน 1 เซนติเมตร นำค่าทั้ง 2 ครั้งมาคำนวณหาค่าเฉลี่ย แต่หากมีค่าต่างกันมากกว่า 1 เซนติเมตร ควรทำการวัดรอบใหม่อีก 2 ครั้ง ภาวะอ้วนลงพุงเป็นภาวะที่มีไขมันบริเวณหน้าท้อง แสดงถึงการมีไขมันในช่องท้องมาก (บริเวณ omentum, mesentery) สัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกณฑ์ตัดสินภาวะอ้วนลงพุงในคนไทย คือเพศชายมีเส้นรอบวงเอวมมากกว่า 90 เซนติเมตร และเพศหญิงมากกว่า 80 เซนติเมตร (วิชัย เอกพลากร, 2559)

เนื่องจากการวัดเส้นรอบวงเอวมีเกณฑ์ตัดสินเพียงภาวะ โภชนาการเกิน ไม่มีเกณฑ์ตัดสินภาวะ โภชนาการขาดจึงไม่นำมาใช้กับงานวิจัยครั้งนี้

**3.1.4 ดัชนีมวลกาย (Body mass index; BMI)** มีหลักฐานวิจัยที่แสดงว่าดัชนีมวลกาย สัมพันธ์กับมวลไขมันและพยากรณ์ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ได้ค่อนข้างดี ดัชนีมวลกาย เป็นค่าที่ได้จากการคำนวณ โดยใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2555) ดังนี้

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร}^2\text{)}}$$

ค่าดัชนีมวลกายสามารถบ่งบอกถึงภาวะ โภชนาการปกติ ภาวะขาดสารอาหาร และภาวะ โภชนาการเกิน (จินตนา สุวิทวัส, 2554) ดัชนีมวลกายที่เพิ่มขึ้นหมายถึง ร่างกายมีไขมันหรือกล้ามเนื้อในร่างกายเพิ่มขึ้น แต่หากไม่ได้ออกกำลังกายสร้างกล้ามเนื้อ น้ำหนักที่เพิ่มน่าจะเกิดจากการมีไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ส่วนผู้สูงอายุจะมีกล้ามเนื้อลดลงแต่เปอร์เซ็นต์ของไขมันมากขึ้น ในคนเอเชีย กำหนดว่า ถ้าค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> แสดงว่า มีภาวะ โภชนาการปกติ และ ถ้าค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> แสดงว่า มีภาวะ โภชนาการเกิน ดังแสดงในตารางที่ 2.1 ดังนี้

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การแปลผลดัชนีมวลกาย

ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	ภาวะโภชนาการ
<18.5	ผอม
18.5 - 22.9	ปกติ
23 - 24.9	น้ำหนักเกิน
25 - 29.9	อ้วน
≥30	อ้วนมาก

ที่มา : WHO/IASO/IOTF.The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment. 2000

### 3.2 การวัดทางชีวเคมี (Biochemical assessment)

การวัดทางชีวเคมีเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะปรากฏอาการให้เห็นทางคลินิกและก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของร่างกายเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความแม่นยำและถูกต้อง การตรวจทางชีวเคมียังมีความไวเพียงพอในการตรวจสอบภาวะทุพโภชนาการ ที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการสามารถตรวจหาจากตัวอย่างเลือด หรือปัสสาวะ คือ

#### 3.2.1 Serum albumin

#### 3.2.2 Serum transferrin

#### 3.2.3 Urine creatinine/height index

#### 3.2.4 Thyroxin-binding-prealbumin

#### 3.2.5 Retinol-binding protein (RBP)

#### 3.2.6 Urinary-3-methyl histidine excretion

#### 3.2.7 24 hr urinary nitrogen excretion

#### 3.2.8 Plasma vitamin level

#### 3.2.9 Total lymphocyte count

#### 3.2.10 Cell mediated immunity

แม้ว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการชีวเคมีจะให้ผลการวิเคราะห์ภาวะทุพโภชนาการที่ถูกต้อง แม่นยำ และมีความไวกว่าวิธีอื่น แต่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ และเครื่องมือที่มีราคาแพง ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ขอกล่าวในรายละเอียด

### 3.3 แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ (Mini Nutrition Assessment; MNA<sup>®</sup>)

แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ MNA<sup>®</sup> พัฒนาขึ้น โดยศูนย์วิจัยเนสเล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ มีจำนวน 18 ข้อ ในแต่ละคำถามจะมีคะแนนกำกับ คะแนนสูงสุด 30 คะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน (กิตติกร นิลมานัต, 2556) ได้แก่

ส่วนที่ 1 เป็นการคัดกรองความเสี่ยงขาดอาหาร (Mini Nutritional Assessment- Short Form; MNA<sup>®</sup>-SF) เริ่มจากข้อ 1-6 (คะแนนเต็ม 14 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ข้อ 7-18 (คะแนนเต็ม 16 คะแนน)

การประเมินแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้สูงอายุทุกคนตอบแบบประเมิน ส่วนที่ 1 จากนั้นให้รวมคะแนน หากคะแนนการคัดกรองได้ มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน จัดว่าเป็นกลุ่มไม่เสี่ยงและไม่จำเป็นต้องตอบคำถามต่อในส่วนที่ 2 แต่หากได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน หมายถึงผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงขาดอาหาร จึงดำเนินการขั้นตอนที่ 2 ต่อ และนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกันแล้วเปรียบเทียบกับภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ คะแนน MNA<sup>®</sup> ที่ใช้แยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

คะแนน >23.5	หมายถึง	กลุ่มปกติมีภาวะโภชนาการเพียงพอ
คะแนน 17-23.5	หมายถึง	กลุ่มที่เสี่ยงต่อขาดสารอาหาร
คะแนน <17	หมายถึง	กลุ่มขาดสารอาหาร

แม้แบบประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุจะถูกพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และได้รับการยอมรับว่ามีความไวและมีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหารได้อย่างชัดเจน (กิตติกร นิลมานัต, 2556) แต่เนื่องจากงานวิจัยนี้ต้องการดูผลภาวะทุพโภชนาการทั้งด้านขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกิน แบบประเมินภาวะโภชนาการดังกล่าวจึงไม่ตอบโจทย์สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้

## 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะอ้วน (Obesity) องค์การอนามัยโลกให้นิยามว่าภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเกินปกติ จนเป็นปัจจัยเสี่ยง หรือเป็นสาเหตุให้เกิดโรคต่าง ๆ ที่ส่งผลถึงสุขภาพ จนอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ปัญหาโรคอ้วนเป็นปัญหาที่พบสูงขึ้นในทุกประเทศ งานวิจัยในประเทศต่าง ๆ พบว่า ในคนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วยโรคหลายโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือด



เลือดสมอง โรคของถุงน้ำดี โรคข้อเสื่อม ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea) โรคกระเพาะบางชนิด เช่น มะเร็งเยื่อเมือก ต้านม ต่อมน้ำนม และลำไส้ใหญ่ เป็นต้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าขณะนี้โรคอ้วนกำลังระบาดไปทั่วโลก ประมาณว่าประชากรโลก 1 พันล้านคน มีภาวะน้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) และอ้วน (ดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) ประมาณ 300 ล้านคน ดังนั้นภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจึงกำลังเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ทำให้เป็นภาระด้านสุขภาพของประเทศต่างๆ ทั่วโลก (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2555) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน มีดังนี้

#### 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

การเปลี่ยนผ่านจากวัยผู้ใหญ่มาสู่วัยสูงอายุ เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านด้วยกัน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2556) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ดังนี้

**4.1.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย** โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่สำคัญที่มีหน้าที่ในระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่ต่อมรับกลิ่นและรสลดลง ส่งผลให้ขาดความสามารถในการรับรสเค็มและหวาน การหลั่งน้ำลายน้อยลง การทำหน้าที่ของหลอดอาหารและการกลืนมีการทำงานผิดปกติ ภาวะอาหารมีการหลังกรดไฮโดรคลอริก intrinsic factor และเปปซินลดลง ทำให้ความสามารถในการนำไปใช้ประโยชน์ของแร่ธาตุ วิตามิน และโปรตีนลดลง ขนาดและจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงตับและทางเดินน้ำดีลดลง ส่งผลต่อการเมแทบอลิซึมและการสังเคราะห์แอลบูมินลดลง

**4.1.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม** โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจลดลงเนื่องจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือมีรายได้ต่ำ ไม่มีผู้ดูแล อาศัยตามลำพัง ขาดความเกื้อกูลทางสังคม หรือเข้ารับบริการในบ้านพักคนชรา อาจมีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถประกอบอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้เอง การขาดความรู้และบริการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงินในการหาอาหารที่มีประโยชน์ จึงจัดเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ

ด้านสวัสดิการสังคมกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 5 ประเภท คือ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

- 1) ผู้สูงอายุที่สามารถทำงานเลี้ยงตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
- 2) ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว เลี้ยงตนเองด้วยเงินบำนาญที่เก็บได้
- 3) ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว เลี้ยงตนเองด้วยเงินบำนาญประจำเดือน

4) ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวบุตรหรือญาติ ต้องพึ่งพาเขาเพียงบางส่วนหรือโดยสิ้นเชิง

5) ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งบริการของรัฐหรือเอกชน ถ้าปราศจากบริการนี้แล้ว จะทำให้มีชีวิตที่ลำบาก

**4.1.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพจิตและอารมณ์** เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ทำให้หลงลืมการรับประทานอาหาร หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภาวะติดสุรา การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความรู้สึกที่ว่าตัวเองไม่มีคุณค่าและไม่เป็นที่ต้องการของคนในครอบครัวหรือสังคม

1) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นภาวะที่สมองมีระดับความสามารถในการจดจำ การตัดสินใจ การจัดการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ การใช้ภาษา สมาธิหรือความใส่ใจ ความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังคครอบตัวลดลง ทำให้เกิดความบกพร่องในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งกิจวัตรประจำวัน และทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการเข้าสังคม เพราะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ คิดสิ่งต่าง ๆ ไม่ออก แยกของต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันไม่ได้ จำทางไม่ได้ ส่งผลให้บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง วิตกกังวล ซึมเศร้า โดยสรุปก็คือสมองเสื่อม จะทำให้เกิดความบกพร่องของ Cognitive functions (พุทธิพิสัย) จนรบกวนต่อการใช้ชีวิตหรือกิจกรรมประจำวัน ซึ่งก่อให้เกิดอาการต่างๆหลายอย่างไม่ได้ชี้เฉพาะอาการความจำเสื่อมเป็นหลักแต่เพียงอย่างเดียว สมองเสื่อมอาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้หลายอย่าง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดในสมอง คาวาน์ซินโดรม การดื่มแอลกอฮอล์ การติดเชื้อบางอย่าง โรคพาร์กินสัน ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557)

อาการที่ควรสงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2556)

1. สูญเสียความจำระยะสั้นๆ เช่น ลืมวันนัด ลืมสิ่งของบ่อย ๆ พุดซ้ำ ๆ ถามซ้ำ ๆ

2. มีปัญหาในการใช้ภาษา เช่น เรียกชื่อสิ่งของและชื่อคนที่คุ้นเคยไม่ถูก หรือสูญเสียความเข้าใจภาษา ลืมคำศัพท์ง่าย ๆ หรือใช้ศัพท์ผิดความหมาย

3. สับสนทิศทางและสิ่งแวดล้อม เช่น ขับรถแล้วหลงทางในที่ ๆ เคยขับได้ หลงทางเมื่อเดินทางออกนอกบ้านคนเดียว หรือไม่สามารถบอกทางกลับบ้านตนเองได้

4. มีความผิดปกติในความคิดรวบยอด เช่น วางแผนการทำงาน การเดินทาง การใช้อุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ การใช้จ่ายและเก็บเงิน หรือการไปธนาคาร

5. มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพเดิมเปลี่ยนแปลงไป เช่น ช่างสงสัย หรือหวาดกลัวง่าย ซึมเศร้า หงุดหงิดก้าวร้าว มีพฤติกรรมแปลกไม่เหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อม มีความเชื่อที่ผิดแปลก เห็นภาพหลอน

6. มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการดูแลตัวเองลดลงจากระดับเดิม

2) ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ความผิดปกติของสภาพจิตใจทำให้เกิดการแสดงออกของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ (นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ, 2559)

ผลของโรคซึมเศร้าที่พบบ่อย คือ

1. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในต่างประเทศ เช่น ประเทศจีนจะพบอัตราเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50

2. มีความเสี่ยงต่อโรคทางกายหลายอย่าง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ และเพิ่มอัตราการตายในโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย นอกจากนี้ยังเป็นผลให้โรคทางร่างกายที่มีอยู่หายช้าลง ผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา นอนอยู่บนเตียงทั้งวัน เช่น หลังผ่าตัดข้อสะโพกหัก ผู้ป่วยจะไม่ยอมร่วมมือในการทำกายภาพบำบัด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มีโรคซึมเศร้า (เช่น Post stroke depression) โดยปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคทางกายและโรคซึมเศร้าสูงถึง 1.5 – 3 เท่าของคนทั่วไป

3. ความเครียดจากภาวะโรคซึมเศร้าและความเครียดที่เกิดขึ้นๆ อาจทำให้เกิดความเสื่อมในสมองส่วน Hippocampus ได้เร็ว ซึ่งเป็นสมองส่วนสำคัญในกระบวนการของความจำ ทำให้ความจำลดลงและอาจมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมได้

การที่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวที่ส่งผลกระทบต่อกรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร หรือความสามารถในการซื้ออาหาร เตรียมอาหาร และการรับประทานอาหารให้เพียงพอ การเคี้ยวอาหารทำได้ลำบากส่งผลต่อการเลือกชนิดของอาหาร โดยหลีกเลี่ยงอาหารประเภทที่เคี้ยวยากที่เป็นพวกเส้นใย ซึ่งมีรายงานการศึกษาในผู้สูงอายุ ที่มีจำนวนพันธุกรรมชาติลดลง มักรับประทานอาหารพวกแป้ง น้ำตาล อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง หรืออาหารที่มีไขมันสูงเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุบางท่านอาจงดรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารน้อยลง ทำให้ได้รับสารอาหารบางชนิดไม่ครบถ้วน

**4.1.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ** ปัจจุบันโรงพยาบาลภาครัฐมีจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก ผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และจำนวนไม่น้อยที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ (Costa Bruna Vieira de Lima, 2012; Luciana Bronzi de Souza, 2015; Zahra Bostani Khalesi, 2017) ซึ่งการดูแลรักษาเป็นรายโรค (Disease management) ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ จึงต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาครบทุกมิติสุขภาพ ส่งผลให้

ผู้สูงอายุฟื้นคืนสภาพได้รวดเร็วขึ้น ทำให้โรงพยาบาลสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและอัตราการครองเตียง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) กลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และภาวะหกล้ม

1) โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) เป็นโรคของข้อเข่าที่เกิดจากการเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ (Articular cartilage) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมจะไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและจะทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ (สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย, 2553)

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อที่พบบ่อยในเพศหญิง และเป็นต้นเหตุอันดับ 4 ที่ทำให้หญิงต้องทนทุกข์ทรมานและมีความพิการ ต้องพึ่งไม้เท้าและรถเข็น ขณะที่ในเพศชายข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นต้นเหตุอันดับ 8 ที่ทำให้ต้องพิการ อาการและอาการแสดงที่สำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อมมีผลให้ผู้ป่วยต้องลดกิจกรรมทางกายลง ต้องนั่งพักนอนพักอยู่บนเตียง การเล่นเกม และการเข้าสังคม ต้องลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีผลให้สุขภาพองค์รวมและคุณภาพชีวิตลดลง เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคอัมพาต และโรคเรื้อรังอื่น ๆ รวมทั้งอาการและโรคทางจิต ได้แก่ อาการซึมเศร้า กังวล เครียด ท้อแท้ และสิ้นหวัง ผู้สูงอายุที่มีอาการมานานและเกิดความพิการของข้อเข่าอย่างถาวรแล้ว นอกจากต้องพึ่งยา ใช้ไม้เท้า รวมทั้งรถเข็นแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ยังต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งอาจเป็นการพึ่งพาเพียงบางส่วน หรือพึ่งพาทั้งหมด อาจเป็นภาระของผู้ใกล้ชิดหรือลูกหลาน

ข้อเข่าเป็นอวัยวะทำหน้าที่รับน้ำหนักตัว และให้พิสัยการเคลื่อนไหวขณะใช้งาน ข้อเข่า ประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ ปลายกระดูกต้นขา (Femur) ส่วนต้นของกระดูกแข้ง (Tibia) และกระดูกสะบ้า ยึดต่อกันโดยเอ็นยึดข้อที่มีความแข็งแรง ทั้งที่หุ้มรอบข้อเข่าและเอ็นที่ไขว้ยึดกระดูกภายในข้อเข่า ส่วนปลายของกระดูกทั้งสองจะเป็นส่วนของกระดูกอ่อนข้อต่อ (Cartilage) ที่มีความมันเรียบและแข็งแรง เพื่อทำหน้าที่รับและกระจายน้ำหนักขณะยืนหรือเดิน กระดูกสะบ้าเป็นกระดูกรูปสี่เหลี่ยมที่เกิดในเอ็นใหญ่หน้าข้อเข่ามีหน้าที่ป้องกันการกระแทกโดยตรงต่อข้อเข่า ขณะงอเข่าหรือเหยียดเข่า ตัวกระดูกสะบ้า จะเคลื่อนหรือเลื่อนโดยไม่ติดขัดตามร่องปลายกระดูกต้นขา (Femur) ขณะที่งอเข่าเต็มที่ เช่น ขณะนั่งยอง หรือพับเพียบ จะมีแรงอัดจากกระดูกสะบ้า ทำให้ความดันในเข่าสูง จึงรู้สึกไม่สบายในท่าดังกล่าว

ปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อม

1. อายุ อายุมากมีโอกาสเป็นมากเนื่องจากอายุการใช้งานมาก
2. เพศ เพศหญิงจะเป็นโรคเข่าเสื่อมมากกว่าเพศชาย 2 เท่า
3. น้ำหนัก ยิ่งน้ำหนักตัวมากข้อเข่าจะเสื่อมเร็ว
4. การใช้ข้อเข่า ผู้ที่นั่งยอง ๆ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งพับเพียบนานๆ จะพบข้อเข่า

เสื่อมเร็ว

5. การได้รับบาดเจ็บบริเวณข้อเข่า ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุที่ข้อเข่าไม่ว่าจะกระดูกข้อเข่าแตกหรือเอ็นฉีก จะเกิดข้อเข่าเสื่อมได้

6. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและได้รับแคลเซียมในปริมาณที่เพียงพอจะชะลอการเสื่อมของเข่าได้

2) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยปัสสาวะราดออกมาโดยไม่ได้ตั้งใจ พบบ่อยขึ้นในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นำมาซึ่งความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจนทำให้สูญเสียความมั่นใจในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ไม่สามารถมีกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ต้องเก็บตัวอยู่กับบ้านและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่เลวลง นอกจากนี้อาการปัสสาวะราดมักถูกละเลยในเวชปฏิบัติทั้งโดยผู้ป่วยสูงอายุเองและบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากอาการปัสสาวะราดเป็นสิ่งที่น่าละอายที่ผู้สูงอายุจำนวนถึงร้อยละ 38 - 70 ไม่เปิดเผยต่อบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้สาเหตุที่อาจจะแก้ไขได้ไม่ถูกตรวจพบ บุคลากรทางสุขภาพเองส่วนใหญ่ก็มักไม่ให้ความสนใจปัญหานี้อาจเนื่องจากมีปัญหาอื่นที่เร่งด่วนกว่า ความคิดที่ว่าถามไปก็มักแก้ไขได้ยาก เพียงให้ผู้ป่วยใช้แผ่นผ้าอ้อมก็เพียงพอแล้ว เป็นต้น

ผลกระทบต่อทางเวชกรรมของอาการปัสสาวะราดที่สำคัญในผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ได้แก่

- ด้านสุขภาพกาย เช่น โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อน
- โรคผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณที่สัมผัสกับน้ำปัสสาวะเป็นเวลานานจะเปียกและแฉะ ทำให้เกิดแผลกดทับ การอักเสบที่ปลายอวัยวะเพศ (Balanitis) และการติดเชื้อราที่ผิวหนังได้ง่าย

- ภาวะหกล้มและกระดูกหัก มักเกิดในผู้ที่มีปัสสาวะราดเวลากลางคืน ผู้สูงอายุหญิงที่มีปัญหาปัสสาวะราดประมาณร้อยละ 20 - 40 จะหกล้มภายใน 1 ปี ร้อยละ 10 ของภาวะหกล้มนี้จะมีกระดูกหักตามมา โดยเฉพาะที่ข้อสะโพก

- ด้านสุขภาพจิต เช่น รู้สึกเป็นที่อับอาย สูญเสียความมั่นใจในตนเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

3) ภาวะหกล้ม (Fall) เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผลกระทบของภาวะหกล้มนำไปสู่ความเจ็บป่วยอื่นที่อาจตามมาอย่างที่เราคาดไม่ถึง เช่น ภาวะกระดูกหัก (Fracture) นั้นจะทำให้เกิดการเสียชีวิต ความพิการ การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตลอดจนผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งผู้สูงอายุอาจกลายเป็นภาวะต่อญาติผู้ดูแลและสังคมโดยส่วนรวม แม้ภาวะหกล้มส่วนใหญ่มักดูเหมือนจะก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย แต่อาการแสดงของพยาธิสภาพต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากความชราเองและโรคภัยแรงต่าง ๆ ที่ซ่อนอยู่อาจค่อย ๆ ปรากฏตามมาได้

หากไม่ได้รับประเมินเพื่อป้องกันและแก้ไขอย่างเหมาะสม ย่อมส่งผลร้ายต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมักเกิดจากปัจจัยนำ (Predisposing factor) และปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factor) ซึ่งมีผลต่อกัน ดังนั้น การวินิจฉัย การดูแลรักษาตลอดจนการป้องกันภาวะหกล้มเป็นเรื่องที่บุคลากรทางสุขภาพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุควรให้ความสนใจเป็นอันดับต้น ๆ ในเวชปฏิบัติประจำวัน ขณะเดียวกันอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองเมื่อติดตามไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่า เท่ากับร้อยละ 10.1 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชราจะมีอุบัติการณ์ภาวะหกล้มเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ผู้ที่มีความสามารถทางสมองลดลง เช่น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมก็มักหกล้มได้บ่อยกว่าคนทั่วไป ในด้านผลระยะยาวสำหรับผู้ที่ยกเว้นและมีการดูแลข้อสะโพกหักจะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 เมื่อติดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี และมีถึงร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วย (Luciana Bronzi de Souza, 2015; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551)

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้ม แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงภายใน และปัจจัยเสี่ยงภายนอก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ดังนี้

#### 1) ปัจจัยเสี่ยงภายใน

(1) อายุ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนครั้งและความรุนแรงของภาวะหกล้ม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหวบกพร่อง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากกว่าคนหนุ่มสาวประมาณ 4 - 5 เท่า

(2) เพศ จากการศึกษาวิจัยพบว่า เพศหญิงมีความชุกของภาวะหกล้มมากกว่าเพศชาย แต่ความรุนแรงของภาวะหกล้มน้อยกว่าเพศชาย อาจเป็นเพราะเพศหญิงมีการเคลื่อนไหวร่างกายและกิจกรรมทางกายในระดับต่ำกว่า ส่งผลให้เพศชายมีอัตราการตายหลังภาวะหกล้มมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 49

(3) โรคประจำตัว ได้แก่ โรคของระบบกระดูกกล้ามเนื้อและข้อ โรคระบบประสาทสมอง ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานผิดปกติ

(4) กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่หลักในด้านกำลังและความแข็งแรงมีการฝ่อลีบและจำนวนน้อยลง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อขามากกว่าที่แขนและมือ ทำให้มีกำลังขาน้อยลง ส่งผลต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

(5) การทรงตัวและการเดินบกพร่อง อาจมีสาเหตุจาก การรับรู้รู้สึกลดลง ทั้งการทรงตัว การมองเห็น และความรู้สึกทางกาย จากโรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน หรือจากเส้นประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อมีการบาดเจ็บ กดทับ อักเสบ ส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากผู้สูงอายุมีการเดินและการทรงตัวบกพร่อง จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มได้ถึง 3 เท่า

(6) ระบบการรับความรู้สึกผิดปกติ ทั้งระบบประสาทรับความรู้สึกทางกาย ระบบการทรงตัว และระบบการมองเห็นส่วนก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น

(7) ความบกพร่องของการรู้คิด (Cognitive impairment) หากผู้สูงอายุได้รับการประเมินสภาพสมองเบื้องต้น (Mini – Mental State Examination) ได้คะแนนน้อยกว่า 26 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มแล้วได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า

(8) พฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะหกล้ม ได้แก่ การใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ การทำกิจกรรมที่เสี่ยงอันตรายและเกินความสามารถของตนเอง ขาดความใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เช่น การเปลี่ยนลักษณะของพื้นผิวหรือพื้นต่างระดับ เป็นต้น

(9) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ในผู้ที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้มักมีปัญหาการเคลื่อนไหวร่วมด้วยส่งผลให้เกิดภาวะหกล้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การลุกขึ้นมาเข้าห้องน้ำตอนกลางคืนจำนวน 2 ครั้งขึ้นไปก็เสี่ยงต่อภาวะหกล้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน

(10) ประวัติการหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม 1 ครั้งขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงที่จะหกล้มในปีต่อไป 3 เท่า

(11) ความกลัวภาวะหกล้ม (Fear of falling) หมายถึง ความกลัวอย่างต่อเนื่องที่จะหกล้ม ส่งผลให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ยังสามารถทำได้ หรือความรู้สึกสูญเสียความสามารถที่จะทำกิจกรรมใดๆ โดยที่ยังไม่เกิดภาวะหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความกลัวภาวะหกล้ม ได้แก่ เคยหกล้มมาก่อน มีอาการเวียนศีรษะ รู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดี ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการเดินและการทรงตัวไม่ดี

(12) การใช้ยาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้ม ได้แก่ ยาทางจิตเวช ยาด้านการเดินผิดจังหวะของหัวใจ class 1 ยาลดความดันโลหิต ยาบรรเทาปวด ยาหยอดตาที่ทำให้รูม่านตาหดเล็ก ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่สื่อสารระหว่างเซลล์ที่ส่งผลต่อการทำงานของร่างกาย (Anticholinergic)

## 2) ปัจจัยเสี่ยงภายนอก

(1) การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หลายการศึกษาระบุว่าอุปกรณ์ช่วยเดินมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มได้ อาจเป็นเพราะสาเหตุ ดังนี้

- ก. ผู้สูงอายุไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินทั้งที่มีความจำเป็นต้องใช้
- ข. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่เหมาะสมกับพยาธิสภาพ
- ค. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่ถูกต้อง
- ง. อุปกรณ์ช่วยเดินหมดสภาพการใช้งาน

2) สภาพที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย สาเหตุที่พบบ่อย คือ เดินสะดุด ลื่นขณะเดิน หกล้มขณะย้ายตัว และหกล้มขณะก้าวลงบันไดหรือก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น ของวางเกะกะ สายไฟวางขวางทางเดิน พรอมปูไม่เรียบ ไฟไม่สว่าง พื้นลื่น บันไดไม่มีราวจับ ความสูงของตู้และเก้าอี้ไม่เหมาะสม หรือมีสัตว์เลี้ยง เป็นต้น

3) รองเท้าไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุมักใส่รองเท้าที่เล็กหรือใหญ่กว่าเท้าของตนเอง ทำให้ไม่กระชับ ประกอบกับพื้นรองเท้าสึกและหมดสภาพ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหกล้ม รองเท้าที่เหมาะสมคือรองเท้าหุ้มส้น หรือมีสายรัดส้น มีการระบายอากาศที่ดี ส้นรองเท้าไม่ควรสูงเกิน 1 นิ้ว พื้นรองเท้าควรมีความแข็งแรง ไม่บิดงอง่ายและกันลื่นได้ ส่วนพื้นรองเท้าด้านในควรมีความนุ่ม ยืดหยุ่น และมีความหนาพอที่จะลดแรงกระแทกของเท้าได้

## 4.2 ความรู้ทางโภชนาการของผู้สูงอายุ

### 4.2.1 ความหมายของความรู้

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้อีกก่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) ให้ความหมายความรู้ คือ พฤติกรรมขั้นต้นซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะได้โดยการนึกหรือการมองเห็น ได้ยิน จำได้ ความรู้ในที่นี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง และวิธีการแก้ปัญหา

ชวาล แพรัตกุล (2526) ให้ความหมายของความรู้ คือ การแสดงออกของสมรรถภาพสมองและด้านความจำ โดยใช้วิธีให้ระลึกออกมาเป็นหลัก

ธวัชชัย ชัยจิรฉายากุล (2527) ให้ความหมายความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำเป็นและการระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุและปรากฏการณ์ต่าง ๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่าย ๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยู่ยากซับซ้อนและความสัมพันธ์ต่อกัน

ดังนั้น จากความหมายดังกล่าวจึงสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริงที่มนุษย์ได้รับเกี่ยวกับ สถานที่ เหตุการณ์ สิ่งของและบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์การสังเกตหรือการค้นคว้า โดยเก็บรวบรวมสะสมไว้ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่เรียกเอาสิ่งที่จำได้ออกมาให้ปรากฏได้สังเกตได้ วัดได้



#### 4.2.2 ความหมายของความรู้ทางโภชนาการ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของความรู้ทางโภชนาการ ว่า การรู้เรื่องราวข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับหลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้รับจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

### 4.3 ทักษะต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

#### 4.3.1 ความหมายของทัศนคติ

สุชาติ โสภประยูร (2520) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะแห่งความพร้อมของจิตใจ ซึ่งมีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งในลักษณะที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2523) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติเป็นความคิดเห็นซึ่งมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างจากสถานการณ์ภายนอก

ฉัตรชัย ปันชาติ (2545) ให้ความหมายไว้ว่า ทัศนคติเป็นความรู้และความรู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในด้านที่ดีและไม่ดี อาจเป็นลักษณะบวกหรือลบ ฟังพอใจหรือไม่ฟังพอใจ

วรรณวิมล เมฆวิมล (2555) ให้ความหมายของทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกก่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

จากความหมายที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่า ทัศนคติ หมายถึง สภาพทางจิตของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้และประสบการณ์จากสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดพฤติกรรมในการที่จะตอบสนองต่อบุคคล สิ่งของ หรือเหตุการณ์เฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งในการทำงานว่าชอบหรือไม่ชอบ ทัศนคติ หรือเจตคติ เป็นหลักสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ซ้ำซ้อน ต้องอาศัยการตอบสนองเป็นถ้อยคำหรือพฤติกรรมภายใน

#### 4.3.2 ความหมายของทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ให้ความหมายของทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด และความโน้มเอียงของผู้สูงอายุ ที่มีต่อข้อมูลข่าวสารเดิมที่ได้รับมา และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารใหม่เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ซึ่งเป็นไปได้ทั้งเชิงบวก และเชิงลบ

### 4.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

#### 4.4.1 ความหมายของพฤติกรรม

ราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า (อ้างถึงใน วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555, น. 4)

วรรณวิมล (2555) ให้ความหมายของพฤติกรรม คือ ปฏิกริยาหรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ตามสภาพทางสังคมวัฒนธรรม สถานการณ์ และประสบการณ์มีทั้งที่สังเกตเห็นได้และสังเกตไม่ได้

วัชพลประสิทธิ์ (2557) กล่าวว่าพฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิกริยา หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต ส่วนพฤติกรรมของคน หมายถึง ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลมีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม โดยมักได้อิทธิพลจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้นและประสบการณ์ในอดีต พฤติกรรมแบ่งออกเป็นพฤติกรรมภายใน ซึ่งหมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคลเป็นลักษณะทางจิต เช่น ความคิดความรู้สึก การรับรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ส่วนพฤติกรรมภายในนั้น มักไม่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอกหรือการปฏิบัติ หมายถึง ปฏิกริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง เดิน พฤติกรรมของมนุษย์ จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งสามารถเข้าใจได้ ต้องอาศัยปัจจัยใจเชิงจิตวิทยาควบคู่ไปการเรียนรู้ทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้

#### 4.4.2 ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

องค์การอนามัยโลก (1972) ให้ความหมายพฤติกรรมบริโภคอาหาร ไว้ว่า การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่กิน การกินหรือกินอะไร กินอย่างไร จำนวนมือที่กิน และอุปกรณ์ที่ใช้รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังกิน

สมใจ ศิริเวช (2532) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง ลักษณะหรือการกระทำอันซ้ำซาก ซึ่งบุคคลหนึ่งทำด้วยความเต็มใจ เพื่อให้การรับประทานอาหารของบุคคลนั้นบรรลุถึงความประสงค์ทางด้านอารมณ์และสังคม เป็นการกระทำที่สืบเนื่องกันมาเป็นระยะเวลายาวนานยากที่จะเปลี่ยนแปลง

อังสินันท์ อินทรกำแหง (2552) ให้ความหมายพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การกระทำต่าง ๆ ได้แก่ การรับประทานผักและผลไม้ การรับประทานธัญพืช เช่น ข้าวกล้อง ขนมปังโฮลวีต ถั่ว ข้าวโอ๊ต เป็นต้น การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ การหลีกเลี่ยงของหวานหรือเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ และการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่

นรินทร์ สังข์รักษา (2552) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติหรือแสดงออกเกี่ยวกับการเลือกบริโภคอาหาร สุขลักษณะ และวิธีการรับประทานอาหารที่สามารถสังเกตได้ โดยเป็นลักษณะความชอบหรือไม่ชอบแต่ปฏิบัติเสมอ ๆ จนกลายเป็นความเคยชินที่ผู้บริโภคจะต้องนำมาพิจารณาในการเลือก ประุง และรับประทานของตนเองและครอบครัว

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การประพฤติปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ซึ่งขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเชื่อเข้ามาเกี่ยวข้อง ตามบทบาทของสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการตัดสินใจของคนในการกระทำเกี่ยวกับอาหารซึ่งแต่ละสังคมที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และรายได้ต่างกันจะมีรูปแบบการบริโภคที่แตกต่างกันทั้งวิธีการรับประทานอาหารว่าจะรับประทานอาหารอะไร อย่างไร มีคุณประโยชน์หรือเป็นโทษต่อร่างกายอย่างไร

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้ให้คำจำกัดความว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งวัดจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากผู้วิจัยหลาย ๆ ท่านที่ได้ทำการศึกษามาแล้ว

พฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับประสบการณ์การรับประทานอาหารตอนเป็นทารกและพฤติกรรมการรับประทานอาหารของครอบครัว บุตรมักจะเลียนแบบพฤติกรรมการรับประทานอาหารของบิดามารดาเสมอ และบิดามารดาจะถ่ายทอดพฤติกรรมการรับประทานอาหารของตัวเองไปสู่บุตร ถ้าบิดามารดารับประทานอาหารมากและมีภาวะโภชนาการเกิน บุตรจะรับประทานอาหารมากและมีภาวะโภชนาการเกินตามไปด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เหงาว่าห่วยขาดความรักและเอาใจใส่ของครอบครัว มีความผิดหวังและความเครียด อาจใช้เรื่องการรับประทานอาหารเป็นสิ่งทดแทน ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ พฤติกรรมการบริโภคอีกประเภทคือการควบคุมอาหารมากเกินไป เช่น ลดไขมันหรืออาหารอื่นๆ จากทัศนคติต่อการบริโภค หรือความรู้ทางโภชนาการที่ได้รับ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร Schwartz (1975) (อ้างในธีระยุทธ มงคลมะไฟ, 2559) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม โดยสรุปได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

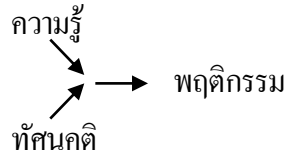
- 1) ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม

ความรู้ → ทัศนคติ → พฤติกรรม

- 2) ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดพฤติกรรมตามมา



3) ความรู้และทัศนคติต่างทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยที่ความรู้ และทัศนคติไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กัน



4) ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้น ทัศนคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดพฤติกรรมตามมาได้



จะเห็นได้ว่าการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผล ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทางโภชนาการ ทัศนคติต่อการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินได้

## 5. นโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

เนื่องจากโครงสร้างทางประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้หลายหน่วยงานมีความตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุมากขึ้น จึงออกนโยบายเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยมีนโยบายตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับองค์กรที่ผู้วิจัยสังกัดอยู่ ได้แก่

5.1 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552

5.2 แผนพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ.2557 - 2560)

5.3 นโยบายผู้สูงอายุสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

5.4 นโยบายผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

5.1 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552

แนวคิดพื้นฐานของการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีดังนี้ (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2553)

### ปรัชญา

1) ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน และรัฐให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด

2. ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่ประสบความทุกข์ยาก ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

3. การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ได้แก่

- ประชากรช่วยตนเอง
- ครอบครัวดูแล
- ชุมชนช่วยเกื้อกูล
- สังคม รัฐสนับสนุน

โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ควรมีการบูรณาการให้เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง

วิสัยทัศน์ "ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม" โดย

1) ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (มีสุขภาพดีทั้งกายและจิต ครอบครัวมีสุข สังคมเอื้ออาทร อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคม มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง)

2) ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่มีความเข้มแข็ง สามารถให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ

3) ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐาน

4) ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในระบบสวัสดิการ และบริการให้แก่ผู้สูงอายุ โดยมีการกำกับดูแลเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุ ในฐานะผู้บริโภค

5) ต้องมีการดำเนินการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างดีและต่อเนื่อง

**วัตถุประสงค์**

1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง

2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม และส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด

3) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

4) เพื่อให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน ตระหนัก และมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ

5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

#### ยุทธศาสตร์ของแผน

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 จัดแบ่งเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

**5.1.1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ** ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ
- 2) มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- 3) มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรี

ของผู้สูงอายุ

**5.1.2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเบื้องต้น
- 2) มาตรการส่งเสริมการอยู่รวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ
- 3) มาตรการส่งเสริมด้านการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- 4) มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ
- 5) มาตรการ ส่งเสริม สนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

6) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

**5.1.3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการคุ้มครองด้านรายได้
- 2) มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ
- 3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- 4) มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

**5.1.4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ** ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติ
- 2) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

**5.1.5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ** ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

- 1) มาตรการ สนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ สำหรับการกำหนดนโยบาย และการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ
- 2) มาตรการ ดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง
- 3) มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้ถูกต้องและทันสมัย โดยมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญด้านผู้สูงอายุที่ง่ายต่อการเข้าถึงและสืบค้น

## **5.2 แผนพัฒนาคุณภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาที่ 1 (พ.ศ.2557 - 2560)**

วิสัยทัศน์ “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า และมีความสุข” (กรุงเทพมหานคร, 2557)

### **พันธกิจหลัก**

- 1) พัฒนาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด อีกทั้งอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานที่สุด
- 2) ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมของประชากรที่อยู่ในวัยเด็ก และวัยแรงงานของกรุงเทพมหานครให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต
- 3) ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการและสวัสดิการต่างๆ โดยการพัฒนา ระบบส่งเสริมศักยภาพและคุ้มครองผู้สูงอายุที่มีบูรณาการและมีประสิทธิภาพ
- 4) ส่งเสริมศักยภาพของชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม และองค์กรต่างๆ ในการมีส่วนร่วม เพื่อดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

### **ยุทธศาสตร์**

แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะเวลาที่ 1 (พ.ศ.2557 – 2560) แบ่งยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการส่งเสริมและพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งตนเองต่อไปได้นานที่สุด รวมทั้งสามารถมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ ให้แก่ ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยมีมาตรการ 6 มาตรการหลัก ดังนี้

- (1) มาตรการด้านการส่งเสริมการทำงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ
- (2) มาตรการด้านการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคมอย่างบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว
- (3) มาตรการด้านการส่งเสริมการรวมกลุ่มและสร้างความเข้มแข็ง
- (4) มาตรการด้านการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพให้มีคุณค่าแก่สังคม
- (5) มาตรการด้านการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้ผู้สูงอายุ
- (6) มาตรการด้านการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

2) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการสร้างระบบ การคุ้มครองในทุกมิติให้แก่ผู้สูงอายุทั้งที่ยังพึ่งตนเองได้และอยู่ในภาวะพึ่งพา ประกอบไปด้วยมาตรการ ต่าง ๆ ดังนี้

- (1) มาตรการด้านคุ้มครองด้านรายได้
- (2) มาตรการด้านหลักประกันด้านสุขภาพ
- (3) มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง
- (4) มาตรการด้านระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

3) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรในกรุงเทพมหานครทุกช่วงวัย เพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์นี้เป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกในการรับมือกับแนวโน้มของการก้าวสู่ สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยมุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยเด็กและวัยทำงานที่จะเป็น ผู้สูงอายุในอนาคตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ โดยมีมาตรการต่างๆ ดังนี้

- (1) มาตรการด้านการส่งเสริมและสร้างวินัยการออม
- (2) มาตรการด้านการให้การศึกษาและเรียนรู้ตลอดชีวิต
- (3) มาตรการด้านการปลูกจิตสำนึกถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ
- (4) มาตรการด้านการส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับคนทุกวัยโดยให้ เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมด้านการศึกษา ศาสนา วัฒนธรรม การกีฬา และการท่องเที่ยว
- (5) มาตรการด้านการส่งเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิต การ ป้องกันโรคและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข



4) ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการของกรุงเทพมหานคร และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการพัฒนาบริหารจัดการและการวางแผนพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุอย่างมีบูรณาการ โดยมีมาตรการต่างๆ ดังนี้

(1) มาตรการด้านการบริหารจัดการ เพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับกรุงเทพมหานคร

(2) มาตรการด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุของกรุงเทพมหานคร มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และข้อมูลด้านผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

(1) มาตรการด้านการสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ

(2) จัดให้มีระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุ

(3) พัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุ ให้ถูกต้องและทันสมัยโดยมีระบบฐานข้อมูล

### 5.3 นโยบายผู้สูงอายุสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และจากการสำรวจประชากรสูงวัยของประเทศไทย พ.ศ.2557 พบว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.6 ของประชากรทั้งหมด ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ ทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ อีกทั้งกรุงเทพมหานครมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศ (สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล, 2558) ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่กำลังนำประเทศไทยไปสู่สภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรผู้สูงอายุ” (Population aging) โดยสัดส่วนของบุคคลในวัยทำงานลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการในการจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุที่ครบวงจร ทั้งทางด้านการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งการให้บริการดังกล่าว นอกเหนือจากบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุแล้ว ยังเน้นเรื่องการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุ การฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพผู้สูงอายุ การเป็นสถาบันฝึกอบรมทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กองประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร, 2560)

พล.ต.อ.อัศวิน ขวัญเมือง ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและคณะผู้บริหาร ได้ร่วมกันจัดทำนโยบาย ภายใต้แนวคิด “ผลักดันทันใจ แก้ไขทันที” เพื่อให้การบริหารราชการ การพัฒนาและแก้ไขปัญหาต่างๆ ของกรุงเทพมหานครดำเนินได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยหนึ่งในนโยบายการบริหารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คือนโยบายที่ 4 “คุณภาพชีวิตที่ดี” (CARE) : ดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน สิ่งแวดล้อม และระบบนิเวศ ในภารกิจที่ 3 Bangkok Special Care ดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ด้วยการเพิ่มความสะดวกรวดเร็ว และความใส่ใจเป็นพิเศษ ในการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สันทนการบริการที่สำนักงานเขตการเพิ่มพูนความรู้และทักษะอาชีพ และการเดินทางด้วยรถตู้วีลแชร์ (กรุงเทพมหานคร, 2560) ซึ่งภารกิจในส่วนนี้ทางสำนักงานการแพทย์จึงได้กำหนดนโยบายและการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม โดยได้ดำเนินการ 2 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านที่ 1 ให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ทั้ง 9 แห่ง พัฒนาคุณภาพการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลทุกแห่ง และพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกส่วนให้มีประสิทธิภาพ เพื่อประชาชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้เข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขที่เท่าเทียม มีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงและปลอดภัย

ด้านที่ 2 การจัดช่องทางด่วน (Fast track) เพื่อให้บริการกรณีพิเศษแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปี เป็นต้นไป ตั้งแต่การทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย การยื่นบัตร การพบแพทย์ รวมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจพิเศษอื่นๆ ก่อนพบแพทย์ และการรอรับยา เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย มีความเปราะบาง มักต้องมีผู้ดูแลเวลามาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องใช้รถเข็นหรือเปลนอน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะต่างๆ ที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอคอยรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งการจัดตั้งห้องตรวจ “กทม.ใส่ใจวัย 80 ปี” ถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่เล็งเห็นความสำคัญของการให้บริการผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน มีช่องทางพิเศษในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมากที่สุด เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของผู้ว่าราชการ กรุงเทพมหานครในการพัฒนากรุงเทพมหานครให้เป็นมหานครแห่งความสุข รวมถึงส่งเสริมพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย ยกศักยภาพศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์เทียบเท่าสถาบันการแพทย์ชั้นนำของประเทศเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นมหานครแห่งอาเซียน

วิสัยทัศน์ เป็นองค์กรที่มีเครือข่ายบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับระดับประเทศ (Medical Service Department is the organization with a network of medical and health services that was recognized nationally)

### พันธกิจ

- 1) พัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
- 2) สร้างความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุให้เป็นผู้มีคุณค่า/ภูมิปัญญาของชุมชน
- 3) ให้บริการแบบองค์รวม
- 4) ส่งเสริมเครือข่ายบริการด้านการแพทย์ให้เข้มแข็ง
- 5) สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่ยอมรับของสาธารณชน
- 6) มีการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ
- 7) พัฒนาคณากร งานวิชาการ การศึกษา และงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง
- 8) พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับภัยพิบัติ

### วัตถุประสงค์

- 1) มุ่งสร้างสังคมสุขภาวะและประชาชนมีสุขภาพดี
- 2) เพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้มาตรฐานและมีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ
- 3) พัฒนาคณากร เป็นเลิศทางการแพทย์ งานวิจัย และการศึกษาต่อเนื่อง
- 4) ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน โดยเน้นเวชศาสตร์เขตเมือง และรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
- 5) ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลสุขภาพและรักษาโรคอย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ลดความพิการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### เป้าหมายหลัก

- 1) มีการจัดการอย่างเป็นระบบ มีการติดตามประเมินผล และประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รู้จักและยอมรับต่อสาธารณชน
- 2) มีการประสานงานเครือข่ายที่เป็นระบบ ประสานงานในองค์กร ลดขั้นตอนและมีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน
- 3) มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ รองรับ และสนับสนุนการบริหารจัดการที่ดีและการบริการที่มีคุณภาพ
- 4) ให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
- 5) มีระบบบริการทางการแพทย์เพื่อรองรับภัยพิบัติ
- 6) มีการพัฒนาวิชาการ วิจัย และเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง
- 7) ส่งเสริมให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์เป็นสถาบันการศึกษาระดับหลัง

ปริญญา

- 8) พัฒนาความเป็นเลิศและเพิ่มการเข้าถึงการรักษาพยาบาลโรคเฉพาะทางในสถานพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นของประชาชนในการมารับบริการทางการแพทย์
- 9) เป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์เขตเมือง
- 10) มีการเตรียมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
- 11) ผู้สูงอายุได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน มีรูปแบบบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างครบวงจร ทั้งการดูแลสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงการเป็นสถานับนอบรมและเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการสำหรับบุคลากร และบุคคลทั่วไป

#### นโยบายการบริหารงานสำนักการแพทย์ พ.ศ. 2560 (พิชญา นาควัชระ, 2560)

- 1) ขับเคลื่อนโรงพยาบาลและส่วนราชการในสังกัดสำนักการแพทย์ สู่อันดับคุณธรรม “รับผิดชอบ โปร่งใส ใส่ใจบริการ” สืบสานศาสตร์พระราชาสถาปัตยกรรมสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช
- 2) ให้การบริการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูง สะดวก รวดเร็ว ตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการด้วยคุณภาพ และมาตรฐานอย่างเอื้ออาทร
- 3) พัฒนาขีดความสามารถในการแข่งขัน มุ่งสู่ความเป็นเลิศทางการแพทย์ในระดับสากล สนับสนุนทรัพยากรด้านต่าง ๆ เพื่อให้ก้าวทันเทคโนโลยีและวิทยาการใหม่
- 4) สนับสนุนการบริการสุขภาพของประชาชนทุก ๆ ด้านที่ตอบสนองต่อการพัฒนาเมือง โดยมุ่งเน้นเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบบูรณาการ
- 5) จัดการเรียน การสอนแพทยศาสตร์ศึกษาทั้งระดับปริญญา และระดับหลังปริญญา เพื่อผลิตบัณฑิตแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ที่มีคุณภาพ คุณธรรม และจริยธรรม
- 6) สร้างงานวิจัยที่ชี้นำสังคม และตอบสนองในการพัฒนาเมือง ทางด้านสาธารณสุข สุขภาพ และสังคม
- 7) บริหารจัดการองค์กรให้มีภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ไว้วางใจและสร้างความเชื่อมั่นต่อประชาชน
- 8) เป็นองค์กรแห่งความสุข บุคลากรทุกคนมีสุขภาวะที่ดี มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ภายใต้หลักเศรษฐกิจพอเพียง การพึ่งตนเอง และได้รับการดูแลจากผู้บริหารทุกระดับอย่างดียิ่งภายใต้บริบทที่เหมาะสม

#### 5.4 นโยบายผู้สูงอายุโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลหนึ่งในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ขนาด 434 เตียง ตั้งอยู่ในเขตบางคอแหลม มีผู้ป่วยสูงอายุในเขตพื้นที่ดูแลจำนวน 3 เขต คือ บางคอแหลม ยานนาวา และสาทร สถิติปีงบประมาณ 2558 - 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่มารับ

บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ดังนี้ 20,246 21,542 และ 22,466 เมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งต่อคนที่มารับบริการต่อปีงบประมาณ 2558 - 2560 เท่ากับ 11.17 11.27 และ 10.70 ตามลำดับ (สัญญาณี สอนบุตรนาค, 2560) ดังแสดงในตารางที่ 2.2 ดังนี้

ตารางที่ 2.2 จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยนอกผู้สูงอายุ		
	คน	ครั้ง	เฉลี่ย (ครั้ง/คน)
2555	17,202	175,747	10.22
2556	18,506	196,642	10.63
2557	19,385	202,224	10.43
2558	20,246	226,116	11.17
2559	21,542	242,785	11.27
2560	22,466	240,483	10.70

คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์จัดตั้งเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2557 ตามนโยบายสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครที่ให้โรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และพัฒนาเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และทีมบุคลากรทางการแพทย์ทุกส่วนให้มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในการตรวจประเมินกลุ่มอาการโรคผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้เข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขที่เท่าเทียม มีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์แข็งแรงและปลอดภัย โดยสหสาขาวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้น ๆ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา จัดบริการจำนวน 3 วันต่อสัปดาห์ คือวันอังคารถึงพฤหัสบดี เวลา 8.00 - 12.00 น.

ภายในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้จัดช่องทางด่วน (Fast Track) เพื่อให้บริการกรณีพิเศษแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ได้พบแพทย์ และตรวจประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพก่อน เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย มีความเปราะบาง มักต้องมีผู้ดูแลเวลามาโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องใช้อรถเข็นหรือเปลนอน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์ระหว่างรอคอยรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานที่เล็งเห็นความสำคัญของการให้บริการผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุมากที่สุด

โครงการ “กทม. ใส่ใจ ผู้สูงวัย หัวใจแกร่ง” เป็นโครงการประจำปีงบประมาณ 2561 เพื่อพัฒนางานคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลมีจำนวนมากขึ้น บุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวนไม่เพียงพอ ขาดการ บูรณาการระหว่างหน่วยงานที่ดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุ โดยหวังว่าผู้สูงอายุจะได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์รวม และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและมีจิตใจที่พร้อมให้บริการ โดยมีกิจกรรม 2 ด้าน ดังนี้

1. พัฒนาระบบการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความประทับใจ และมีความพึงพอใจในการรับบริการ

1.1 เพิ่มช่องทางพิเศษในการรับบริการแยกตามวัยผู้สูงอายุ 60 ปี และ 80 ปีขึ้นไป

1.2 การให้บริการผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมและครบวงจรในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

1.3 การเยี่ยมบ้านหรือการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

1) การเชื่อมโยงกับ ศบส. สำนักอนามัย และสำนักงานเขตในพื้นที่ ในการเยี่ยมบ้าน หรือการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ

2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูง ได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. พัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ด้านผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความมั่นใจ และพร้อมให้บริการ

2.1 สร้างเครือข่ายภายในโรงพยาบาล โดยสร้างทีมบุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุอย่างองค์รวมในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

2.2 พัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุให้แก่บุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย ยังไม่พบงานวิจัยที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุโดยตรง มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการโดยรวม ดังนี้

### 6.1 งานวิจัยต่างประเทศ

Costa Bruna Vieira de Lima (2012) ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราในเมืองเบโล โอริซอนชี รัฐมินัสเซไรส์ ประเทศ

บราซิล จำนวน 55 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 76.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 ไม่ได้  
 รับการศึกษา ร้อยละ 40.4 สถานภาพ โสด ร้อยละ 46.2 มีบุตร ร้อยละ 40.4 เดินได้ ร้อยละ 55.8 จำเป็นต้อง  
 ใช้ฟันปลอมบางส่วนและทั้งหมด ร้อยละ 32.7 และ 19.2 ตามลำดับ โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรค  
 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 75.0 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ พบว่า การ  
 เคลื่อนไหวร่างกาย ความถี่ของการเยี่ยมจากครอบครัว และการสนับสนุนทางการเงิน มีความสัมพันธ์กับ  
 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Jair Sindra Virtuoso-Junior (2012) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสถียรของภาวะ  
 ทุพโภชนาการในสตรีสูงอายุที่มีรายได้น้อย ศึกษาในชุมชนรายได้น้อยทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ  
 ประเทศบราซิล พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย  $70 \pm 7.2$  ปี สถานภาพสมรสเป็นหม้าย รายได้น้อย การศึกษา  
 น้อย มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 37.4 สูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 6.3  
 ส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน (ดัชนีมวลกาย  $> 24.9$  กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) ร้อยละ 64.0 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 18.9  
 ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางและรุนแรง ศึกษาความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ พบว่า อายุ (70 –  
 79 ปี) สถานภาพความเป็นอยู่ (อาศัยตามลำพัง) การศึกษาต่ำ รายได้น้อย ความสามารถในการปฏิบัติ  
 กิจกรรมประจำวันน้อย และมีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ ส่วนยาที่ใช้เป็นประจำ  
 ไม่ได้มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการ

Luciana Bronzi de Souza (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโภชนาการกับ  
 ความสามารถในการประกอบกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ ทำการศึกษาผู้สูงอายุในเมืองเซาเปาลู  
 รัฐเซาเปาลู ประเทศบราซิล จำนวน 365 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.6  
 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองมาคือโรคเบาหวานชนิดที่สอง และโรค  
 ไชมันในเลือดผิดปกติ คิดเป็น 55.9 28.5 และ 15.2 ตามลำดับ จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
 ภาวะโภชนาการ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์  
 มาตรฐาน ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันต่ำลง

Restria Fauziana, et al. (2016) ทำการศึกษาดัชนีมวลกาย อัตราส่วนระหว่างเอวต่อ  
 สะโพก และความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุประเทศสิงคโปร์ พบความชุกของผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน น้ำหนักเกิน ปกติ และน้ำหนักน้อยอยู่ที่ร้อยละ 8.7 33.4 52.5 และ 5.5 ตามลำดับ  
 ชาวมาเลเซียมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักเกินเมื่อเทียบกับชาวจีนและชาวอินเดีย ในขณะที่ชาวมาเลเซียและ  
 อินเดียมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคอ้วนเมื่อเทียบกับชาวจีน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้แต่งงานมีน้ำหนักเกินน้อยกว่า  
 กลุ่มตัวอย่างที่แต่งงาน ผู้เข้าร่วมที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักน้อยกว่าคนที่อายุ  
 ระหว่าง 60 – 75 ปี ความชุกของ WHR สูง (สูงกว่า 0.90 สำหรับผู้ชายและ 0.80 สำหรับผู้หญิง) ร้อยละ  
 79.8 และแพร่หลายมากขึ้นในหมู่ชาวอินเดีย ผู้เข้าร่วมที่เป็นแม่บ้านมีแนวโน้มที่จะมีค่า WHR สูง

ในขณะที่ผู้ที่มีระดับอุดมศึกษามีแนวโน้มที่จะมี WHR ต่ำ การมีน้ำหนักเกินเกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ในขณะที่โรคอ้วนมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และอัตราส่วนระหว่างเอวต่อสะโพกที่สูงมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนภาวะเรื้อรังอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

Virginia B. Kalish (2016) ศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกิน พบว่า ดัชนีมวลกายที่สูงเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน และกระดูกสะโพกหัก การควบคุมน้ำหนักในผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และการทำงานของร่างกาย วิธีการลดน้ำหนักในผู้สูงอายุควรเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เช่น การฝึกความต้านทาน

## 6.2 งานวิจัยภายในประเทศ

สรณญา แก้วพิบูลย์ (2555) ทำการศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน คิดเป็นร้อยละ 63.43 มีอายุ 60-70 ปี และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ด้านข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร และผู้ดูแลอยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี เป็นส่วนใหญ่ มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 60.20 มีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 24.43 และโภชนาการเกิน ร้อยละ 15.37 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย และโรคประจำตัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ ส่วนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

กฤติน ชุมแก้ว และคณะ (2557) ทำการศึกษาความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้สูงอายุเกือบสามในสี่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.03 ปี และมีรายได้เฉลี่ย 9,012.27 บาทต่อเดือน ประมาณครึ่งหนึ่งมีภาวะโภชนาการเกิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ และทักษะคิดต่อการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีความสัมพันธ์กันเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมจิตร มาตยารักษ์ และคณะ (2557) ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง พบดัชนีมวลกายเกิน (ร้อยละ 46.7) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการพบส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 65.9) ผู้สูงอายุวัยกลาง (ร้อยละ 46.2) มีโรคเรื้อรังสามโรค (ร้อยละ 40.7) ได้ยามากกว่า 4 ชนิด (ร้อยละ 56.6) สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ร้อยละ 97.8) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 79.6) และ



สภาพสมองปกติ (ร้อยละ 85.7) ด้านสังคมยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 86.8) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 58.8)

วิจิตรา ศรีชนะนนท์ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน โนนสมบูรณ์ อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน โนนสมบูรณ์ และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการกินของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน โนนสมบูรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 53.6 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.0 อยู่ในกลุ่มอายุ 60 – 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 76.0 มีรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 2,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 90.7 มีโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 50.7 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.7 ผู้สูงอายุร้อยละ 96.0 อาศัยอยู่กับครอบครัว มีผู้ดูแลเป็นบุตร-หลาน ร้อยละ 95.8 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่า การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ส่วนเพศ กลุ่มอายุ รายได้ สถานภาพการศึกษา รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงและอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ

วรัญญา มณีรัตน์ และคณะ (2560) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาค่าบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าประถมศึกษามากที่สุด ทำอาหารด้วยตนเอง รับข้อมูลเรื่องการรับประทานอาหารจากสมาชิกในครอบครัวหรือญาติ ในส่วนของภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเพศหญิงมีรอบเอวเกินเกณฑ์มากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีปัญหาด้านสุขภาพฟัน โดยใส่ฟันปลอมมากที่สุด มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

จากงานวิจัยทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยที่ผ่านมา มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ดังนี้ เพศ อายุ ระดับการศึกษา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้ สถานภาพสมรส โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เข้าเสื่อม กระดูกพรุน กระดูกสะโพกหัก และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ คือ การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การพักผ่อน โรคเรื้อรังอื่นๆ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเลือกศึกษาปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลอาหาร และโภชนาการ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พัสนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

# บทที่ 3

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 461 คน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2560

#### 1.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ในช่วง 14 สิงหาคม – 20 กันยายน พ.ศ. 2561 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวนทั้งสิ้น 240 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Daniel (1995) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2\alpha_2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2\alpha_2 P(1-P)}$$

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากรเป้าหมาย เท่ากับ 461 คน

$Z\alpha_2$  = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 41 จากการศึกษาของวิจิตรา ศรีชนะนทร์และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์

D = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(461)(1.96)^2(0.41)(1-0.41)}{(461-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.41)(1-0.41)}$$

n = 207 คน

ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่สามารถนำมาศึกษาได้ จึงได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันความผิดพลาดของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจำนวนขนาดตัวอย่างที่นำมาศึกษาทั้งสิ้นคือ 240 คน

### 1.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อผู้ป่วยนัดในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในวันนั้น จำนวน 15 คนต่อวัน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 16 วัน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

#### 1.3.1 เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- ผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การรับเข้าของคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- สามารถยืนชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้ ไม่มีปัญหาการยืนตรง
- สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาการฟังและการพูด
- เป็นผู้ที่แสดงเจตนายินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยภายหลังได้รับการชี้แจง

รายละเอียดโครงการวิจัยและลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมตนเข้าร่วมการวิจัยแล้ว

#### 1.3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่อยู่ในสภาวะไม่พร้อมในการให้ข้อมูล
- กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือขอถอนตัวใน

ระหว่างดำเนินการวิจัย

#### 1.3.3 เกณฑ์การหยุดการวิจัย (Withdrawal criteria)

- กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะเจ็บป่วย เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ในระหว่างดำเนินการ

วิจัย

- กลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกตอบคำถามบางคำถาม หรือขอถอนตัวในระหว่าง

ดำเนินการวิจัย

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### 2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การซักประวัติผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่างๆ มาประกอบกับทฤษฎี รายงานการวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ข้อปฏิบัติในโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และกรอบแนวคิดในการวิจัยที่กำหนดไว้ มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ** ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานะสุขภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย วิธีและระยะเวลาในการออกกำลังกาย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลทางอาหารและโภชนาการ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ

**ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ** จำนวน 20 ข้อ เรียงลำดับข้อคำถามตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 9 ประการ ดังนี้

1. กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อคือ

ข้อ 1) การกินอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน

ข้อ 2) ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายวันละ 30 นาทีเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน

2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 3) ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ

ข้อ 4) ข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยจะช่วยระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุ

3. กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 4 ข้อ

คือ

ข้อ 5) ผู้สูงอายุควรกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี

ข้อ 6) เพื่อควบคุมน้ำหนักผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนอาหารมื้อหลักได้

ข้อ 7) ผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินทดแทนกันได้

ข้อ 8) ผักและผลไม้มีสารที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 9) ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาคอเลสเตอรอลในเลือดสูงสามารถกินไข่ได้วันละ 1 ฟอง

- ข้อ 10) ผู้สูงอายุควรกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์แทนเนื้อสัตว์บางมื้อ
5. ดื่มนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ
- ข้อ 11) นมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้
- ข้อ 12) ผู้สูงอายุที่ดื่มนมวันละ 1-2 แก้วจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน
6. หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ
- ข้อ 13) การกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ข้าวโพดอบกรอบเป็นประจำ ทำให้ร่างกายได้รับไขมัน และเกลือสูง
- ข้อ 14) การกินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ ไม่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ
7. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ
- ข้อ 15) ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
- ข้อ 16) ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำหวานเพื่อช่วยให้ได้น้ำเพียงพอ
8. กินอาหารสะอาด ปลอดภัย ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ
- ข้อ 17) การกินอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง
- ข้อ 18) ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารมากกว่าวัยผู้ใหญ่
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ
- ข้อ 19) เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้
- ข้อ 20) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเกินไปเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง
- มีข้อความที่เป็นบวก จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 18 และ 20
- มีข้อความที่เป็นลบ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 11, 14, 16 และ 19
- โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามความรู้ความเข้าใจ 3 ตัวเลือก คือ “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ในข้อความที่เป็นบวก ถ้าตอบใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน ในข้อความที่เป็นลบ ถ้าตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน ตอบใช่ หรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน คะแนนความรู้ทั้งฉบับสูงสุด คือ 20 คะแนน ต่ำสุดคือ 0 คะแนน

การแปลความหมายแบบวัดความรู้ทางโภชนาการจะมี 3 ระดับ โดยอ้างอิงจากเกณฑ์ของ Bloom (1971) (อ้างถึงในสุพรรณิ พุกญา, 2559) ดังนี้

เกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้

ถ้าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 – 100      หมายความว่า มีความรู้ในระดับสูง  
(คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป)

ถ้าคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79      หมายความว่า มีความรู้ในระดับปานกลาง  
(คะแนนตั้งแต่ 12 - 15 คะแนน)

ถ้าคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60      หมายความว่า มีความรู้ในระดับต่ำ  
(คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน)

**ส่วนที่ 3 ทักษะติดต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ** เรียงลำดับข้อคำถามตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 9 ประการ ดังนี้

1. กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว ประเมินด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อคือ

ข้อ 1) ท่านรู้สึกว่าจะไม่ค่อยได้ทำอะไรจริงไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 3 มื้อต่อวัน

ข้อ 2) เมื่อมีโอกาสท่านจะเลือกกินอาหารให้หลากหลายชนิด

ข้อ 3) ท่านพร้อมที่จะไปออกกำลังกายถ้ามีเพื่อนชวน

2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 4) ท่านรู้สึกว่าจะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแข็ง เคี้ยวยาก ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ

ข้อ 5) ท่านเชื่อว่าสามารถกินอาหารประเภทกล้วยเตี๋ย ขนมะจีน ขนมะปราง แทนข้าวได้

บางมือ

3. กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ

ข้อ 6) ท่านเชื่อว่าสามารถกินผลไม้ได้ไม่จำกัดปริมาณเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง

ข้อ 7) ท่านรู้สึกว่าการกินผักวันละ 4 ทักษะเป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้สำหรับผู้สูงอายุ

ข้อ 8) ท่านรู้สึกว่าการกินผักมากๆ ทำให้อึดอัดไม่สบายท้อง

4. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 9) ท่านเชื่อว่าผู้สูงอายุกินไข่ทุกวันจะทำให้มีคอเลสเตอรอลสูง

ข้อ 10) ท่านเชื่อว่าการกินเนื้อสัตว์ติดมันทำให้ผิวพรรณดี

5. ดื่มนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 11) ท่านเชื่อว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องดื่มนม

ข้อ 12) ท่านเชื่อว่านมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียมมีประโยชน์เช่นเดียวกับนมวัว

6. หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 13) ท่านรู้สึกว่าการรจัดช่วยให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากจึงไม่ควรจำกัด

ข้อ 14) ท่านรู้สึกว่าการกำหนดให้กินน้ำตาลวันละไม่เกิน 6 ช้อนชาเป็นสิ่งที่ทำได้

ยากเพราะผู้สูงอายุชอบรสหวาน

7. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ประเมินด้วยคำถาม จำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 15) ท่านไม่ยักดื่มน้ำเพราะทำให้ปัสสาวะบ่อย

ข้อ 16) ท่านเชื่อว่าเครื่องดื่มรสหวานทำให้รู้สึกสดชื่น

8. กินอาหารสะอาด ปลอดภัย ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 17) ท่านเชื่อว่าเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ จะให้สารอาหารที่มีคุณค่ามากกว่าเนื้อสัตว์

ปรุงสุก

ข้อ 18) ท่านเชื่อว่าสามารถใช้น้ำมันทอดซ้ำไม่เกิน 2 ครั้ง

9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 19) ท่านรู้สึกว่าการดื่มเหล้าก่อนมื้ออาหารช่วยเรียกน้ำย่อยทำให้กินอาหาร

ได้มากขึ้น

ข้อ 20) ท่านเชื่อว่าการดื่มเหล้าเป็นประจำช่วยให้เลือดไหลเวียนดีในผู้สูงอายุ

มีข้อความที่เป็นบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 12 และ 18

มีข้อความที่เป็นลบ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19

และ 20

โดยใช้มาตรวัดแบบช่วง (Interval scale) ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามความคิดเห็นต่อ ข้อความแต่ละข้อเป็น 5 ระดับ ตามแบบ Likert scale ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามทัศนคติต่อการบริโภคอาหารกำหนดเป็น 5 ระดับ ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1	คะแนน
เห็นด้วย	4	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	3	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5	คะแนน

การวัดระดับทัศนคติที่มีต่อโภชนาบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ กำหนดเกณฑ์ในการคิดคะแนนเฉลี่ยของแบบสอบถามตามเกณฑ์ของศักดิ์ชัย เสรีรัฐ (อัญชิตี อยู่สุข, 2555) ดังนี้

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.56 – 5.00 แสดงว่า มีทัศนคติที่ดีอย่างมากต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.56 – 4.55 แสดงว่า มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.56 - 3.55 แสดงว่า มีทัศนคติปานกลางต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.56 – 2.55 แสดงว่า มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ถ้าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 1.55 แสดงว่า มีทัศนคติที่ไม่ดีอย่างมากต่อ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

**ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 18 ข้อ**  
เรียงลำดับข้อคำถามตาม โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 9 ประการ ดังนี้

1. กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว ประเมินด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อคือ

ข้อ 1) ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น)

ข้อ 2) ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ คือ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และน้ำมัน

ข้อ 3) ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที

2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย ประเมินด้วยคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ

ข้อ 4) ท่านกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อย

3. กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ

ข้อ 5) ท่านกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ท็อปพี

ข้อ 6) ท่านกินผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ

4. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 3

ข้อ คือ

ข้อ 7) ท่านกินไข่

ข้อ 8) ท่านกินขาหมูติดหนัง หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องใน

ข้อ 9) ท่านกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์

5. ดื่มนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ

ข้อ 10) ท่านดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1-2 แก้ว



6. หลีกเลี้ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ประเมินด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ
- ข้อ 11) ท่านกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวอบกรอบ ข้าวเกรียบ
- ข้อ 12) ท่านกินอาหารทอด ประเภทไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋
- ข้อ 13) ท่านกินขนมหวาน ประเภทขนมหวานไทย เค้ก ก๋วยเตี๋ยว บัวลอย ลอดช่อง
7. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี้ยงเครื่องดื่มรสหวาน ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2

ข้อ คือ

- ข้อ 14) ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
- ข้อ 15) ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ประเภทชาเย็น กาแฟเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม
8. กินอาหารสะอาด ปลอดภัย ประเมินด้วยคำถามจำนวน 2 ข้อ คือ
- ข้อ 16) ท่านกินอาหารปิ้งย่าง ประเภทหมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง คอหมูย่าง
- ข้อ 17) ท่านกินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ประเมินด้วยคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ
- ข้อ 18) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

มีข้อความที่เป็นบวก จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 14 และ 17

มีข้อความที่เป็นลบ จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 11, 12, 13, 15, 16 และ 18

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราวัดความถี่ของการปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ มี

4 ระดับ คือ

ทุกวัน	หมายถึง เท่ากับหรือมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน
บ่อย	หมายถึง 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
นาน ๆ ครั้ง หรือไม่กินเลย	หมายถึง น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่กินเลย
มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้	

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	
ทุกวัน	4	1	คะแนน
บ่อย	3	2	คะแนน
บางครั้ง	2	3	คะแนน
นาน ๆ ครั้ง หรือไม่กินเลย	1	4	คะแนน

การวัดระดับพฤติกรรมบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้การ

วิเคราะห์จากแนวคิดของเบสท์ John W. Best (วิทยุญา มณีรัตน์, 2560) ดังต่อไปนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนเฉลี่ย} &= \frac{\text{คะแนนเฉลี่ยสูงสุด} - \text{คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{4 - 1}{3} \\ &= 1.00 \end{aligned}$$

คะแนน 3.01 – 4.00      หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภครอาหารตามโภชนบัญญัติ  
สำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี

คะแนน 2.01 – 3.00      หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภครอาหารตามโภชนบัญญัติ  
สำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 1.00 – 2.00      หมายความว่า มีพฤติกรรมการบริโภครอาหารตามโภชนบัญญัติ  
สำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับควรปรับปรุง

## 2.2 เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ

**2.2.1 การชั่งน้ำหนัก** โดยใช้เครื่อง TANITA รุ่น PH-740 เป็นเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลและมีแท่นวัดความสูงในตัวที่อ่านค่าละเอียดได้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ทดสอบความเที่ยงและบำรุงรักษาปีละครั้ง จากบริษัท Sodexo Thailand ทำการชั่งน้ำหนักกลุ่มตัวอย่างโดยยื่นตรงกลางจานรองรับน้ำหนัก ถอดเสื้อผ้าที่หนาออก และปราศจากกระเป๋าหรือสัมภาระ อ่านค่าละเอียดให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง

**2.2.2 การวัดส่วนสูง** โดยใช้เครื่อง TANITA รุ่น PH-740 เป็นเครื่องชั่งน้ำหนักแบบดิจิตอลและมีแท่นวัดความสูงในตัวที่อ่านค่าละเอียดได้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ทดสอบความเที่ยงและบำรุงรักษาปีละครั้ง จากบริษัท Sodexo Thailand ทำการวัดส่วนสูงโดยให้กลุ่มตัวอย่างยืนตรงบนเครื่องชั่งน้ำหนัก ตามองไปข้างหน้า ขาชิด และถอครองเท้าเดือนไม้ฉากให้พอดีกับศีรษะตามแนวขนานกับพื้น อ่านค่าส่วนสูงในระดับสายตา อ่านค่าละเอียดให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง

## 2.3 เกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการ

ใช้ค่าดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะโภชนาการจาก WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment (2000) ดังนี้

ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร <sup>๒</sup> )	เกณฑ์การประเมิน
น้อยกว่า 18.5	ผอม
18.5 - 22.9	ปกติ
23.0 – 24.9	น้ำหนักเกิน
25.0 – 29.9	อ้วน
มากกว่าหรือเท่ากับ 30.0	อ้วนมาก

#### 2.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

2.4.1 นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อทดสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จำนวน 3 คน (ดูภาคผนวก ข) โดยให้เกณฑ์การพิจารณาเนื้อหา ดังนี้

คะแนน +1	หมายถึงแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
คะแนน 0	หมายถึงไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
คะแนน -1	หมายถึงแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

แล้วนำผลการตรวจสอบมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence; IOC) ผลการตรวจสอบ พบว่าแบบสอบถามทั้งฉบับได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.77 (ดูภาคผนวก ค) แสดงว่าแบบสอบถามสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

2.4.2 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในชุมชนมาตานุสรณ์ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2561 โดยแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.85 รายละเอียดดังนี้

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน นำมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (p) ค่าอำนาจจำแนก (r) และค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder Richardson-20) กำหนดค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20 - 0.80 ค่าอำนาจจำแนกต้องไม่ต่ำกว่า 0.20 และค่าความเชื่อมั่นต้องไม่ต่ำกว่า 0.70 ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.27 – 0.77 มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.22 – 0.63 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 (ดูภาคผนวก ค) สามารถนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงได้

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต้องไม่ต่ำกว่า 0.70 ผลการวิเคราะห์ พบว่า แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 (ดูภาคผนวก ค) แสดงว่า แบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงได้

3) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 4 ระดับ นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต้องไม่ต่ำกว่า 0.70 ผลการวิเคราะห์ พบว่า แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 (ดูภาคผนวก ค) แสดงว่าแบบสอบถามมีความน่าเชื่อถือสามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงได้

## 2.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2.5.1 ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรม “ความรู้ความเข้าใจด้านจริยธรรมการวิจัยในคน หลักสูตรพื้นฐาน (Basic course)” คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2560 ในวันพฤหัสบดีที่ 7 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ณ ห้องประชุมอภิชาติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ประกาศนียบัตรมีอายุ 3 ปีนับจากวันที่เข้าร่วมการอบรม (ดูภาคผนวก ง)

2.5.2 โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารรับรองเลขที่ EHE001/2561 วันที่รับรอง 11 มิถุนายน 2561 วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ 11 มิถุนายน 2562 (ดูภาคผนวก ง)

2.5.3 โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, Belmont Report, CIOMS Guideline และ ICH-GCP Guidelines รหัสโครงการ คือ U021q/61\_EXP และหนังสือรับรองเลขที่ 045 วันที่รับรอง 10 สิงหาคม 2561 วันหมดอายุ 9 สิงหาคม 2562 (ดูภาคผนวก ง)

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 14 สิงหาคม ถึง 20 กันยายน พ.ศ. 2561 โดยมีลำดับขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.1 ขอนหนังสือจากสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

3.2 ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานครและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ในวันที่มีคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คือ ทุกวันอังคาร – วันพฤหัสบดี เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย รวมถึงสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องปฏิบัติเมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ผลเสียที่อาจเกิดขึ้น และแนวทางป้องกันแก้ไขแก่กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยอิสระ หลังจากนั้นจึงให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 ผู้วิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเอง การวัดจะทำด้วยความระมัดระวังและแสดงออกถึงการให้ความเคารพต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ นำค่าที่ได้จากการวัดมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

3.5 ผู้วิจัยจัดหาสถานที่เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เป็นสถานที่ที่ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบ ตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ โดยไม่มีการเร่งรัดใด ๆ ทำการตรวจสอบความถูกต้อง และสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนยุติการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จนครบ 240 คน

3.6 การดำเนินการภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากเก็บแบบสัมภาษณ์ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการนำแบบสัมภาษณ์ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง และลงรหัส (Coding) ตรวจสอบการลงรหัสด้วยตนเอง และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปในคอมพิวเตอร์

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ โดยการคำนวณค่าทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดดังนี้

**4.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)** ประกอบด้วย ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ทศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

**4.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)** คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้สถิติการทดสอบเพียร์สัน ไคสแควร์ (Pearson Chi-Square Test) และการทดสอบฟิชเชอร์เอกเซค (Fisher's Exact Test) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยตามตัวแปรอิสระ 4 ตัว คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 3) ทศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 4) พฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกินที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

งานวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 9 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 3 ทักษะคิดต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ตอนที่ 5 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะโภชนาการเกิน

ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกิน

ตอนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิดต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกิน

ตอนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกิน

#### ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรวบรวมมาจากแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 240 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 76.6 มีอายุเฉลี่ย 75.60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.39 ปี) มีอายุ

มากที่สุด 98 ปี มีอายุน้อยที่สุด 61 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 มีสถานภาพคู่และหม้ายเท่า ๆ กัน ร้อยละ 45.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.3 มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.3 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 50.4 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.6 และออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 46.3 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	71	29.6
หญิง	169	70.4
รวม	240	100
<b>อายุ</b>		
60 - 69 ปี	56	23.4
70 - 79 ปี	110	45.8
80 ปีขึ้นไป	74	30.8
ค่าเฉลี่ย = 75.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.387 ค่าต่ำสุด = 61 ค่าสูงสุด = 98		
รวม	240	100
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	222	92.5
คริสต์	2	0.8
อิสลาม	16	6.7
รวม	240	100
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	109	45.4
หม้าย	109	45.4
หย่า/แยกกันอยู่	11	4.6
โสด	11	4.6
รวม	240	100



ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา	54	22.5
ประถมศึกษา	135	56.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	34	14.2
อนุปริญญา/ปวส.	7	2.9
ปริญญาตรี	7	2.9
สูงกว่าปริญญาตรี	3	1.2
รวม	240	100
<b>รายได้ส่วนตัว</b>		
พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	78	32.5
พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	123	51.3
ไม่พอใช้จ่าย	39	16.2
รวม	240	100
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย</b>		
อยู่คนเดียว	11	4.6
คู่สมรส	93	38.7
บุตรหลาน	121	50.4
ญาติพี่น้อง	11	4.6
อื่นๆ	4	1.7
รวม	240	100
<b>สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ</b>		
เป็น	25	10.4
ไม่เป็น	215	89.6
รวม	240	100

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การออกกำลังกาย</b>		
ไม่ออกกำลังกาย	86	35.8
ออกกำลังกาย 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	24	10.0
ออกกำลังกาย 4 - 6 ครั้ง/สัปดาห์	19	7.9
ออกกำลังกายทุกวัน	111	46.3
รวม	240	100

### 1.2 วิธีการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายทั้งหมด 154 คน จากตารางที่ 4.1 วิธีการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ใช้ พบว่า ใช้วิธีการเดินเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.8 รองลงมาคือแกว่งแขน ร้อยละ 40.9 ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามวิธีการออกกำลังกาย (n = 154)

วิธีการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
แกว่งแขน	63	40.9
เดิน	86	55.8
รำมวยจีน	3	1.9
ว่ายน้ำ	1	0.7
วิ่ง	6	3.9
ถีบจักรยาน	17	11.0
เต้นรำ	1	0.7
อื่นๆ	27	17.5

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### 1.3 โรคประจำตัว

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.7 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 66.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 53.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 14.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรคประจำตัว (n = 240)

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
โรคความดันโลหิตสูง	196	81.7
โรคไขมันในเลือดสูง	159	66.2
โรคเบาหวาน	129	53.8
โรคหัวใจ	35	14.6
โรคไต	30	12.5
โรคอื่นๆ	24	10.0
โรคกระดูกพรุน	16	6.7
โรคเกาต์	9	3.8
โรคปวดเข่าเรื้อรัง	6	2.5
โรคหลอดเลือดสมอง	6	2.5
โรคเลือด	5	2.1
โรคสมองเสื่อม	5	2.1
โรคตา	3	1.2
โรคมะเร็ง	3	1.2
โรคปอด	2	0.8
โรคซึมเศร้า	0	0

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

### 1.4 แหล่งข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบจากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 62.9 รองลงมาคือสมาชิกในครอบครัว เพื่อนญาติ ร้อยละ 22.1 และโทรทัศน์ ร้อยละ 22.1 ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ (n = 240)

แหล่งข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัว เพื่อนญาติ	53	22.1
บุคลากรทางการแพทย์	151	62.9
วิทยุ	11	4.6
โทรทัศน์	53	22.1
อินเทอร์เน็ต	9	3.8
โปสเตอร์/แผ่นพับ	10	4.2
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร	12	5.0
อื่นๆ	29	12.1

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

## ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ เมื่อพิจารณาประเด็นความรู้รายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อ 15) ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (ร้อยละ 96.2) รองลงมาคือ ข้อ 1) การกินอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน (ร้อยละ 94.6) และข้อ 2) ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายวันละ 30 นาทีเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน (ร้อยละ 92.5) แต่มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิดมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 11) นมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้ (ร้อยละ 73.3) รองลงมาคือ ข้อ 7) ผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินทดแทนกันได้ (ร้อยละ 68.8) และข้อ 6) เพื่อควบคุมน้ำหนักผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนอาหารมื้อหลักได้ (ร้อยละ 56.2) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับ ผู้สูงอายุ (n = 240)

ข้อคำถาม	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว</b>		
1. การกินอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน	227 (94.6)	13 (5.4)
2. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายวันละ 30 นาทีเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน	222 (92.5)	18 (7.5)
<b>กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย</b>		
3. ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	211 (87.9)	29 (12.1)
4. ข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยจะช่วยระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุ	173 (72.1)	67 (27.9)
<b>กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ</b>		
5. ผู้สูงอายุควรกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ท็อปปี	203 (84.6)	37 (15.4)
6. เพื่อควบคุมน้ำหนักผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนอาหารมื้อหลักได้	105 (43.8)	135 (56.2)
7. ผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินทดแทนกันได้	75 (31.2)	165 (68.8)
8. ผักและผลไม้มีสารที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	178 (74.2)	62 (25.8)
<b>กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ</b>		
9. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาคอเลสเตอรอลในเลือดสูงสามารถกินไข่ได้วันละ 1 ฟอง	210 (87.5)	30 (12.5)
10. ผู้สูงอายุควรกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์แทนเนื้อสัตว์บางมื้อ	204 (85.0)	36 (15.0)
<b>ดื่มนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ</b>		
11. นมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้	64 (26.7)	176 (73.3)
12. ผู้สูงอายุที่ดื่มนมวันละ 1-2 แก้วจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน	205 (85.4)	35 (14.6)

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
<b>หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด</b>		
13. การกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ข้าวโพด อบกรอบเป็นประจำ ทำให้ร่างกายได้รับไขมัน และเกลือสูง	202 (84.2)	38 (15.8)
14. การกินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ <u>ไม่</u> ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ	196 (81.7)	44 (18.3)
<b>ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน</b>		
15. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	231 (96.2)	9 (3.8)
16. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำหวานเพื่อช่วยให้ได้น้ำเพียงพอ	161 (67.1)	79 (32.9)
<b>กินอาหารสะอาด ปลอดภัย</b>		
17. การกินอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง	221 (92.1)	19 (7.9)
18. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารมากกว่า วัยผู้ใหญ่	203 (84.6)	37 (15.4)
<b>งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>		
19. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้	203 (84.6)	37 (15.4)
20. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง	220 (91.3)	20 (8.3)

ในการศึกษาระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว โดยรวมคะแนนความรู้ที่มีทั้งหมด 20 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน แล้วนำคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมาจัดแบ่งเป็นกลุ่ม 3 ระดับ คือ ระดับคะแนนต่ำ (0 – 11 คะแนน) ปานกลาง (12 – 15 คะแนน) และระดับคะแนนสูง (16 – 20 คะแนน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 56.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 7.9 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป)	135	56.3
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 12 - 15 คะแนน)	86	35.8
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)	19	7.9
<b>รวม</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

$\bar{x} = 15.48, S.D. = 2.62, \text{Max} = 20.00, \text{Min} = 6.00$

### ตอนที่ 3 ทักษะการปฏิบัติโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทักษะการปฏิบัติโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุจำนวน 20 ข้อ เมื่อพิจารณาประเด็นทักษะการปฏิบัติรายข้อเรียงตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 9 ประการ พบผลการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 3 ระดับ คือ ดีอย่างมาก ดี และปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4.7 ดังนี้

3.1 กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติที่ดียิ่งมากต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อ 17) ท่านเชื่อว่าเนื้อสัตว์สุกๆ ดิบๆ จะให้สารอาหารที่มีคุณค่ามากกว่าเนื้อสัตว์ปรุงสุก (ค่าเฉลี่ย 4.85) ข้อ 18) ท่านเชื่อว่าสามารถใช้น้ำมันทอดซ้ำได้ไม่เกิน 2 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย 4.84) ข้อ 19) ท่านเชื่อว่าการดื่มเหล้าเป็นประจำช่วยให้เลือดไหลเวียนดีในผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 4.59) และข้อ 20) ท่านรู้สึกว่าการดื่มเหล้าก่อนมื้ออาหารช่วยเรียกน้ำย่อยทำให้กินอาหารได้มากขึ้น (ค่าเฉลี่ย 4.58)

3.2 กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการปฏิบัติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อ 1) ท่านรู้สึกว่าจะไม่ค่อยได้ทำอะไรจริงไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 3 มื้อต่อวัน (ค่าเฉลี่ย 3.72) ข้อ 2) เมื่อมีโอกาสท่านจะเลือกกินอาหารให้หลากหลายชนิด (ค่าเฉลี่ย 4.24) ข้อ 3) ท่านพร้อมไปออกกำลังกายถ้ามีเพื่อนชวน (ค่าเฉลี่ย 3.62) ข้อ 5) ท่านเชื่อว่าสามารถกินอาหารประเภทกล้วยเดี่ยว ขนมหิน ขนมปัง แทนข้าวได้บางมื้อ (ค่าเฉลี่ย 4.53) ข้อ 8) ท่านรู้สึกว่าการกินผักมากๆ ทำให้ไม่อ้วนไม่สบายท้อง (ค่าเฉลี่ย 4.27) ข้อ 10) ท่านเชื่อว่าการกินเนื้อสัตว์ติดมันทำให้ผิวพรรณดี (ค่าเฉลี่ย 4.37) ข้อ 11) ท่านเชื่อว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็กผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องดื่ม (ค่าเฉลี่ย 4.06) ข้อ 12) ท่านเชื่อว่านมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียมมีประโยชน์เช่นเดียวกับนมวัว (ค่าเฉลี่ย 4.08) ข้อ 13) ท่านรู้สึกว่าการลดน้ำหนักช่วยให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากขึ้นไม่ควรจำกัด (ค่าเฉลี่ย 4.23) ข้อ 14) ท่านรู้สึกว่าการกำหนดให้กินน้ำตาลวันละไม่เกิน 6 ช้อนชาเป็นสิ่งที่ทำ

ได้ยากเพราะผู้สูงอายุชอบรศหวน (ค่าเฉลี่ย 4.40) และข้อ 15) ท่านไม่ยกดื่ม น้ำ เพราะทำให้ปัสสาวะบ่อย (ค่าเฉลี่ย 3.81)

3.3 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติปานกลางต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ข้อ 4) ท่านรู้สึกว่าการล้างมือหรือล้างซุ่มมือแข็ง เคี้ยวยาก ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 3.34) ข้อ 6) ท่านเชื่อว่าสามารถกินผลไม้ได้ไม่จำกัดปริมาณเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง (ค่าเฉลี่ย 2.91) ข้อ 7) ท่านรู้สึกว่าการกินผักวันละ 4 ทัพพีเป็นสิ่งที่เกินไปไม่ได้สำหรับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย 3.06) ข้อ 9) ท่านเชื่อว่าผู้สูงอายุกินไข่ทุกวันจะทำให้มีคอเลสเตอรอลสูง (ค่าเฉลี่ย 2.70) และข้อ 16) ท่านเชื่อว่าเครื่องดื่มรศหวนทำให้รู้สึกสดชื่น (ค่าเฉลี่ย 2.95)





ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (n = 240)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
<b>กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดูแลน้ำหนักตัว</b>								
1. ท่านรู้สึกว่าจะไม่ค่อยได้ทำอะไรจึงไม่จำเป็นต้องกินอาหาร ให้ครบ 3 มื้อต่อวัน	46 (19.2)	34 (14.2)	4 (1.7)	13 (5.4)	143 (59.6)	3.72	1.68	ดี
2. เมื่อมีโอกาสท่านจะเลือกกินอาหารให้หลากหลายชนิด	159 (66.2)	41 (17.1)	3 (1.2)	13 (5.4)	24 (10.0)	4.24	1.32	ดี
3. ท่านพร้อมที่จะไปออกกำลังกายถ้ามีเพื่อนชวน	131 (54.6)	27 (11.2)	5 (2.1)	13 (5.4)	64 (26.7)	3.62	1.75	ดี
<b>กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย</b>								
4. ท่านรู้สึกว่าจะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือแข็ง เคี้ยวยาก ไม่เหมาะ กับผู้สูงอายุ	71 (29.6)	25 (10.4)	14 (5.8)	12 (5.0)	118 (49.2)	3.34	1.79	ปานกลาง
5. ท่านเชื่อว่าสามารถกินอาหารประเภทกล้วยเตี๋ยว ขนมหิน ขนมหัง แทนข้าวได้บ้างมื่อ	188 (78.3)	29 (12.1)	2 (0.8)	3 (1.2)	18 (7.5)	4.53	1.12	ดี

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
<b>กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ</b>								
6. ท่านเชื่อว่าสามารถกินผลไม้ได้ไม่จำกัดปริมาณเพื่อให้ร่างกาย แข็งแรง	112 (46.7)	10 (4.2)	6 (2.5)	12 (5.0)	100 (41.7)	2.91	1.91	ปานกลาง
7. ท่านรู้สึกว่าการกินผักวันละ 4 ทักษิเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ สำหรับผู้สูงอายุ	86 (35.8)	27 (11.2)	8 (3.3)	25 (10.4)	94 (39.2)	3.06	1.80	ปานกลาง
8. ท่านรู้สึกว่าการกินผักมากๆ ทำให้อึดอัดไม่สบายท้อง	24 (10.0)	19 (7.9)	4 (1.7)	14 (5.8)	179 (74.6)	4.27	1.38	ดี
<b>กินปลาไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ</b>								
9. ท่านเชื่อว่าผู้สูงอายุกินไข่ทุกวันจะทำให้มีคอเลสเตอรอลสูง	103 (42.9)	26 (10.8)	27 (11.2)	8 (3.3)	76 (31.7)	2.70	1.75	ปานกลาง
10. ท่านเชื่อว่าการกินเนื้อสัตว์ติดมันทำให้ผิวพรรณดี	18 (7.5)	12 (5.0)	16 (6.7)	11 (4.6)	183 (76.2)	4.37	1.25	ดี

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
<b>ดื่มนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ</b>								
11. ท่านเชื่อว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องดื่ม	39 (16.2)	13 (5.4)	8 (3.3)	14 (5.8)	166 (69.2)	4.06	1.55	ดี
12. ท่านเชื่อว่านมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียมมีประโยชน์เช่นเดียวกับนมวัว	149 (62.1)	27 (11.2)	29 (12.1)	4 (1.7)	31 (12.9)	4.08	1.40	ดี
<b>หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด</b>								
13. ท่านรู้สึกว่าการรณรงค์ช่วยให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากจึงไม่ควรจำกัด	34 (14.2)	11 (4.6)	3 (1.2)	10 (4.2)	182 (75.8)	4.23	1.47	ดี
14. ท่านรู้สึกว่าการกำหนดให้กินน้ำตาลวันละไม่เกิน 6 ช้อนชา เป็นสิ่งที่ทำได้ยากเพราะผู้สูงอายุชอบรสหวาน	22 (9.2)	13 (5.4)	2 (0.8)	14 (5.8)	189 (78.8)	4.40	1.30	ดี

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
<b>ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน</b>								
15. ท่านไม่ชอบดื่มน้ำเพราะทำให้ปัสสาวะบ่อย	46 (19.2)	29 (12.1)	1 (0.4)	13 (5.4)	151 (62.9)	3.81	1.68	ดี
16. ท่านเชื่อว่าเครื่องดื่มรสหวานทำให้รู้สึกสดชื่น	64 (26.7)	74 (30.8)	1 (0.4)	11 (4.6)	90 (37.5)	2.95	1.71	ปานกลาง
<b>กินอาหารสะอาด ปลอดภัย</b>								
17. ท่านเชื่อว่าเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆจะให้สารอาหารที่มีคุณค่า มากกว่าเนื้อสัตว์ปรุงสุก	5 (2.1)	0	4 (1.7)	7 (2.9)	224 (93.3)	4.85	0.64	ดีอย่างมาก
18. ท่านเชื่อว่าสามารถใช้น้ำมันทอดซ้ำไม่เกิน 2 ครั้ง	218 (90.8)	13 (5.4)	4 (1.7)	2 (0.8)	3 (1.2)	4.84	0.61	ดีอย่างมาก

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	เห็นด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็น ด้วย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	Mean	S.D.	ระดับ ทัศนคติ
<b>งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>								
19. ท่านรู้สึกว่าการดื่มเหล้าก่อนมีอาหารช่วยเรียกน้ำย่อยทำให้ กินอาหารได้มากขึ้น	14 (5.8)	4 (1.7)	13 (5.4)	6 (2.5)	203 (84.6)	4.58	1.08	ดีอย่างมาก
20. ท่านเชื่อว่าการดื่มเหล้าเป็นประจำช่วยให้เลือดไหลเวียนดีใน ผู้สูงอายุ	11 (4.6)	6 (2.5)	15 (5.8)	9 (3.8)	200 (83.3)	4.59	1.03	ดีอย่างมาก



ในการศึกษาระดับทัศนคติของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมคะแนนทัศนคติทั้งหมด 20 ข้อ แล้วนำคะแนนทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างมาจัดแบ่งกลุ่มเป็น 5 ระดับ คือ ทัศนคติที่ดีอย่างมากต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.56 – 5.00) ทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.56 – 4.55) ทัศนคติปานกลางต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.56 - 3.55) ทัศนคติที่ไม่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.56 – 2.55) และทัศนคติที่ไม่ดีอย่างมากต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 - 1.55) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.4 และระดับคืออย่างมาก ร้อยละ 12.1 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับคืออย่างมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.56 – 5.00 คะแนน)	29	12.1
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.56 - 4.55 คะแนน)	149	62.1
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.56 - 3.55 คะแนน)	61	25.4
ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.56 - 2.55 คะแนน)	1	0.4
ระดับไม่คืออย่างมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.55 คะแนน)	0	0
<b>รวม</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

$\bar{x} = 3.96$ , S.D. = 0.52, Max = 5.00, Min = 2.50

#### ตอนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบสอบถามจำนวน 18 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามเป็นลักษณะเลือกตอบที่แสดงถึงการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง มี 4 ตัวเลือก คือ ทุกวัน บ่อย บางครั้ง และนานๆ ครั้งหรือไม่กินเลย เมื่อพิจารณาประเด็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายชื่อเรียงตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 9 ประการ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับดี และปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 4.9 พบผลการศึกษาดังนี้

4.1 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมที่ดี ได้แก่ ข้อ 1) ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) (ค่าเฉลี่ย 3.25) ข้อ 2) ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ คือ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และ น้ำมัน (ค่าเฉลี่ย 3.10) ข้อ 6) ท่านกินผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ (ค่าเฉลี่ย 3.19) ข้อ 8) ท่านกินขามูติค หน้่ง หมูสามชั้น หน้่งไก่ เครื่องใน ปฏิบัตินานๆ ครั้งหรือไม่กินเลย (ค่าเฉลี่ย 3.58) ข้อ 11) ท่านกินขนม กรุปกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวอบกรอบ ข้าวเกรียบ (ค่าเฉลี่ย 3.74) ข้อ 12) ท่านกินอาหารทอด ประเภทไก่ทอด กุ้งทอด ปลาทอด ปลาหมึกทอด (ค่าเฉลี่ย 3.44) ข้อ 13) ท่านกินขนมหวาน ประเภทขนมหวานไทย เต้ก กุ้งบวดชี บัวลอย ลอดช่อง (ค่าเฉลี่ย 3.25) ข้อ 14) ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (ค่าเฉลี่ย 3.05) ข้อ 15) ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ประเภทชาเย็น กาแฟเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม (ค่าเฉลี่ย 3.11) ข้อ 16) ท่านกินอาหารปิ้งย่าง ประเภทหมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง คอหมูย่าง (ค่าเฉลี่ย 3.73) ข้อ 17) ท่านกินอาหารปรุง รุ่่ง สุกใหม่ (ค่าเฉลี่ย 3.72) และข้อ 18) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 3.96)

4.2 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมปานกลาง ได้แก่ ข้อ 3) ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที (ค่าเฉลี่ย 2.35) ข้อ 4) ท่านกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.02) ข้อ 5) ท่านกินผักอย่างน้อย วันละ 4 ท้พี (ค่าเฉลี่ย 2.30) ข้อ 7) ท่านกินไข่ (ค่าเฉลี่ย 2.57) ข้อ 9) ท่านกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ (ค่าเฉลี่ย 2.05) และข้อ 10) ท่านดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1 – 2 แก้ว (ค่าเฉลี่ย 2.34)



ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ (n = 240)

ข้อความ	ทุกวัน	บ่อย	บางครั้ง	นานๆครั้ง หรือไม่กินเลย	Mean	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
<b>กินอาหารให้หลากหลายในสัดส่วนที่เหมาะสมและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว</b>							
1. ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น)	164 (68.3)	16 (6.7)	16 (6.7)	44 (18.3)	3.25	1.19	ดี
2. ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ คือ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และ น้ำมัน	126 (52.5)	38 (15.8)	51 (21.2)	25 (10.4)	3.10	1.07	ดี
3. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที	94 (39.2)	13 (5.4)	16 (6.7)	117 (48.8)	2.35	1.41	ปานกลาง
<b>กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย</b>							
4. ท่านกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อย	60 (25.0)	13 (5.4)	39 (16.2)	128 (53.3)	2.02	1.26	ปานกลาง
<b>กินพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลให้มากเป็นประจำ</b>							
5. ท่านกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ท็อปปี	64 (26.7)	37 (15.4)	45 (18.8)	94 (39.2)	2.30	1.24	ปานกลาง
6. ท่านกินผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	127 (52.9)	41 (17.1)	62 (25.8)	10 (4.2)	3.19	0.96	ดี



ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกวัน	บ่อย	บางครั้ง	นานๆครั้ง หรือไม่กินเลย	Mean	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
<b>กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ</b>							
7. ท่านกินไข่	59 (24.6)	50 (20.8)	100 (41.7)	31 (12.9)	2.57	1.00	ปานกลาง
8. ท่านกินขาหมูติดหนัง หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องใน	9 (3.8)	15 (6.2)	43 (17.9)	173 (72.1)	3.58	0.77	ดี
9. ท่านกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์	27 (11.2)	36 (15.0)	98 (40.8)	79 (32.9)	2.05	0.96	ปานกลาง
<b>ดื่มนมและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ</b>							
10. ท่านดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1-2 แก้ว	79 (32.9)	18 (7.5)	48 (20.0)	95 (39.6)	2.34	1.30	ปานกลาง
<b>หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด</b>							
11. ท่านกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวอบกรอบ ข้าวเกรียบ	4 (1.7)	7 (2.9)	36 (15.0)	193 (80.4)	3.74	0.59	ดี
12. ท่านกินอาหารทอด ประเภทไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋	9 (3.8)	13 (5.4)	80 (33.3)	138 (57.5)	3.44	0.76	ดี
13. ท่านกินขนมหวาน ประเภทขนมหวานไทย เค้ก ก๋วยเตี๋ยว บัวลอย	17 (7.1)	14 (5.8)	100 (41.7)	109 (45.4)	3.25	0.86	ดี
ลดช่อง ไอศกรีม							

ตารางที่ 4.9 (ต่อ)

ข้อความ	ทุกวัน	บ่อย	บางครั้ง	นานๆครั้ง หรือไม่กินเลย	Mean	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
<b>ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน</b>							
14. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	143 (59.6)	25 (10.4)	14 (5.8)	58 (24.2)	3.05	1.27	ดี
15. ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ประเภทชาเย็น กาแฟเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม	43 (17.9)	18 (7.5)	48 (20.0)	131 (54.6)	3.11	1.15	ดี
<b>กินอาหารสะอาด ปลอดภัย</b>							
16. ท่านกินอาหารปิ้งย่าง ประเภทหมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง คอหมูย่าง	0	6 (2.5)	52 (21.7)	182 (75.8)	3.73	0.50	ดี
17. ท่านกินอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ	201 (83.8)	15 (6.2)	20 (8.3)	4 (1.7)	3.72	0.69	ดี
<b>งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>							
18. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2 (0.8)	0	3 (1.2)	235 (97.9)	3.96	0.29	ดี

ในการศึกษาพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยรวมคะแนนพฤติกรรมทั้งหมด 18 ข้อ แล้วนำคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างมาจัดแบ่งเป็นกลุ่มได้ 3 ระดับ คือ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4 คะแนน) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3 คะแนน) และระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1 – 2 คะแนน) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และระดับควรปรับปรุง เพียง 1 คน ร้อยละ 0.4 ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01 – 4 คะแนน)	127	52.9
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 – 3 คะแนน)	112	46.7
ระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1 – 2 คะแนน)	1	0.4
<b>รวม</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

$\bar{x} = 3.04$ , S.D. = 0.35, Max = 3.94, Min = 2.00

#### ตอนที่ 5 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกินโดยอยู่ในเกณฑ์ น้ำหนักเกิน อ้วน และอ้วนมาก ร้อยละ 14.6 , 39.6 และ 17.9 ตามลำดับ ภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 22.5 และผอมเพียง ร้อยละ 5.4 เท่านั้น ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.02 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> มีดัชนีมวลกายมากที่สุด 41.33 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> และดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 14.16 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ผอม (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	13	5.4
ปกติ (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	54	22.5
น้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 23.0 – 24.9 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	35	14.6
อ้วน (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.0 – 29.9 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	95	39.6
อ้วนมาก (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup> )	43	17.9
<b>รวม</b>	<b>240</b>	<b>100</b>

$\bar{x} = 26.02$ , S.D. = 5.04, Max = 41.33, Min = 14.16

#### ตอนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะโภชนาการเกิน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะโภชนาการเกิน ใช้การวิเคราะห์จากกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 227 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 22.5) และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 173 คน (ร้อยละ 72.1) ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ โรคกระดูกพรุน โรคสมองเสื่อม และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้ผลดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227)

	ภาวะโภชนาการ		Chi-square	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปกติ n = 54	เกิน n = 173		
เพศ			0.039	0.843
ชาย	17 (31.5)	52 (30.1)		
หญิง	37 (68.5)	121 (69.9)		

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		Chi-square	p-value
	ปกติ n = 54	เกิน n = 173		
<b>อายุ</b>			23.346	< 0.001*
60 - 69 ปี	4 (7.4)	52 (30.1)		
70 - 79 ปี	21 (38.9)	83 (48.0)		
80 ปีขึ้นไป	29 (53.7)	38 (22.0)		
<b>ศาสนา</b>			3.566 <sup>a</sup>	0.161
พุทธ	52 (96.2)	158 (91.3)		
คริสต์	1 (1.9)	1 (0.6)		
อิสลาม	1 (1.9)	14 (8.1)		
<b>สถานภาพสมรส</b>			1.550 <sup>a</sup>	0.675
คู่	25 (46.3)	82 (47.4)		
หม้าย	26 (48.1)	72 (41.6)		
หย่า/แยกกันอยู่	1 (1.9)	10 (5.8)		
โสด	2 (3.7)	9 (5.2)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			8.161 <sup>a</sup>	0.115
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา	16 (29.6)	35 (20.2)		
ประถมศึกษา	26 (48.1)	101 (58.4)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	5 (9.3)	27 (15.6)		
อนุปริญญา/ปวส.	4 (7.4)	3 (1.7)		
ปริญญาตรี	2 (3.7)	5 (2.9)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (1.9)	2 (1.2)		

<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ &lt; 0.05

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		Chi-square	p-value
	ปกติ n = 54	เกิน n = 173		
<b>รายได้ส่วนตัว</b>			1.488	0.475
พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	16 (29.6)	61 (35.3)		
พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	31 (57.4)	83 (48.0)		
ไม่พอใช้จ่าย	7 (13.0)	29 (16.8)		
<b>การออกกำลังกาย</b>			2.784	0.426
ไม่ออกกำลังกาย	17 (31.5)	63 (36.4)		
ออกกำลังกาย 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	4 (7.4)	20 (11.6)		
ออกกำลังกาย 4-6 ครั้ง/สัปดาห์	3 (5.6)	15 (8.7)		
ออกกำลังกายทุกวัน	30 (55.6)	75 (43.4)		
<b>บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย</b>			5.874 <sup>a</sup>	0.176
อยู่คนเดียว	0 (0)	9 (5.2)		
คู่สมรส	20 (37.0)	72 (41.6)		
บุตรหลาน	32 (59.2)	82 (47.4)		
ญาติพี่น้อง	1 (1.9)	9 (5.2)		
อื่นๆ	1 (1.9)	1 (0.6)		
<b>โรคประจำตัว</b>				
ความดันโลหิตสูง	40 (74.1)	144 (83.2)	2.250	0.134
เบาหวาน	26 (48.1)	101 (58.4)	1.749	0.186
โรคหัวใจ	7 (13.0)	26 (15.0)	0.141	0.707
ไขมันในเลือดสูง	33 (61.1)	118 (68.2)	0.931	0.335
โรคปอด	1 (1.9)	1 (0.6)	0.765 <sup>a</sup>	0.420
โรคไต	7 (13.0)	21 (12.1)	0.026	0.872
โรคเลือด	1 (1.9)	2 (1.2)	0.153 <sup>a</sup>	0.559

<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

	ภาวะโภชนาการ		Chi-square	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ปกติ n = 54	เกิน n = 173		
<b>โรคประจำตัว</b>				
ปวดเข่าเรื้อรัง	1 (1.9)	4 (2.3)	0.040	1.000
โรคเกาต์	0 (0)	9 (5.2)	2.925	0.119
โรคกระดูกพรุน	6 (11.1)	5 (2.9)	6.032 <sup>a</sup>	0.024*
โรคหลอดเลือดสมอง	2 (3.7)	4 (2.3)	0.310 <sup>a</sup>	0.630
โรคตา	1 (1.9)	2 (1.2)	0.153 <sup>a</sup>	0.559
โรคมะเร็ง	1 (1.9)	2 (1.2)	0.153 <sup>a</sup>	0.559
โรคสมองเสื่อม	3 (5.6)	1 (0.6)	5.890 <sup>a</sup>	0.043*
อื่นๆ	7 (13.0)	15 (8.7)	0.866	0.352
<b>แหล่งข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ</b>				
สมาชิกในครอบครัว เพื่อนญาติ	13 (24.1)	39 (22.5)	0.055	0.815
บุคลากรทางการแพทย์	30 (55.6)	109 (63.0)	0.962	0.327
วิทยุ	4 (7.4)	7 (4.0)	1.008 <sup>a</sup>	0.297
โทรทัศน์	13 (24.1)	39 (22.5)	0.055 <sup>a</sup>	0.815
อินเทอร์เน็ต	1 (1.9)	8 (4.6)	0.831 <sup>a</sup>	0.690
โปสเตอร์/แผ่นพับ	2 (3.7)	8 (4.6)	0.083 <sup>a</sup>	1.000
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร	5 (9.3)	7 (4.0)	2.234 <sup>a</sup>	0.163
อื่นๆ	8 (14.8)	21 (12.1)	0.264	0.607
<b>สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ</b>			4.073	0.044*
เป็น	10 (18.5)	15 (8.7)		
ไม่เป็น	44 (81.5)	158 (91.3)		

<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ &lt; 0.05

## ตอนที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกิน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติในระดับสูงในอัตราใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 61.1 และร้อยละ 56.1 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังผลในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ปัจจัยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนบัญญัติ สำหรับผู้สูงอายุ	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		Chi-square	p-value
	ปกติ (n = 54)	เกิน (n = 173)		
ระดับสูง	33 (61.1)	97 (56.1)	0.468	0.791
ระดับปานกลาง	17 (31.5)	63 (36.4)		
ระดับต่ำ	4 (7.4)	13 (7.5)		

## ตอนที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกิน

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน ส่วนใหญ่มีคะแนนทัศนคติในระดับดี และคืออย่างมาก ร้อยละ 70.4 และ 75.1 ตามลำดับ และพบมีคะแนนทัศนคติระดับไม่ดีเพียง 1 คน ร้อยละ 0.6 ในกลุ่มภาวะโภชนาการเกิน ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ระดับคะแนนทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังผลในตารางที่ 4.14



ตารางที่ 4.14 ปัจจัยด้านระดับทัศนคติต่อ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ โภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227)

ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		Chi- square	p-value
	ปกติ (n = 54)	เกิน (n = 173)		
ระดับคืออย่างมาก	9 (16.7)	19 (10.9)	2.836 <sup>a</sup>	0.460
ระดับดี	29 (53.7)	111 (64.2)		
ระดับปานกลาง	16 (29.6)	42 (24.3)		
ระดับไม่ดี	0 (0.0)	1 (0.6)		

<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

### ตอนที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการเกิน

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุกับภาวะ โภชนาการเกินของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มภาวะ โภชนาการปกติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.1 และอยู่ในระดับควรปรับปรุงเพียง 1 คน ร้อยละ 1.9 ในขณะที่กลุ่มภาวะ โภชนาการเกิน ส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.3 และไม่พบระดับที่ควรปรับปรุง อย่างไรก็ตาม ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังผลในตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ปัจจัยด้านระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227)

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารตาม โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		Chi- square	p-value
	ปกติ (n = 54)	เกิน (n = 173)		
ระดับดี	33 (61.1)	86 (49.7)	5.280 <sup>a</sup>	0.050
ระดับปานกลาง	20 (37.0)	87 (50.3)		
ระดับควรปรับปรุง	1 (1.9)	0 (0.0)		

<sup>a</sup> Fisher's Exact Test



## บทที่ 5

### สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ภาวะโภชนาการ รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ข้อมูลทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน ใช้สถิติการทดสอบเพียร์สัน ไคสแควร์ (Pearson Chi-Square Test) และการทดสอบฟิชเชอร์เอกแซค (Fisher's Exact Test) ซึ่งสรุปผลการศึกษาดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 240 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 กลุ่มอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 45.8 อายุเฉลี่ย 75.60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.39 ปี) มีอายุมากที่สุด 98 ปี มีอายุน้อยที่สุด 61 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.5 มีสถานภาพคู่และหม้ายเท่า ๆ กัน ร้อยละ 45.4 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.3 มีรายได้พอใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 51.3 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 50.4 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.7 ทราบข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและ โภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 62.9 ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 89.6 ออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 46.3 กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกาย ใช้วิธีการเดินเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.8

## 1.2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.3 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.8 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.62 คะแนน คะแนนมากที่สุด 20.00 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุด 6.00 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบคำถามถูก มีเพียง 3 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิด ได้แก่ ข้อ 7) เพื่อควบคุมน้ำหนักผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนอาหารมื้อหลักได้ (ร้อยละ 56.2) ข้อ 8) ผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินทดแทนกันได้ (ร้อยละ 68.8) และข้อ 11) นมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้ (ร้อยละ 73.3)

## 1.3 ทักษะติดต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาทักษะติดต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.1 รองลงมา มีทักษะอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.4 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะติดต่อ 3.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะอยู่ในระดับดี ได้แก่ ข้อ 1) ท่านรู้สึกว่าจะไม่ค่อยได้ทำอะไรจึงไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 3 มื้อต่อวัน (ค่าเฉลี่ย 3.72) ข้อ 2) เมื่อมีโอกาстанจะเลือกกินอาหารให้หลากหลายชนิด (ค่าเฉลี่ย 4.24) ข้อ 3) ท่านพร้อมไปออกกำลังกายถ้ามีเพื่อนชวน (ค่าเฉลี่ย 3.62) ข้อ 5) ท่านเชื่อว่าสามารถกินอาหารประเภทกล้วยเดี่ยว ขนมจีน ขนมปัง แทนข้าวได้บางมื้อ (ค่าเฉลี่ย 4.53) ข้อ 8) ท่านรู้สึกว่าการกินผักมากๆ ทำให้อึดอัดไม่สบายท้อง (ค่าเฉลี่ย 4.27) ข้อ 10) ท่านเชื่อว่าการกินเนื้อสัตว์ติดมันทำให้ผิวพรรณดี (ค่าเฉลี่ย 4.37) ข้อ 11) ท่านเชื่อว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องดื่ม (ค่าเฉลี่ย 4.06) ข้อ 12) ท่านเชื่อว่านมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียมมีประโยชน์เช่นเดียวกับนมวัว (ค่าเฉลี่ย 4.08) ข้อ 13) ท่านรู้สึกว่าการรับประทานอาหารช่วยให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากจึงไม่ควรจำกัด (ค่าเฉลี่ย 4.23) ข้อ 14) ท่านรู้สึกว่าการกำหนดให้กินน้ำตาลวันละไม่เกิน 6 ช้อนชาเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะผู้สูงอายุชอบรสหวาน (ค่าเฉลี่ย 4.40) และข้อ 15) ท่านไม่อยากดื่มน้ำ เพราะทำให้ปัสสาวะบ่อย (ค่าเฉลี่ย 3.81)

## 1.4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.9 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 3.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 คะแนน เมื่อพิจารณาข้อความ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ได้แก่ ข้อ 1) ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) (ค่าเฉลี่ย 3.25) ข้อ 2) ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ คือ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และน้ำมัน (ค่าเฉลี่ย 3.10) ข้อ 6) ท่านกินผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ (ค่าเฉลี่ย 3.19) ข้อ 8) ท่านกินขามุดติดหนัง หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องใน ปฏิบัตินานๆ ครั้งหรือไม่กินเลย (ค่าเฉลี่ย 3.58) ข้อ 11) ท่านกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวอบกรอบ ข้าวเกรียบ (ค่าเฉลี่ย 3.74) ข้อ 12) ท่านกินอาหารทอด ประเภทไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋ (ค่าเฉลี่ย 3.44) ข้อ 13) ท่านกินขนมหวาน ประเภทขนมหวานไทย เล็ก ก๋วยเตี๋ยว บัวลอย ลอดช่อง (ค่าเฉลี่ย 3.25) ข้อ 14) ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (ค่าเฉลี่ย 3.05) ข้อ 15) ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ประเภทชาเย็น กาแฟเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม (ค่าเฉลี่ย 3.11) ข้อ 16) ท่านกินอาหารปิ้งย่าง ประเภทหมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง คอหมูย่าง (ค่าเฉลี่ย 3.73) ข้อ 17) ท่านกินอาหารปรุงสุกใหม่ (ค่าเฉลี่ย 3.72) และข้อ 18) ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ค่าเฉลี่ย 3.96)

### 1.5 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาภาวะโภชนาการตามค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนและอ้วนมาก ร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ ปกติ น้ำหนักเกินและผอม ร้อยละ 22.5, 14.6 และ 5.4 ตามลำดับ โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.02 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ค่าดัชนีมวลกายมากที่สุด 41.33 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ค่าดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 14.16 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

### 1.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 54 คน (ร้อยละ 23.8) และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 173 คน (ร้อยละ 76.2) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกิน ( $p < 0.001$ ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกิน ( $p = 0.024$ ) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกิน ( $p = 0.043$ ) และกลุ่มอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกิน ( $p = 0.044$ )

## 2. อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการปกติ (ร้อยละ 23.8) และกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ร้อยละ 76.2) อภิปรายตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษาได้ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งจากสถิติโดยเฉลี่ยเพศหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย (สถิติกรุงเทพมหานคร, 2557) และเพศหญิงจะเอาใจใส่ดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย (วรรณวิมล เมฆวิมล, 2555) ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป และพบว่า ร้อยละ 45.4 มีสถานภาพสมรสคู่และหม้ายเท่าๆ กัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมค่อนข้างต่ำ ดังจะเห็นได้จากส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และรายได้มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ รายได้ส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ เงินสวัสดิการแห่งรัฐ และจากลูกหลานที่อาศัยอยู่ด้วย นอกจากนี้ จากเกณฑ์การคัดเลือกผู้สูงอายุเข้ารับบริการของคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่กำหนดว่า มีการเจ็บป่วยหลายโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ (วิจิตรา ศรีชนะนทร์ และคณะ, 2558)

การออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกาย ร้อยละ 64.2 สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา ศรีชนะนทร์ และคณะ (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน โนนสมบูรณ์มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 62.9 และมีความถี่ในการออกกำลังกายส่วนใหญ่มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 58.0 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสองการศึกษาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งมีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำ วิธีการออกกำลังกายส่วนใหญ่ใช้วิธีการเดิน ร้อยละ 55.8 รองลงมาคือแกว่งแขน ร้อยละ 40.9 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งการเดินและแกว่งแขนเป็นวิธีการออกกำลังกายชนิดเบาที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน โดยต้องทำกิจกรรมเหล่านี้อย่างน้อยวันละ 30 นาที (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 62.9 รองลงมาคือ

สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 22.1 และโทรทัศน์ ร้อยละ 22.1 ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของ สุพรรณิ พุกญา (2559) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทางด้านอาหารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) ร้อยละ 64.9 รองลงมาคือบุคคลใน ครอบครัว ร้อยละ 58.3 และบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 57.6 ตามลำดับ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุง ประชารักษ์มากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งภายในคลินิกจะมีนักโภชนาการทำหน้าที่ประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.8 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 15.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.62 คะแนน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.9 ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 56.3 ก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติน ชุมแก้ว และชีพสมน รังสยาธร (2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาประเด็นความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุรายข้อ พบว่า ข้อคำถามส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างตอบถูก มีเพียง 3 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบผิด ได้แก่ ข้อ 7) เพื่อควบคุมน้ำหนักผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนอาหารมื้อหลักได้ มีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 56.2) ที่ยังเข้าใจผิดว่าผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนข้าวได้เพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งหลักของการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้องตามธงโภชนาการนั้น ต้องบริโภคอาหารตามระดับกิจกรรมที่ทำ เช่น ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีกิจกรรมเบามาก (อยู่บ้านเฉย ๆ นั่ง ๆ นอน ๆ) ควรบริโภคอาหาร 1,400 กิโลแคลอรี/วัน และผู้สูงควรบริโภคอาหารให้หลากหลายเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ซึ่งธงโภชนาการกำหนดให้ผู้สูงอายุรับประทานผลไม้บริโภคได้ 1 ส่วน/วัน (กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ, 2561) นอกจากนี้ ผลไม้เป็นอาหารที่ให้พลังงานเช่นเดียวกัน คือ ผลไม้ 1 ส่วน ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี ซึ่งข้าว 1 ทัพพี ให้พลังงานประมาณ 80 กิโลแคลอรี และผลไม้เป็นอาหารที่รับประทานได้ง่ายโอกาสที่จะรับประทานผลไม้ในปริมาณมาก โดยเฉพาะถ้าอยู่ในรูปของน้ำผลไม้ ข้อ 8) ผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินทดแทนกันได้ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 68.8) คิดว่าผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินแทนกันได้ ตามธงโภชนาการผู้สูงอายุ แม้ว่าผักและผลไม้จะอยู่ในแถวเดียวกัน แต่สัดส่วนที่แนะนำ คือ ผัก 4 ทัพพี/วัน และผลไม้ 1 – 3 ส่วน/

วัน เนื่องจากต้องการให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารที่มีความหลากหลาย และอาหารครบ 5 หมู่ นอกจากนี้ ผลไม้ของไทยหลายชนิดมีรสหวาน ถ้าจะรับประทานผลไม้แทนผัก จะต้องรู้จักการเลือกรับประทานผลไม้ที่ให้พลังงานต่อหน่วยต่ำ (กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ, 2561) และข้อ 11) นมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้ กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่ส่วน (ร้อยละ 73.3) คิดว่านมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้ แต่ความเป็นจริงนมถั่วเหลืองให้พลังงาน โปรตีน วิตามินและแร่ธาตุหลายชนิดใกล้เคียงกับนมวัว ยกเว้น แคลเซียม นมวัวมีแคลเซียมสูงกว่านมถั่วเหลืองมาก หากผู้สูงอายุดื่มนมวัวแล้วมีอาการแพ้ แนะนำให้ดื่มนมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียมแทน (จันทร์เพ็ญ บุญนะ, 2556)

ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.1 รองลงมาทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.4 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ 3.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 คะแนน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ทำให้มีทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ Schwartz (1975) ที่กล่าวว่า ทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนเราจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีอยู่ คือ ถ้ามีความรู้ดี ทัศนคติต่อสิ่งนั้นก็จะเป็นไปตามไปด้วย เมื่อพิจารณาประเด็นทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุรายข้อ พบว่า ข้อคำถามมีคะแนนอยู่ในระดับคืออย่างมาก (จำนวน 4 ข้อ) ระดับดี (จำนวน 11 ข้อ) และระดับปานกลาง (จำนวน 5 ข้อ) ไม่พบประเด็นทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ไม่ดีหรือไม่คืออย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ พลฤกษ์ (2559) ที่ทำการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยแบบสอบถามทัศนคติ จำนวน 8 ข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีระดับทัศนคติระดับดี มีจำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามที่มีระดับทัศนคติระดับปานกลางมีจำนวน 4 ข้อ ซึ่งไม่พบข้อคำถามที่มีระดับทัศนคติระดับไม่ดีเช่นเดียวกัน

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.9 รองลงมาพฤติกรรมการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 3.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่งผลทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และเมื่อมีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ จึงทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่ดีตามมาด้วย สอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของ Schwartz (1975) ที่กล่าวว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม เมื่อพิจารณาประเด็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุเป็นรายข้อ พบว่า



ส่วนใหญ่ข้อคำถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนาบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุในระดับดี (12 ข้อ) และอยู่ในระดับปานกลาง (6 ข้อ) ได้แก่ ข้อ 3) ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที (ค่าเฉลี่ย 2.35) ข้อ 4) ท่านกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.02) ข้อ 5) ท่านกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ท็อปพี (ค่าเฉลี่ย 2.30) ข้อ 7) ท่านกินไข่ (ค่าเฉลี่ย 2.57) ข้อ 9) ท่านกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ (ค่าเฉลี่ย 2.05) และข้อ 10) ท่านดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1 – 2 แก้ว (ค่าเฉลี่ย 2.34) สอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ พกฤษา (2559) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า พฤติกรรมการบริโภคข้าวกล้อง พฤติกรรมการดื่มนมพร่องไขมัน และพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทถั่ว อยู่ในระดับปานกลาง และผลการสำรวจการบริโภคผักของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคน้อยกว่า 1 ส่วนต่อวันมากที่สุด ร้อยละ 28.0 รองลงมาคือ 1 - <2 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 25.3 บริโภคผัก 2 - <3 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 23.7 และบริโภคผักมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ส่วน ร้อยละ 23.0 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร, 2559)

จากการศึกษาภาวะโภชนาการตามค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) ร้อยละ 72.1 รองมาเป็นภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 22.5 และผอม ร้อยละ 5.4 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.02 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร มาตรฐาน และผ่องพรรณ อรุณแสง (2557) ที่กล่าวว่าภาวะโภชนาการเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>) พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในเขตเมืองและชนบทมากกว่าภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการต่ำ อาจเนื่องมาจากการมีน้ำหนักเกินตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ การมีมวลไขมันเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง และการรับประทานอาหารที่มากเกินไป อัตราความชุกของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนอาจมีความแตกต่างกันไปตามเกณฑ์ที่ใช้เป็นจุดตัด (Cutoff-point) ในการตัดสินน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ใช้ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> เป็นน้ำหนักเกิน และดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> เป็นโรคอ้วน ซึ่งการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยจากผลการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ที่ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> เป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะโภชนาการเกิน (วิชัย เอกพลากร, 2559) เช่นเดียวกัน เกณฑ์แจกแจงดัชนีมวลกายดังกล่าว ใช้สำหรับผู้มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของร่างกายแตกต่างไปจากวัยผู้ใหญ่ นำมีการใช้เกณฑ์ในการแจกแจงภาวะโภชนาการตามดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน ดังผลการศึกษาของ Kathryn N. Porter Starr และ Connie W. Bales ที่พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 23.0–29.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> จะมีอายุยืนกว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup>

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ พบปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ อายุ โรคกระดูกพรุน โรคสมองเสื่อม และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ เพศ ศาสนา สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคปอด โรคไต โรคเลือด โรคปวดเข่าเรื้อรัง โรคเกาต์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคตา โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า และแหล่งข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ อภิปรายได้ดังนี้

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสรญา แก้วพิบูลย์ (2555) ที่พบว่าเพศเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ อย่างไรก็ตาม สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตรา ศรีชนะนนท์ และคณะ (2558) ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ในการศึกษาทั้งสองการศึกษาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเหมือนกัน ซึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิงมีโอกาสเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมาใช้บริการในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ทำให้ปัจจัยเรื่องเพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน

อายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สอดคล้องกับสมจิตร มาตยารักษ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (2557) ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร ความสามารถในการแยกกลิ่นและรสอาหารลดลง มีอาการปากแห้ง ในกระเพาะอาหารมีการเคลื่อนตัวของอาหารช้าลง การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลง สูญเสียความสามารถในการซื้อและประกอบอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับอาหารที่ลดลง

ศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาพุทธ คริสต์ และอิสลามมีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกินไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.5 นับถือศาสนาพุทธ การกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างจึงไม่มากพอที่จะเห็นความแตกต่างของภาวะโภชนาการระหว่างศาสนาได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตรา ศรีชนะนนท์ และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บ้านโนนสมบูรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98.6 นับถือศาสนาพุทธ มีเพียงร้อยละ 1.4 นับถือศาสนาอิสลาม ทำให้ไม่พบความแตกต่างของภาวะโภชนาการระหว่างศาสนาเช่นเดียวกัน

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตรา ศรีชนะนทร์ และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาทั้งสองการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ซึ่งผู้สูงอายุที่คู่สมรสยังมีชีวิตอยู่และใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมีภาวะโภชนาการไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดียว ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับภาวะโภชนาการเกิน

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ แตกต่างจากการศึกษาของสรญา แก้วพิบูลย์ (2555) ที่พบว่าระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ อย่างไรก็ตามสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตรา ศรีชนะนทร์ และคณะ (2558) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาทั้งสองการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลจะมีบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัว จึงไม่มีผลทำให้เกิดความแตกต่างกันของภาวะโภชนาการตามระดับการศึกษา

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตรา ศรีชนะนทร์ และคณะ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากการศึกษาทั้งสองการศึกษาใช้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ซึ่งรายได้น้อยหรือรายได้มากไม่ได้เป็นตัวกำหนดภาวะโภชนาการ ทำให้ปัจจัยเรื่องรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน

การออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิจิตรา ศรีชนะนทร์ และคณะ (2558) ที่พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ใช้การเดินและแกว่งแขนเป็นวิธีการออกกำลังกาย ซึ่งวิธีการออกกำลังกายทั้งสองวิธีเป็นการออกกำลังกายชนิดเบา (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้าง

เสริมสุขภาพ, 2560) ไม่ส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนัก ทำให้ไม่พบความแตกต่างของภาวะโภชนาการเกินระหว่างผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายและไม่ออกกำลังกาย

บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ แตกต่างจากการศึกษาของสรญา แก้วพิบูลย์ (2555) ที่พบว่าบุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ อย่างไรก็ตามสอดคล้องกับผลการศึกษาของวิจิตร ศรีชนะนนท์ และคณะ (2558) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว หรืออาศัยอยู่ตามลำพังไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสองการศึกษาคือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเวลายาวนานตั้งแต่ยังเป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ปฏิบัติเป็นประจำมีความสัมพันธ์กับโรคดังกล่าว เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสรีรวิทยาและระบบประสาท ทำให้ความอยากอาหารลดลง เมื่ออาหารรับประทานแล้วรู้สึกไม่อร่อย ผู้สูงอายุจึงเลือกรับประทานอาหารที่ตนเองชอบเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ไม่พบความแตกต่างของภาวะโภชนาการเกินระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว และอาศัยอยู่กับครอบครัว

โรคประจำตัว ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า โรคกระดูกพรุน ( $p = 0.024$ ) และโรคสมองเสื่อม ( $p = 0.043$ ) มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกิน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วย 2 โรคดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความใส่ใจมากขึ้นจากบุตรหลานและญาติ เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยในโครงการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การประเมิน รักษาและแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารตั้งแต่ก่อนรักษาตัวในโรงพยาบาล และส่งต่อเป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคกระดูกพรุนมีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน ส่วนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดในการพามาพบแพทย์ ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลหรือข่าวสารต่างๆ จากบุคคลากรทางการแพทย์ในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รวมถึงเรื่องการดูแลภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากนักโภชนาการด้วย ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน

แหล่งข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุง- ประชารักษ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพรรณิ พฤกษา (2559) ที่พบว่า การรับข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่อายุมากขึ้นทำให้ความรู้ ความเข้าใจ และแรงจูงใจในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารลดลง (สุพรรณิ พฤกษา,

2559) ทำให้ไม่พบความแตกต่างของภาวะโภชนาการเกินระหว่างผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.044$ ) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าภาวะโภชนาการปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน สอดคล้องกับสมจิตร มาตยารักษ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (2557) ที่ทำการศึกษาระยะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุติยภูมิแห่งหนึ่ง อาจเป็นเพราะชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวและมีบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีสัมพันธภาพในชุมชน และมีการได้รับข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ

ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ระดับคืออย่างมาก และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีสัดส่วนภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้ เลือกใช้เนื้อหาตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อเสนอแนะแนวทางการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีในเชิงคุณภาพมาเป็นจัดทำกรอบในการสร้างแบบสอบถามครั้งนี้ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างของการปฏิบัติที่จะแสดงให้เห็นถึงปริมาณของพลังงานและสารอาหารที่ให้พลังงานที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากอาหารบริโภค ซึ่งจะมีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยตรง

### 3. ข้อเสนอแนะ

#### 3.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงกระบวนการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ดังนี้

**3.1.1 ผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง (อายุระหว่าง 60 – 79 ปี)** ที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าปกติ ดังนั้นในการให้

ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการควรเตรียมตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน

**3.1.2 ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุร่วมกับบุตรหลานหรือญาติ** (ผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแล้ว ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกพรุน และผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม) จะมีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากบุตรหลานหรือญาติจะเป็นผู้ประกอบหรือซื้ออาหารให้รับประทาน ดังนั้นในการรณรงค์ให้ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้สูงอายุ ควรเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตรหลาน หรือญาติด้วย

**3.1.3 ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ** มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุง-ประชารักษ์ ดังนั้นควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเกี่ยวพันและมีบทบาททางสังคม นอกจากนี้จะได้รับข้อมูลทางสุขภาพทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องแล้ว ยังมีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมภายในชมรมผู้สูงอายุด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม

**3.1.4 ควรทำสื่อการสอนเพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องในประเด็นความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ** ที่อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ควรให้ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ ประโยชน์ของผักและผลไม้ และความแตกต่างระหว่างนมถั่วเหลืองกับนมวัวกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น ควรสร้างทัศนคติเรื่องข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ปริมาณผักและผลไม้ที่ควรบริโภค การกินไข่กับภาวะคอเลสเตอรอลสูง และความเชื่อว่าการดื่มรสหวานทำให้รู้สึกสดชื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับดี ควรปรับปรุงพฤติกรรมด้านออกกำลังกายวันละ 30 นาที การกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อย การกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี การกินไข่ การกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์ และการดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1-2 แก้วในผู้สูงอายุให้มากขึ้น

## 3.2 ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายของกรุงเทพมหานคร

**3.2.1 ส่งเสริมภาวะโภชนาการตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่** เพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรกรุงเทพมหานครให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

**3.2.2 ให้แต่ละชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ** เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการและสวัสดิการต่าง ๆ

**3.2.3 พัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ** เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

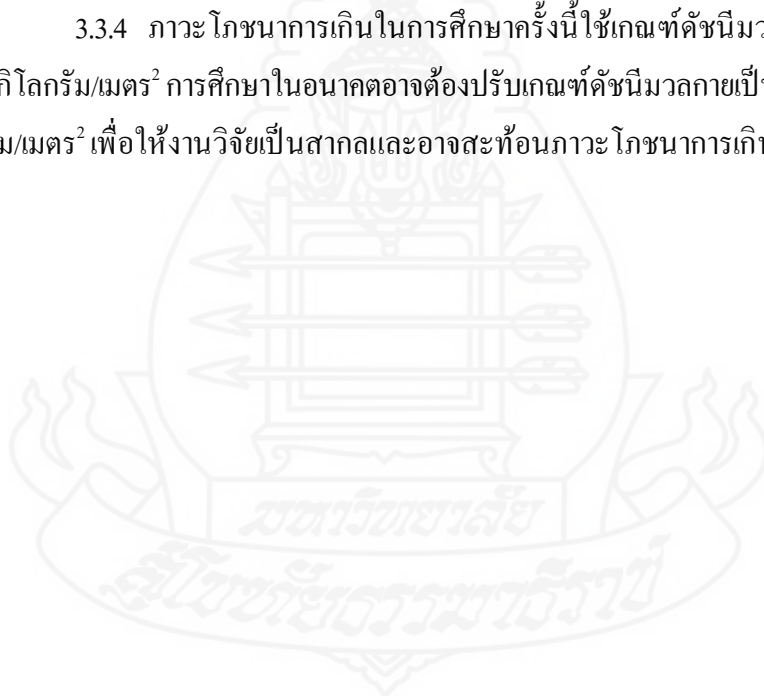
### 3.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

3.3.1 การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยหลายโรค กินยา มากกว่า 10 ชนิดขึ้นไป จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละโรค เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ถูกต้องและ เหมาะสมแก่ภาวะสุขภาพต่อไป

3.3.2 การศึกษาครั้งนี้ใช้โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถามเชิงคุณภาพ จึงควรมีการศึกษาการบริโภครอาหารในเชิงปริมาณตามธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อได้ข้อมูล เกี่ยวกับคุณค่าพลังงานและสารอาหารที่ผู้สูงอายุได้รับ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

3.3.3 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดนโยบายส่งเสริม พฤติกรรมการบริโภคอาหารผ่านชมรมผู้สูงอายุต่อไป

3.3.4 ภาวะโภชนาการเกินในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือ เท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> การศึกษาในอนาคตอาจต้องปรับเกณฑ์ดัชนีมวลกายเป็นมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> เพื่อให้งานวิจัยเป็นสากลและอาจสะท้อนภาวะโภชนาการเกินกับภาวะสุขภาพได้ มากกว่านี้



บรรณานุกรม





## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546*. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)*. นนทบุรี: อีส ออแกนิส.
- \_\_\_\_\_. (2560). *บทบาทผู้สูงอายุต่อสังคม ครอบครัว ชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2560, จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic006.php>.
- กรุงเทพมหานคร. (2557). *แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2557 – 2560)*. กรุงเทพมหานคร: ธนเชษฐ์.
- \_\_\_\_\_. (2560). *การแถลงนโยบายของผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร พลตำรวจเอกอัศวิน ขวัญเมือง กทม. ก้าวสู่ปีที่ 45 “ผลักดันทันใจ แก้ไขทันที”*. สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2560, จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER9/DRAWER034/GENERAL/DATA0000/00000035.PDF>.
- กฤติน ชุมแก้ว, ชีพสุมน รังสยาธร. (2557). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. *วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม)*, 35 (1), 16-29.
- กลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2559). *รายงานผลการดำเนินงานโครงการผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- \_\_\_\_\_. (2560). *รายงานผลการดำเนินงาน โครงการผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- \_\_\_\_\_. (2561). *รายงานผลการดำเนินงาน โครงการผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- กลุ่มส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ. (2561). *ธง โภชนาการผู้สูงอายุและ โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันโภชนาการ.

- กองประชาสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร (2560). *โรงพยาบาลตากสิน นำร่องเปิดห้องตรวจ "กทม. ใส่ใจวัย 80 ปี" เพิ่มความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2560, จาก [http://203.155.220.230/m.info/news/bmanews.php?news\\_id=9157](http://203.155.220.230/m.info/news/bmanews.php?news_id=9157).
- กิตติกร นิลมานัต, ขนิษฐา นาคะ, วิภาวี คงอินทร์, เอมอร แซ่จิว, พัชรียา ไชยลังกา, ปิยะภรณ์ บุญพัฒน์. (2556). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28 (1), 75-83.
- เกษิกา จันชนะกะกิจ. (2559). อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ Food and Nutrition for the Older adults *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*, 3 (2), 1-11.
- ไกรสิทธิ์ ตันศิริรินทร์, อรุวรรณ เข้มบริสุทธิ์. (2540). โภชนาการกับสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. สืบค้นเมื่อ 26 ตุลาคม 2561, จาก [http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol120No2\\_03](http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=JHealthVol120No2_03).
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2553). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: โรงพิมพ์เทพปัญญานิสย์.
- คณะทำงานจัดทำข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย (2542). *คู่มือธงโภชนาการกินพอดี สุขีทั่วไทย*. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์เพ็ญ บุญนะ, รัตนา ปิ่นฉัตรยารักษ์, วิชชุดา กันธา, ศิริสิทธิ์ ชัยเมืองเขียว และนพพล เล็กสวัสดิ์. (2556). *ข้อดีและข้อเสียของการดื่มน้ำนมถั่วเหลืองกับน้ำนมวัว*. สืบค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.agro.cmu.ac.th/absc/data/57/57-012.pdf>
- จินตนา สุวิทวัส (2554). ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34 (3), 22-30.
- จูลี เลาะห์วีระพานิช (2539). โภชนาการในผู้สูงอายุ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2 (3), 90-95.
- ตรีชนัน ศรีวิเชียร (2559). การศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนป้อมเพชร. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6 (2), 119-130.
- ธัญญาณี สอนบุตรนาค (2560). *จำนวนและสถิติโรคที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- นวนิตย์ จันทรชุ่ม (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพมหานคร.

- นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ (2559). ภาวะซึมเศร้า Depression. *วารสาร มวก.วิชาการ* 19(38): 105-118.
- ประไพศรี ศิริจักรวาล. (2560). *ข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย. การประชุมวิชาการ โภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง อาหารสุขภาพเพื่อชีวิต, ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค บางนา, กรุงเทพมหานคร.*
- พิชญา นาควัชร (2560). *นโยบายการบริหารงานสำนักการแพทย์ ปี 2560. สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.msdbangkok.go.th/download%20file/download%20planboss60.pdf>.*
- พิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว, ร. ถ. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 21 (2), 94-109.
- มณีรัตน์ ศรีสวัสดิ์, พรรณวดี พุชวัฒน์, มณี อากานันท์กุล, (2012). ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป. *Rama nurs J*, 18 (3), 327-342.
- มาริสา หวังเจริญ, วันดี ไทยพานิช, อนุกุล พลศิริ, จารี ทองคำสิง, (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุกรณีศึกษา ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร. *วารสารคหเศรษฐศาสตร์*, 59 (3), 61-72.
- ยุทธนา พูนพานิช, แสงนภา อุทัยแสงไพศาล. (2557). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยชุมชนเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23 (2), 226-238.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, เรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มโนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ, อุไรพร จิตต์แจ้ง. (2555). *คู่มือเครื่องชี้วัดทางโภชนาการและโรคที่เกี่ยวข้อง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.*
- วรรณวิมล เมฆวิมล. (2555). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา กรุงเทพมหานคร, สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2561, จาก <http://www.ssru.ac.th>.*
- วรัญญา มณีรัตน์, จันทกานต์ เหล่าวงษา, กุลชา กุณาพันธ์, สุทธิดา ไพศาล, ขวัญฤทัย ลีมีตั้น. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาดำบลแม่ข้าวต้ม อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย. *วารสารการวิจัยกาสะลองคำ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 11 (3), 135-143.

- วิหพลประสิทธิ์ ก้อนแก้ว. (2557). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบล  
คลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี. (รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา,  
ชลบุรี.
- วิจิตรา ศรีชนะนนท์ และคณะ (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขต  
รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน โนนสมบุรณ์. สืบค้นเมื่อ 26  
พฤษภาคม 2560, จาก  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjy0v\\_33fbeAhXMuo8KHVBxCDsQFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Ftci-thaijo.org%2Findex.php%2FJHR%2Farticle%2Fdownload%2F18341%2F16137%2F&usg=AOvVaw2Qf5ewPvycge6JxarRQjV0](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjy0v_33fbeAhXMuo8KHVBxCDsQFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Ftci-thaijo.org%2Findex.php%2FJHR%2Farticle%2Fdownload%2F18341%2F16137%2F&usg=AOvVaw2Qf5ewPvycge6JxarRQjV0)
- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, กนิษฐา ไทยกกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2559).  
การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, สถาบันวิจัยระบบ  
สาธารณสุข (สวรส.).
- วิรดา อรรถเมธากุล, วรณี ศรีวิไลย์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว  
จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 7 (2), 18-28.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *แนวทางเวชปฏิบัติการ  
ป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: บริษัท ซีจี ทูล จำกัด.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. (2556). *คู่มือมาตรฐานและ  
การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร  
แห่งประเทศไทย จำกัด.
- สมจิตร มาตยารักษ์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2557). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ  
โภชนาการในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล  
ทุติยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32 (4), 152-161.
- สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. (2553). *แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม  
(Guideline for the Treatment of Osteoarthritis of Knee)*. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2560,  
จาก <http://www.thairheumatology.org/wp-content/uploads/2016/08/Guideline-for-Management-of-OA-knee.pdf>.

สรญา แก้วพิบูลย์, ณัฐรุจิ แก้วพิบูลย์. (2555). *ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์*.

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. สืบค้นเมื่อ 26 กรกฎาคม 2561, จาก

<http://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/288621>.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2560). *การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 16 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/35234->

<http://www.thaihealth.or.th/Content/35234-%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B3%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8.html>

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557*.

กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์, บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.

\_\_\_\_\_. (2561). *เผยแพร่ผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2560*. สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม

2561, จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N10-07-61.aspx>.

สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล. (2558). *สถิติกรุงเทพมหานคร ปี 2557*. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สุชญา พันภัย, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, ทศนีย์ ลิ้มสุวรรณ. (2559). *ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ*

กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง.

*วารสารทศวรรษศาสตร์*, 59 (3), 48-60.

อัญชลี อยู่สุข. (2555). *การวัดเจตคติของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีต่อการเรียนวิชา*

*ภาษาอังกฤษ*. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiu4fHxhf7eAhXGQY8KHdiK>

<http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiu4fHxhf7eAhXGQY8KHdiK>

<http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiu4fHxhf7eAhXGQY8KHdiK>

<http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiu4fHxhf7eAhXGQY8KHdiK>

<http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiu4fHxhf7eAhXGQY8KHdiK>

<http://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiu4fHxhf7eAhXGQY8KHdiK>

Costa Bruna Vieira de Lima, F. L. M., Lopes Aline Cristine Souza. (2012). Nutritional Status and

Associated Factors in Institutionalized Elderly. *Nutritional Disorders & Therapy*

2(3): 1-5.

- Jair Sindra Virtuoso-Júnior, S. T., Vicente Romo-Perez, Ricardo Oliveira-Guerra. (2012). Factors associated to risk of malnutrition amongst elderly women in low-income communities. *Colombia Médica* 43(1): 54-62.
- Kathryn N. Porter Starr, Connie W. Bales. (2015). Excessive Body Weight in Older Adults: Concerns and Recommendations. Retrieved January 28, 2019, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4510467/>
- Luciana Bronzi de Souza, S. J. P., José Eduardo Corrente. (2015). Relationship between Nutritional Status and Functional Capacity for Older People. *Scientific Research Publishing*: 1090-1097.
- Restria Fauziana, A. J., Edimansyah Abdin, Janhavi Vaingankar, Vathsala Sagayadevan, Saleha Shafie, Rajeswari Sambasivam, Siow Ann Chong, Mythily Subramaniam. (2016). Body mass index, waist-hip ratio and risk of chronic medical condition in the elderly population: results from the Well-being of the Singapore Elderly (WiSE) Study. *BMC Geriatrics* 16(125): 1-9.
- Söderström Lisa. (2013). Nutritional status among older people Risk factors and consequences of malnutrition. Public Health and Caring Sciences Clinical Nutrition and Metabolism, Uppsala University. Retrieved October 30, 2017, from <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:648433/FULLTEXT01.pdf>.
- Virginia B. Kalish. (2016). Obesity in Older Adults. Retrieved November 8, 2018, from [https://www.researchgate.net/publication/295258402\\_Obesity\\_in\\_Older\\_Adults](https://www.researchgate.net/publication/295258402_Obesity_in_Older_Adults).
- Zahra Bostani Khalesi, M. B. (2017). Nutritional Status and Related Factors in Elderly Nursing Home Residents. *Elderly Health Journal* 1(1): 16-21.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
แบบสอบถามการวิจัย





เลขที่แบบสอบถาม.....

วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์.....

**คำชี้แจงแบบสอบถาม**

แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดต่อโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

จำนวน 18 ข้อ

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุ**

คำชี้แจงจากข้อคำถามต่อไปนี้ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงและขอความร่วมมือให้ผู้วิจัยทำการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของท่าน

1. เพศ  1.ชาย  2.หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> 1.พุทธ	<input type="checkbox"/> 2.คริสต์
<input type="checkbox"/> 3.อิสลาม	<input type="checkbox"/> 4.อื่นๆ ระบุ.....
6. สถานะภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> 1.คู่	<input type="checkbox"/> 2.หม้าย
<input type="checkbox"/> 3.หย่า/แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> 4.โสด
7. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> 1.ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 2.ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3.มัธยมศึกษา/ปวช.
<input type="checkbox"/> 4.อนุปริญญา/ปวส.	<input type="checkbox"/> 5.ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 6.สูงกว่าปริญญาตรี
8. รายได้ส่วนตัวของผู้สูงอายุ
 

<input type="checkbox"/> 1.พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> 2.พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> 3.ไม่พอใช้จ่าย
--	---	---

## 9. การออกกำลังกาย

- 1. ไม่ออกกำลังกาย(ข้ามไปถามข้อ 11)
- 2. ออกกำลังกาย 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์
- 3. ออกกำลังกาย 4-6 ครั้ง/สัปดาห์
- 4. ออกกำลังกายทุกวัน

## 10. วิธีและระยะเวลาในการออกกำลังกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. แกว่งแขน ครั้งละ.....นาที
- 2. เดิน ครั้งละ.....นาที
- 3. รำมวยจีน ครั้งละ.....นาที
- 4. ว่ายน้ำ ครั้งละ.....นาที
- 5. วิ่ง ครั้งละ.....นาที
- 6. ถีบจักรยาน ครั้งละ.....นาที
- 7. เต้นรำ ครั้งละ.....นาที
- 8. อื่นๆ ระบุ.....ครั้งละ.....นาที

## 11. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

- 1. อยู่คนเดียว
- 2. คู่สมรส
- 3. บุตรหลาน
- 4.ญาติพี่น้อง
- 5. อื่นๆ ระบุ.....

## 12. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. ความดันโลหิตสูง
- 2. เบาหวาน
- 3. โรคหัวใจ
- 4. ไขมันในเลือดสูง
- 5. โรคปอด
- 6. โรคไต
- 7. โรคเลือด
- 8. ปวดเข่าเรื้อรัง
- 9. โรคเกาต์
- 10. โรคกระดูกพรุน
- 11. โรคหลอดเลือดสมอง
- 12. โรคตา
- 13. โรคเมะเร็ง
- 14. โรคสมองเสื่อม
- 15. โรคซึมเศร้า
- 16. โรคอื่นๆ ระบุ.....

## 13. ท่านได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- 1. สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ญาติ
- 2. บุคลากรทางการแพทย์
- 3. วิทยุ
- 4. โทรทัศน์
- 5. อินเทอร์เน็ต
- 6. โปสเตอร์/แผ่นพับ
- 7. หนังสือพิมพ์/นิตยสาร
- 8. อื่นๆ ระบุ.....

14. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

1.ใช่

2.ไม่ใช่

**ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ**

คำชี้แจงจากข้อคำถามต่อไปนี้ขอให้ท่านตอบตามความเข้าใจของท่านมากที่สุด ถ้าท่านเข้าใจว่าถูกต้องให้ตอบว่า “ใช่” ถ้าเข้าใจว่าไม่ถูกต้องให้ตอบว่า “ไม่ใช่” หรือ “ไม่แน่ใจ”

ข้อคำถาม	ความหมาย	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. การกินอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน	+			
2. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายวันละ 30 นาทีเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน	+			
3. ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	+			
4. ข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยจะช่วยระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุ	+			
5. ผู้สูงอายุควรกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ท็อปปี	+			
6. เพื่อควบคุมน้ำหนักผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนอาหารมื้อหลักได้	-			
7. ผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินทดแทนกันได้	-			
8. ผักและผลไม้มีสารที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	+			
9. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาคอเลสเตอรอลในเลือดสูงสามารถกินไข่ได้วันละ 1 ฟอง	+			
10. ผู้สูงอายุควรกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์แทนเนื้อสัตว์บางมื้อ	+			
11. นมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้	-			

ข้อความ	ความ หมาย	ใช่	ไม่ แน่ใจ	ไม่ ใช่
12. ผู้สูงอายุที่ดื่มมนวันละ 1-2 แก้วจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน	+			
13. การกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ข้าวโพดอบกรอบเป็นประจำ ทำให้ร่างกายได้รับไขมัน และเกลือสูง	+			
14. การกินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ <u>ไม่</u> ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	-			
15. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	+			
16. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำหวานเพื่อช่วยให้ได้น้ำเพียงพอ	-			
17. การกินอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง	+			
18. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารมากกว่าวัยผู้ใหญ่	+			
19. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้	-			
20. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง	+			

### ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อโภชนบัญญัติและรงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจงขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นต่อข้อความต่อไปนี้ว่า ท่าน“เห็นด้วยอย่างยิ่ง”“เห็นด้วย”  
“ไม่แน่ใจ”“ไม่เห็นด้วย” หรือ“ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตามความรู้สึก ความเชื่อ หรือความพร้อมที่จะ  
ปฏิบัติของท่าน

ข้อความ	ความ หมาย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านรู้สึกว่าจะไม่ค่อยได้ทำอะไรจึงไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 3 มื้อต่อวัน	-					
2. เมื่อมีโอกาสท่านจะเลือกกินอาหารให้หลากหลายชนิด	+					
3. ท่านพร้อมที่จะไปออกกำลังกายถ้ามีเพื่อนชวน	+					
4. ท่านรู้สึกว่าจะวอกแวกหรือช้าว้อมมือแข็งเคี้ยวยาก ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ	-					
5. ท่านเชื่อว่าสามารถกินอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ขนมปัง แทนข้าวได้บางมื้อ	+					
6. ท่านเชื่อว่าสามารถกินผลไม้ได้ไม่จำกัดปริมาณเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	-					
7. ท่านรู้สึกว่าการกินผักวันละ 4 ทักษีเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับผู้สูงอายุ	-					
8. ท่านรู้สึกว่าการกินผักมาก ๆ ทำให้อึดอัดไม่สบายท้อง	-					
9. ท่านเชื่อว่าผู้สูงอายุกินไข่ทุกวันจะทำให้มีคอเลสเตอรอลสูง	-					
10. ท่านเชื่อว่าการกินเนื้อสัตว์ติดมันทำให้ผิวพรรณดี	-					

ข้อความ	ความ หมาย	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11. ท่านเชื่อว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องดื่ม	-					
12. ท่านเชื่อว่านมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียมมี ประโยชน์เช่นเดียวกับนมวัว	+					
13. ท่านรู้สึกว่าการรับประทานอาหารให้ผู้สูงอายุ กินอาหารได้มากจึงไม่ควรจำกัด	-					
14. ท่านรู้สึกว่าการกำหนดให้กินน้ำตาล วันละไม่เกิน 6 ช้อนชาเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เพราะผู้สูงอายุชอบรสหวาน	-					
15. ท่านไม่อยากดื่มน้ำ เพราะทำให้ปัสสาวะ บ่อย	-					
16. ท่านเชื่อว่าเครื่องดื่มรสหวานทำให้รู้สึก สดชื่น	-					
17. ท่านเชื่อว่าเนื้อสัตว์สุก ๆ คิบ ๆ จะให้ สารอาหารที่มีคุณค่ามากกว่าเนื้อสัตว์ ปรุงสุก	-					
18. ท่านเชื่อว่าสามารถใช้น้ำมันทอดซ้ำ ไม่เกิน 2 ครั้ง	+					
19. ท่านรู้สึกว่าการดื่มน้ำก่อนมื้ออาหาร ช่วยเรียกน้ำย่อยทำให้กินอาหารได้ มากขึ้น	-					
20. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำเป็นประจำช่วยให้ เลือดไหลเวียนดีในผู้สูงอายุ	-					

**ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ**  
**คำชี้แจง** โปรดบอกตามความจริงว่าท่านปฏิบัติตามข้อความต่อไปนี้หรือไม่ ถ้าท่านปฏิบัติโปรดระบุว่าบ่อยเพียงไร

ทุกวัน หมายถึง เท่ากับหรือมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน  
 บ่อย หมายถึง 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์  
 บางครั้ง หมายถึง 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์  
 นาน ๆ ครั้ง หรือไม่กินเลย หมายถึง น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์หรือไม่กินเลย

ข้อความ	ความหมาย	ทุกวัน	บ่อย	บางครั้ง	นานๆครั้ง หรือไม่กินเลย
1. ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น)	+				
2. ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ คือ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และน้ำมัน	+				
3. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที	+				
4. ท่านกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อย	+				
5. ท่านกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี	+				
6. ท่านกินผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	+				
7. ท่านกินไข่	+				
8. ท่านกินขาหมูติดหนัง หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องใน	-				
9. ท่านกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์	+				
10. ท่านดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1-2 แก้ว	+				
11. ท่านกินขนมกรุบกรอบ ประเภท มันฝรั่งทอด ข้าวอบกรอบ ข้าวเกรียบ	-				
12. ท่านกินอาหารทอด ประเภทไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋	-				

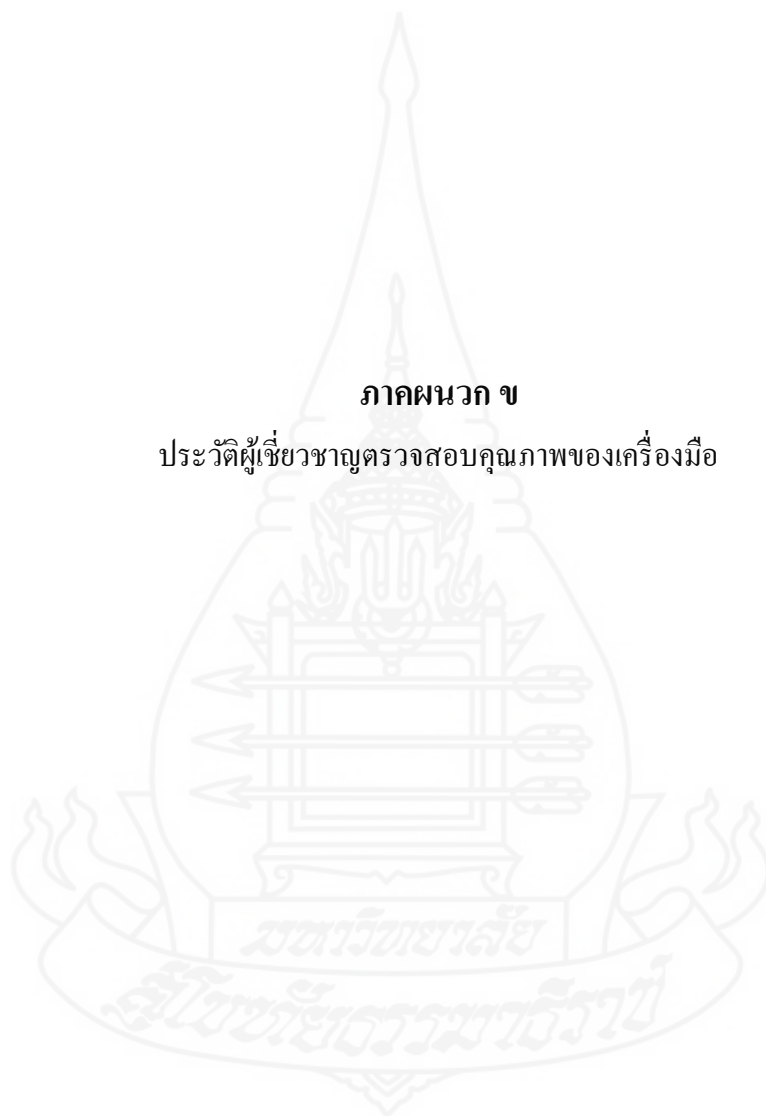
ข้อความ	ความหมาย	ทุกวัน	บ่อย	บางครั้ง	นานๆครั้ง หรือ ไม่กินเลย
13. ท่านกินขนมหวาน ประเภทขนมหวานไทย เค้ก ก๊วยชวตชี บัวลอย ลอดช่อง ไอศกรีม	-				
14. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	+				
15. ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ประเภทชาเย็น กาแฟเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม	-				
16. ท่านกินอาหารปิ้งย่าง ประเภทหมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง คอหมูย่าง	-				
17. ท่านกินอาหารปรุงสุกใหม่ๆ	+				
18. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	-				





ภาคผนวก ข

ประวัติผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ



## 1. รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรังศรี

วุฒิการศึกษา / สถาบัน

ปริญญาตรี :

- อนุปริญญาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2522
- ประกาศนียบัตรการผดุงครรภ์ ชั้น 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2522
- พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2523

ปริญญาโท : วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2527

ปริญญาเอก : PhD, Faculty of Health Studies, Charles Sturt University, NSW, Australia 2548

อื่นๆ :

- Certificate of Mini Master of Management สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์ พ.ศ. 2540
- Certificate of Leadership for Change (ICN-TNC) ค.ศ. 2013-2014

ตำแหน่งปัจจุบัน รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ การดูแลผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุ การสอนเรียนการสอนทาง E-learning และทางอินเทอร์เน็ต การพัฒนาหลักสูตรระยะสั้น สำหรับการเรียนการสอนทางไกล

## 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรานี ภัวตกุล

วุฒิการศึกษา / สถาบัน

ปริญญาตรี : พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ปี พศ. 2535

ปริญญาโท : วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ปี พศ. 2539

ปริญญาเอก : ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต (โภชนศาสตร์) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, ปี พศ. 2546

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาโภชนาวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ โภชนบำบัดและการกำหนดอาหาร โภชนศาสตร์ชุมชน การส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

### 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางส์ตย์เชื้อ

วุฒิการศึกษา / สถาบัน

ปริญญาตรี : วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาพยาบาลและผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาโท : Master of Science (Public Health Nursing) The University of North Carolina at Chapel Hill, U.S.A.

ปริญญาเอก : Doctor of Philosophy (Nursing) The University of North Carolina at Chapel Hill, U.S.A.

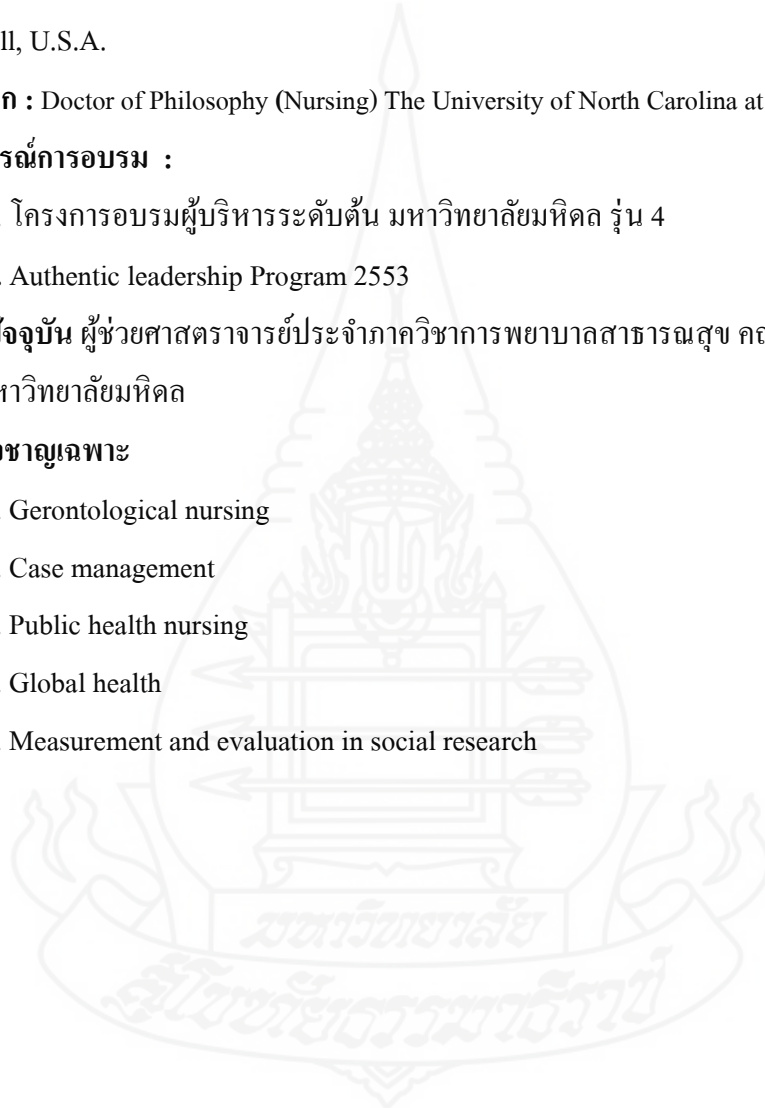
ประสบการณ์การอบรม :

1. โครงการอบรมผู้บริหารระดับต้น มหาวิทยาลัยมหิดล รุ่น 4
2. Authentic leadership Program 2553

ตำแหน่งปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

1. Gerontological nursing
2. Case management
3. Public health nursing
4. Global health
5. Measurement and evaluation in social research



**ภาคผนวก ค**

ค่าความตรงและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ



## ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

- คำชี้แจง คะแนน +1 หมายถึงแน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด  
 คะแนน 0 หมายถึงไม่แน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด  
 คะแนน -1 หมายถึงแน่ใจว่าข้อความวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ข้อความ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		ค่า IOC
1. การกินอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ ช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน		+1	+1	B1	0.67
2. ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายวันละ 30 นาทีเพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้ได้มาตรฐาน	+1	+1	+1	B2	1
3. ผู้สูงอายุควรกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยอย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	+1	+1	0	B3	0.67
4. ข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยจะช่วยให้ระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุ	+1	+1	0	B4	0.67
5. ผู้สูงอายุควรกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี	+1	+1	+1	B5	1
6. เพื่อควบคุมน้ำหนักผู้สูงอายุสามารถกินผลไม้แทนอาหารมื้อหลักได้	+1	+1	0	B6	0.67
7. ผักมีประโยชน์เช่นเดียวกับผลไม้สามารถกินทดแทนกันได้	+1	+1	0	B7	0.67
8. ผักและผลไม้มีสารที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	0	+1	+1	B8	0.67
9. ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาคอเลสเตอรอลในเลือดสูงสามารถกินไข่ได้วันละ 1 ฟอง	+1	+1	+1	B9	1
10. ผู้สูงอายุควรกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์แทนเนื้อสัตว์บางมื้อ	+1	+1	+1	B10	1
11. นมถั่วเหลืองมีวิตามินและแร่ธาตุใกล้เคียงกับนมวัวดื่มแทนกันได้	+1	+1	0	B11	0.67
12. ผู้สูงอายุที่ดื่มนมวันละ 1-2 แก้วจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน	+1	+1	+1	B12	1

ข้อความ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		ค่า IOC
13. การกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวเกรียบ ข้าวโพดอบกรอบเป็นประจำ ทำให้ร่างกายได้รับไขมัน และเกลือสูง	+1	+1	0	B13	0.67
14. การกินอาหารไขมันสูงเป็นประจำ ไม่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ	+1	+1	+1	B14	1
15. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	+1	+1	+1	B15	1
16. ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำหวานเพื่อช่วยให้ได้น้ำเพียงพอ	+1	+1	0	B16	0.67
17. การกินอาหารปิ้งย่างที่ไหม้เกรียม เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง	+1	+1	0	B17	0.67
18. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหารมากกว่าวัยผู้ใหญ่	+1	+1	0	B18	0.67
19. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ช่วยลดระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุได้	+1	+1	0	B19	0.67
20. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากเสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง	+1	+1	0	B20	0.67
<b>ค่าเฉลี่ย</b>					<b>0.79</b>

### ส่วนที่ 3ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติและรงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

- ค่าชี้แจง คะแนน +1 หมายถึงแน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
- คะแนน 0 หมายถึงไม่แน่ใจว่าข้อความวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
- คะแนน -1 หมายถึงแน่ใจว่าข้อความวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ข้อความ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		ค่า IOC
1. ท่านรู้สึกว่าจะไม่ค่อยได้ทำอะไรจริงไม่จำเป็นต้องกินอาหารให้ครบ 3 มื้อต่อวัน	+1	+1	+1	C1	1
2. เมื่อมีโอกาสท่านจะเลือกกินอาหารให้หลากหลายชนิด	+1	+1	+1	C2	1
3. ท่านพร้อมที่จะไปออกกำลังกายถ้ามีเพื่อนชวน	+1	+1	+1	C3	1
4. ท่านรู้สึกว่าจะล้างมือหรือล้างข้อนิ้วให้สะอาด ไม่เหมาะกับผู้สูงอายุ	+1	+1	0	C4	0.67
5. ท่านเชื่อว่าสามารถกินอาหารประเภทกล้วยเขียว ขนมหิน ขนมหงอก แทนข้าวได้บางมื้อ	+1	+1	0	C5	0.67
6. ท่านเชื่อว่าสามารถกินผลไม้ได้ไม่จำกัดปริมาณ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง	+1	+1	+1	C6	1
7. ท่านรู้สึกว่าการกินผักวันละ 4 ทัพพีเป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้สำหรับผู้สูงอายุ	0	+1	+1	C7	0.67
8. ท่านรู้สึกว่าการกินผักมาก ๆ ทำให้อึดอัดไม่สบายท้อง	0	+1	+1	C8	0.67
9. ท่านเชื่อว่าผู้สูงอายุกินไข่ทุกวันจะทำให้มีคอเลสเตอรอลสูง	+1	0	+1	C9	0.67
10. ท่านเชื่อว่าการกินเนื้อสัตว์ติดมันทำให้ผิวพรรณดี	0	+1	+1	C10	0.67
11. ท่านเชื่อว่านมเป็นอาหารสำหรับเด็ก ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องดื่ม	0	+1	+1	C11	0.67
12. ท่านเชื่อว่านมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียมมีประโยชน์เช่นเดียวกับนมวัว	0	+1	+1	C12	0.67

ข้อความ	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		ค่า IOC
13. ท่านรู้สึกว่าการจัดช่วยให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากจึงไม่ควรจำกัด	+1	+1	0	C13	0.67
14. ท่านรู้สึกว่าการกำหนดให้กินน้ำตาลวันละไม่เกิน 6 ช้อนชาเป็นสิ่งที่ทำได้ยากเพราะผู้สูงอายุชอบรสหวาน	0	+1	+1	C14	0.67
15. ท่านไม่อยากดื่มน้ำ เพราะทำให้ปัสสาวะบ่อย	+1	+1	0	C15	0.67
16. ท่านเชื่อว่าเครื่องดื่มนรสหวานทำให้รู้สึกสดชื่น	+1	+1	0	C16	0.67
17. ท่านเชื่อว่าเนื้อสัตว์สุกๆดิบๆจะให้สารอาหารที่มีคุณค่ามากกว่าเนื้อสัตว์ปรุงสุก	+1	0	+1	C17	0.67
18. ท่านเชื่อว่าสามารถใช้น้ำมันทอดซ้ำไม่เกิน 2 ครั้ง	+1	0	+1	C18	0.67
19. ท่านรู้สึกว่าการดื่มน้ำก่อนมื้ออาหารช่วยเรียกน้ำย่อยทำให้กินอาหารได้มากขึ้น	0	+1	+1	C19	0.67
20. ท่านเชื่อว่าการดื่มน้ำเป็นประจำช่วยให้เลือดไหลเวียนดีในผู้สูงอายุ	+1	0	+1	C20	0.67
<b>ค่าเฉลี่ย</b>					<b>0.74</b>



ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ค่าชี้แจง คะแนน +1	หมายถึงแน่ใจว่าซื้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
คะแนน 0	หมายถึงไม่แน่ใจว่าซื้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
คะแนน -1	หมายถึงแน่ใจว่าซื้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ชื่อคำถาม	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		ค่า IOC
1. ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น)	+1	+1	+1	D1	1
2. ใน 1 วันท่านกินอาหารครบ 5 หมู่ คือ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และน้ำมัน	+1	+1	+1	D2	1
3. ท่านออกกำลังกายวันละ 30 นาที	+1	+1	+1	D3	1
4. ท่านกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อย	+1	+1	0	D4	0.67
5. ท่านกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ทักษี	+1	+1	+1	D5	1
6. ท่านกินผลไม้อย่างน้อยวันละ 1 มื้อ	+1	+1	+1	D6	1
7. ท่านกินไข่	0	+1	+1	D7	0.67
8. ท่านกินขงหมูติดหนัง หมูสามชั้น หนังไก่ เครื่องใน	+1	0	+1	D8	0.67
9. ท่านกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์	+1	+1	+1	D9	1
10. ท่านดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1-2 แก้ว	0	+1	+1	D10	0.67
11. ท่านกินขนมกรุบกรอบ ประเภทมันฝรั่งทอด ข้าวอบกรอบ ข้าวเกรียบ	0	+1	+1	D11	0.67
12. ท่านกินอาหารทอด ประเภทไก่ทอด กุ้งทอด ปาท่องโก๋	0	+1	+1	D12	0.67
13. ท่านกินขนมหวาน ประเภทขนมหวานไทย เค้ก ก๋วยเตี๋ยว บัวลอย ลอดช่อง ไอศกรีม	0	+1	+1	D13	0.67
14. ท่านดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	0	+1	+1	D14	0.67
15. ท่านดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ประเภทชาเย็น กาแฟเย็น น้ำหวาน น้ำอัดลม	0	+1	+1	D15	0.67

ข้อคำถาม	ท่านที่ 1	ท่านที่ 2	ท่านที่ 3		ค่า IOC
16. ท่านกินอาหารปิ้งย่าง ประเภทหมูปิ้ง เนื้อย่าง ไก่ย่าง คอหมูย่าง	+1	+1	0	D16	0.67
17. ท่านกินอาหารปรุงสุกใหม่ ๆ	0	+1	+1	D17	0.67
18. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	0	+1	+1	D18	0.67
<b>ค่าเฉลี่ย</b>					<b>0.78</b>



ภาคผนวก ง  
เอกสารผ่านการรับรองจริยธรรม





เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

เอกสารรับรองเลขที่ EHE001/2561

ชื่อโครงการ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการใน  
คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร  
Factors Related to Overnutrition of the Elderly Receiving Services  
from Geriatric Clinic of Charoenkrung Pracharak Hospital in Bangkok  
Metropolis

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ  
ที่ทำงาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ (ฝ่ายโภชนาการ)  
8 ถนนเจริญกรุง แขวงบางค้อแหลม เขตบางค้อแหลม กรุงเทพฯ 10120

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายการแสดงด้านล่าง ได้รับการ  
พิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอ  
การวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนด  
ภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ลงนาม \_\_\_\_\_

(รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทศิริ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วัน/เดือน/ปี 11 มิถุนายน 2561

วันที่รับรอง : 11 มิถุนายน 2561

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ : 11 มิถุนายน 2562

**ประวัติผู้วิจัย**

<b>ชื่อ</b>	นางสาวภาพร คล่องกิจเจริญ
<b>วัน เดือน ปีเกิด</b>	10 กันยายน พ.ศ. 2531
<b>สถานที่เกิด</b>	อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
<b>ประวัติการศึกษา</b>	วิทยาศาสตรบัณฑิต (โภชนาการและการกำหนดอาหาร) คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2554
<b>สถานที่ทำงาน</b>	โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร
<b>ตำแหน่ง</b>	นักโภชนาการปฏิบัติการ

