

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านหัวฝาย หมู่ 2 ตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้ศึกษาค้นคว้าคือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 2 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุ
- 3 ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ
- 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- 5 ภาวะโภชนาการและการประเมินภาวะโภชนาการ
- 6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของผู้สูงอายุ

สมาพันธ์โลกผู้สูงอายุได้มีมติที่นครเวียนนา เมื่อ พ.ศ. 2525 กล่าวว่าผู้สูงอายุคือ ชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2544) และองค์การอนามัยโลกยังให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุ (Elderly) ว่ามีอายุอยู่ระหว่าง 60 – 74 ปี ผู้ชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี และ ผู้ชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (รัชนีภรณ์ ภูกร, 2538) เมอร์เรย์และเซนท์เนอร์ (Murray and Zentner, 1985) กล่าวถึงผู้สูงอายุว่าเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้นอยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจตลอดจนการเจ็บป่วยหรือความพิการร่วมด้วย

ในประเทศไทยผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งความชราหรือขบวนการแก่ (Aging Process) เป็นขบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆในร่างกายเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเหล่านี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้างทำให้เจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีผลการสลายของเซลล์มากกว่าสร้างทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆลดลงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2542) มลฤดี ชูเนตร (2538) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุแต่ละคน

เป็นสำคัญ จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ (2536) กล่าวถึง ผู้สูงอายุว่าเป็นวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งข้าราชการไทยจะเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี และถือว่าเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปสู่วัยเสื่อม จึงควรพักผ่อนและเปลี่ยนแปลงการทำงานเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิชอบมากไม่ต้องเผชิญกับความเครียด ในทำนองเดียวกัน สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) กล่าวถึงผู้สูงอายุว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและหน้าที่การงานทางสังคม ซึ่งแต่ละคนจะปรากฏอาการเสื่อมแตกต่างกัน นอกจากอาการเสื่อมดังกล่าวแล้ว ยังได้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์สากลเพื่อให้ทราบว่าบุคคลใดควรเป็นผู้สูงอายุ นำมาพิจารณาประกอบด้วย

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ อารมณ์และทางสังคมเข้าสู่วัยเสื่อม

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ 9 ประการ ดังต่อไปนี้ (สาลินี ลีลสัตยกุล, 2538)

1 การเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบของร่างกาย เมื่ออายุเพิ่มขึ้นเนื้อเยื่อโปรตีนและกล้ามเนื้อจะลดลงซึ่งเกิดจากการสร้างโปรตีนในกล้ามเนื้อและอวัยวะต่างๆลดลง นอกจากนี้การสร้างคอลลาเจนเอนไซม์และระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรคซึ่งเป็นสารประกอบโปรตีนก็ลดลงด้วยทำให้ร่างกายมีระดับโปรตีนลดลง ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อกระดูกมีปริมาณลดลง (Wildman and Medeiros, 2000)

2 ความต้องการพลังงาน เพื่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในขณะที่ร่างกายพักผ่อนหรือพลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate; BMR) ซึ่งขึ้นกับ เพศ อายุ ขนาดของร่างกาย และส่วนประกอบของร่างกายจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ในผู้ใหญ่ที่เจริญเติบโตเต็มที่แล้วจะมีค่า BMR ลดลงประมาณ 2% ในทุกช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นทุก 10 ปี นั่นคือ ความต้องการพลังงานขั้นพื้นฐานจะลดลงประมาณ 10% เมื่ออายุ 60-70 ปีและลดลงประมาณ 20% เมื่ออายุ 80-90 ปี

3 การทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวกับการมองเห็น การรับรส การรับกลิ่น การได้ยิน และการสัมผัสจะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การเลือกซื้ออาหารและการปรุงอาหารขาดประสิทธิภาพ นอกจากนี้เมื่อการรับรู้รสและกลิ่นค่อยๆลดลง ความอยากอาหารก็จะน้อยลงตามไปด้วย ความสุขที่เกิดจากการรับประทานอาหารเช้าลดลงไปและอาจรับประทานอาหารเช้าที่เสียหรือบูดเน่าได้

4 การทำงานของระบบทางเดินอาหารเสื่อมลง เนื่องจากต่อมน้ำลายหลังน้ำลายลดลง น้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมีปริมาณลดลง ทำให้ประสิทธิภาพในการย่อยและดูดซึมสาร

อาหารลดลง อาหารที่ไม่ถูกย่อยจะถูกส่งผ่านไปยังลำไส้ใหญ่ เกิดการย่อยโดยแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่และปล่อยก๊าซออกมาทำให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้ นอกจากนี้ลำไส้ยังมีการเคลื่อนไหวลดลง รวมทั้งผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวของร่างกายซึ่งช้าลงหรือขาดการออกกำลังกายและดื่มน้ำน้อยด้วย ทำให้ระบบขับถ่ายไม่ค่อยทำงานเกิดปัญหาท้องผูกได้ง่าย (Dudek,2001)

5 ปัญหาเรื่องฟัน ผู้สูงอายุมักเป็นโรคฟันผุหรือใช้ฟันปลอมทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด โดยเฉพาะอาหารชิ้นโตทำให้กลืนลำบากและย่อยยาก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฟันจึงมักพยายามหลีกเลี่ยงอาหารพวกเนื้อสัตว์หรือผักผลไม้ที่มีลักษณะเหนียว แข็ง เคี้ยวยากและเลือกกินอาหารพวกแป้งและน้ำตาลเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเรื่องโรคอ้วนหรือการขาดสารอาหารได้

6 ประสิทธิภาพการเผาผลาญกลูโคสลดลงกว่าวัยหนุ่มสาว ซึ่งอาจเกิดจากการที่ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลงหรือเนื้อเยื่อคือต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน จึงพบผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานมากกว่าวัยอื่น

7 การทำงานของไตเสื่อมลง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตลดลงทำให้การกำจัดของเสียออกจากร่างกายลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป ร่างกายจะสร้าง nephron น้อยลง การกำจัดของเสียออกจากร่างกายจึงเป็นไปได้ในผู้สูงอายุ ดังนั้นการดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การกำจัดของเสียทางไตดีขึ้น

8 การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดเสื่อมลง ปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลง หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นตัวน้อยลงและอาจมีการแข็งตัวของหลอดเลือดเกิดขึ้น ทำให้แรงดันส่วนปลายของหลอดเลือดเพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

9 การทำงานของปอดลดลง โดยเฉพาะในผู้ที่สูบบุหรี่จะยิ่งทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลงมีผลให้ประสิทธิภาพในการออกกำลังกายลดลงด้วย จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่อยากออกกำลังกาย

จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ ทำให้การเคลื่อนไหวของร่างกายซึ่งช้าลงไม่กระฉับกระเฉงเหมือนคนหนุ่มสาว รวมทั้งการเกิดโรคทางกายบางอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น โรคข้อเข่าอักเสบ โรคกระดูกหรืออัมพาต ทำให้ไม่สามารถเลือกซื้อหรือปรุงอาหารได้ด้วยตนเอง ถ้าไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องย่อมเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุบางรายอาจได้รับอาหารเกินความต้องการของร่างกายหรือขาดการออกกำลังกายหรือมีปัญหาในเรื่องฟันจึงเลือกรับประทานอาหารพวกแป้งและน้ำตาลหรือของหวานหรืออาหารที่มีไขมันมากเกินไป พลังงานส่วนเกินนี้จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกายเป็นเหตุให้เกิดโรคอ้วนและมีโรคอื่นๆ ตามมา คือ ภาวะไขมันสูงในเลือด ภาวะกรด

ยूरิกสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและอาจนำไปสู่การเกิดโรคทางกระดูกหรืออัมพาตได้ (สาลินี ลีลสัตยกุล, 2538)

ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุ

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการดำรงชีวิต เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เราอาจหยุดพักอย่างอื่นได้ แต่เราหยุดพักการหายใจและการรับประทานอาหารไม่ได้ ดังนั้นเราต้องรับประทานอาหารให้ได้สัดส่วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกันมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเหมือนบุคคลวัยอื่นๆ เพียงแต่ต้องการพลังงานและสารอาหารที่น้อยลง แต่ยังคงต้องการพลังงานและสารอาหารที่มีคุณภาพสูงเพื่อการดำรงชีวิตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2544)

1 พลังงาน ในวัยสูงอายุกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง การใช้แรงงานหนักต่าง ๆ ก็น้อยลง และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานน้อยลงด้วย ดังนั้นความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุจะลดลงร้อยละ 20 - 30 เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการพลังงานที่ได้รับใน 1 วัน ของกลุ่มอายุ 20 - 30 ปี กล่าวคือ

ผู้สูงอายุชาย อายุ 60 - 69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน

ผู้สูงอายุหญิง อายุ 60 - 69 ปี ต้องการพลังงานเฉลี่ยประมาณ 1,850 กิโลแคลอรีต่อวัน

อายุ 70 ปีขึ้นไป ต้องการพลังงานโดยเฉลี่ยลดลง 10 - 20% ของกลุ่มอายุ 60-69 ปี

พลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับ ไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ นอกจากในรายจำเป็นจะต้องลดน้ำหนักตัว ถ้าได้รับพลังงานน้อยกว่าที่กำหนดควรได้รับวิตามินและเกลือแร่ในรูปของยาเม็ดเสริมด้วย ผู้สูงอายุควรระวังอย่าให้อ้วน เพราะจะตามมาด้วยโรคหลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและโรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด เป็นต้น ดังนั้น ควรรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและพยายามรักษา น้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือผอมเกินไป

2 โปรตีน สารอาหารโปรตีนจำเป็นในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ตั้งแต่ผิวหนัง กล้ามเนื้อ เลือด กระดูก ตลอดจนเนื้อเยื่อต่าง ๆ ผู้สูงอายุต้องการโปรตีนประมาณ 0.88 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวันหรือเมื่อคิดเป็นพลังงานควรได้พลังงานจากโปรตีนประมาณ 12 - 15 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานที่ควรได้รับทั้งหมดใน 1 วันและควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพและย่อยง่าย ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อปลา ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้ง ผู้สูงอายุต้องการโปรตีนน้อยกว่าบุคคลในวัยเจริญเติบโตและวัยทำงาน เนื่องจากไม่มีการเสริมสร้างการเจริญเติบโตของร่างกาย

ต้องการเพียงเพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ รักษาระดับความสมดุลของร่างกายและป้องกันการเสื่อมสภาพของร่างกายก่อนวัยอันควรเท่านั้น

3 ไขมัน เป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย เป็นตัวนำวิตามินที่ละลายในไขมันให้ใช้ประโยชน์ได้ในร่างกายและยังช่วยให้อาหารมีรสอร่อยและทำให้รู้สึกอิ่ม ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง จึงควรลดการบริโภคไขมันลงด้วย โดยการรับประทานอาหารพวกไขมันแต่พอสมควร คือไม่ควรรับประทานเกินร้อยละ 25 - 30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน ไขมันที่ใช้ควรเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันสัตว์ เพื่อป้องกันไขมันในเลือดสูง ปริมาณน้ำมันพืชที่ผู้สูงอายุควรได้รับประมาณ 2-3 ช้อนโต๊ะต่อวันในการประกอบอาหารต่างๆ

4 คาร์โบไฮเดรต พลังงานส่วนมากมาจากคาร์โบไฮเดรต เพราะเป็นอาหารที่ราคาไม่แพง อร่อยและเป็นสิ่งที่เก็บไว้ได้นาน ไม่เลี้ยวง่าย เป็นอาหารที่ประกอบได้ง่ายและรับประทานง่าย เคี้ยวง่าย แต่ผู้สูงอายุควรลดการรับประทานอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลต่างๆ เพื่อเป็นการลดปริมาณพลังงานผู้สูงอายุควรได้รับคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 % ของปริมาณพลังงานทั้งหมดต่อวัน การรับประทานควรอยู่ในรูปของคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน แป้งที่เชิงซ้อน เช่น ก๋วยเตี๋ยว เมล็ดแห้ง มัน ข้าวกล้อง และแป้ง เพราะนอกจากร่างกายจะได้รับคาร์โบไฮเดรตแล้ว ยังได้วิตามินและแร่ธาตุอีกด้วย

5 วิตามิน ช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเท่ากับวัยหนุ่มสาวแต่ลดปริมาณวิตามินบางตัว เช่น วิตามินบี ซึ่งจะสัมพันธ์กับความต้องการของพลังงานที่ลดลง การที่ผู้สูงอายุกินอาหารอ่อนๆ เนื่องจากมีปัญหาเรื่องฟัน อาจทำให้การได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผัก ผลไม้สด ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับประทานผัก ผลไม้ให้เพียงพอในแต่ละวัน

6 แร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุเท่าเดิม แต่ส่วนมากมีปัญหาคือ การรับประทานที่ไม่เพียงพอ แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ แร่ธาตุเหล็กและแคลเซียม

6.1 แร่ธาตุเหล็ก โดยทั่วไปอาหารของผู้สูงอายุจะมีปริมาณโปรตีนต่ำ ซึ่งจะมีผลทำให้ได้รับเหล็กต่ำไปด้วย ถ้าขาดทำให้เป็นโรคซีดหรือโลหิตจาง พบว่าแม้จะรับประทานในปริมาณที่เพียงพอ แต่การดูดซึมในผู้สูงอายุจะน้อยกว่าในวัยหนุ่มสาว อาหารที่มีแร่ธาตุเหล็กมาก ได้แก่ ตับ เนื้อสัตว์ ไข่แดง และเลือดสัตว์ เป็นต้น และเพื่อให้เกิดการดูดซึมแร่ธาตุเหล็กดีขึ้น ควรกินผักสดหรือผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง (Groff and Gropper, 1999) ผู้สูงอายุต้องการแร่ธาตุเหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน

6.2 แคลเซียม โดยทั่วไปมักคิดว่าเมื่อร่างกายโตเต็มที่แล้วไม่จำเป็นต้องได้แคลเซียมเพื่อการสร้างกระดูกและฟันอีก แต่ความเป็นจริงแล้วแคลเซียมมีความสำคัญต่อร่างกาย

อีกหลายอย่าง เช่น ช่วยในการแข็งตัวของโลหิต เกี่ยวกับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เป็นต้น เมื่อร่างกายได้แคลเซียมจากอาหารไม่เพียงพอก็จะไปดึงมาจากกระดูกและการขาดแคลเซียมพบมากในผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากการรับประทานแคลเซียมน้อย นอกจากนี้การดูดซึมและการเก็บไว้ในร่างกาย ยังมีน้อยกว่าในวัยหนุ่มสาวทำให้เกิดปัญหาโรคกระดูกพรุน อาหารที่เป็นแหล่งของแคลเซียมได้แก่ นม ปลาเล็กปลาน้อยและกุ้งแห้ง เป็นต้น ความต้องการแคลเซียมในผู้สูงอายุ ประมาณ 800 มิลลิกรัมต่อวัน (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กองโภชนาการ,2544)

7 น้ำ มีความสำคัญต่อร่างกายมากช่วยให้ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายของเสีย ส่วนมากผู้สูงอายุจะดื่มน้ำไม่เพียงพอ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้ว เป็นประจำทุกวัน

8 เส้นใยอาหาร แม้ว่าเส้นใยอาหารจะไม่ใช่สารอาหาร แต่เส้นใยอาหารเป็นสารที่ได้จากพืชและผักทุกชนิด ซึ่งน้ำย่อยไม่สามารถย่อยได้ มีความสำคัญต่อสุขภาพของมนุษย์มาก เพราะถ้ารับประทานเส้นใยอาหารเป็นประจำ จะช่วยให้ท้องไม่ผูก ลดไขมันในเส้นเลือด ในทางตรงกันข้าม หากรับประทานอาหารที่มีเส้นใยน้อยจะทำให้ร่างกายเกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เช่น โรคท้องผูก โรคสีดวงทวาร โรคอ้วน โรคไขมันในเส้นเลือดสูงและโรคเบาหวาน เป็นต้น การรับประทานเส้นใยอาหารทำให้ถ่ายอุจจาระได้สะดวก ทำให้ร่างกายไม่หมักหมมสิ่งบูดเน่าและสารพิษบางอย่างไว้ในร่างกายนานเกินควร จึงป้องกันการเกิดมะเร็งในลำไส้ใหญ่ได้ คุณสมบัติพิเศษของเส้นใยอาหารที่ป้องกันโรครังกล่าวได้ นอกจากจะไม่ถูกย่อยด้วยน้ำย่อย แต่จะคูดน้ำทำให้อุจจาระนุ่มมีน้ำหนักรวมและถ่ายง่ายแล้ว เส้นใยอาหารยังมีไขมันและแคลอรีต่ำมาก ดังนั้น เพื่อให้ร่างกายได้รับเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ จึงควรรับประทานอาหารที่ปรุงและประกอบด้วยผักเป็นประจำและควรรับประทานผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้สดจะให้เส้นใยอาหารมากกว่าดื่มน้ำผลไม้ นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารประเภทถั่วเมล็ดแห้งและข้าวซ้อมมือเป็นประจำ ซึ่งสถาบันมะเร็งนานาชาติ ได้นำเสนอให้ผู้สูงอายุรับประทานเส้นใยอาหารวันละ 20-30 กรัม (Peckenpaugh and Polemam,1999)

พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล จะมีส่วนผลักดันให้บุคคลมีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน การมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะโภชนาการดีสามารถลดอุบัติการณ์ในการเกิดโรคต่างๆ และทำให้มีชีวิตรื่นยาวขึ้น ลดการใช้บริการทางการแพทย์และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ฉะนั้นภาวะโภชนาการจึงเป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นผลการพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิต เพราะภาวะโภชนาการของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของบุคคลนั้น ๆ (สุนตรา นิมานันท์ ,2537)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร (Food Consumption Behavior) ไว้ว่า หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การกำหนดว่าจะรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมือที่รับประทาน อุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยในการรับประทานอาหารด้วย ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารนั้น องค์การอนามัยโลกได้กำหนดขอบเขตไว้ว่า คือการศึกษาถึงวิธีการที่บุคคล กลุ่มคนหรือชุมชนยอมรับอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรมในการเลือกอาหารบริโภคและใช้อาหารที่มีอยู่มากน้อยเพียงใด ตลอดจนผลของอาหารที่บริโภคต่อสุขภาพร่างกาย (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2538) เช่นเดียวกับบงลักษณ์ สิงห์แก้ว (2544) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารไว้ว่า พฤติกรรมกรบริโภคอาหารหมายถึง การบริโภคอาหารซึ่งปฏิบัติเป็นประจำวัน ได้แก่ ความถี่ของการบริโภค ชนิดอาหาร รวมทั้งอาหารที่งดเว้นทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย

คุณธิ สุทธปริยาศรี (2539) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารไว้ว่า พฤติกรรมกรบริโภคอาหารหมายถึงการแสดงออกของบุคคลทั้งคำพูด กริยาท่าทางและการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ ในการเลือก เก็บ ประุง และการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ Sanjur (1982 อ้างในพัชรภรณ์ อารีย์และคณะ, 2542) ได้อธิบายถึง พฤติกรรมกรบริโภคโดยได้เน้นถึงบริโภคนิสัยในรูปของ โมเดล แบบหลายมิติ (A Multi-dimension Code for Studying of Food Habit) และได้อธิบายถึง กิจกรรมของการบริโภคนิสัยไว้ 3 มิติ ที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน คือ การบริโภคอาหาร (Food Consumption) ความชอบอาหาร (Food Preference) และความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร (Food Ideology) ซึ่งการบริโภคอาหาร (Food Consumption) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความต้องการอาหาร โดยการสำรวจการบริโภคอาหาร เช่น ความถี่ของการรับประทานอาหาร (Food Frequency) โดยเป็นแบบสอบถามหรือแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ซักถามเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่รับประทานอาหารแต่ละชนิดต่อวัน สัปดาห์ เดือนหรือช่วงเวลาที่กำหนดแบบสอบถาม เป็นวิธีการที่ใช้ในการประเมินอาหารเฉพาะที่ต้องการก็ได้ จะไม่ใช่ในกรณีที่ต้องการรายละเอียดของการรับประทานอาหาร

ภาวะโภชนาการและการประเมินภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ (Nutritional Status) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เป็นผลมาจากการนำประโยชน์จากสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายไปใช้ สารอาหารดังกล่าวได้แก่ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ ซึ่งภาวะโภชนาการจะปกติหรือบกพร่องนั้นขึ้นอยู่กับ การได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วนหรือมีความสมดุลระหว่างความต้องการสารอาหารของ

ร่างกายและการได้รับสารอาหาร (สิริวัฒน์อายุวัฒน์,2539) เช่นเดียวกับกรีนและแฮร์รี่(Green and Harry,1987) ได้ให้ความหมายของภาวะโภชนาการไว้ว่า ภาวะโภชนาการ(Nutritional Status) หมายถึง สภาพของร่างกายที่มีผลจากการใช้ประโยชน์ของสารอาหารที่ย่อยแล้วจากอาหาร ซึ่งมีอิทธิพลต่อระดับสุขภาพของบุคคล ภาวะโภชนาการดีเกิดจากการได้รับประโยชน์จากการบริโภคอาหารและมีสารอาหารที่จำเป็นครบถ้วน ภาวะโภชนาการไม่ดีเกิดจากการบริโภคอาหารที่ขาดสารอาหารก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและยังมีผู้ให้ความหมายของภาวะโภชนาการว่าหมายถึงสภาวะทางสุขภาพของบุคคลที่มีผลเนื่องมาจากการรับประทาน การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสมและผลของการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์ (ประณีต พ่องแก้ว,2539) ซึ่งการมีภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต แข็งแรง มีความต้านทานโรคสูง การทำงานมีประสิทธิภาพ อายุยืน มีสุขภาพจิตดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ กระตือรือร้น สดชื่นแจ่มใส มีสมาธิ โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่การมีภาวะโภชนาการที่ดี นอกจากจะมีผลต่อร่างกายและสุขภาพแล้ว ภาวะโภชนาการยังส่งผลถึงประสิทธิภาพในการทำงานด้วย ดังนั้นจึงเห็นได้ชัดเจนว่าภาวะโภชนาการมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อชีวิต

ลักษณะภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการแบ่ง เป็น 3 ลักษณะ คือ (คุษณี สุทธปรียาศรี, 2539)

1 ภาวะโภชนาการปกติหรือดี (Good nutritional status) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นเพียงพอ อันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่ถูกสัดส่วนเหมาะสมและครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้อวัยวะต่างๆในร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

2 ภาวะโภชนาการด้อยหรือขาดสารอาหาร (Poor nutritional status) หมายถึง สภาวะที่ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือได้รับเพียงพอแต่ไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถดูดซึมนำไปใช้ตามที่ควรจะเป็น ภาวะโภชนาการด้อยที่พบในประเทศไทยได้แก่ ภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน (Protein calories malnutrition) เป็นภาวะโภชนาการด้อยที่พบบ่อยที่สุด ภาวะดังกล่าวนี้สามารถแยกเป็น ภาวะโปรตีนขาดอย่างมากเรียกว่า ควอซีออร์คอร์ และภาวะพลังงานขาดอย่างมาก เรียกว่า มารามัส

3 ภาวะโภชนาการเกิน (Over nutrition status) หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารเกินกว่าความต้องการ ทำให้เกิดการสะสมในรูปของไขมันในส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดโรคอ้วน โดยเฉพาะสารอาหารที่ให้พลังงาน ได้แก่ อาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาลและไขมันอิ่มตัว (Williams,1995) ในอดีตที่ผ่านมามีปัญหาภาวะโภชนาการเกินจะพบในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศอเมริกา (Farris, et al.,1995) แต่ในปัจจุบันกลับพบในประเทศ

ที่กำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศไทยปัญหาภาวะโภชนาการเกินในผู้ใหญ่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้น (ทัศนีย์ ลิ้มสุวรรณ,2542)มีสาเหตุมาจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ร่างกายได้รับคือ มีการใช้พลังงานน้อยขณะที่ได้รับพลังงานเข้าไปมาก ปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดคือ สังคม ประเพณี วัฒนธรรมและพฤติกรรมหรืออาจจะมีผลของความโน้มเอียงทางพันธุกรรม การรับประทานอาหารที่มากเกินไปและมีไขมันสูงทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน(ประณีต ผ่องแผ้ว,2539) จึงทำให้ปัญหานี้ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภาวะโภชนาการขาดสารอาหาร เนื่องจากภาวะโภชนาการเกินอาจเป็นสาเหตุทำให้โรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคอ้วนซึ่งเกิดจากการสะสมของไขมันตามส่วนต่างๆของร่างกายมากกว่า 25 - 30 % ของน้ำหนักตัว (Kanarek,1991) และนอกจากนี้ยังพบว่าโรคอ้วนยังส่งผลทำให้เกิดปัญหาโรคต่างๆตามมาอีกมากมาย เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ (Respiratory disease) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน(Non-insulin-dependent Diabetes) โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคปวดหลัง (Back pain) อีกด้วย (Gore,1995)

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการของบุคคลหรือชุมชนจะประเมินโดยการตรวจวิเคราะห์ และการสำรวจวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลาย ๆ วิธีร่วมกันก็ได้ การประเมินภาวะโภชนาการหรือการสำรวจปัญหาโภชนาการ ทำได้ค่อนข้างกว้างในหลายระดับ เช่น ระดับโครงการ ระดับหมู่บ้าน ระดับอำเภอ ระดับภูมิภาค จนถึงระดับชาติ ซึ่งลักษณะของการประเมินจะเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการนั้น ซึ่งวิธีการประเมินภาวะโภชนาการที่นิยมใช้มี 4 วิธี ดังต่อไปนี้ (ประณีต ผ่องแผ้ว, 2539)

1. การวัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Anthropometric Assessment) เป็นที่ยอมรับว่าวิธีนี้มีความเชื่อถือได้ค่อนข้างสูงและมีความไวต่อการหาภาวะโภชนาการ การเก็บข้อมูลสามารถทำได้ง่าย ราคาไม่แพง จึงเป็นที่นิยมกันมาก (Gorstein and Akre,1988) วิธีการวัดนี้ไม่มีอันตราย เครื่องมือที่ใช้ไม่แพง มีความง่ายในการปฏิบัติ สามารถเคลื่อนย้ายเครื่องมือไปทำการวัดได้ในทุกๆ สถานที่วัดได้รวดเร็วให้ผลการวัดเป็นตัวเลขซึ่งสามารถแบ่งระดับได้ (ประณีต ผ่องแผ้ว,2539) วิธีการวัดส่วนต่างๆของร่างกายที่นิยมกระทำได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดเส้นรอบศีรษะ เส้นรอบวงแขนและความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง แต่การประเมินภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่ใช้ดัชนีความหนาของร่างกาย หรือ Body Mass Index (BMI) หรือ Quetelet 's Index โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และคำนวณได้จากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงเป็นเมตร ยกกำลังสอง ($BMI = \frac{\text{น้ำหนัก}}{\text{ส่วนสูง}^2}$) ดัชนีความหนาของร่างกายเป็นดัชนีชี้วัดภาวะโภชนาการ ใช้ประเมินภาวะขาดสารอาหาร(Undernutrition)และภาวะโภชนาการเกิน (Overnutrition) ในผู้ใหญ่

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกายที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ 2 วิธี คือ การชั่งน้ำหนักกับการวัดส่วนสูง ส่วนอีกวิธีหนึ่งคือการชั่งน้ำหนักกับการวัดความยาวช่วงแขน (armspan) โดยการยื่นแล้ววัดจากปลายนิ้วกลางของมือข้างหนึ่งถึงปลายนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่ง โดยให้ผู้ถูกวัดกางแขนทั้ง 2 ข้าง และเหยียดแขนให้ตรงขนานกับพื้น (Ismail and Manandhar, 1999) ให้วัดหน่วยนับเป็นเมตร แล้วคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) ตามสูตร

$$\text{สูตรการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก(กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

$$\text{สูตรการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนัก(กิโลกรัม)}}{\text{ความยาวช่วงแขน (เมตร)}^2}$$

ภาวะโภชนาการที่ประเมิน โดยใช้ค่าดัชนีมวลกายจากการชั่งน้ำหนักและการวัดส่วนสูงกับค่าดัชนีมวลกายจากการชั่งน้ำหนักและการวัดความยาวช่วงแขน โดยสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ, 2544)

ภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน	ค่าต่ำกว่า	18.5	กิโลกรัม/เมตร ²
ภาวะโภชนาการมาตรฐาน	ค่าอยู่ระหว่าง	18.5-24.9	กิโลกรัม/เมตร ²
ภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน	ค่ามากกว่า	24.9	กิโลกรัม/เมตร ²

2. การตรวจอาการทางคลินิก (Clinical Signs Examination) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ประเมินสถานะโภชนาการในชุมชน โดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง เนื้อเยื่อ ผม ตา ริมฝีปาก เหงือก ฟัน เล็บ ต่อมไทรอยด์ และอื่น ๆ ข้อเสียของวิธีนี้คือนอกจากจะต้องอาศัยผู้ตรวจที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคแล้ว การตรวจด้วยวิธีนี้ยังไม่มีควมไวในการบ่งชี้ปัญหาโภชนาการ เนื่องจากลักษณะอาการที่แสดงอาจจะไม่เด่นชัดว่าเป็นการขาดสารอาหารชนิดใด อาการอาจแสดงให้เห็นเมื่อมีการขาดสารอาหารรุนแรงหรือมีการขาดสารอาหารมาเป็นเวลานาน ดังนั้นอาการแสดงจึงซ้ำเกินไปสำหรับการค้นหาปัญหาภาวะโภชนาการในชุมชนด้วยวิธีต่างๆ (ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ, ม.ป.ป)

3 การสำรวจอาหารที่รับประทาน (Food Consumption Survey) เป็นการศึกษาถึงปริมาณของอาหารชนิดต่าง ๆ ที่ร่างกายบริโภค เป็นวิธีการประเมินอาหารและสารอาหารที่บริโภคของแต่ละบุคคล แบ่งออกได้ดังนี้

3.1 วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน ใช้วิธีการจดบันทึก

อาหารที่รับประทานแบ่งออกเป็นวิธีการย่อย ขึ้นอยู่กับวิธีการประเมินปริมาณอาหารที่รับประทาน โดยการชั่งน้ำหนักอาหารหรือโดยการประมาณขนาดและจำนวนที่รับประทานแล้วคำนวณเป็นน้ำหนักอาหารในภายหลัง ได้แก่ วิธีการชั่งน้ำหนักอาหารที่รับประทานโดยละเอียด (Precise weighing method) จดบันทึกน้ำหนักอาหารที่รับประทาน (Weighed inventory) และจดบันทึกประจำวันรายการอาหารที่รับประทาน (Diet diary)

3.2 วิธีการประเมินอาหารที่รับประทานในอดีต หรือในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แล้วจะใช้วิธีการประเมินโดยการสัมภาษณ์หรือใช้แบบสอบถาม ประเมินอาหารที่รับประทานและรูปแบบของอาหารที่รับประทานย้อนหลังในอดีต ได้แก่ การชักประวัติการรับประทานอาหาร 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Recall of actual intake or 24-hour recall) และการชักประวัติอาหาร (Recall of usual intake หรือ Diet history) ซึ่งจะเป็นแบบสอบถามถึงจำนวนความถี่ของการรับประทานอาหารแต่ละชนิด (Food frequency questionnaires) หรือจะเป็นแบบสอบถามที่เพิ่มเติมเกี่ยวกับขนาดและปริมาณของอาหารที่รับประทานเข้าไปด้วย (Semiquantitative food frequency questionnaire)

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Biochemistry Assessment) โดยการตรวจทางชีวเคมีและโลหิตวิทยา (Biochemical Test) การตรวจทางรังสีวิทยา (Radiography Examination) และการตรวจการทำงานของร่างกาย (Physical Punetion) ข้อเสียของวิธีนี้คือ ต้องระมัดระวังในการแปลผลอย่างรอบคอบ จึงจะแปลผลได้อย่างถูกต้องและต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงทั้งอุปกรณ์และกำลังคน จึงควรใช้ร่วมกับการประเมินวิธีอื่น ๆ เช่น การวัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกายหรือการสำรวจอาหารที่รับประทาน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชลอศรี แดงเปี่ยมและชรินทร์ พุทธปวน (2536) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่บ้านฮ่องกอก ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยการสัมภาษณ์ผู้นำหมู่บ้าน สัมภาษณ์ผู้สูงอายุ จำนวน 42 คน สัมภาษณ์แบบเจาะลึก และสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน พบว่าผู้สูงอายุ 42 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาาระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารลดลง ท้องอืด เจ็บอาหารลำบาก ท้องผูกตามลำดับ แต่มีเพียงบางส่วนที่ไม่ได้แก้ปัญหานี้เลย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้รับข่าวสารด้านโภชนาการจากโทรทัศน์และวิทยุ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและสังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ 10 คน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารบางประเภทเหมาะสม ได้แก่ ไขมัน คาร์โบไฮเดรต แต่รับประทานอาหารประเภทโปรตีน แร่ธาตุและวิตามินไม่เพียงพอ

กับความต้องการของร่างกาย ส่วนใหญ่ไม่ชอบรับประทานอาหารรสจัด ขนมหวาน ชา กาแฟ สุรา แต่ชอบรับประทานอาหารรสเผ็ดจัด บางคนรับประทานลาบดิบ เกือบทั้งหมดสูบบุหรี่ ครั้งหนึ่งคิมน้ำวันละ 6-8 แก้วที่เหลือคิมน้ำวันละ 4-5 แก้ว

ธัญพร สุรินทร์คำ (2544) ได้ทำการศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในตำบลเมืองจี้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงจำนวน 200 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เลือกประเภทอาหารร้อยละ 87.5 รับประทานอาหารจำนวน 3 มื้อทุกวัน ร้อยละ 98.5 มีอาการเมื่ออาหารเป็นบางครั้งร้อยละ 74.0 และมีจำนวนน้อยที่ลำบากในการบดเคี้ยวอาหาร มีการคิมน้ำตั้งแต่ 4 แก้วขึ้นไปต่อวันร้อยละ 99.5 และน้ำคิมน้ำส่วนใหญ่ได้จากน้ำประปา รสอาหารส่วนใหญ่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบรสจืดคิดเป็นร้อยละ 53.0 สำหรับการซื้ออาหารผู้สูงอายุไปซื้อที่ตลาดและนำกลับมาปรุงเอง ส่วนใหญ่จะปรุงโดยวิธีการคิมน้ำและแกงเมือง ในแต่ละวันส่วนใหญ่จะรับประทานข้าวเหนียวเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 67.5 ผู้สูงอายุมีการคิมนมสดเป็นประจำ เนื้อสัตว์ที่รับประทานเป็นประจำทุกวัน จะรับประทานเนื้อหมู ไก่เป็ด ไข่ไก่และเนื้อปลา ผักพื้นเมืองที่รับประทานเป็นประจำคือ แตงกวา ผักแคบ(ตำลึง) บะพิกแก้ว(พืกทอง) ผักกระถิน ผลไม้ที่รับประทานเป็นประจำทุกวันคือ กล้วยน้ำว้า ลำไย น้อยหน่า กล้วยไข่และมะละกอ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานขนมหวานต่างๆ ซึ่งเป็นขนมไทย น้ำผึ้งและอาหารประเภทใส่น้ำกะทิจะรับประทานประมาณเดือนละ 1 ครั้งร้อยละ 34.5 - 66.0 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่คิมน้ำเครื่องคิมน้ำเกลือแร่ น้ำอัดลม ชา กาแฟ และสุราร้อยละ 64.0 - 85.0 แต่จะคิมน้ำผลไม้ น้ำสมุนไพร นมถั่วเหลือง และโอวัลติน ไมโลร้อยละ 62.0 - 69.5 ความเชื่อในการรับประทานอาหาร ประเภทข้าว นม เนื้อสัตว์ เชื่อว่าทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์และทำให้ได้รับพลังงาน ประเภทผักพื้นบ้าน ผลไม้ต่างๆ เชื่อว่ามีวิตามินช่วยทำให้ผิวพรรณดีและยังช่วยในการขับถ่ายสะดวกเนื่องจากมีกากใยอาหาร ประเภทขนมหวาน ขนมปัง น้ำตาล น้ำผึ้ง เชื่อว่ารับประทานแล้วทำให้เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 31.5 ประเภทอาหารทอดและอาหารผัดต่างๆเชื่อว่าทำให้ร่างกายคนเราอ้วนร้อยละ 59.5 ประเภทเครื่องคิมน้ำที่เชื่อว่าบางประเภทมีประโยชน์และมีความจำเป็นต่อร่างกายร้อยละ 30.0 แต่บางประเภทไม่มีประโยชน์ และไม่มีมีความจำเป็นต่อร่างกายเลยร้อยละ 28.0 ส่วนน้ำคิมน้ำเชื่อว่าทำให้ผิวพรรณดี มีประโยชน์ต่อร่างกายร้อยละ 49.0 ประเภทอาหารแสดงเชื่อว่ารับประทานแล้วไม่เกิดประโยชน์ และยังทำให้รู้สึกว่าการรับประทานแล้วไม่ค่อยสบายร้อยละ 36.5 และ 32.0 ตามลำดับ เพราะเป็นอาหารที่ร่างกายไม่ต้องการและยังอาจทำให้โรคบางอย่างอาจกำเริบได้ด้านสุขภาพและการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง คยการออกกำลังกายโดยวิธีการเดินและการทำงานบ้าน เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุไปพบกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์และเจ้าหน้าที่

สถานีอนามัย การได้ยินของผู้สูงอายุจะได้ยินชัดเจนร้อยละ 85.5 ปัญหาเรื่องฟันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้แก่ ปวดฟัน ฟันผุ ฟันโยก ฟันหลุด ฟันปลอมไม่มี จึงเคี้ยวไม่ถนัด ในด้านการจำเรื่องราวมีความแม่นยำร้อยละ 68.5 ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านและกิจกรรมทางศาสนา ส่วนกิจกรรมก่อนนอนที่ผู้สูงอายุปฏิบัติกัน ได้แก่ สวดมนต์ ไหว้พระ ด้านสิ่งแวดล้อมบ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยบ้านของตนเอง มีอากาศถ่ายเทที่สะดวกดีเป็นชุมชนที่อาศัยอยู่กันอย่างเงียบสงบและไม่แออัด การศึกษานี้สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคที่ค่อนข้างดี มีการออกกำลังกาย มีส่วนร่วมในกิจกรรมหมู่บ้าน มีการสวดมนต์ไหว้พระเป็นประจำและได้อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ดี

วารภรณ์ เสถียรนพแก้ว (2540) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคี้ยวอาหารกับความถี่ในการบริโภคอาหาร คุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่บริโภคและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุแหลมทอง กรุงเทพมหานคร โดยการทดสอบความสามารถในการเคี้ยวและจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวดี จำนวน 30 คน และกลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ดี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวได้ดี มีความถี่ในการบริโภค ข้าวเหนียว ผักใบเขียวและผลไม้สด สูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความถี่ในการบริโภค แยม น้ำหวาน และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ต่ำกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนคุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ดีได้รับแคลเซียม แร่เหล็ก วิตามิน ซี และเส้นใยอาหารสูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเมื่อนำค่าดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ประเมินระดับของภาวะโภชนาการ พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวได้ดีและกลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ดี มีภาวะโภชนาการขาด ร้อยละ 3.33 และ 10.00 ตามลำดับ โภชนาการเกินร้อยละ 43.34 และ 40.00 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคี้ยวกับภาวะโภชนาการ พบความสัมพันธ์น้อยมากและเป็นไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อารยา ตามภานนท์ (2542) ได้ทำการศึกษาความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 - 75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราชได้จำนวน 161 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีร้อยละ 20.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 24.2 เป็นเพศชายร้อยละ 14.5 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในช่วง 25.00-29.99 กก./ม² มีอายุเฉลี่ย 66.5 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย หย่า แยก โสดเพียงกัน ส่วนใหญ่นับถือศาสนา

พุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.7 โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคข้ออักเสบ ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารโดยยึดรสชาติของอาหารเป็นหลัก โดยมีมือเข้านิยมดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานและรับประทานขนมที่ให้พลังงานสูงและรับประทานอาหารได้ปริมาณมากที่สุดในมือกลางวัน มือเย็นและมือก่อนนอน นอกจากนี้มีการรับประทานปริมาณมากเป็นประจำและรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงมีความถี่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ติดมัน อาหารประเภททอด อาหารที่มีรสหวาน ขนมที่ผ่านการทอด ขนมที่มีส่วนผสมของเนยหรือแป้ง อาหารที่ผ่านการถนอมและมีรสหวานและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ในด้านปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวันของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า ได้รับคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมดและเพศหญิงได้รับสารอาหารประจำวันมากกว่าเพศชาย เมื่อนำพลังงานและสารอาหารต่างๆที่ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้รับประจำวัน ไปเปรียบเทียบกับข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่ได้รับพลังงานในระดับสูงมาก และสารอาหารต่างๆ ที่ได้รับในปริมาณสูงมาก ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและธาตุเหล็ก นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้รับพลังงานและสารอาหารต่างๆมากกว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นางลักษณ์ สิงห์แก้ว (2544) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านช่างเคียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน เพศชาย 20 คน เพศหญิง 33 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 52.80 ภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 13.20 และภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคดังนี้ บริโภคผัก ผลไม้ เครื่องดื่มและไขมันเหมาะสม การบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ ธัญพืชและผลิตภัณฑ์ ควรปรับปรุง และการบริโภคอาหารประเภทเครื่องปรุงรส นมและผลิตภัณฑ์ น้ำตาลและขนมหวาน ไม่เหมาะสม และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระดับภาวะโภชนาการและระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ ประเสริฐ อัสสันตชัยและสมทรง เลชะกุล (2542) ได้ทำการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือที่อาศัยอยู่ในอำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง จำนวน 594 คน พบว่า ผู้สูงอายุชายมีแนวโน้มความชุกของภาวะทุพโภชนาการเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น กล่าว คือ 27.8%, 38.7% และ 37.5% ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปี และ 80 ปี หรือมากกว่าตามลำดับ ซึ่งไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้หญิงพบความชุกของภาวะทุพโภชนาการมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น คือ 24.5%, 39.1% และ 53.6% ในกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี, 70 - 79 ปี และ 80 ปี หรือมากกว่าตามลำดับ และมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) จะเห็นได้ชัดเจนว่าผลจากกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี จะมีค่ามากกว่า กลุ่มที่อายุ 70 ปีหรือมากกว่า แต่ผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของภาวะทุพโภชนาการใกล้เคียงกับผู้สูงอายุชายในทุกกลุ่มอายุยกเว้นที่กลุ่มอายุ 80 ปีหรือมากกว่านั้น มีมากกว่าในผู้สูงอายุชาย

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษานี้ได้ศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านหัวฝาย ตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ โดยอาศัยแนวคิดการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้ค่าดัชนีมวลกายจากการชั่งน้ำหนักและการวัดส่วนสูงกับการชั่งน้ำหนักและการวัดความยาวช่วงแขนของ Ismail and Manandhar (1999) และส่วนการศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคอาหารคัดแปลงแนวคิดจากการศึกษาของนงลักษณ์ สิงห์แก้ว (2544) และดุชนิ สุทรปรียาศรี (2539) และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ครอบคลุมเรื่องการเลือกซื้ออาหาร การเตรียมอาหาร การประกอบอาหาร การปรุงอาหาร การเก็บอาหาร ความถี่และชนิดของอาหารที่รับประทาน