Knowledge and Nutritional Self-Care of The Elderly People who showed Trends to Dementia, Case study: Banmai Tambon, Phra Nakhon Sri Ayutthaya Province

PORNRUTHAI KRUYTONG

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ (บัณฑิตศึกษา) คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

2553
Knowledge and Nutritional Self-Care of The Elderly People who showed Trends to Dementia, Case study: Banmai Tambon, Phra Nakhon Sri Ayutthaya Province

PORNRUTHAI KRUYTONG

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรกรรมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศาสตร์ (บัณฑิตศึกษา) คณะเทคโนโลยีกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

2553
ข้อวิทยานิพนธ์  ความรู้และการปฏิบัติติคองสันโคถ่าการและแนวทางในการเข้าสู่ภาพรวมของสุขภาพของผู้สูงอายุ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชื่อ สujรุทธา
ชื่อ ปริญญา  ภาคการศึกษา
สาขาวิชา และคณะ  ภาคการศึกษา (ปัจจุบันศึกษา) คณะเทคโนโลยีสารสนเทศ
ปีการศึกษา  2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ต้องการจุดสูงอายุที่มีแนวโน้มในการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม นิวเคลียร์ประสบการณ์ที่มีความรู้และการปฏิบัติติคองสันโคถ่าการ ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัยคือผู้สูงอายุในดับบ้านไทย อายุ 65-84 ปี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 122 คน เรียงตามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบสมองภาพสมองของไทย แบบบันทึกลักษณะสุขภาพและข้อมูลการสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ แบบการวัดการปฏิบัติติคองสันโคถ่าการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโรคมาและการพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 อยู่คุ้มกว่า 65 ปี อายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทิ้งานร้อยละ 75.4 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมสูงร้อยละ 69.7 ผลการทดสอบสมองภาพสมองของไทย มีคะแนนเฉลี่ย 21.52 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มในการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ด้านความรู้ถึงวัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่รู้ในระดับดี ส่วนการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของหลักตัวอย่างระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายพบว่ามีความสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโรคการ
พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ทางด้านโภชนาการ และพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร

คำสำคัญ: การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ การสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
The purpose of this research was to study the knowledge and nutritional self-care of elderly people trends to Dementia, Case study: Phra Nakhon Sri Ayutthaya District, Phra Nakhon Sri Ayutthaya Province and to determine the relationships between personal factors, nutritional knowledge, perception of physical health status and dietary intake behaviors in these people.

The subjects of this study were 122 elderly peoples in this area, The methodology was the assessment interviews of personal factors, nutritional knowledge, perception of physical health status and dietary intake behaviors. The statistical methods used in this study were the percentage, mean, value, standard deviation, Chi-square

The study found that 78.7% of the sample was female less than 65 years of age, 75.4% of the sample held no regular job and 69.7% were primary school graduate. Test results of Thai Mental State Examination: TMSE showed most of the evaluation criteria of suspected dementia were 21.52 points which were less than 23 points, Most samples had good perception of physical health status, had good perception of dietary intake behaviors. Comparison of relationship between genders and perception of physical health status and between geners and perception of nutitional knowledge were found to be associated. Compare
the relationship between the level of the subjects of education and knowledge of nutrition were found to be associated. Compare the relationship between the level of the samples of behavior in food consumption were found to be associated.

**Keyword**: Nutritional Self-Care, Dementia, Elderly People, Dietary behavior.
กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ถูกนำไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างตั้งใจของศาสตราจารย์ ดร.อมรินทร์ เจริญชัย และอาจารย์ปรัชญา แพลงกล อารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ของการวิจัยมาโดยตลอด

รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณ์ ราชประยุทธ์ และดร.ชงชัย พุทธวงศ์ ที่กรุณาตรวจสอบและเป็นอาจารย์สอนวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลปั้นธ์ใหม่ และสถาบันอนามัยด้านปั้นธ์ใหม่ทุกๆท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลงานวิจัยเป็นอย่างมาก

ผู้จัดจ้างของการขอปรับศูนย์เป็นพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

นางสาวพรฤทัย ครุยทอง
## สารบัญ

<table>
<thead>
<tr>
<th>หน้า</th>
<th>หัวข้อ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(2)</td>
<td>บทคัดย่อ</td>
</tr>
<tr>
<td>(4)</td>
<td>Abstract</td>
</tr>
<tr>
<td>(6)</td>
<td>กิตติกรรมประกาศ</td>
</tr>
<tr>
<td>(7)</td>
<td>สารบัญ</td>
</tr>
<tr>
<td>(9)</td>
<td>สารบัญต่าง</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>บทนำ</td>
</tr>
<tr>
<td>1.1</td>
<td>ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>วัตถุประสงค์ของการวิจัย</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>ขอบเขตของการวิจัย</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>มนุษยศาสตร์</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>สมเด็จฐานการวิจัย</td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>กรอบแนวความคิด</td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>วิธีค้นคว้าการวิจัย</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>วิธีการวิจัย</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</td>
</tr>
<tr>
<td>75</td>
<td>อภิปรายผล</td>
</tr>
</tbody>
</table>
สารบัญ (ต่อ)

หน้า

5. สรุปผลและข้อเสนอแนะ 80
  5.1 สรุปผล 80
  5.2 ข้อเสนอแนะ 87

เอกสารอ้างอิง 88

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 93

ประวัติการศึกษาและการทำงาน 104
สารบัญตาราง

ตารางที่ 2.1 จำนวนเหลืองที่ผู้สูงอายุต้องการต่อวัน 24
ตารางที่ 2.2 ปริมาณโปรตีนโดยเฉลี่ยในอาหารที่มีจากสัตว์ ฟัช ต่อ 100 กรัม 25
ตารางที่ 2.3 ปริมาณใยมันในอาหารบางชนิด 26
ตารางที่ 2.4 ปริมาณคาร์บไฮเดรตที่อยู่ในอาหารบางชนิด 27
ตารางที่ 2.5 ปริมาณวิตามินและอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม 29
ตารางที่ 2.6 ปริมาณวิตามินตีนผู้มีเดินปุ๋ยและอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม 30
ตารางที่ 2.7 ปริมาณวิตามินเบื้องต้นในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม 31
ตารางที่ 2.8 ปริมาณวิตามินเบื้องต้นในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม 32
ตารางที่ 2.9 ปริมาณวิตามินเบื้องต้นในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม 33
ตารางที่ 2.10 ปริมาณวิตามินเบื้องต้นในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม 34
ตารางที่ 2.11 ปริมาณวิตามินในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม 35
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 52
ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบื้องต้นการตรวจด้วยการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ในการศึกษาผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม 56
ตารางที่ 4.3 ค่าเริ่มต้นการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ 59
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบื้องต้นการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ 60
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ การปฏิบัติคืนตนเองในอาการ และความรู้เกี่ยวกับโรคและการ 61
สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า
ตารางที่ 4.6 จำนวนและค่าร้อยละการปฏิบัติดนเองต้านโควิด 62
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการปฏิบัติดนเองต้านโควิด 63
ตารางที่ 4.8 จำนวนและค่าร้อยละด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ 64
ตารางที่ 4.9 จำนวนและค่าร้อยละความรู้ทางด้านโควิด 66
ตารางที่ 4.10 จำนวนและค่าร้อยละพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 66
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย 67
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย 66
ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย 68
ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย 69
ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับความรู้ทางด้านโควิด 69
ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมความรู้ทางด้านโควิด 70
ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้ทางด้านโควิด 71
ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้ทางด้านโควิด 72
ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 72
ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 73
ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรม

ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 73

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรม

ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 74
บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขทำให้การรักษาและความดุลยดุลย์ต่างๆมีทุกวันนี้ การมีความต้องการทางด้านสุขภาพของประชากรในประเทศไทยมีภูมิปัญญาที่เพิ่มขึ้นพร้อมกับการเรียนรู้และรู้จักคุณภาพชีวิตอย่างยุติธรรม ในประเทศไทย ตั้งแต่ขั้นตอนแรกที่จัดที่อยู่อาศัยและจัดการสุขภาพในการรักษา (อายุ 60 ปี หรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคนในปี พ.ศ. 2503 ไปเป็น 4.5-5.7 ล้าน คนในปี พ.ศ. 2543 และคาดหมายว่าจะเพิ่มเป็น 6.8-7.6 และ 11 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 และพ.ศ. 2563 (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) การเพิ่มประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวทำให้ความต้องการ การดูแลตนเองไปในเรื่อง ลักษณะน่าสนใจของผู้สูงอายุมีความจำเป็นมากขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาทุกทางการกระจาย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม รวมทั้งมักจะมีโรคเรื้อรัง ประจำตัว ดังนั้นจึงต้องการการดูแลและสุขภาพมากขึ้นกว่าผู้ที่อายุน้อย ที่สำคัญคือสุขภาพอย่างหนึ่ง ดีในการดูแลตนเองด้านปัญหาการที่มีการเปลี่ยนแปลงสมองคุณค่า ลูกศรด่วนรุ่นหลักการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ไม่ขาด ไม่เกิน สะอาด และปลอดภัย เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีสุขภาพที่ดีถ้าและใส่ ไม่มีกิจกรรมทางการ มีภูมิปัญญาที่เรื่องร้อยอันๆได้ดีอย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ความสามารถในการรับเคลื่อนย้าย ลดลงการเคลื่อนและการกลับลำบาท การย่องและการดูแลซึ่งมีประสิทธิภาพลดลง (อรุณี, 2539)
สาธารณะขององค์การ (นิพนธ์และคณะ, 2537) มีปัญหาในการเก็บป้ายหาที่ตั้ง และการเปลี่ยนแปลงทางวิจัยส่วน ได้แก่ การเก็บป้ายหาทาง การคุมและเพื่อนวัตถุการกันสื่อชีวิต บุคคลและแยกขอบควรรู้ว่า บุคคลทั่วไปให้ผู้สูงอายุและเกิดปัญหาสุขภาพจิต คือการ ชีวิตสุข (นิพนธ์และคณะ, 2537) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการดูแล ตนเองไปสู่การลดอาการดังกล่าว มีโอกาสที่จะเกิดภาวะทุกโภชนาการได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึง ต้องการการดูแลตนเองไปสู่การลดอาการในระดับที่เพียงพอและด้วยเหตุ เพื่อไม่ให้เกิดภาวะทุก โภชนาการซึ่งจะทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว (สุภาพ, 2538)

สำหรับประเทศไทย แม้ปัญหาของเสื่อมจะไม่ใช่ปรากฏการณ์ใหม่แต่ไม่ได้เป็น ปัญหาสาธารณะที่สำคัญในปัจจุบัน แต่จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกใน ปีพ.ศ.2560 การเสื่อมของผู้สูงอายุที่สำคัญอันดับสอง รองจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด (ออบุญ, 2543) เป็นปัญหาที่พบบ่อยและได้รับความสนใจอย่างมากในผู้สูงอายุและ พบว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มีการเสื่อมเสียในระยะแรกจะเริ่มแรกที่ไม่รุนแรงระยะละ 10 ระดับวันแรกระยะละ 5 ส่วนผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป จะพบการเสื่อมของข้อสะโพกระยะละ 20 – 40 โดยเป็นการเสื่อมรวดเร็วระยะละ 20 และระดับการเสื่อมของข้อสะโพกระยะละ 25 – 30 ในผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไป (ชุดม. 2544) ภาวะเสื่อมของ (Dementia) คือกลุ่มอาการที่เกิดจาก โรคเกิดจากมีการเสื่อมของสมอง โรคทางกายภาพที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการ เสมือนที่ เช่น โรคเกิดจากหลอดเลือดสมอง โรคเกิดจากต่างๆ โรคทางสมองอีกหลาย โรคทาง สารพิษและยา เป็นต้น (นิพนธ์และคณะ, 2537) อย่างไรก็ตามต้องการสังเกตการณ์ ตนเองด้านโภชนาการนั้น มีความสำคัญต่อการรักษาของผู้สูงอายุมากที่สุด รองจากภาวะ ที่เกิดจากภาวะจิตวิทยาสมอง ซึ่งเป็นวิชที่หนึ่งที่ข้ามให้ผู้สูงอายุมีความจิตชีวิต ดังนั้นเพื่อป้องกัน ยั้งยืนการเกิดภาวะทุกโภชนาการ และภาวะเสื่อมใหม่ในระยะยาว หรือภาวะทุกโภชนาการ ระยะยาว นั่นผู้สูงอายุควรได้รับคุณค่าทางสะอาดการที่เพียงพอ ซึ่งจะมีผลต่อโครงสร้างและการทำ หน้าที่ของสมองต่างๆ โดยเฉพาะสมอง อันเป็นสิ่งที่ควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกายทั้งหมด
จากการบทความของวิจัยดังนี้ นั้นผู้วิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวกับ ความรู้และ
การปฏิบัติตนด้านโภชนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสมองเสื่อม หรือไม่
อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนด้านโภชนาการอย่างไร
และศึกษาว่าการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ นั่นว่าความสัมพันธ์กับการเกิด
ภาวะสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไร โดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับกลางถึง
ค่อนข้างดำ ซึ่งโดยสะดวกทางสังคมทั่วไปของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประชากรนั้น ร้อยละ 81.1
อาศัยอยู่ในเขตชนบท (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือก
กลุ่มเป้าหมายที่ชุมชนผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ในขณะเดียวกันนั้นความแตกต่างในเรื่อง
ของปัจจัยพื้นฐานนี้ และสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการ
ดูแลตนเองทั้งหมด

1.2 วัตถุประสงค์ของวิจัย

1.เพื่อศึกษาการกักตุนของผู้สูงอายุที่มีแนวทางในการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม
อัลไซเมอร์ครบเครื่องทางจิตวิทยา

2.เพื่อศึกษาความรู้และความรู้และมีการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุ
อัลไซเมอร์ครบเครื่องทางจิตวิทยา

3.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และมีการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ
ของผู้สูงอายุที่มีแนวทางในการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุครบเครื่องทาง
จิตวิทยาครบเครื่องทางประสาท
1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาขอบเขตประชากรและขอบเขตเนื้อหา ความรู้และการปฏิบัติตามด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1.3.1 ขอบเขตประชากร กลุ่มตัวอย่างศึกษาจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 122 คน ที่มีรับบริการสาธารณสุข ณ สถานีอนามัยประจำตำบลบ้านใหม่ อ่างทองบะระศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้และมีสติอยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณาจากคะแนนสมองภาพสมองที่ทดสอบ โดยการใช้แบบทดสอบสมองภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มามาศึกษา ทดสอบแล้วได้คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน

1.3.2 ขอบเขตเนื้อหา

เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติตามด้านโภชนาการ โดยใช้ประมวลผลจากการสัมภาษณ์แบบวิเคราะห์ปฏิบัติตามด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคัดค้าน 30 ข้อ ให้ผู้สูงอายุประเมินความถี่ในการปฏิบัติตามจรรยา เทียบวัดการปฏิบัติตามจรรยาที่จำเป็นด้านโภชนาการเช่น ความรู้ทางด้านโภชนาการ ความคิดว่าประสบหรือผิดผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
1.4 นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั่วราชอาณาจักร

การปฏิบัติตามองค์การ หมายถึง การปฏิบัติตามเกณฑ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ผู้สูงอายุควรรับประทานอย่างน้อย 7-8 ครั้ง/วัน ซึ่งจะรวมถึงอาหารวันละ 2-3 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย

การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพทางกายของตนเองในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาที่มีการเปลี่ยนแปลง

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึงกลุ่มอาการความดีคลิกทางระบบประสาททางจิต ที่เกิดขึ้นเนื่องจากอาการที่มีอาการเสื่อมของสมอง แสดงออกในรูปแบบของการสูญเสียความสามารถในด้านความจำ ทั้งการจดจำและการระลึกได้

ความรู้ด้านโภชนาการ หมายถึง ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหารหลัก 5 หมู่ที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน รวมทั้งปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมอาหารทุกประเภท ได้แก่ นลลิลวัต ข้าว ไข่ ผัก ผลไม้ และน้ำดื่ม รวมทั้งการกระทำที่เป็นกิจนิสัยต่อผู้สูงอายุที่มีอย่างน้อยแบบแสดงเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพดีเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) ได้ตั้งแต่ปี 2543 ขึ้นไปเป็นไปตามแนวทาง Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ (1975) ประกอบด้วย 6 ข้อ คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Language และ Recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนน TMSE ต่ำกว่า 23 ถือว่ามีปัญหา

Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) ได้ตั้งแต่ปี 2543 ขึ้นไปเป็นไปตามแนวทาง Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ (1975) ประกอบด้วย 6 ข้อ คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Language และ Recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนน TMSE ต่ำกว่า 23 ถือว่ามีปัญหา
1.5 สมมติฐานการวิจัย

ความรู้และการปฏิบัติตนของกลุ่มคนไทยของการอ่านข้อที่มีความสัมพันธ์กับแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม

1.6 กรอบแนวความคิด

จากการออกแบบความคิดสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ดังภาพที่ 1
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม ข่าวเทคโนโลยี ในการเป็นการปฏิบัติติดภอง และความสูงสุด ของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความพยายามในการส่งผลทำให้ข่าวยั่งยืนการผลิตความสมบูรณ์ที่อย่างเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ผลผลิตทำให้สุขภาพความสามารถในการส่งเสริมชีวิต

2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่อาจสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและด้านการวิจัย คือ เป็นสาเหตุของการผลิตความสมบูรณ์ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับความพยายาม ที่มี ความสมบูรณ์ในการประเด็นอื่นๆ ต่อไป
บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษากับครูเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ และสรุปสารสำคัญเสนอเป็นล่าสุด ดังนี้

2.1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุและ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
2.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม และ สาเหตุการกล้าภาวะสมองเสื่อม
2.1.3 การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการและ ป้องกันความรู้สึกโภชนาการของผู้สูงอายุ
2.1.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ

ปัจจุบันเริ่มไปพบทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับ ความสูงอายุทฤษฎีใด ที่สามารถจับตามการเปลี่ยนแปลงของความสูงอายุได้ชัดเจนเพียงทฤษฎีเดียว จึงมีการนำทฤษฎีหลายทฤษฎีเข้าไปจัดต้นๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการของความสูงอายุที่สำคัญที่สิ้นพ้นขัน ดังนี้ อ้างอิงโดย (วรบรรยง, 2540)

2.1.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่ชี้ชัดถึงว่ากระบวนการทางชีววิทยา สรรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตในวัยสูงอายุ ได้แก่

(1) ทฤษฎีเซลล์ (cell theory) ทฤษฎีนี้ชี้ชัดว่าในกระบวนการสูงอายุ เซลล์ซึ่งมีการสร้างขึ้นใหม่ลดลงมากนั่น อาจไม่ทำหน้าที่ตามที่ควรจะเป็น หรือมีประสิทธิภาพน้อยกว่าเซลล์ที่แตกเดิม หรือเซลล์ที่ถูกเซลล์แทน สำหรับเซลล์ที่ไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่จะมีการถูกทำลาย ทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์ต่างๆ ในระบบหนักลง
(2) ทฤษฎีการถูกกำหนด (programming aging theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ากระบวนการสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพื้นฐานของการระบบต่างๆ ของร่างกายไปตามเวลาที่เปลี่ยนไปตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะถูกกำหนดไว้ในอินซีรีเยอร์ แล้วซึ่งแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน

(3) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic mutation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในระยะเวลาเปล่าหรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ อาจมีความผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของตัวเอ็น (deoxyribonucleic acid : DNA) ที่ทำให้การทำงานของเซลล์และอวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานหรือมีประสิทธิภาพลดลง

a. ทฤษฎีโมเลกุล (molecular theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสมเหตุของความสูงอายุเกิดจากมีการถูกการต่อต่อที่เปลี่ยนไปจากเซลล์ปกติ ทำให้เซลล์ไม่สามารถทำงานได้ต่อไปที่สูงอายุ

b. ทฤษฎีคอลลาเจน (collagen theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเจ้าสุริยะสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน และให้บริการในร่างกาย จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการถูกคัดแยก ทำให้เสื่อมในเซลล์ตัวเล็ก ขาดความผิดปกติเซลล์ไม่สามารถทำงานได้ช้าของเสียได้สะอาด เป็นสภาพแวดล้อม เมื่อเจ้าสุริยะสูงอายุ

c. ทฤษฎีอนุภาคฟรี (free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อมสภาพของเซลล์ในร่างกาย เกิดจากการสะสมของสารประกอบทางเคมี เพื่อติดเชื้อจากปฏิกิริยาทางเคมี ขึ้นสูงสุดของผลกระทบภายในเซลล์ จึงเกิดการทำลายหนึ่งเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอวัยวะต่างๆ เปลี่ยนแปลงจะเป็นเจ้าตัวมากจนเนื่องจากเสียความผิดปกติไปอยู่ในร่างกาย

d. ทฤษฎีความเสื่อมถดถอย (wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเหมือนกับสิ่งของเสีย ผ่านไปที่ร่างกาย อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยมีความเครียดเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของการเสื่อมและการถดถอย

e. ทฤษฎีการต้านทาน (autoimmune theory) เป็นทฤษฎีที่ว่า ปฏิกิริยาต้านทานผู้มีผู้ป่วยในร่างกาย ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเกิดจากการที่ร่างกายสร้างอนุภูมิคุ้มกันปกติย่อยสลาย
และคิดว่าก้าวว่างอาจมีการสร้างภูมิทัศน์ที่ฉลาดตนเอง ซึ่งเป็นผลให้เกิดการทําลายตนเอง ทําลายขลังของร่างกาย

f. ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (physiological theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าไปตามสมัย ซึ่งอยู่ในสมองที่ควบคุมการทำงาน โดยทําให้ร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสียด ลงเมื่อมีอายุมากขึ้น ดําเนินการทํางานของระบบต่างๆ ทั้งร่างกายเสื่อมลง

2.1.1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่จินทนาทีภูมิทัศน์เปลี่ยนแปลงบุคคลภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ มี 2 ทฤษฎีคือ
g. ทฤษฎีความประสงค์เริ่ม (intelligence theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีสมิติปัญญาที่ดี และเป็นผู้มีวิจารณญาณที่ดีจะได้ เนื่องจากนั้นผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

h. ทฤษฎีบุคคลภาพ (personality theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีสมิติปัญญาที่ดี และเพื่อความสมัครสนองกับการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกาย ปัจจุบันแล้ว รวมถึงการฝึกหัด ทําให้ผู้สูงอายุมีบุคคลภาพแตกต่าง ต่อมาก็ได้

2.1.1.3 ทฤษฎีทางสังคม เป็นทฤษฎีที่ต้องการวิเคราะห์เหตุที่ทําให้ ผู้สูงอายุมี สถานการณ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีคือ

i. ทฤษฎีการเดินออกจากสังคม (disengagement theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่การต่อต้าน ออกจากสังคมที่ระยะ เนื่องจากผู้สูงอายุ ต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทไปจากเดิม เช่น การย้ายออกชุมชน การเปลี่ยนแปลงบทบาทจาก การเป็นผู้นำครอบครัว มาเป็นผู้หลบ หรือเป็นเพียงผู้บริโภค ทําให้คนด้านทางสังคมของ ผู้สูงอายุดูดี ทําให้คนเดินทางสังคมผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำงานดัง

j. ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเข้าร่วม กิจกรรมของผู้สูงอายุ จะช่วยรักษาสุขภาพ และบุคคลภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ และผู้สูงอายุที่จะ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจะต้องเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมไว้ได้ โดยไม่ทําให้การดูแลสุขภาพ ต่อกัน

k. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กรณีที่ ผู้สูงอายุมีความสุขในบ้านของที่ชีวิตได้เน้น ซึ่งอุปภำบุคคลภาพและการดําเนินชีวิตของแต่
ส่วน คุณ ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคม จะมีความสุขเมื่อได้ร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยทุ่มที่ และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมก่อน ที่จะมีความสุขในการแสวงหาไววัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ
คุณสูงอายุ หมายถึง คุณที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กล่าวกันว่ากระบวนการความจะเร็วขึ้นแต่ต่ำในยุคที่ผ่านมาว่าจะเสริมสร้างความเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัย และการปฏิบัติตามของตัวเอง ความเจริญปัญหาที่มีผลทำให้กระบวนการเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ดังที่สังเกตุว่า “การตรวจโรคหรือเก่าแก่” ควรเกิดขึ้นในคนที่ดูแลสุขภาพและรับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลา จะต้องมีการเปลี่ยนและชะลอความแก่ไขให้ได้ทัน และไม่มีโรคภัยเมื่อเปลี่ยนตามธรรมชาติก็เหมือนเก่าตัวเองจะมีผลทำให้ประสิทธิผลสูง 5 ทางเดินอย่างใด่อ ประชากรที่ทำให้เกิดการมองเห็น การรับรู้ รส กลิ่น เสียง และสัมผัสต่อผู้อื่นภูมิพื้นที่ภyla ทำให้ความอยากอาหารในวัยสูงอายุลดด้วย โดยอ้างอิง (ควรกูร , 2540)

1. การเปลี่ยนแปลงทางกายที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเดิน หรือทางการเปลี่ยนแปลงของการวัยที่เสื่อมผ่านซ่ำ

1.1 การสูญเสียในหู เมื่อก่อนเร็วและหูที่ทำให้เกิดอาการล้าท้ายเก้าอาจยาวมิ

1.2 กล้ามเนื้อล้๊าท้ายเมื่อสูญเสีย ข้อเดิน ทำให้เกิดอาการผิดปกติ

1.3 ความสามารถในการรับรู้และเคลื่อนที่ มืออาจมักกับสิ่งที่เห็นและ

1.4 อาการเดินและการสูญเสียอาการเดิน อากาศที่ยื้อมิได้ ทำให้เกิดอาการผิดปกติใน

สถานที่ที่เจ็บป่วย จุดเสียด
1.5 การเปลี่ยนแปลงทางเคมีจะเปลี่ยนเป็นสะดวกว่า เสนอถึงหรือกระจำบาด อาจเกิดขึ้นจาก การมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถเลือกอาการและปรุงเด็กด้วยตนเองได้ หรือกินอาหารที่ช้า ราคา พอ เพราะไม่มี นอกจากความเปลี่ยนแปลงที่กล่าวแล้วมีความเสี่ยงต่อ ๆที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเกิดอาการของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานของสมองเสื่อมลงทำให้ความรู้สึกซึ้ง การเคลื่อนไหว การทรงตัวไม่ดี มีสัน ต้องอาหารสีน้ำ บางคนหลงใหลในเรื่องการเกิดอาการ

ความเกี่ยวกับผลกระทบต่อการชราภาพการหลายประการ (ขวิชิตา, 2539)

- การทำงานของประสานที่ 5 คือลด เมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของประสานที่เกี่ยวกับเรื่อง เท่าที่สูง ถ้ากลับ เสียงและการเสื่อมสัณฐานองค์การ อาจมีสาเหตุไม่ได้ทำให้การเปลี่ยนแปลงและ การปรุงอาหารของประสานชีวิต มีประสานกับผลการแก้ไข การปรุงอาหารอย่างผิดปกติ ถ้ามีประสานกับการทำงานมันไม่ได้ มีผลทำให้ความสุขในการกินอาหาร consegu และอาจเกิดของยุคแก่ได้ เมื่อการรู้สึกช้าจะทำให้ความหมายของการลดลง

- การทำงานของระบบทางเดินอาหารคือ ผู้สูงอายุมักเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ไม่มีมันที่ปาก ต้องมีอาหารสูงสำหรับน้ำมันหรือ ป้องกันเหล่านี้มีผลให้การทำงานเดินอาหารภายในปากเป็นไปได้ไม่ได้ เมื่ออาหารผ่านหลอดอาหารและกลับได้ผิดปกติ เนื่องจากทรรศัญการและกรุ้ในหลอดอาหาร อาจทำให้ไม่ได้เนื้อต่างๆทำให้โรคเลือดเข็มแข็งที่ทำการทำให้โรคกระแทกและเหงื่อ ได้นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของกล้าเป็นในผู้สูงอายุมิได้อวัยวะหนามหรือทำให้เกิดอาการท้องผูก

- การทำงานของระบบใหม่และกล้อคือลด ปริมาณโรคพิษสุนัขบ้าจากภายในของผู้สูงอายุกว่า unconditional ในข้อต่อให้เกิดหลอดเลือดได้กล้าสมมติมีผลต่อผู้สูงอายุทำให้เกิด คำสั่งกล้าเพื่อทำกัน การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ผู้สูงอายุส่งผลต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

- ประสิทธิภาพการทำงานของไม้ในผู้สูงอายุน้อยลง เนื่องจากเคลื่อนไหวได้ลดลงและจ่านมา nephron ลดลง ทำให้การกระตุ้นของเสียง ๆ รวมทั้งของเสียงจากประสานเป็นไปได้ไม่ได้การเปลี่ยนนี้ในปริมาณที่พอเหมาะสมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการกระตุ้นของเสียงได้เป็นไปได้ดีขึ้น

- ประสิทธิภาพการเฉพาะกิจโทษลดลง ผู้สูงอายุเฉพาะกิจโทษได้ยินกว่าคนหนุ่มสาว ที่เป็นช่วงนี้อาจเกิดจากต่อมอื่น ๆ ผู้สูงอายุได้ยินก็ขอพรเท่านั้นสื่อต่อการออกฤทธิ์ของอินชีน อุติการณ์ของการกระตุ้นเสียงที่ยอมให้ในผู้สูงอายุ

- อุปสรรคทางกาย ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะกระทำได้ กระดับกระแทกเห็นแน่นอน หนุ่มสาว ทั้งนี้เฉพาะธาตุไม่ได้และโรคทางกายบางอย่าง เป็นอุปสรรคการเคลื่อนไหวของ
ร่างกาย เช่น โรคซื้อจาตอสมบ ผู้สูงอายุมีอาการที่เพิ่มขึ้นจากกระเพาะอาหาร ไวรัส และเข็มอย่างที่ชีวิตที่มีการบริโภคอาหาร ถ้ามีการบริโภคอาหารที่มีความเลือกตัวอย่างผิด ๆ หรือการบริโภคอาหารที่มีความสูงสุดกับสุขภาพ การบริโภคอาหาร บุคคลหรือกลุ่มใดจะมีสุขภาพที่ดีอยู่ก่อน ถ้าจัดจึงจะมีการบริโภคอาหารของบุคคล_or

กลุ่มได้รับสารอาหารที่เหมาะสม (Nutritional status) ได้รับการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Adequate diet) ที่มีสารอาหารที่สูงกว่าด้านต่ำสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การบริโภคอาหารของกลุ่มได้รับสารอาหารที่มีความสูงสุดกับสุขภาพ การบริโภคอาหารอย่างดีอย่างหนึ่งเรื่องหลักอย่าง การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ขาดสารอาหารอย่างใดจะเป็นเรื่องหลักอย่าง การบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายที่เกิดจากสารอาหารที่มี (Over- Nutritional) ที่ส่งสารอาหารได้รับผ่านทางอาหาร (Malnutrition)

ทุกโภชนาการในผู้สูงอายุ

เช่นเดียวกับบริโภคอาหารที่เหมาะสมผู้สูงอายุจะต้องบริโภคอาหารที่มีสารอาหารที่มีความสูงสุด และมีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Adequate diet) ที่มีสารอาหารที่สูงกว่าด้านต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ การบริโภคอาหารที่มีความสูงสุดกับสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความสูงสุดกับสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความสูงสุดกับสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความสูงสุดกับสุขภาพ การบริโภคอาหารที่มีความสูงสุดกับสุขภาพ
- โรคโควิดการเกิด ผู้ที่มีฐานะความเป็นอยู่ แต่ขาดการเอาใจใส่ต่อการบริโภคอาหารที่สุกหลักโควิดการออกเดินที่มีการเสียอาหารที่ดี และอาหารที่รับกินอยู่สุขภาพดีและโรคความดันโลหิตสูง

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตดั้งเดิมของคนเรา เราอาจผิดพลาดอย่างมากได้แต่เราควรระลึกสิ่งที่เราได้รับ ได้รับอาหารที่ดี จากสุขภาพดีที่ดีของเรา ในการที่เราได้รับอาหารที่ดี เราจะปฏิบัติตามสุขภาพดีและโรคความดันโลหิตสูง

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และสติปัญญาในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพื้นฐานมาจาก

2.1. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เช่นความตื่นเนื้อ การเลือกสิ่งที่รับรู้ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก็ได้กินความรู้สึกสร้าง ยาต้านทางอารมณ์

2.2 การเปลี่ยนทางด้านสังคมได้แก่

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่อครบ 60 ปี ต้องออกจากงานการสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้ปกครอง

2.2.2 การจดจำทรงตัว สถานที่ตั้งในปัจจุบัน คนที่มีความต้องการที่จะทำให้ผู้สูงอายุจดจำทรงตัวอยู่ตามสิ่งที่เคยอยู่ที่ไม่มีวันหายใจได้

2.2.3 ความคิดเห็นที่ดีก็จะถูกต้อง ความสุขให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความสมารถทางใจ ทำให้ความรู้สึกอนุญาติในสิ่งที่มีประสบการณ์เปลี่ยนไป เคำไปให้ความ เคารพผู้ใหญ่เหมือนเดิม

2.2.4 การลดเสี่ยงผิดของผู้สูงอายุ คุณว่าจะมีหลักที่จะเพื่อน การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเลือก และสิ่งที่เราต้องที่จะกิจกรรมเสริมสร้างความเข้าใจทาง รับประทานอาหารได้เนื้อ ตั้งใจมีการอ้างอิงเป็นแนวทางจะเป็นสำคัญของการคิดปัญหาทางที่ตนเองในการ ผู้สูงอายุ
2.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ชุดิมา ศิริภัทร์ส (2544) ภาวะสมองเสื่อม เป็นความผิดปกติทางจิตที่รวมถึงการสูญเสียที่ไม่ได้จำได้รู้จักและมีความบกพร่องในอักษณะของ
พฤติกรรมโดยอาการและอาการแสดงที่ปรากฏเป็นผลมาจากการทำงานสมองในส่วนต่าง ๆ และ
อาการที่แสดงออกมาตั้งแต่ขณะเรียนรู้ความรู้ในเหตุที่มีความบกพร่องในหน้าที่การงาน
การปฏิสัมพันธ์ผู้อื่นและการเข้าสังคม

นิพนธ์ ทรงวินิท์ (2541) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่าหมายถึง กลุ่ม
อาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตที่มีการสูญเสียที่ทำให้การทำงานของสมองที่เกิดขึ้น
หลากหลายอย่างเร็วขึ้น โดยมีการสูญเสียทั้งในความละเอียดของ ความจำและบุคลิกภาพอารมณ์
และความเมธอด โดยที่ไม่มีความผิดปกติในด้านระดับความรู้สึกด้วยอาการต่าง ๆ เหล่านั้นจะ
เป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ชุดิมา ศิริภัทร์ส (2544) เพื่อให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นไปตามมาตรฐาน
เดียวกัน ทางสมาคมจิตแพทย์ในอเมริกา (American Psychiatric Association : APA) ได้กำหนด
เกณฑ์มาตรฐาน ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมไว้ใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) ซึ่งทุกคนนั้นจะเน้นนี้อาการสมองเสื่อมที่เป็นโรค
ทางกาย และที่มีพัทธภาพเป็นแบบกระจัดกระจาย โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญดังนี้

1. มีความสามารถของอาการทำงานของสมอง ที่เกี่ยวกับสุขภาพและความละเอียดหลายหลาย
ๆ ด้าน ซึ่งความบกพร่องนั้นจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่

1.1 ความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่
สำคัญและเป็นอาการแย่ที่สุดที่จะมี การจำไม่สามารถเรียงเรื่องซึ่งหาย ๆ หรือลืมสั้นต่าง ๆ ที่
เคยเรียนรู้และจำได้เป็นอย่างเป็นกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสูญเสียทั้งความสามารถ ๆ และ
ความจำเรียงๆ ๆ ในอดีต อาจกล่าวข้างต้นที่สำคัญ เช่น กระเจี๊ยบทาง ถูกเหยียด เถื่อนหรือที่ก็ตาม
ปรากฏในวันเก่า ถึงเห็นบ่อยที่ไม่เคยเห็นกันนั้น ไม่ระดับพยายามการสูญเสียความจำจะรุนแรง
มากขึ้นเมื่อเวลาการทำงานของสมอง ถึงการวิจัยการศึกษา วินิจฉัย สมาชิกในครอบครัว และ
บางครั้งอาจมีถึงระดับช่วยของตนเอง
1.2 มีความคิดแปลกในด้านปัญญาอย่างหนัก 1 อย่างในกลุ่มอาการดังนี้

1.2.1 มีความคิดแปลกในการใช้ภาษา อาจแสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวในการเรียนรู้คำหรือคำสั่ง คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดอีกอย่างที่มีความยืดหยุ่น อาจมีการไม่เข้าใจคำพูดของคน ส่งผลในการเข้าใจภาษา และพูดจาเข้าข้าง ในระยะค่อนข้างจะมีอาการรุนแรงจนพูดไม่ได้ หรือรูปแบบของคำพูดแปลกไปชิน พูดเสียงที่ได้ยิน (echolalia) แปลเสียงหรือพูดคุ้น ๆ เรียกว่าเรียก ๆ (palilalia)

1.2.2 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติคิว/order ได้ในที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่ การรับรู้ความเข้าใจ และการแสดงให้เห็นลักษณะนี้เป็นปกติ (apraxia) ผู้ป่วยจะเข้าใจคำสั่งแต่ ไม่สามารถปฏิบัติตามได้เมื่อป่วยมีอาการรุนแรง ๆ เช่น การเตรียม การบอกมือเพื่อร่างกาย เป็นต้น ความบกพร่องในด้านนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติคิว/order โดยที่มีการเกิดการ ประกอบอาหาร การแต่งตัว และไม่สามารถรับประทานต่าง ๆ ได้

1.2.3 ไม่สามารถจัดเรียงและสังเคราะห์ของต่าง ๆ นั่นจะมีประสานสมอง รับรู้ที่ปกติ (agnosia) คือผู้ป่วยสามารถเห็นหรือได้ยิน แต่ไม่สามารถรับรู้หรือจับแก่ได้ว่าเป็น อะไร เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่าสิ่งนี้คือ ถ้า ลิ้นสด เป็นต้น ในระยะค่อนข้างผู้ป่วยอาจจะจำ สมัยในครอบครัวของตนเองไม่ได้ หรือมีการจำไม่สมารถจดจำเหตุผลของการทำต่าง ๆ ได้ ในหัวใจเด็กผู้ป่วยจะมีการสมองเสถียรภาพถึงเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยถึงไม่สามารถ แยกและได้ว่า วัตถุที่กล่าวถึงไว้ในเมื่อไม่อาจ เช่น เป็นโรคหรือเป็นคุณภาพ

1.2.4 มีความคิดแปลกในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ช่วยเชื่อมขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจจะเกิดขึ้นที่ความ คิดแปลกของสมองส่วน frontal lobe หรือยังขึ้นใน subcortical pathway การทำหน้าที่ที่ช่วยเชื่อม จะรวมถึงความสามารถในการคิดเชิงม้าวาระ ทำง ๆ ซึ่งความสามารถดังกล่าวในผู้ป่วยจะ แสดงออกโดยการที่ผู้ป่วยมีความคลำในการที่ปฏิบัติงานที่แปลใหม่ และพยายาม หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีการดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลใหม่ ๆ และใช้ข้อมูล ผู้ป่วยจะมี การแสดงที่ขัดต่อความสามารถต่อการกระทำกิจวัตรหน้าที่ ประจำวัน

2. เกณฑ์อาการแสดงในข้อ 1. จะต้องมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่อง ในการประกอบชีวิตหรือการมีกิจกรรมบางส่วน เช่น การทำงานต่าง ๆ การดูแลเด็กการเงิน การปฏิบัติงานประจำวันที่มีการบุคคลที่เกี่ยวข้อง ที่จะต้องแสดงให้เห็นถึงระดับความสามารถที่ลดลงจากการคิดถูกต้อง
จากเอกสารในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมด้วยกล่าวข้างต้น หากพบอาการแสดงของข้อ ก.
และ ข. ปรากฏอยู่ในระยะแรกสั้น ๆ (delirium) แล้ว จะไม่มีวิจัยว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมแต่
อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่ภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้วอาจพบอาการแสดงสั้น ๆ ตามที่เป็นครั้ง
คราวซึ่งผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัวว่าเป็นดังนี้

สาเหตุของการสมองเสื่อม

การจัดแบ่งชนิดหรือกลุ่มอาการของการสมองเสื่อมทำได้หลายแบบ ดังนี้ (กัมมันต์.
2543)

1. จำแนกตามสาเหตุการเกิด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 Primary dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมของเซลล์สมอง ซึ่ง
ยังไม่ทราบสาเหตุนั้นขัดเช่น โรคออลซ์มอร์ โรคพิกล์ โรคอินติเก้น เป็นต้น

1.2 Secondary dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากการท้อง
กายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคอียกบัตห์เส้นสมอง โรคพิกล์
เชื้อต่าง ๆ โรคมะมะมะไข่ไข่ โรคจำฬารพและอาจเป็นต้น

2. การจำแนกตามสมองลักษณะทางคลินิก ซึ่งแบ่งตามส่วนของสมองที่มีอาการมากที่สุดแก่

2.1 Cortical dementia ผู้มีอาการคล้ายกับโรคโรคในเปลือกสมอง (cerebral cortex) ที่เป็นเฉพาะที่ โรคอาจจะในระยะแรก ๆ ของโรค เช่น อาการพิกล์เกิดขึ้นกับการใช้ภาษา
สมัครเสียไป ความจำเสื่อมที่ความจ้าใหม ๆ และความเสื่อมในด้าน เรียกชื่อสิ่งของไม่ได้ และทำ
อะไรไม่ถูกต้อง นอกจากนี้จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการจัดที่และความสามารถในการ
ทำงาน การแต่งตัวเสียไป และไม่สามารถรับรู้สัมผัสด้วย เรียงลำดับข้างสัมผัสเดิม
บางครั้งจะรับรู้อารมณ์ไม่ได้ ในระยะท้ายของโรค อาจมีความผิดปกติของการเดิน ความสามารถ
ของกล้ามเนื้อใช้ไม่ชัดเจน หรือไม่ได้ และมีความผิดปกติข้าง ๆ การประกอบประสาท โรคในกลุ่มนี้
ได้แก่ โรคออลซ์มอร์ โรคพิกล์

2.2 Subcortical dementia อาจมีลักษณะการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองที่
ต่อข้างกระจำพวกว่า cortical dementia และการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองมักจะ
ไม่รุนแรง ผู้ป่วยมักจะแสดงออกมาในรูปของอาการที่ข้างต้น ความคิดความเห็นไม่
ถูกต้อง ความตื่นตัวลดลง หลับง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงส่งสมอง
นี้ด้วย ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเคลื่อนไหวข้าง (bradykinesia) พูด
ข้างพูดไม่ชัดเจน (dysarthria) มีการเคลื่อนไหวไม่สม่ำเสมอ เช่น การเคลื่อนไหวริมฝีปากโดย
ความคุม
ไม่ได้ (choreoathetosis) และความผิดปกติอื่น ๆ ที่ระบบประสาทในระยะแรก ๆ ของโรค เช่น โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคเพาะกินสัน โรคหน้าค่าไพร่สมอง (Normal pressure hydrocephalus) เป็นต้น

นอกจากนี้การแบ่งชนิดของการสมองเสื่อมดังกล่าวแล้ว สามารถจัดแพทย์ย่อวันยังได้แบ่งประเภทของการสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้หลายประเภทดังนี้ (ชุดมา, 2544)

(1) สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
(2) สมองเสื่อมจากหอทดสอบสมอง
(3) สมองเสื่อมจากโรคคลิปช์ เอชไถวิ
(4) สมองเสื่อมจากการบาดเจ็บทางศีรษะ
(5) สมองเสื่อมจากโรคเพาะกินสัน
(6) สมองเสื่อมจากโรคคลิปช์
(7) สมองเสื่อมจากโรคพิษคีรภ์
(8) สมองเสื่อมจากโรคหรือเห็น-เนชั่น (Cretzfelt-jakob Disease)
(9) สมองเสื่อมที่เกิดจากยาชนิดต่าง ๆ
(10) สมองเสื่อมจากการรับหรือวัตถุต่าง ๆ
(11) สมองเสื่อมจากหลาย ๆ สาเหตุร่วมกัน
(12) สมองเสื่อมจากสาเหตุต่าง ๆ

สาเหตุของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบได้มากที่สุดที่ 50-60 รองลงมาคือ สาเหตุจากทดสอบสมองพบได้ร้อยละ 10-30 นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เมื่อต่ำงเพศพิจารณาแล้วพบว่าประมาณร้อยละ 15-20 จะมีสาเหตุร่วมกันของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมจากหอทดสอบสมอง ซึ่งรายละเอียดของสมองเสื่อมทั้ง 2 ประเภทดังนี้

ก. Dementia of the Alzheimer’s Type:DAT

โรคอัลไซเมอร์ถูกอ้างหน่ายโดย Alois Alzheimer ชาวเยอรมัน ในปี พ.ศ. 1907 โดยการตรวจสมองในผู้ป่วยที่มีประวัติสมองเสื่อมและเสียชีวิต ในการตรวจสอบได้พบ neurofibrillary tangle และ neuritic plaque ในสมอง ซึ่งจะพบในสมองส่วน neocortex และ hippocampus เป็นหลัก ได้แก่การดำและสูญเสียเซลล์ประสาทไม่ที่กล่องสาหัสส่วนหน้าของ ซึ่งจะส่งผลกระทบในด้านความจำและการเรียนรู้ (นิวอี, 2541)
โรคอัลไซเมอร์จะมีลักษณะอาการดังนี้
(1) การสูญเสียความจำโดยเฉพาะในความจำระยะสั้น เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยทุกรายในระยะแรกจะสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีอาการลืมชื่อคน ลืมการนัดหมาย ค่อนข้างจะสูญเสียความจำระยะยาว อีกเรื่องต่าง ๆ ในอดีต
(2) การสูญเสียความสามารถทางภาษา ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าลำบากในการค้นหาคำพูด ไม่สามารถถือคำถูกต้องได้ พูดไม่ออก อาจเสียการัสสันสมอง จนไปที่สุดจะไม่สามารถพูดได้
(3) มีความคิดแปลกในความคุ้นเคยหรือลึกลับ_whace that if they have any other diseases or conditions which could affect their ability to read or comprehend the text.
(4) สูญเสียความสามารถในการรับรู้ ไม่รู้จักสิ่งของและคนรอบข้าง และในระยะท้าย ผู้ป่วยจะไม่สามารถรับรู้ความรู้ไม่ว่าจะรู้สึกอยู่หรือร่างกายของตนเอง จากการสูญเสียในระยะท้ายดังที่กล่าวแล้วไม่สามารถปฏิบัติหรือจ่ายทรัพย์สินไม่สามารถสมารถดุษณะด้วยได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความดีไปกิจการกรรม เช่น ชีวิตประจำวัน ประสานงาน และในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยมักมีปัญหาสุขภาพจิตไม่ได้ และบางรายมีอาการซึมเศร้า ซึ่งพบได้ร้อยละ 10-20 ในระยะแรกของการระบาด เรื่องราวในกรณีกลุ่มโรค 2-20 ปีของการสูญเสียเวลาไปประมาณ 10 ปี โดยจากการศึกษาพบว่ามีนักเฝ้าเสื่อมอันเนื่องจากที่สุดของสมองเสื่อมได้ในกลุ่มไข้แล้วโรค ประสาทที่สูงสุดในประสาทสมองในรอบสมองที่สุดมีที่สุดของการระบาดที่สุด

ซ. Vascular dementia

ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองที่พังได้บ่อยครั้ง สมองเสื่อมจากการตายของเนื้อสมองในหลายๆ ส่วนของสมอง (Multi-infarct dementia : MID) ซึ่งอาจจะพบร่วมกับโรคอัลไซเมอร์ ความคิดแปลกต่าง ๆ ภัยพิภพจากการตายของเนื้อสมอง จากการศึกษาอาการหลุดแผลความเสี่ยงระดับภาวะสมองเสื่อมและประสาทสมองที่สุดของสมองที่ตาย ซึ่งสมองเสื่อมจะเกิดในผู้ป่วยที่โรคสมองหลุดได้มากกว่า 100 มิลลิเมตร ลักษณะอาการจะเริ่มเป็นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด และมีการเสื่อมลงเป็นล้านครั้ง อาการความเสื่อมที่สังเกตจะสัมพันธ์กับวิสัยทัศน์ของสมองที่เสื่อมไปอย่าง ไม่สามารถและการเสียของระบบประสาทเฉพาะที่เช่น ความล่าช้าในการพูด การยืนง่ายของแขน จากการเป็นอัมพาต การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติเป็นต้น ผู้ป่วยมักมีประคบวัตถุดิบต่อส่ง สร้างความทุกข์ หัวใจตัดปิดปกติ และโรคหลอดเลือดสมอง และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองคือ การสูญบุรุษ การเติบโต และการระทึกไขมันในเลือดสูง ส่วนอาการแสดงของความ
2.1.3 การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ

การโภชนาการสะเทือนถึงการสมดุล ฟอร์ หรือกิน ระหว่างความต้องการและการได้รับอาหารของแต่ละบุคคล ดังนั้นการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุจำเป็นจะมีความสัมพันธ์กับการโภชนาการ จากอาการความรำคาญที่เกิดกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกัน การศึกษาใน ชมรมผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับต่ำ การศึกษาของ วินดี แซ่เจนทร์(2538) ในชมรมช่วยชมรมผู้สูงอายุเทศบาลที่ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน ดังการศึกษาของ มวล ชูนัย (2538) ในผู้สูงอายุที่เข้าถึงมาตรการฟื้นฟู อุบลราชธานี พบว่าสูง เป็นอย่างด้วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับที่ต่ำ จ้านานเมื่ออาหาร การเลือกใช้ที่มีในอาหาร การสัมผัส มีการปฏิบัติในระดับต่ำ หรือค่อนข้างน้อย การได้รับประทานอาหารประเภทเปรี้ยว ผิด หรือผิดใต้ การเดินเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ ซึ่ง หรือ โอวิลเดิน มีการปฏิบัติตนในระดับที่ต่ำ หรือยืนๆ สนับสนุนการหลักถึงการรับประทานอาหารที่เข้มงวด การพึ่งพาภัพแม่ มีการปฏิบัติตนรูปแบบมาก และในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการกินอาหารแตกต่างกัน มีการเลือกขณะการปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอาจมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีการกินอาหารและกระโภชนาการปกติ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ผู้สูงอายุที่มีโภชนาการร่วมมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด แตกต่างจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ และเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาที่ก่อน แสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในทางเสื่อมลงตามวัย มีโรค ประจำตัวต่างๆ จึงมีการทำงานดูแลตนเองด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองโภชนาการได้ ในการรับประทานอาหารที่เข้าถึงการ
โภชนาการของผู้สูงอายุด้วยความมากมักมีภาวะทุกโรคการดีที่กล่าวมาข้างต้น และผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสอดคล้องกันคือผู้สูงอายุประเมินมีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ดังการศึกษาของ นิรามา วิทยาศาสตร์ (2534) และ สุทธิศรี ตะกูสิงห์รักษ์ (2538) ซึงอาจเนื่องมาจากเหตุผลดังนี้

1. การศึกษาเหล่านี้วิเคราะห์ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แบบตัววัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์ส และคณะ ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (The appraisal of self-care scales) ซึ่งลักษณะของแบบวัดเป็นคำถามสาระสำคัญประการ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินว่าข้อความนั้นตรงกับตนเองเพียงใด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความสามารถดีในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี เนื่องจากสามารถใช้บริการที่สถานเสริมสุขภาพและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นจึงประเมินความสามารถของตนเองสูง

2. จากการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในด้านการพิการที่สูง (สุทธิศรี, 2538) แสดงให้เห็นผู้สูงอายุต้องการความเป็นอิสระ ไม่ต้องการพึ่งพา และต้องการแสดงให้เห็นในรูปแบบอื่นสามารถปฏิบัติกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ซึ่งประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสูง

อย่างไรก็ตามการศึกษาเหล่านี้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมไมได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองที่จำเป็นการโภชนาการโดยตรง จึงไม่อาจสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ภายนอกการโภชนาการเพียงอย่างที่จะตอบสนองความต้องการดูแลตนเองหรือไม่ เพราะอาจสงสัยว่าผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความเหมาะสมของร่างกายติดต่อ (นิรมาน, 2534) ซึงอาจเป็นเรื่องที่สำคัญ และวิจัยต่อไปพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างด้านร่างกายความทนทานร่างกาย และด้านการดูแลตัวเองคงที่ความทนทานของร่างกายอยู่ระหว่าง 20-25กก./ม. แต่ยังต้องมีความทนทานอย่างมากต่ำกว่า 20 กก./ม. หรืออยู่ระหว่าง 25-27กก./ม. บุคคลมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพมากขึ้น และต้องเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ ความดันสูง และเบาหวาน จะยิ่งสูงขึ้นมีด้านความทนทานของร่างกายมากกว่า 20 กก./ม.
นิยมที่ วิทยาศาสตร์การอุทก (2534) พบว่า ด้านความหมายของการเดินทางที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่สูงขึ้น การที่ผู้สูงอายุในกลุ่มสถาปนาคือการประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดี ทำให้มีโอกาสเกิดความสมบูรณ์ในการดูแลตนเอง เหมาะที่ไม่ได้รับรู้ ใคร และปฏิบัติการที่รุนแรงในภาวะโรคที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ดังกล่าวศึกษาของ วันเดีย แอนน์ (2538) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยความสัมพันธ์ทางปัญญาการรับรู้ของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับรู้ของผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอย่างที่จะให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุไม่ได้ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่ไม่มีgetProperty (nontherapeutic self-care) โดยเฉพาะคือการรับรู้ภาวะทางกายภาพ ดังกล่าวศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับรู้ภาวะทางกายภาพ

การที่ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดีแท้ๆที่มีภาวะโรคภัยการนี้ ขึ้นจากได้ดังแนวคิดของ โอรีม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอย่างไรขึ้นอยู่กับเป้าหมาย 3 ประการ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การตัดสินว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่ทำให้คิดเป็นและการหาทางได้หรือไม่ 3) ความสามารถที่จะเข้ารับความรู้ในโครงสร้างของโครงสร้าง หรือการที่จะทราบถึงการว่า การประเมินตัดสินว่าภาวะสุขภาพของตนเองบุคคลจะมีผลกระทบต่อการป้องกันภาวะผู้ที่มีความต้องการทางวิทยาศาสตร์หรือไม่ได้ ตามพฤติกรรมผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องมีภาวะสุขภาพของตนเองจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความไม่สุขสบาย โดยประเมินว่าสุขภาพไม่ได้ดีเมื่อไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ การประเมินดังกล่าวสะท้อนถึงภาวะความสุขโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ แต่ไม่ได้เป็นการสรุปในเชิงการแพทย์ ดังนั้นจึงควรศึกษาเพื่อพิจารณาความภูมิข้อ หรือไม่เหมาะสมของเรื่อง จะขัดขวางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น (โอรีม, 2539)
ปัจจัยความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เป็นความสามารถในการจัดและการรับซื้อทั้งนี้ถึงความรู้ด้านอาหารและการปฏิบัติตาม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการได้

Haefner & Kirscht อ้างอิงใน(ซัลเลอร์, 2539) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นแล้วหนึ่งประโยชน์ของรักษาโรคหรือการป้องกัน ย่อมเป็นผลให้มีความดีใจ ที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับโอกาสพักผ่อน และต้อง ได้ทำการศึกษาเรื่องป้องกันการที่มีความเสียหายต่อกิจการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชุมชนจึงว่าดังที่กล่าว พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับบริการสาธารณสุข ด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยมากกว่า ผู้ที่มีความรู้น้อยกว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม ชิมาเบะ ได้อธิบายแนวคิดนี้ว่าจุดเด่นสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนเราจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้ของคนนั้น ถือถือถึงความรู้ดีจุดเด่นสิ่งนั้นจะได้ตามไปด้วย และเมื่อจุดเด่นสิ่งนั้นที่จะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปทางที่ดีด้วย

ความต้องการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความสามารถด้านการรักษาตนเองกว่าผู้คนอื่น ๆ แต่เมื่อจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ บริการสำหรับที่ผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ปวดได้รับจึงจำเป็นต้องออกไป ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้รับบริการดังกล่าวออกไป ซึ่งการที่ผู้สูงอายุได้รับบริการดังกล่าว ได้แก่

1. พื้นฐาน ผู้สูงอายุต้องการพื้นฐานเพื่อทำงานต่าง ๆ น้อยลง เนื่องจากการทำงานของ วัยเยาว์ต่าง ๆ ลดลง FAOWHO เสนอให้ลดพื้นฐานในการวัยเยาว์ 65 ทุก 10 ปี จนถึงอายุ 59 เมื่ออายุ 60-69 ปี ให้ลดลงจนถึงวัยวัยรุ่น 10 เมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไปให้ลดลงอีก 20 และของโภชนาการ กระนั้นผู้สูงอายุ แสดงให้ลดลงเหลือ 100 แคลอรี่ ทุก 10 ปี ที่เพิ่มขึ้น (กองโภชนาการ, 2544)
ตารางที่ 2.1 จำนวนผลิตภัณฑ์ผู้สูงอายุต้องการต่อวัน

<table>
<thead>
<tr>
<th>เพศ</th>
<th>อายุ</th>
<th>หน้าที่</th>
<th>จำนวน</th>
<th>พลังงานที่ต้องการ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(ปี)</td>
<td>(กก.)</td>
<td>(ชม.)</td>
<td>(กิโลแคลรี่ต่อวัน)</td>
</tr>
<tr>
<td>ชาย</td>
<td>60 ขึ้นไป</td>
<td>58</td>
<td>166</td>
<td>2250</td>
</tr>
<tr>
<td>หญิง</td>
<td>60 ขึ้นไป</td>
<td>50</td>
<td>155</td>
<td>1850</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2544)

2. โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนประมาณวันละ 0.88 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2532) และเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ไม่ควรกินอาหารโปรตีนมากเกินไป ควรให้รับโปรตีนเกินความต้องการของร่างกายจะทำให้พลังงานเกินสะสมในรูปของไขมันทำให้ใจจุใจ และใกล้ต้องทำงานหนักขึ้น แต่ถ้าให้รับโปรตีนน้อยเกินไปร่างกายจะสะอาดโปรตีนจากเนื้อเยื่อต่างๆมาใช้ ทำให้ร่างกายพร้อมทุกอย่าง มีความดีทนทานต่อผู้สูงอายุจึงควรกินเนื้อสัตว์ นม ถ้ามีถึงแม้จะให้เพียงพอทุกวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเติมเน้นและ 1 แก้ว และรับประทานไข่วันละ 1 ฟอง เพาะอาหารทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นอาหารที่ให้โปรตีนที่มีคุณภาพสูง
ตารางที่ 2.2 ปริมาณโปรตีนโดยเฉลี่ยในอาหารที่มาจากสัตว์ ฟิช ค่อ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>โปรตีน (กรัม/100กรัม)</th>
<th>อาหาร</th>
<th>โปรตีน (กรัม/100กรัม)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>น้ำมม</td>
<td>3.70</td>
<td>น้ำทะเล</td>
<td>34.00</td>
</tr>
<tr>
<td>น้ำผง</td>
<td>26.00</td>
<td>น้ำลิสง</td>
<td>30.00</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อขาว</td>
<td>20.00</td>
<td>น้ำจิ๊กยำ</td>
<td>23.00</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อทะเล</td>
<td>12.00</td>
<td>ข้าวจ้าสุก</td>
<td>2.80</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อปลา</td>
<td>25.00</td>
<td>ซันเปิงปิง</td>
<td>12.00</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อไก่</td>
<td>24.00</td>
<td>ข้าวโฟลเดิม</td>
<td>4.30</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อสุก</td>
<td>20.00</td>
<td>ผักใบจิ๊กยำ</td>
<td>1-3</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่</td>
<td>20.00</td>
<td>ผลไม้สด</td>
<td>1-2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

3. ไข่มาม ไม่ว่าสูงอายุหรือคนใดมามอาจเนื้อสัตว์ให้น้อยที่สุด การใช้น้ำมันที่ประกอบอาหารเช่น น้ำมันย่างทะเล น้ำมันคือหายนะวัน น้ำมันขาขาทะเล ผู้สูงอายุไม่ควรกินไข่มามกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมด การใช้ไข่ประมาณ 2 ชั่วโมงต่อวัน (ฉันทานะ :2538) การใช้ไข่มามก็จะที่ป้องกันและเกิดโรคต่างๆ สามารถ เช่น โรคขี้ม โรคปวดข้อเข่า โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับโรคเสี่ยงออก ถ้ากินอาหารที่มีสารน้ำมามา โรคเสี่ยงออกจะไปกระทบที่ผิวตัวอื่น เลือดทำให้เป็นโรคสั่นเสียงหรือปร่า และโรคหวัง ผู้สูงอายุไม่ควรกินไข่ย้อมอาหารที่มี โรคเสี่ยงออกกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)
ตารางที่ 2.3 ปริมาณไบมันในอาหารบางชนิด

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>จากอาหาร 100 กรัม</th>
<th>จากปริมาณอาหารที่บริโภค</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ไขมัน (กรัม)</td>
<td>โคเลสเตอรอล (มิลเลอร์)</td>
</tr>
<tr>
<td>น้ำมันพืช</td>
<td>100.00</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>น้ำมันหมู</td>
<td>99.40</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>นงนวล</td>
<td>85.70</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>นงนิยม</td>
<td>85.70</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>ไขสกอลา</td>
<td>30.00</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>มันฝรั่งสด</td>
<td>40.00</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>นกเพ่ง</td>
<td>32.10</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>เมือกวัว</td>
<td>14.00</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่แดง</td>
<td>32.00</td>
<td>1480</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่ไก่</td>
<td>12.00</td>
<td>504</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับวัวสด</td>
<td>10.60</td>
<td>438</td>
</tr>
<tr>
<td>ไตวัว</td>
<td>6.70</td>
<td>804</td>
</tr>
<tr>
<td>หัวไก่</td>
<td>3.60</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td>นมสด</td>
<td>23.70</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>นมสดอีก</td>
<td>Trace</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>นมสด</td>
<td>3.30</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

หมายเหตุ

1 ชต. = 1 ขั้นโต๊ะ

ที่มา: สาระสร้าง (2531)
4. การปิดโคลง

ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารที่ให้การรักษาโรคระดับ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด (วัฒนธรรม, 2545) ควรรับประทานข้าวหรือแป้งเชิงปัจจุบันไปรักษาดังข้อแนะนำและ 3-4 ถ้วยคือน intrigued น้าติดตามอาหาร น้ำปลาแบบนี้ให้รวมขับตอนทำให้ไม่มีประโยชน์เทียบเท่า

สิ่งที่ควรทำ ซึ่งต้องได้ทำในทุกๆวัน ปัจจุบันเป็นเพื่อรับกับอาหาร มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เนื่องจากอาหารสามารถลดผลการดูดซึมอาหารผ่านลำไส้ได้ ลดความต้องการอินชูตน ใช้รับกับท้องถ่วงมันเลือดสูงโดยไม่อาจทำให้กับเนื้อสัตว์ และข้าวในการขับถ่าย

ตารางที่ 2.4 ปริมาณการรับโคลงที่มีสารอาหารบางชนิด

<table>
<thead>
<tr>
<th>ชื่ออาหาร</th>
<th>ค่อส่วนที่มีได้ 100 กรัม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.มันทับทิมและผลไม้กับกระจุก</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ก๋วยเตี๋ยว</td>
<td>81.40</td>
</tr>
<tr>
<td>ก๋วยเตี๋ยว (สุก)</td>
<td>29.40</td>
</tr>
<tr>
<td>ข้าวเหนียว</td>
<td>81.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ข้าวเหนียวต้ม</td>
<td>76.10</td>
</tr>
<tr>
<td>ขนมปังชนิดต่างๆ</td>
<td>56.75</td>
</tr>
<tr>
<td>ข้าวเจ้าสุก (สุก)</td>
<td>31.20</td>
</tr>
<tr>
<td>มักกะโรนี สำปะหลี (สุก)</td>
<td>23.00</td>
</tr>
<tr>
<td>มะผึ้ง (สุก)</td>
<td>19.00</td>
</tr>
<tr>
<td>2.รากและหัวของพืช</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>มันเทศคล้าย</td>
<td>23.30</td>
</tr>
<tr>
<td>มันฝรั่ง</td>
<td>15.30</td>
</tr>
<tr>
<td>3.ดั่งผักตื้น</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ถั่วạchัญ</td>
<td>46.50</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ตารางที่ 2.4 (ต่อ) ปริมาณสารโปรตีนที่มีในอาหารบางชนิด

<table>
<thead>
<tr>
<th>ชื่อาหาร</th>
<th>ค่อส่วนที่คินได้ 100 กรัม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ถั่วเขียว, ถั่วแดง</td>
<td>70.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ถั่วฝักยาว</td>
<td>65.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ถั่วลิสง</td>
<td>17.70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4. น้ำตาล

| น้ำตาลชนิดต่างๆ | 95-100 |

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5. วิตามิน

การเลือกอาหารประทานอาหารอาจมีผลให้ผู้สูงอายุขาดวิตามินได้ วิตามินที่มักทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ วิตามินดี ซึ่งไปมี

5.1 วิตามินที่จำเป็นในเชิงที่

5.1.1 วิตามินเอ ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเอ เท่ากับในวัยผู้หญิง ที่ วันละ 600 มิลลิกรัม RE ในผู้หญิง และ 700 มิลลิกรัม RE ในผู้ชาย วิตามินเอพบมากที่สุดในน้ำผักบด (นมปริมาณ 600 ถึง 7,200 IU ต่อหน่วย (strposอร์, 2531) นอกจากนี้ยังพบในผัก ผลไม้ โดยเฉพาะที่มีเนื้อสีเขียว และแดง และผลไม้เชิง เซอร์ ซึ่งให้วิตามินในปริมาณที่แตกต่างกันตั้งแต่สูงในตารางที่ 2.5
ตารางที่ 2.5 ปริมาณวิตามินเนื้ออาหารบางชนิดค่อนวันที่กินได้ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>I.U.</th>
<th>อาหาร</th>
<th>I.U.</th>
<th>อาหาร</th>
<th>I.U.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>อาหาร</td>
<td>I.U.</td>
<td>อาหาร</td>
<td>I.U.</td>
<td>อาหาร</td>
<td>I.U.</td>
</tr>
<tr>
<td>อกสัตว์</td>
<td>อาหาร</td>
<td>อกเพี้ย</td>
<td>อาหาร</td>
<td>อกเพี้ย</td>
<td>อาหาร</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับวัว</td>
<td>43,890</td>
<td>ตับฝักไก่</td>
<td>18,075</td>
<td>ตักกระเทียม</td>
<td>2,675</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับหมู</td>
<td>14,200</td>
<td>ตักกระดูก</td>
<td>16,590</td>
<td>ตักกระดูกเจ้า</td>
<td>2,000</td>
</tr>
<tr>
<td>น้ำไก่</td>
<td>408</td>
<td>น้ำข้นเหล็ก</td>
<td>11,067</td>
<td>น้ำข้นเจ้า</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>หอยนางรม</td>
<td>192</td>
<td>หอย</td>
<td>9,164</td>
<td>หอยทะเล</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>ปูทะเล</td>
<td>170</td>
<td>ปูกระทะ</td>
<td>6,536</td>
<td>ปูมงคลแสนสด</td>
<td>5,833</td>
</tr>
<tr>
<td>เย็นวัตติมัน</td>
<td>67</td>
<td>เย็นไม่รับ</td>
<td>633</td>
<td>เย็นรับวาน</td>
<td>4,000</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่ไก่สด</td>
<td>1,950</td>
<td>มะรุม,ส้ม</td>
<td>125</td>
<td>มะรุม,ส้ม</td>
<td>3,400</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่เปิดสุก</td>
<td>1,541</td>
<td>พริกยี้นิ่ง</td>
<td>49,350</td>
<td>มะละกอสุก</td>
<td>1,183</td>
</tr>
<tr>
<td>เย็น</td>
<td>2,384</td>
<td>พริกยี้นิ่ง</td>
<td>21,450</td>
<td>มะละกอ</td>
<td>1,042</td>
</tr>
<tr>
<td>เย็นเชิง</td>
<td>408</td>
<td>เย็นรับ</td>
<td>8,520</td>
<td>เย็นรับ</td>
<td>1,025</td>
</tr>
<tr>
<td>เย็นวัต</td>
<td>141</td>
<td>มือข้อเท้าสีดำ</td>
<td>15,500</td>
<td>มือข้อเท้าสีดำ</td>
<td>1,000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: อภิษานการ การทรงพง สาธารณสุข (2546)

5.1.2 วิตามินซี มีบทบาทสำคัญในการควบคุมธาตุเหล็กเข้มข้นและ
โฟสフォครอบต่างๆ ซึ่งแกร่งกระดูกส่งต่อให้สูญหาย โรควิตามินซี (osteomalacia) มักพบได้
บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอรวมถึงการไม่ได้รับแสงแดด อาหารที่ให้
วิตามินซีสูง ได้แก่ โย๊, มัน ข้าว ใบส้มสูงสุดที่มีวิตามินซี 100 ถึง 500 ไมโครกรัม สำหรับผู้ที่ได้รับ
แสงแดดอย่างสม่ำเสมอ จึงไม่จำเป็นต้องได้รับวิตามินซีเสริม
ตารางที่ 2.6 ปริมาณวิตามินอื่นในน้ำมันค้างปลาและอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>โมเลกุล (I.U.)</th>
<th>อาหาร</th>
<th>โมเลกุล (I.U.)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>น้ำมันค้างปลา</td>
<td>3500 (140,000)</td>
<td>น้ำมันค้างปลา</td>
<td>1.70 (68)</td>
</tr>
<tr>
<td>น้ำมันค้างปลา</td>
<td>250 (10,000)</td>
<td>น้ำมันข้าวโพด</td>
<td>0.220 (9)</td>
</tr>
<tr>
<td>ปลาช่อน (กระป๋อง)</td>
<td>34.50 (1,380)</td>
<td>ทุเรียน</td>
<td>0.075 (3)</td>
</tr>
<tr>
<td>ปลาช่อน (กระป๋อง)</td>
<td>27.70 (1,100)</td>
<td>กระเทียม</td>
<td>0.005 (0.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>ปลาช่อน (กระป๋อง)</td>
<td>8.20 (330)</td>
<td>ผักขม</td>
<td>0.005 (0.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่แดง</td>
<td>6.60 (265)</td>
<td>ทุเรียน</td>
<td>0.004 (0.2)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: สรรเสริญ (2531)

5.1.3 วิตามินอื่น เป็นสารที่มีคุณสมบัติของต้านอนุภาคชีวิตเพื่อป้องกันไมให้เกิดอนุภาคมี RDA ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุหญิงควรได้วิตามินอื่น 8 มิลลิกรัม (T.E. (∞ Tocopherol Equivalent)) และผู้ชายควรได้รับ 10 มิลลิกรัม (∞ T.E. อ่างรักที่มีวิตามินอื่นมากได้แก่ น้ำมันค้างปลาในไข่ข้าว ตับและไข่

5.1.4 วิตามิน B1 วิตามิน B1 ถูกพบในอาหารที่มีการแปรปรวนให้เกิดในไข่ข้าว ผลไม้เชิงุชิน เนื้อ และผัก รวมถึงอาหารสัตว์ วิตามิน B1 ของผลไม้และผักขมถูกเก็บรักษาในอาหารได้รับ ไร้กั้นและเข้าสู่มันปิ้งต่างๆ ผักและผลไม้ ที่มีในการบริโภคอาหารรวมถึงมันปิ้งต่างๆ

5.2 วิตามินที่มีอยู่ใน

5.2.1 วิตามิน B1 (Thiamine) ผู้สูงอายุหญิงต้องการวิตามิน B1 นั้นในวันละ 1.2 มิลลิกรัม ผู้สูงอายุหญิงต้องการ 1.0 มิลลิกรัม การบริโภคผลไม้และผักขมให้ร่างกายได้รับวิตามินนี้เพียงพอ
ตารางที่ 2.7 ปริมาณวิตามินบีหนึ่งในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ถั่วเขียว</td>
<td>1.26</td>
<td>ร้าขาว</td>
<td>1.10</td>
</tr>
<tr>
<td>แอม</td>
<td>0.81</td>
<td>ถั่วลิสง</td>
<td>0.97</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อหมู</td>
<td>0.69</td>
<td>ข้าวเจ้า</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับหมู</td>
<td>0.40</td>
<td>มันเทศ</td>
<td>0.24</td>
</tr>
<tr>
<td>ไตหมู</td>
<td>0.36</td>
<td>ข้าวมันปู</td>
<td>0.19</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับไก่</td>
<td>0.36</td>
<td>ไก่ต้ม</td>
<td>0.17</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับวัว</td>
<td>0.32</td>
<td>แกงมังคุด</td>
<td>0.12</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่เป็ดต้ม</td>
<td>0.16</td>
<td>ไก่ทอด</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
ตารางที่ 2.8 ปริมาณวิตามินเบื้องต้นในอาหารบางชนิดอย่างที่กินได้ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>จระเข้</td>
<td>2.34</td>
<td>งาขาวดำ</td>
<td>1.54</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับเห็ด</td>
<td>1.68</td>
<td>ข้าวสาร 100%</td>
<td>0.43</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับผักautoload</td>
<td>1.58</td>
<td>ข้าวหอมมะลิ</td>
<td>0.40</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับไก่</td>
<td>1.32</td>
<td>ข้าวสาร 5%</td>
<td>0.31</td>
</tr>
<tr>
<td>ปลาทูสด</td>
<td>0.62</td>
<td>ข้าวเหนียวต้า</td>
<td>0.29</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่ที่มีหอง</td>
<td>0.47</td>
<td>ถั่วลิ้น</td>
<td>0.22</td>
</tr>
<tr>
<td>เบื้องเท้า</td>
<td>0.45</td>
<td>ถั่วเขียว</td>
<td>0.21</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่แดง</td>
<td>0.40</td>
<td>ถั่วลิ้นต่อ</td>
<td>0.19</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อวัว</td>
<td>0.34</td>
<td>ข้าวมันปู</td>
<td>0.18</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่ขาว</td>
<td>0.32</td>
<td>เห็ดทูนบะ</td>
<td>0.71</td>
</tr>
<tr>
<td>หอยแครง</td>
<td>0.28</td>
<td>เห็ดทูนบะ</td>
<td>0.47</td>
</tr>
<tr>
<td>ปลาดุก</td>
<td>0.24</td>
<td>ฮีโม ผักกาดขาว</td>
<td>0.24</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อหมูเนื้อไก่</td>
<td>0.16</td>
<td>กะหล่ำปลี บริสกิลต่อ</td>
<td>0.22</td>
</tr>
<tr>
<td>นมวัวสด</td>
<td>0.16</td>
<td>ใบต้มถั่งคี</td>
<td>0.13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5.2.3 วิตามินบีท ผู้สูงอายุที่โอกาสขาดวิตามินบีทมากเกินไป แม้จะจาก
เหตุผลขั้นต่ำescalate ของผลต่อเนื่อง และภาวะความเป็นกรดในกล้ามเนื้อคงให้การดูแลชีวิตมี
ที่ในทางเดินอาหารลด ของ RDA ได้เสนอแนะให้ผู้สูงอายุชายและหญิง ควรได้รับวิตามินบีท
0.22 มิลลิกรัม และ 2 มิลลิกรัมตามลำดับ
ตารางที่ 2.9 ปริมาณวิตามินอีที่กินในอาหารบางชนิดค่อนวันที่กินได้ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>จากดั่งว์</td>
<td></td>
<td>จากทีช</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ตั้ววั้ว</td>
<td>0.84</td>
<td>ถั่วลิสงผัก</td>
<td>0.30</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับหมู</td>
<td>0.65</td>
<td>ถั่วเหลือง</td>
<td>0.71</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่แดง</td>
<td>0.30</td>
<td>ข้าวข้าวม้อย</td>
<td>0.62</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่หัวฝอย</td>
<td>0.11</td>
<td>อ้อย</td>
<td>0.58</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อไก่</td>
<td>0.68</td>
<td>มันเทศ</td>
<td>0.21</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อหมู</td>
<td>0.45</td>
<td>ข้าวข้าวม่อย</td>
<td>0.17</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อร้าว</td>
<td>0.44</td>
<td>มันฝรั่ง</td>
<td>0.23</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อปลา</td>
<td>0.16</td>
<td>ข้าวปิงชา</td>
<td>0.18</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อกุ้ง</td>
<td>0.10</td>
<td>ดอกคะคามา</td>
<td>0.21</td>
</tr>
<tr>
<td>นมวัวสด</td>
<td>0.04</td>
<td>กะหล่ำปลี</td>
<td>0.16</td>
</tr>
<tr>
<td>จากยี่สิบแห่ง(Brewer’s)</td>
<td>2.50</td>
<td>ผักคะน้า, ผักทึ้ง</td>
<td>0.19</td>
</tr>
<tr>
<td>จากเห็ด</td>
<td>0.12</td>
<td>กะหล่ำปลี</td>
<td>0.51</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>ผักและผลไม้ส้มน้ำๆ</td>
<td>0.05-0.08</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5.2.4 วิตามินอีของ RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุดูร้อยได้รับวิตามินอีสิบสอง 2 ในโครัมต่อวัน แหล่งอาหารที่ให้ได้จากพืชใหม่ได้แก่ อาหารทะเล, นิสิต, ไข่, นิสิต, ข้าว, รำข้าวม่อย การดูดน้ำวิตามินอีสิบสองจัดเป็นต้องใช้อินทริคแพค _telด้วยเพราะอาหารข้าวของโสม ผักสดจากถั่ววั้วผักคะน้า ผักทั้งหมดเนื่องจากต้องใช้อินทริคแพค ผลสดทางที่ให้การดูดน้ำวิตามินอีสิบสองต้อง
ตารางที่ 2.10 ปริมาณวิตามินเป็นส่วนในอาหารบางชนิดค่อนข้างที่กินได้ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>มีมิลลิกรัม</th>
<th>อาหาร</th>
<th>มีมิลลิกรัม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>อาจสัด์</td>
<td>70</td>
<td>นม</td>
<td>0.60</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับวัว</td>
<td>80</td>
<td>แส้ม</td>
<td>0.45</td>
</tr>
<tr>
<td>ตับหมู</td>
<td>32</td>
<td>เนื้อไก่</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>ทองคำงาม</td>
<td>18</td>
<td>ไข่</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>ท้าวจ่วง</td>
<td>11</td>
<td>ไข่หั่นทอง</td>
<td>3.20</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อปู</td>
<td>10</td>
<td>นมวัวเหลว</td>
<td>0.40</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อวัว</td>
<td>1.20</td>
<td>นมวัวสด</td>
<td>0.14</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อปลาทะเล</td>
<td>1.20</td>
<td>นมสดแช่แข็ง</td>
<td>0.04</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อทุ่ง</td>
<td>0.90</td>
<td>นมผง</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: องค์การอาหารและยา (2546)

5.2.5 กลาตโกลิก (Folic acid) ร่างกายได้รับกลาตโกลิกจากอาหารและแบคทีเรียในลำไส้ต่ำร่างกาย เช่น กลาตโกลิกพบมากในอาหารประเภทผักใบเขียว ตับ เนื้อสัตว์ และข้าวต่าง ๆ ผู้สูงอายุมีการผลิตกลาตโกลิกต่ำลงทำให้ร่างกายไม่ได้รับความสมดุลของกลาตโกลิก ซึ่งมีผลต่อการดูแลสมดุลกลาตโกลิกทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดกลาตโกลิกได้ RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับกลาตโกลิก 150 มิลลิกรัมในเพศหญิง และ 175 มิลลิกรัมในเพศชาย

5.2.6 ไนอะซิน (Niacin) RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับไนอะซิน 16 มิลลิกรัม NE และ 13 มิลลิกรัม NE (กรมอนามัย, 2532) ตามลำดับ อาหารที่เป็นแหล่งของไนอะซิน ได้แก่ น้ำ น้ำ น้ำ น้ำ และโปรดินจากพืชที่มีไวโอลีน เช่น ข้าวโพด และต่าง ๆ

5.2.7 วิตามินซี เป็นวิตามินที่จำเป็นในการป้องกันการเกิดโรคลิปอลิปดาติก และจำเป็นต่อการสร้างกระดูก เลือด และตลอดจนชื่นชื่นเป็นโปรตีนที่สำคัญที่สืบหน้า ซึ่ง และกระดูกด้าน RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับวิตามินซีราวและ 60 มิลลิกรัม
ตารางที่ 2.11 ปริมาณวิตามินซีในอาหารบางชนิดอย่างที่เกินได้ 100 กรัม

<table>
<thead>
<tr>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
<th>อาหาร</th>
<th>มิลลิกรัม</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>จากพืช</td>
<td></td>
<td>จากสัตว์</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>เชอร์รี่</td>
<td>2,000</td>
<td>ม้าม่วง</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>มะขามป้อม</td>
<td>111</td>
<td>คับว้า</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>ฝรั่ง</td>
<td>187</td>
<td>ดับบุก</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>มะละกอสุก</td>
<td>78</td>
<td>หอมมะละกุ</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>ลั่ย</td>
<td>44</td>
<td>ดับไก่</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>สะเดียง崔</td>
<td>53</td>
<td>น้ำว้า</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>ส้มโลหิต</td>
<td>60</td>
<td>มะละกิจก</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>เจ้า</td>
<td>31</td>
<td>choix น้ำส้มเขียว</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>ฝรั่ง</td>
<td>41</td>
<td>น้ำส้มเขียว</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>มะละกิจก</td>
<td>46</td>
<td>มะละกิจก</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>ส้มกั้น</td>
<td>71</td>
<td>มะละกิจก</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>น้ำยทบ</td>
<td>36</td>
<td>มะละกิจก</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>ทุเรียนหนักทอง</td>
<td>35</td>
<td>ถั่วฝักยาว</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>มะม่วงชิมแทนมันสีมิดมิน</td>
<td>31</td>
<td>ทิ้งเชือก</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>ส้มประดู่</td>
<td>22</td>
<td>แดงวาน</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>ส้มเชือกหวาน</td>
<td>42</td>
<td>มันฝรั่ง</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>องุ้มหลัก</td>
<td>484</td>
<td>มะเขือยาว</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>ผักโขม</td>
<td>173</td>
<td>มะละกิจก</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>มะรุม</td>
<td>262</td>
<td>ขามผักแสมพรก</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>เคเปย</td>
<td>147</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ที่มา: ออกกิจการ, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2546)
6. เกิดอะไร

6.1 เกิดอะไรที่ร่างกายต้องการในปริมาณมาก (Macro minerals) ได้แก่

6.1.1 แคลเซียม (calcium) การสร้างเส้นเมื่อกระดูก พบได้ในอยู่ใน
ผู้สูงอายุโดยเฉพาะหญิง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการหลังของกระดูกอาจขอกระเพาะอาหารลดลง
การที่สุญเสียลักษณะนั้นไปด้วย การดูดซึมแคลเซียมจากอาหารก็ได้เน้นด้วย สารอาหารอื่น
ที่ทำให้มีการสูญเสียแคลเซียมเพิ่มขึ้น ได้แก่ การเพิ่มปริมาณโปรตีนที่บริโภค หรือการให้การคละ
มีในทางหลายด้านจะทำให้มีการสูญเสียแคลเซียมทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาหาร
ที่มีปริมาณโพแทสเซียมและไอโอดีนมากจะทำให้ลดการดูดซิมแคลเซียม RDA ได้กำหนดให้ทั้งร่าง
ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมไม่น้อยกว่า 80 มิลลิกรัมต่อวัน

6.1.2 โพแทสเซียม (phosphorous) เป็นส่วนประกอบหลักของเซลล์ชีว
และสัดส่วน จึงพบได้ในอาหารโภชนทุกชนิด อาหารที่มีปริมาณมากจะมีโพแทสเซียมด้วย
ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตเสื่อมหรือโรคเปลี่ยนความดันในร่างกายได้ และในทางตรงกัน
ข้าม ในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาลดความดันขึ้นอาจมีความเสี่ยงของอุปกรณ์ไตของโรคที่เป็น
เวลานานจะทำให้การสูญเสียของโพแทสเซียมลดลง RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับโพแทสเซียม
800 มิลลิกรัมต่อวัน แหล่งอาหารที่ให้โพแทสเซียม ได้แก่ เม็ดส้ม, นม, และผลิตภัณฑ์ทางมื้อกลาง ยังมี
แหล่งที่เป็นต้นด้าน

6.1.3 เมกนีเซียม (magnesium) เป็นส่วนสำคัญของระบบยืดหยุ่นชีวิต
เกี่ยวข้องในการยืดหยุ่นของร่างกาย RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุชายและหญิงควรได้รับ 350 และ 300
มิลลิกรัมต่อวัน ตามลำดับ อาหารที่ให้เมกนีเซียมมาก ได้แก่ นมและจืด เมกนีเซียมจากการทาง
จะถูกดูดซึมในระบบร้อยละ 45 การขาดเมกนีเซียมพบในน้อยมาก ยกเว้นผู้ที่มีปัญหาในการดู
ซิมหรือการขับถ่ายผิดปกติ

6.1.4 โซเดียม (sodium) มีบทบาทสำคัญในการรักษาสมดุลของน้ำใน
ร่างกายช่วยให้กล้ามเนื้อและโพลิโซชิม่าน้ำเข้าและออกได้ดีขึ้น โดยทำให้ร่างกายได้รับ
โซเดียมในรูปอยู่จากกลไกของระบบจะได้รับโซเดียมจากเครื่องปรุงรื่อง 2 ใน 3 ของปริมาณ
โซเดียมที่ได้รับในแต่ละวัน สำนวนที่เหลือจะได้รับจากอาหารหลัก 5 หมู่ และสารปรุงแต่งอาหาร
เช่น ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด เป็นต้น รวมทั้งน้ำเต้ามและยารักษาโรค ปริมาณโซเดียมที่เพียงพอ
และปลอดภัยควรได้รับ 1,100-1,300 มิลลิกรัมต่อวัน ว่าง_was้าจะขับไขมันออกจากทางปัสสาวะถึงร้อยละ 90 ส่วนที่เหลือจะขับออกจากทางเหงื่อและอุจจาระ

6.1.5 โพลี่เอชีแอม (potassium) โพลี่เอชีแอมพบได้ในอาหารหลายชนิดและสุกชิมี่ที่ถูกทำด้วยทางอาหาร จึงไม่เกินค่าผกวัตถุการแล้ว ปุ่มสูงอยู่เกิดการระดับโพลี่เอชีแอมในเลือดที่เกิดเนื่องจากเกิดการท้องเสียหรือโรคไข้ไขมันทางและการได้รับยาขับปัสสาวะเป็นเวลานาน ปริมาณโพลี่เอชีแอมที่ควรได้รับในระดับเพียงพอและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุคือ 1,875-5,625 มิลลิกรัมต่อวัน (วิศิษฏ์, 2545) อาหารที่มีโพลี่เอชีแอมสูงได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ น้ำ ผักและผลไม้โดยเฉพาะ ผัก เลี้ยงจืดและผลไม้

6.1.6 คลอรีน (chloride) มีหน้าที่ในการปรับปรุงระดับอัลคาไลน์ในร่างกายเป็นกลยุทธ์ของระยะย่อยอาหาร โดยเป็นส่วนประกอบของกรดไฮโคลอริกที่หลั่งในกระเพาะอาหารและเป็นส่วนหนึ่งในระบบท่อท่อเลือดซึ่งถือถือมูลอยู่ของกระเพาะและต่ำ ทำให้ร่างกายเกิดการสูญเสียคลอรีนจากระหว่างอาหารหรือท้องอื้อรักให้เกิดการสูญเสียสมดุลของกระเพาะและต่ำได้ ปริมาณที่เพียงพอและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุควรได้รับคือ 1,700-5,100 มิลลิกรัมต่อวัน เหลืออาหารที่มาได้จาก ได้แก่ เลี้ยงจืด

6.2 เกลือแอนที่ว่าง่ายต่ออาหารเป็นวิทยาศาสตร์ (micro-minerals)

6.2.1 เหล็ก (iron) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับธาตุเหล็กตามที่ RDA กำหนดไว้ให้คือ ธาตุเหล็กในอาหารมากกว่า 51 ปีขึ้นไป ควรได้รับ 10 มิลลิกรัมต่อวัน อาหารที่มีธาตุเหล็กมากได้แก่ เครื่องในสวัสดิภาพ เพื่อการเลือกให้ได้ถิ่นที่ดี เลือกอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก ธาตุเหล็กจำเป็นและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการซึตร้างอาหารจากธาตุเหล็กเสริมในรูปของยาได้ เช่น เลือกที่ซึ่งผู้สูงอายุได้รับ ตั้งแต่อายุมากกว่า 51 ปีขึ้นไป

6.2.2 สังกะสี (zinc) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสังกะสีอย่างเพียงพอ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารประเภทไข่ ดับเบิล น้ำแข็งและอาหารทะเล การให้ท่านสังกะสีแก่ผู้สูงอายุในรูปของยาจะช่วยให้การทำอาหารของผู้สูงอายุ การรับประทานและเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายของร่างกาย

6.2.3 ไอโอดีน (iodine) RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุมากกว่า 51 ปีทั้งชายและหญิงต้องการ 150 มิลลิกรัมต่อวัน อาหารที่ให้อาหารมามาก ได้แก่ อาหารทะเลและใน
ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เบิ้ง นม และไข่ ที่สืบสู่การบริโภคอาหารไม่คืนสู่สัตว์ ไม่ได้รับการใช้ในอีกชื่อของสัตว์ ใช้กับสัตว์

7. น้ำ น้ำที่มีความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมาก จำเป็นในระบบย่อยอาหารและช่วยให้ได้จับจ่ายของเสียได้ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 1,500 มิลลิลิตร หรือเท่ากับ 6-8 แก้วต่อวัน

2.1.4 แนวคิดข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค
การรับประทานอาหารของคนเราประกอบด้วยไปได้ด้วยพฤติกรรมหลายขั้นตอน โดยจะเริ่มต้นด้วยการเลือกซื้ออาหาร การบริโภคอาหาร และการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะได้มาจากอาหารที่ย่อย สะอาดและมีประโยชน์ต่ำกว่า

องค์การอาหารโลก นิสิต ดั้งๆ รูป (2531) ได้กล่าวมาถึงคำว่า บริโภคนิสิต (food habits) ไว้ว่าหมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยขึ้นในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานหรือไม่รับประทานอย่างไร รับประทานอย่างไร จำนวนที่รับประทานและอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขภาพต่ำก่อนการรับประทานอาหารด้วย

บริโภคนิสิตรวมถึงคำว่าความจำเป็นและช่วยในการบริโภคอาหาร ซึ่งได้แก่ ความชอบและความไม่ชอบ ความรู้ความเข้าใจที่เท่าทันและความเข้าใจของโภชนาการกิจวัตรการคลอด การเตรียม และการบริโภคอาหาร

คุณภูมิ ศรีชัยวัฒน์ (2534) กล่าวว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึงการแสดงออกของบุคคลที่ด้านล่าง ได้แก่ อาหาร ที่รับประทานหรือที่สูญเกินไป ในอาหาร ที่รับประทานอย่างไร จำนวนที่รับประทานและการปรับปรุงให้สูงขึ้น ได้แก่ บริโภคนิสิต บริโภคเกี่ยวกับอาหารของโภชนาการสมบูรณ์ ซึ่งเกิดขึ้น

ดังนั้น สรุปได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการปฏิบัติสมัยสมองกลกิจวัตรการเลือกปรับระดับอาหาร ที่สั้นขึ้นอยู่กับนิสิต ความชอบ ความไม่ชอบ และความรู้ของแต่ละบุคคล
2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดระดับภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

สถาบันวิจัยศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้ศึกษาทัวร์โครงการประเมินผลกระทบโดยทางการแพทย์การปรับปรุงเพื่อความสมัพพันธ์ แบบทดสอบสมองของสุนัขของด้าน ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมองภาวะสมอง ไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการติดต่อกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มประชากรที่คือ ผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มีร่างกายที่มาตรฐานผู้ป่วยนอก (OPD), หอผู้ป่วยใน (IPD) และผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่นำมาวัดทั้งหมด 254 ราย ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคซักซานมากที่สุด约占ละ 40.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้เรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ 92.9% ผลจากการใช้แบบทดสอบสมอง 2 แบบในการตัดต่อกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่าแบบทดสอบสมอง MMSE-Thai 2002 ให้ผล Positive จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.4 และพบในผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.2 ในขณะที่ผลของการใช้แบบทดสอบสมอง TMSE ให้ผล Positive จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.9 พบผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.3 มากกว่าแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002

การศึกษาด้านการปฏิบัติกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุ 

มูลี ชูนวล (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการด้านนิติสิทธิและ ภาวะโทษสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มบุคคลโดยรวม จำนวนประเทศฝรั่งเศส กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 ราย ผลการวิจัยพบว่าความเสี่ยงของรายได้และความรู้ด้านโทษสำหรับผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการตัดสินนิติสิทธิ์หน่วยงาน วิจัยได้ใช้แบบทดสอบความสัมพันธ์กลุ่มการตัดสินนิติสิทธิ์ส่วนปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินนิติสิทธิ์อย่างมีมิติสำคัญทางสถิติ
วันที่ 25 มีนาคม (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพดีพฤติกรรมส่วนเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และผู้สูงอายุก็ยอมที่จะมีการรับประทานอาหารเป็นวันละ 3 끼 อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารหลัก darm 5 หมู่

วรรณค รุจิวัฒนา (2539) ได้ศึกษาเรื่องบริโภคยิ่งและภาวะโรคขบวนการในผู้สูงอายุที่มี และไม่มีภาวะขึ้นเคราะห์ พบว่าปัจจัยส่วนตัวแต่ ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ศึกษา รายได้ คาดครอบครัว ภาวะสุขภาพ การรับประทานยา การได้รับข่าวสารโภชนาการ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีผลต่อภาวะโรคขบวนการของผู้สูงอายุ และพบว่าการศึกษาและรายได้ต่อความสัมพันธ์ต่อภาวะโรคขบวนการของผู้สูงอายุ

ชาลิตา สมานวงษ์ (2539) ได้ศึกษาระดับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดูแลสุขภาพประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพดีพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา เลนที่และ รุจิวัฒนา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ

อรุณี นาคะพงษ์ (2539) ได้ศึกษาระดับภาวะอาหารร่างกาย ภาวะขึ้นเคราะห์ การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโรคขบวนการของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะอาหารร่างกาย และภาวะขึ้นเคราะห์ด้านโภชนาการอย่างมีนัยที่สำคัญในที่นี้ ภาวะขึ้นเคราะห์ในระดับเฉลี่ยและปริมาณการเติบโตทรัพยากร มีความสัมพันธ์ทางอาหารร่างกาย 1 ตัว ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะขึ้นเคราะห์ต่ำกว่า มีภาวะอาหารร่างกายที่ดีกว่าผู้ที่มีภาวะขึ้นเคราะห์ต่ำกว่า การรับประทานอาหารโดยตรง มีภาวะโรคขบวนการโดยรวมต่ำกว่า
จินต์ รุ่งเรืองกี (2540) ได้ศึกษาเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่
สนองสังเคราะห์ในบ้านบางแก้ว พบว่าร้อยละ 11 ในกลุ่มผู้หญิง และความชุกของการได้รับ
พลังงาน เกินโดยใช้ดัชนีความหนาแน่นร่างกาย 25.0 - 29.9 พบ ร้อยละ 24 ของกลุ่มผู้หญิง ซึ่งมี
ความสัมพันธ์กันและดีขึ้น ความหนาแน่นร่างกาย กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีต่ำถึงสูง ของการวัดไขมัน
ได้ค่าหนาแน่นกว่าทุกกลุ่มอายุ โดยมีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่า
ในกลุ่มผู้หญิงร้อยละ 4 มีการขาดอาหารอย่างแรง ร้อยละ 3 มีภาวะการได้รับอาหารกิน และ
ร้อยละ 49 อยู่ในภาวะปกติ การศึกษาเชิง ไม่สามารถจะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะขาด
อาหาร เมื่อถึงอาหารที่บริโภคจากโรงเรียนที่

วารสาร การแพทย์ปทุม (2540) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
ความสามารถในการเคลื่อนที่ความจุในการบริโภคอาหาร คุณค่าทางโภชนาการของอาหาร
บริโภค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เกษียศึกษา ชุมชนผู้สูงอายุแหลมทอง พบว่ากลุ่มที่มี
ความสามารถในการ เคลื่อนที่ มีความดีในการบริโภค ซ่าวทนิยา ทัศนิยา และ ผลไม้สด ถึงกว่า
กลุ่มที่มีความสามารถในการเคลื่อนที่ไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณค่าทางโภชนาการของ
อาหาร บริโภค พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคลื่อนที่ได้รับ ผลไม้สด ช่า ชา ไฮ 查询 วิตามินซี
และสั่นอย่างสูงกว่ากลุ่ม ที่มีความสามารถในการเคลื่อนที่ไม่ดีมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อผ่า
ตัดซิลิเวอสต์เป็นเกลื่อนเพื่อประเมินระดับจากภาวะ โภชนาการ พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการ
เคลื่อนที่ และกลุ่มที่มีความสามารถในการเคลื่อนที่ไม่ดี มีภาวะโภชนาการ ขาด ร้อยละ 3.33 และ 10.00
ตามลาดับ

ปราบavn ศักดิ์ชัย (2541) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะโภชนาการของประชาชนใน
พื้นที่โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนาสิ่งแวดล้อมแหลมเหนือ ลำลูกขัน
แหลม จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า เทศ รายได้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน มี
ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของประชาชน
ศูนย์ ทองยืน (2542) ได้ศึกษาถึงการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเอง
d้านโภชนาการ ในผู้ป่วยอดสุทธิ ที่มารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางกอกราษฎร
พบว่าขณะแผนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแล ตนเองด้าน
โภชนาการของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ผู้ผลัก ทางโภชนาการของอาหารบริโภค
พบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณ ผลิตภัณฑ์ อาหาร กายภาพศาสตร์ ใช้เมื่อ สำเนาสั้น catalog วิลามินซี
มีปริมาณเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีน้ำหนักลำตัวมากกว่ากลุ่ม
เปรียบเทียบ ด้านคุณภาพทางโภชนาการของอาหารบริโภค พบว่า ผลิตภัณฑ์ อาหาร กายภาพศาสตร์
วิลามินซีเพิ่มขึ้น

จากระบบวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีระดับสมรรถภาพสมอง
อย่างปัจจุบ้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนด้านโภชนาการเป็นประจำของผู้สูงอายุที่เกิดจากความคง
ฐานของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีก คือ เอก อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของ
ครอบครัว ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรับรู้ภาวะ
สุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่ผลของการรับประทานของผู้สูงอายุทั้งสิ้น


บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ใช้การของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเจรจาสู่ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ด้านบ้านใหม่ อ่างทอง พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีข้อเสนอการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้มี คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แยกเป็นผู้สูงอายุ คงค้นหาอายุ 60-69 ปี กับผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีวัยบริการสาธารณสุข สถาบันการแพทย์จำเป็นบ้านใหม่ อ่างทองพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2554 ด้านบ้านใหม่ อ่างทองพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทัศนคตินิยม อายุบ้านใหม่ อ่างทองพระนครศรีอยุธยา ที่ศึกษา คัดจาก ด้านบ้านใหม่ อ่างทองพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ศึกษาวันออก คัดจาก ด้านวันจันทร์ อ่างทองพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ศึกษาวันหมด คัดจาก ด้านพฤหัสบดี อ่างทองพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
โดยมีจำนวนประชากรในลำดับ 4,329 คน ตีจำนวนหญิงบ้านรวม 9 หมู่บ้าน จำนวนกรีมีล่องรวม 904 ครัวเรือน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 673 คน จำนวนทรัพย์มี 484 ครัวเรือน เทศบาล 261 คน เทศบาล 412 คน

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ตัดเลือกไว้ในการศึกษา

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. อินดี้ความร่วมมือในการวิจัย
3. ผู้มีการรับรู้และมีติดต่ออยู่ในระดับที่สามารถที่จะทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE)

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ของประชากรผู้สูงอายุ ทำการสุ่มจากหมู่ที่ 5 หมู่บ้าน ในเขตตัวอย่างใหม่ สู่ตัวอย่างเรียง 50 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 245 ครัวเรือน และได้ตัดกรองจำนวนผู้สูงอายุที่มาในเขตสู่ทางระบบกลมเป็นตัวอย่างตั้งแต่ล้าน 122 คน

<table>
<thead>
<tr>
<th>หมู่ที่ 1</th>
<th>จำนวน 45</th>
<th>ครัวเรือน</th>
<th>ได้จำนวน</th>
<th>22 คน</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>หมู่ที่ 2</td>
<td>จำนวน 60</td>
<td>ครัวเรือน</td>
<td>ได้จำนวน</td>
<td>30 คน</td>
</tr>
<tr>
<td>หมู่ที่ 3</td>
<td>จำนวน 40</td>
<td>ครัวเรือน</td>
<td>ได้จำนวน</td>
<td>20 คน</td>
</tr>
<tr>
<td>หมู่ที่ 4</td>
<td>จำนวน 70</td>
<td>ครัวเรือน</td>
<td>ได้จำนวน</td>
<td>35 คน</td>
</tr>
<tr>
<td>หมู่ที่ 5</td>
<td>จำนวน 30</td>
<td>ครัวเรือน</td>
<td>ได้จำนวน</td>
<td>15 คน</td>
</tr>
</tbody>
</table>

รวมจำนวนตัวอย่าง 122 คน จาก 245 ครัวเรือน
สถานที่ศึกษา

สถานศึกษามวลจักรด้านบ้านไทย ดังอยู่ในด้านบ้านไทย อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในดับบ

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE )
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะรุ่นกลางทางกายของผู้สูงอายุ
3. แบบการวัดความสามารถด้านภาษาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านภาษา และพฤติกรรมการวิจัย

เครื่องมือต่างๆ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE ) ที่สร้างและพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มทีมศูนย์สมรรถภาพสมอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปรับตัว (Orientation) การจดจำ (Registration) ความสนใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) ภาษา (Language) การฟื้นฟูความจำ (Recall)

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เข้าข่าย สถานที่ สถานการณ์ ระดับการศึกษา จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว เป็นต้น แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Speak, Cowart และ Pellet (1986 ) อ้างอิงใน (ชลนิกร, 2539) และ
การเปลี่ยนแปลงทางด้านเวลาของอวัยวะระบบต่างๆ ของผู้สูงอายุ ให้แก่ระบบการรับ
ความรู้สึก ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาน และระบบทางเดินปัสสาวะ โดยให้ผู้สูงอายุ
ประเมินกิจกรรมทางสุขภาพตนเองตามความรู้สึกและความคิดของผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อค่า 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งสัดส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ
มีเกณฑ์คะแนนค่าตามแต่ละข้อเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง เนื้อ และ
ไม่เคลื่อน โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานส่วนประเมินค่าไว้ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีอาการนั่งเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก
2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีอาการนั่งเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหาปานกลาง
3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีอาการนั่งเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหาน้อย
4 คะแนน หมายถึง อาการดังกล่าวไม่เคยเกิดขึ้นเลย

การแปลผลการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ
คะแนน 10-20 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดี
คะแนน 21-30 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน 31-40 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี

3. แบบวัดการปฏิสัมพันธ์ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดซึ่ง
ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้การแทนวิธีการรวบรวมข้อมูลจากการเปลี่ยนแปลงความวัยของผู้สูงอายุ
และข้อมูลส่วนบุคคลที่ควรได้รับการจัดทำและแนวทางการบริโภคอาหารของคนไทย
โดยดัดแปลงข้อคำถามเป็น 2 หัวข้อ ประกอบด้วย ความรู้ทางด้านโภชนาการ และ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งหมด 30 ข้อ

3.1 แบบสอบถามความรู้ทางด้านโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง
จากหลักอาหาร 5 หมู่ ความต้องการอาหารของผู้สูงอายุ (คงไทกอกการ กระทรวง
สาธารณสุข, 2538) ประกอบด้วยข้อคำถามในความจำใจของผู้สูงอายุเพื่อถูกอาหารหลัก 5 หมู่
ที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน ปริมาณอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุ
ควรหักเลข จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกจะได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือตอบไม่ครบ จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งความรู้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนตั้งแต่ 60 เงียะชัน หมายถึง มีความรู้ในระดับปรับปรุง
คะแนนระหว่าง 60-79 เงียะชัน หมายถึง มีความรู้ในระดับพอใช้
คะแนนตั้งแต่ 80 เงียะชันขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

3.2 แบบฝึกหัดศูนย์การศึกษาการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผู้วิจัย
สร้างขึ้นจากหลักอาหาร 5 หมู่ ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติตนเองด้าน
โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (กองโภชนาการ, 2538) ลักษณะที่มีความเป็นการให้ผู้สูงอายุสุขใจ
ความสืบค้นในการปฏิบัติเกี่ยวกับการชันทางอาหาร เป็นแบบมาตราส่วนประมานค่า มีทั้งหมด 20
ข้อ โดยมีคัดตอบให้เลือก 4 คัดตอบ คือปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติไม่บ่อยครั้ง
และไม่เคยปฏิบัติเลย

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นๆเดิม 4 วันขึ้นไปตลอดสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นๆ 1-3 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นๆยอดกว่า 1 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน วิธีนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ปฏิบัติสม่ำเสมอ 4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 3 คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง 2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย 1 คะแนน
ข้อความที่มีความหมายทางลบ การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

ปัญญิติสมัครสอบ   1  คะแนน
ปัญญิติเป็นบางครั้ง  2  คะแนน
ปัญญิตินานๆครั้ง  3  คะแนน
ไม่เคยปัญญิติเลย  4  คะแนน

การแปลผลพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พิจารณาดังนี้ คือ

คะแนน 20-40 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง
คะแนน 41-60 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง
คะแนน 61-80 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี

การคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากการศึกษาเอกสาร ค่านา
และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้เข้าได้รับการสร้างเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ นักเครื่องมือที่สร้างขึ้น
ไปให้อาจย์ที่ปรึกษาดูความคุ้นเคยที่พนักงานตรวจสอบวิเคราะห์ผล ทำให้ได้ถึงคุณสมบัติ
จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความถูกต้องของวัตถุประสงค์ พิจารณาส่วนภาษา
cตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

2. การหาความเที่ยง (Content Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุง
แก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีการบริโภคประจำเดือนพักผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีกลุ่ม
ผู้วัยรุ่นที่มีอายุ 30 ราย นำแบบสอบถามความรู้ด้านโภชนาการอาหารและความเที่ยง
โดยใช้สูตรของคูเดอร์ (Kuder- Richardson) และนำแบบสอบถามความรู้ด้านการรับผู้บางสูงอายุ
ประชาชน และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร населенияวัยที่สูง โดยใช้สูตรสมการประสิทธิผล
ของคռนบัค (Cronbach’ alpha coefficient) ทำความเข้าด้วยกันได้ทั้งหมด .7871 หรือ 78.71%
3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน แยกเป็นกลุ่ม คือ ประเทศไทย ประเทศคู่ ทวีปยุโรป และมีการสุ่มความถี่ของกลุ่มตัวอย่างที่สำหรับการพิจารณาที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กลุ่มผู้วิจัย แบ่งเป็น กลุ่มประเทศ ขั้นตอนการประสานของผู้วิจัย วิธีการวิจัย ความร่วมมือในการวิจัย เมื่อผู้สูงอายุตอบคำถามมีมีการประเมินสมรรถภาพของ ตนเอง (Thai Mental State Examination : TMSE) ถ้าสามารถทำได้ตั้งวัน จึงคัดเลือกวิธีเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

3. ดำเนินการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์จับมูลค่าความสูงอายุและความสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ตั้งความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อคนงานทางการของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมทางวิบัติอภิชญ

ผู้วิจัยได้เรียงลำดับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์จับมูลขั้นตอนก่อนเป็นลำดับแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ แล้วจึงสัมภาษณ์ว่าชั้นสัมภาษณ์ความสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตนต่อคนงานทางการ ซึ่งประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามลำดับ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการพร้อมในการตอบคำถาม ซึ่งจะมีผลต่อการตอบแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้ใช้โปรแกรมสหรัฐจรูป ตามขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ และการศึกษา โดยหาค่าความถี่และร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์สุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตนต่อคนงานทางการ ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว โดยใช้โคสแควร์ (Chi-Square)
บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติเด็กด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา: ด้านบ้านใหม่ อําเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชาชนในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แยกเป็นผู้สูงอายุต่อน้ำมัน 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุต่อน้ำมันปลายอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มารับบริการสาธารณสุข สถาบันมหาประชัยดับบลิวอีม อําเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 122 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติเด็กด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุ และศึกษาแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเด็กด้านโภชนาการ กับแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุ ด้านบ้านใหม่ อําเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังตารางที่ 4.1
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  

t = 122

<table>
<thead>
<tr>
<th>ข้อมูล</th>
<th>จำนวน</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>เพศ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ชาย</td>
<td>26</td>
<td>21.30</td>
</tr>
<tr>
<td>หญิง</td>
<td>96</td>
<td>78.70</td>
</tr>
<tr>
<td>อายุ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ต่ำกว่า 65 ปี</td>
<td>45</td>
<td>36.90</td>
</tr>
<tr>
<td>65-75 ปี</td>
<td>34</td>
<td>27.90</td>
</tr>
<tr>
<td>มากกว่า 75 ปี</td>
<td>43</td>
<td>35.20</td>
</tr>
<tr>
<td>อาชีพ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่ได้ทำงาน</td>
<td>92</td>
<td>75.40</td>
</tr>
<tr>
<td>ลูกจ้าง/ธุรกิจส่วนตัว</td>
<td>17</td>
<td>13.90</td>
</tr>
<tr>
<td>วิ่งแข่งขันวิ่ง</td>
<td>8</td>
<td>6.60</td>
</tr>
<tr>
<td>ข้าราชการบ้านอยู่</td>
<td>3</td>
<td>2.50</td>
</tr>
<tr>
<td>ทำงานบริษัท</td>
<td>2</td>
<td>1.60</td>
</tr>
<tr>
<td>สถานภาพการสมรส</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>สมรส</td>
<td>50</td>
<td>41.00</td>
</tr>
<tr>
<td>หย่าร้าง</td>
<td>42</td>
<td>34.40</td>
</tr>
<tr>
<td>โสด</td>
<td>16</td>
<td>13.10</td>
</tr>
<tr>
<td>หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)</td>
<td>14</td>
<td>11.50</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ตารางที่ 4.1 (ต่อ)  
( น = 122 )

<table>
<thead>
<tr>
<th>จํานวน</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ระดับการศึกษาสูงสุด</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับต้น</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับปลาย</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่จบระดับต้น</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>มัธยมต้น</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>อนุปริญญา / ปวส.</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ความสามารถในการอ่าน – เขียน
<table>
<thead>
<tr>
<th>จํานวน</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>อ่านออกเขียนได้</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>อ่านออกเขียนไม่ได้</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>อ่านไม่ออก</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ปัจจัยบันทึกล่างออกคัดภูมิใจ
| บุตร | 61 | 50.00 |
| ภาแกนสูง | 49 | 40.20 |
| อุปกรณ์เครื่อง | 8 | 6.60 |
| ผู้ปกครอง | 4 | 3.30 |
ตารางที่ 4.1 (ต่อ)  (n = 122)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ข้อมูล</th>
<th>จำนวน</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>การเจ็บป่วย / โรคที่เป็นปัจจุบัน</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>โรคหัวใจ</td>
<td>58</td>
<td>47.50</td>
</tr>
<tr>
<td>ความดันโลหิตสูง</td>
<td>15</td>
<td>12.30</td>
</tr>
<tr>
<td>ไอ</td>
<td>10</td>
<td>8.20</td>
</tr>
<tr>
<td>โรคคอมพลีคซ์หัวใจ</td>
<td>8</td>
<td>7.40</td>
</tr>
<tr>
<td>โรคปกด</td>
<td>8</td>
<td>6.60</td>
</tr>
<tr>
<td>ซื้อ / กระดูก</td>
<td>6</td>
<td>4.90</td>
</tr>
<tr>
<td>โรคคอมพลีคซ์สมองอักเสบ</td>
<td>6</td>
<td>4.90</td>
</tr>
<tr>
<td>เป่าหวาน</td>
<td>5</td>
<td>4.10</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข้เนื้อในเลือดสูง</td>
<td>5</td>
<td>4.10</td>
</tr>
<tr>
<td>ครอบครัวมีประวัติห้องเสื้อ (ความจำเสื้อ) หรือไม่</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่มี</td>
<td>98</td>
<td>80.30</td>
</tr>
<tr>
<td>มีระบุที่ผิด</td>
<td>13</td>
<td>10.70</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่มีทราบ</td>
<td>11</td>
<td>9.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ประวัติอุปบัติเหตุที่สำเร็จ</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่มี</td>
<td>84</td>
<td>68.90</td>
</tr>
<tr>
<td>มี ไม่หมดสติ</td>
<td>32</td>
<td>26.20</td>
</tr>
<tr>
<td>ลบหมดสติ</td>
<td>6</td>
<td>4.90</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ตารางที่ 4.1 (ต่อ) (n = 122)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ชื่อผู้ป่วย</th>
<th>อายุ</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ปัจจุบันทำสุขมุตรี / ยาเส้น / ยาฉีด หรือไม่</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่สูม</td>
<td>90</td>
<td>73.80</td>
</tr>
<tr>
<td>เคย</td>
<td>21</td>
<td>17.12</td>
</tr>
<tr>
<td>บางครั้ง</td>
<td>11</td>
<td>9.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัจจุบันทำด้วยเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น ยาสบู่ / น้ำตาล / หรือไม่</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่สูม</td>
<td>60</td>
<td>49.20</td>
</tr>
<tr>
<td>เคย</td>
<td>27</td>
<td>22.10</td>
</tr>
<tr>
<td>บางครั้ง</td>
<td>18</td>
<td>14.80</td>
</tr>
<tr>
<td>ดื่มประจำ</td>
<td>17</td>
<td>13.90</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศผู้ร้อยละ 78.70 และเพศผู้หญิงร้อยละ 22.30 ดื่มสุขมุตรีหลายวันตั้งแต่ 65 ปี ร้อยละ 36.20 รองลงมาถ้ากว่า 75 ปีร้อยละ 35.20 และข้างต่ำกว่า 65 - 75 ปีร้อยละ 27.90 อัจฉริยะส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 75.40 รองลงมาทำอาชีพ / ธุรกิจส่วนตัวและอีกน้อยร้อยละ 13.90 ทำกับร้านมั้งทำไปร้อยละ 6.60 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 41.00 รองลงมาหย่าร้าง แยกกันอยู่ร้อยละ 34.40 และโสดร้อยละ 13.10

ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบมีระดับปริญญาตรีร้อยละ 69.70 รองลงมาระดับประกาศนียบัตรร้อยละ 13.10 และไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้ร้อยละ 6.60 ความสามารถส่วนใหญ่ผ่านการออกเขียนได้มากที่สุดร้อยละ 87.70 รองลงมาอ่านออกเขียนไม่ได้ร้อยละ 8.20 และอ่านไม่ออกเขียนได้ร้อยละ 4.10 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับพ่อแม่พี่น้องร้อยละ 50.00 รองลงมาพี่น้องร้อยละ 40.20 และพี่น้องร้อยละ 19.60 ความมั่นคงผ่านที่ โรคหัวใจ คือโรคที่พบมากที่สุดร้อยละ 47.50 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 12.30 และโรคร้อยละ 8.20 ส่วนใหญ่ครอบครัวไม่มีประวัติของแม่พ่อที่มีสุขโรคร้อยละ 80.30 รองลงมานี่ประวัติร้อยละ 10.70 และไม่ทราบร้อยละ 9.00 ส่วนใหญ่ตัวอย่างไม่มีประวัติภูติเหตุที่เสียชีวิตร้อยละ 68.90 รองลงมานี่ไม่มีเหตุสรีระจมน
26.20 และค่ามาตรฐานหัวข้อ 4.90 ปัจจุบันส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่มากที่สุดอยู่ละ 73.80 เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง รองลงมาคือสูบบุหรี่ร้อยละ 17.12 โดยค่าสูบบุหรี่ระดับ 3.28 ปีตั้งแต่ 2 ปีและมากสุดร้อยละ 6 ปี ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่เองที่มีผลตอบกลุ่มมากที่สุดร้อยละ 49.20 รองลงมาคือบางโอกาสร้อยละ 22.10 และเด็กที่ร้อยละ 14.80

ตารางที่ 4.2 ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE)
ในการพัฒนารูปสู่อายุภาวะสมองเสื่อม

( n = 122 )

<table>
<thead>
<tr>
<th>การปฎิบัติOrientation</th>
<th>คะแนนเต็ม</th>
<th>X</th>
<th>S.D.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์</td>
<td>6</td>
<td>5.22</td>
<td>0.83</td>
</tr>
<tr>
<td>วันนี้วันที่เท่าไหร่</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>เดือนนี้เดือนอะไร</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ขณะนี้เป็นช่วงไหนของวัน</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ที่นี้ที่ไหน</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>คุณที่นี่ในสภาพนี้มีอะไรใด้</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

| การจดจ้าRegistration | 3          | 2.55 | 0.70 |
| ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง |            |      |      |
| โดยเฉพาะกัน กรุงเทพฯ วันที่ (ต้นไม้ ร้อยศักร์ มือ) เพียงครั้งเดียว |            |      |      |
| เด็กจึงให้ผู้ทดสอบบอกภายใต้กรรม |            |      |      |
| ตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรกให้ |            |      |      |
| 1 คนแรกในแต่ละคำที่ถูกบอก |            |      |      |
ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองภาษาไทย</th>
<th>คะแนนเต็ม</th>
<th>X</th>
<th>S.D.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ความสนใจ Attention</td>
<td></td>
<td>5</td>
<td>4.46</td>
</tr>
</tbody>
</table>
  ให้บอกวันอาทิตย์–วันเสาร์
  ชื่อเหล่านี้ให้ครอบคลุมภาษา
  ศูนย์
  พฤหัสบดี
  พุธ
  อังคาร
  อินทร์
| การคำนวณ Calculation              |           | 3     | 1.15 | 1.10 |
  100 - 7 = ?
  93 - 7 = ?
  86 - 7 = ?
| ภาษา Language                     |           | 10    | 7.91 | 1.20 |
  “นำเรือกลับน้ำวัสดุไร้” (นาภิกา)
  “นำเรือกลับน้ำวัสดุไร้” (เสื้อผ้า, ผ้า)
  พุاثา “ย้ายทางกลับไปขึ้นบ่มที่ตลาด”
  หยิบกระดาษด้วยมือขวา
  พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น
  แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
  อ่านแล้วท้าทาย “หลับตา”
  วาดภาพให้เหมือนด้วยอย่างมากที่สุด
  เมวากบุษนิษฐมณีกัน เด็ก (เป็นสิ่งมีชีวิต)
ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

( n = 122 )

<table>
<thead>
<tr>
<th>ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย</th>
<th>คะแนนเฉลี่ย</th>
<th>X</th>
<th>S.D.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>การพิทักษ์ความจำ (Recall)</td>
<td>3</td>
<td>0.37</td>
<td>0.75</td>
</tr>
<tr>
<td>สิ้นของ 3 อย่างที่ให้จับเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ด่วนไม่</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระบาย</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>มีอยู่</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>รวม</td>
<td></td>
<td>21.52</td>
<td>1.91</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ในการทดสอบของผู้สูงอายุวัยระดับเด็ก ส่วนใหญ่มีเกณฑ์การประเมินผู้ที่สูงอายุด้วยระดับต่ำกว่า 23 คะแนน นิยามผลที่ 21.52 และข้อถ้อยถาวรที่ผู้สูงอายุตอบไปได้มากที่สุดคือ การพิทักษ์ความจำ (Recall) ระดับคะแนนมากที่สุด คือ 0 คะแนนความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการร่วมแรกที่คนแก่ ผู้สูงอายุมักไม่สามารถเรียกข้อมูลได้ หรือรู้สึกสงสัยต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้และจะจำได้เป็นอย่างเต็มที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสูญเสียทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำเรื้องราว ๆ ในอดีต.
ตารางที่ 4.3 ค่าร้อยละการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

(น=122)

<table>
<thead>
<tr>
<th>ภาวะสุขภาพทางกาย</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ชาย</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัญหาเกี่ยวกับสายตา เช่น มองเห็นไม่ชัด</td>
<td>89.30</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัญหาการได้ยินชัดเจนเนื้อเยื่อ</td>
<td>22.10</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัญหาการได้ยิน ลดลง</td>
<td>20.50</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัญหาเกี่ยวกับฟัน เช่น ฟันโยก ไม่มีฟัน</td>
<td>54.90</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการเบื่ออาหาร หรือทานอาหารได้น้อยลง</td>
<td>13.10</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการเหนื่อย หรือนอนหลับง่าย</td>
<td>40.20</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการหน้ามืด เป็นลม</td>
<td>24.60</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการนอนไม่หลับ</td>
<td>50.00</td>
</tr>
<tr>
<td>อาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ</td>
<td>54.10</td>
</tr>
<tr>
<td>รู้สึกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของตัวเองไม่แข็งแรง</td>
<td>49.20</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากระบบ 4.3 พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุมี ปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 89.30 รองลงมา คือ ปัญหาการได้ยินชัดเจนเนื้อเยื่อ มีค่าร้อยละ 54.90 อาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ มีค่าร้อยละ 54.10 ตามล่าด้าน อาการเบื่ออาหาร หรือทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากเชลล์ในร่างกายมีประสิทธิภาพน้อยกว่าเชลล์ที่ดีแล้ว หรือเชลล์เก่าที่ลูกขาดหมดแทน สำหรับเชลล์ที่ไม่มีการสร้างเชลล์ใหม่จะมีการตกทลาย ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในระบบนั้นลดลง จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางกายของผู้สูงอายุ
ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ตัวแนวนัยทางสถิติการวัดระดับความสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ภาวะสุขภาพทางกาย</th>
<th>X</th>
<th>S.D.</th>
<th>แปลผล</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ปัญหาเกี่ยวกับสายตา เสื่อมมองเห็น ไม่ชัด</td>
<td>3.73</td>
<td>0.83</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัญหาการได้ยินจัดจงเนื้อเยื่อ</td>
<td>2.55</td>
<td>1.12</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัญหาการได้กลืน ฉลัง</td>
<td>1.71</td>
<td>1.24</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>ปัญหาเกี่ยวกับหู .ogg ไม่มีหู</td>
<td>3.22</td>
<td>1.03</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>อารมณ์ร้อนหัวหรือขาดน้ำหนักได้น้อย</td>
<td>2.30</td>
<td>1.11</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>อารมณ์เหนื่อย หรืออ่อนเพลีย</td>
<td>3.20</td>
<td>0.87</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>อาร์ทน้ำมีเติมเต็ม</td>
<td>2.48</td>
<td>1.24</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>อารมณ์ไม่ตรึง</td>
<td>3.06</td>
<td>1.18</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>อารมณ์ปวดรูดดักและข้อ หรือปวดคลื่นหน้าอก</td>
<td>3.21</td>
<td>1.07</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>รู้สึกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของตัวเองไม่แข็งแรง</td>
<td>2.90</td>
<td>1.30</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>รวม</td>
<td>2.84</td>
<td>0.58</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.4 พบว่าการวัดระดับความสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ระดับมากที่สุดค่าเฉลี่ย 2.84 เมื่อเทียบระดับค่อนข้างมากกำลังไปทางมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา มีค่าเฉลี่ย 3.73 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับหู มีค่าเฉลี่ย 3.22 อยู่ในระดับมากและมีอาการปวดรูดดักและข้อ หรือปวดคลื่นหน้าอก รู้สึกเครียดไปทางมีปัญหาค่าเฉลี่ย 2.90 อยู่ในระดับมาก
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ การปฏิบัติต่อต่างๆของค้นหาค่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ

<table>
<thead>
<tr>
<th>การปฏิบัติต่อต่างๆของค้นหาค่า</th>
<th>ใช้</th>
<th>ไม่ใช้</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ</td>
<td>จำนวน</td>
<td>ร้อยละ</td>
</tr>
<tr>
<td>ต้นและผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน เกลือแร่ และไอโอดีน</td>
<td>122</td>
<td>100.00</td>
</tr>
<tr>
<td>อาหารถูกจับในช่วงเวลาและเวลาที่เหมาะสมในเส้นเดียว</td>
<td>97</td>
<td>79.50</td>
</tr>
<tr>
<td>อาหารทะเลที่มีการประจุอิเล็กตรอน</td>
<td>79</td>
<td>64.80</td>
</tr>
<tr>
<td>ผลไม้ เช่น ทุเรียน องุ่น ล่าไก่ทาให้น้ำตาลในเส้นเดียว</td>
<td>109</td>
<td>89.30</td>
</tr>
<tr>
<td>เนื้อปลาเป็นโปรตีนที่ดีผ่อง เหมาะสมกับผู้สูงอายุ</td>
<td>112</td>
<td>91.80</td>
</tr>
<tr>
<td>อาหารที่มีโปรตีนสูงเกินอัตรา เช่น หมู ไก่ มันและยำ</td>
<td>92</td>
<td>75.40</td>
</tr>
<tr>
<td>ไข่แดงมีโปรตีนสูง แต่ไว้เป็นโภชนาภิวัตร</td>
<td>79</td>
<td>64.80</td>
</tr>
<tr>
<td>นมและปลาเสกปล้นน้อย มีแค่เจื่อม</td>
<td>99</td>
<td>81.10</td>
</tr>
<tr>
<td>การรับประทานอาหารที่จะช่วยให้ได้รับการสูง</td>
<td>79</td>
<td>64.80</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้สูงอายุต้องการพลังงานน้อยกว่า วัยหนุ่มสาว</td>
<td>61</td>
<td>50.00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.5 พบว่าผลการทดสอบการปฏิบัติต่อต่างๆของค้นหาค่า ด้านความรู้ เกี่ยวกับโภชนาการ ประเด็นที่เป็นมากที่สุดมีเป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน เกลือแร่ และไอโอดีน มากที่สุดร้อยละ 100.00 รองลงมาคือ ผลไม้เป็นโปรตีนที่ดีผ่อง เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 91.80 และผลไม้ เช่น ทุเรียน องุ่น ล่าไก่ทาให้น้ำตาลในเส้นเดียว ร้อยละ 89.30 ตามลำดับ
ตารางที่ 4.6 จำนวนและค่าร้อยละ การปฏิบัติโทษทางสังคมทหาร สำนักงานกรมการบริเวณทหาร

<table>
<thead>
<tr>
<th>ข้อมูล</th>
<th>จำนวน (ร้อยละ)</th>
<th>บางครั้ง</th>
<th>หน้าครั้ง</th>
<th>ไม่เคยเลย</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>รับประทานเนื้อสัตว์</td>
<td>83 (68.00)</td>
<td>24 (19.70)</td>
<td>15 (12.30)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานปลาทูมือ</td>
<td>102 (83.60)</td>
<td>20 (16.40)</td>
<td>0 (0.00)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานไก่สับตัดและ3-5พื้น</td>
<td>21 (17.20)</td>
<td>51 (41.80)</td>
<td>50 (41.00)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารทะเล</td>
<td>16 (13.10)</td>
<td>36 (29.50)</td>
<td>35 (28.70)</td>
<td>35 (28.70)</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้มาวัววัวแล้ว</td>
<td>47 (38.50)</td>
<td>34 (27.90)</td>
<td>29 (23.80)</td>
<td>12 (9.80)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานข้าวที่อ่อน 2 หัว</td>
<td>60 (49.20)</td>
<td>44 (36.10)</td>
<td>12 (9.80)</td>
<td>6 (4.90)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานข้าวที่อ่อน 2 หัว</td>
<td>108 (88.50)</td>
<td>12 (9.80)</td>
<td>2 (1.60)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>เดินครึ่งปูนสั่งที่รับประทานอาหาร 25 (20.50)</td>
<td>17 (13.90)</td>
<td>30 (24.60)</td>
<td>50 (41.00)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานข้าวที่อ่อน</td>
<td>107 (87.70)</td>
<td>15 (12.30)</td>
<td>0 (0.00)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานผลไม้ไม่หวานจืด</td>
<td>29 (23.80)</td>
<td>50 (41.00)</td>
<td>15 (12.30)</td>
<td>28 (23.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>ใช้เครื่องชั้น กันแดด ไม่หวาน</td>
<td>26 (21.30)</td>
<td>20 (16.40)</td>
<td>9 (7.40)</td>
<td>67 (54.90)</td>
</tr>
<tr>
<td>ใช้น้ำมันที่เหลืองปูนสั่งอาหาร</td>
<td>107 (87.70)</td>
<td>10 (8.20)</td>
<td>5 (4.10)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารด้วยกันทั้งหมด</td>
<td>4 (3.30)</td>
<td>21 (17.20)</td>
<td>48 (39.3)</td>
<td>49 (40.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารที่สมาชิก</td>
<td>10 (8.20)</td>
<td>49 (40.20)</td>
<td>20 (16.4)</td>
<td>43 (35.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้มาปุ่มวัวและ 6-8 แก่</td>
<td>107 (87.70)</td>
<td>15 (12.30)</td>
<td>0 (0.00)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารที่เดียวกัน</td>
<td>112 (91.80)</td>
<td>10 (8.20)</td>
<td>0 (0.00)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารจามตา</td>
<td>80 (65.60)</td>
<td>34 (27.90)</td>
<td>8 (6.60)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้มาปุ่มมากว่า 1 แก่</td>
<td>24 (19.70)</td>
<td>20 (16.40)</td>
<td>78 (63.40)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารเมื่อหลัก 3 ข้าว</td>
<td>117 (95.90)</td>
<td>0 (0.00)</td>
<td>0 (0.00)</td>
<td>5 (4.10)</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน</td>
<td>72 (59.00)</td>
<td>37 (30.30)</td>
<td>13 (10.70)</td>
<td>0 (0.00)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
จากการที่ 4.6 พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีการปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุดคือ รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ร้อยละ 95.90 รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่ถ้ามื้อละร้อยละ 91.80 รับประทานข้ามื้อละ 2 ทัพพี ร้อยละ 88.50 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในการจัดและประกอบข้าวเท้าจึงมีข้อบกพร่องรูด้านโภชนาการ และความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ.
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยและผลปัจจัยของความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวแสวงหาเกิดการสั่งของการบริโภคอาหาร

<table>
<thead>
<tr>
<th>ข้อมูล</th>
<th>X</th>
<th>ม.</th>
<th>เฉลี่ย</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>รับประทานเนื้อสัตว์</td>
<td>3.56</td>
<td>0.70</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานปลาทุกมื้อ</td>
<td>3.84</td>
<td>0.37</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานไข่สับพลั่ว3-5ฟอง</td>
<td>2.76</td>
<td>0.72</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารทะเล</td>
<td>2.27</td>
<td>1.02</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>ดื่มน้ำวันละ1แก้ว</td>
<td>2.95</td>
<td>1.01</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานขนมผลไม้เมื่อส_ENCODE_0_</td>
<td>3.30</td>
<td>0.84</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานข้าวมื้อละ2-3ชาม</td>
<td>3.87</td>
<td>0.38</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>เดิรมาระปุรูมือรับประทานอาหาร</td>
<td>2.14</td>
<td>1.16</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานคักทุกมื้อ</td>
<td>3.88</td>
<td>0.33</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานผลไม้ไม่ไหวความจัด</td>
<td>2.66</td>
<td>1.08</td>
<td>มาก</td>
</tr>
<tr>
<td>ใช้เครื่องกินกับผลไม้ไม่ไหวความจัด</td>
<td>2.04</td>
<td>1.25</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>ใช้น้ำมันล้างมือก่อนจุกอาหาร</td>
<td>3.84</td>
<td>0.47</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารทอดด้วยน้ำมัน</td>
<td>1.84</td>
<td>0.82</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารที่มันมาก</td>
<td>2.21</td>
<td>1.02</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>ดื่มน้ำเปล่าวันละ6-8แก้ว</td>
<td>3.88</td>
<td>0.33</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารที่เก่ากว่า</td>
<td>3.92</td>
<td>0.27</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารต้มเวลา</td>
<td>3.59</td>
<td>0.61</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>ดื่มกาแฟวันละ1แก้ว</td>
<td>1.92</td>
<td>1.26</td>
<td>น้อย</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารมื้อหลักร3มื้อ</td>
<td>3.88</td>
<td>0.59</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รับประทานอาหารครั้ง5หญุ่นมื้อ</td>
<td>3.48</td>
<td>0.68</td>
<td>มากที่สุด</td>
</tr>
<tr>
<td>รวม</td>
<td>3.09</td>
<td>0.25</td>
<td>มาก</td>
</tr>
</tbody>
</table>
จากตารางที่ 4.7 พบว่าโดยรวมผลคุณค่าการบริเวณอาหารส่วนใหญ่ยู่ในระดับมากที่แหน่ง 3.09 เลยที่มากที่สุดโดยจุดสมมติที่ 0.05 คิดค่าผลลัพธ์ 3.32 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาที่แหน่ง 3.09 และสั้นที่แหน่ง 3.09 คิดค่าผลลัพธ์ 3.22 อยู่ในระดับมาก ที่สุด รองลงมาที่แหน่ง 3.09 คิดค่าผลลัพธ์ 3.18 มีค่าผลลัพธ์ 3.09 อยู่ในระดับมากที่สุด และที่แหน่ง 3.09 คิดค่าผลลัพธ์ 3.09 อยู่ในระดับมาก รวมไปถึงสูงสุดทั้งหมด 3 มั่ง ที่แหน่ง 3.09 คิดค่าผลลัพธ์ 3.09 อยู่ในระดับมาก สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีคุณค่าการบริเวณอาหารที่เกิดจากความเคยชิน

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ</th>
<th>จำนวน(คน)</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>คะแนน 10-20 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดี</td>
<td>19</td>
<td>15.60</td>
</tr>
<tr>
<td>คะแนน 21-30 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง</td>
<td>35</td>
<td>28.70</td>
</tr>
<tr>
<td>คะแนน 30-40 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี</td>
<td>68</td>
<td>55.70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.8 พบว่าโดยรวมผลค่ามีแผนแนวนำด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.70 รองลงมาการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 28.70 และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 15.60 ตามลำดับ
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละ ความรู้ทางด้านโภชนาการ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ความรู้ทางด้านโภชนาการ</th>
<th>จำนวน(คน)</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับปรับปรุง</td>
<td>23</td>
<td>18.90</td>
</tr>
<tr>
<td>คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 - 79 หมายถึง มีความรู้ในระดับพอใช้</td>
<td>161</td>
<td>3.10</td>
</tr>
<tr>
<td>คะแนนล่างสุด ร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึง มีความรู้ในระดับดี</td>
<td>83</td>
<td>68.00</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.9 พาสตึกโดยภาพรวมคะแนนรวม ความรู้ทางด้านโภชนาการ สำนักใหญ่ มี ความรู้ในระดับร้อยละ 68.00 รองลงมามีความรู้ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 18.90 และมีความรู้ ในระดับพอใช้ ร้อยละ 13.10 ตามลำดับ.

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้ดูงานทุก

<table>
<thead>
<tr>
<th>พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้ดูงานทุก</th>
<th>จำนวน(คน)</th>
<th>ร้อยละ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>คะแนน 20 – 40 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดี</td>
<td>1</td>
<td>0.80</td>
</tr>
<tr>
<td>คะแนน 41 – 60 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง</td>
<td>46</td>
<td>37.70</td>
</tr>
<tr>
<td>คะแนน 61 - 80 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี</td>
<td>75</td>
<td>61.50</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.10 พาสตึกโดยภาพรวมคะแนนรวม พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของ ผู้ดูงานทุกในสำนักใหญ่ ระดับร้อยละ 61.50 รองลงมามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารใน ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.70 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดีร้อยละ 0.80 ตามลำดับ.
ผลการทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพทางกาย

<table>
<thead>
<tr>
<th>ระดับการรับรู้</th>
<th>ร้อยละ</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ภาวะสุขภาพทางกาย</td>
<td>ต่ำกว่า 65 ปี</td>
<td>65-75 ปี</td>
<td>มากกว่า 75 ปี</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับไม่ดี</td>
<td>5.70</td>
<td>6.60</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับปานกลาง</td>
<td>2.50</td>
<td>4.10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับดี</td>
<td>28.70</td>
<td>17.20</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.11 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับระดับการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพทางกาย

<table>
<thead>
<tr>
<th>ระดับการรับรู้</th>
<th>ร้อยละ</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ภาวะสุขภาพทางกาย</td>
<td>ชาย</td>
<td>หญิง</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับไม่ดี</td>
<td>2.50</td>
<td>16.40</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับปานกลาง</td>
<td>8.20</td>
<td>4.90</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับดี</td>
<td>10.70</td>
<td>57.40</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.12 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการรับรู้้ว่าภาวะสุขภาพทางกาย

<table>
<thead>
<tr>
<th>ระดับการศึกษา</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้</td>
<td>-</td>
<td>2.50</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้</td>
<td>0.80</td>
<td>2.50</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่จบประถมต้น</td>
<td>-</td>
<td>0.80</td>
</tr>
<tr>
<td>จบประถมต้น</td>
<td>11.50</td>
<td>17.20</td>
</tr>
<tr>
<td>จบประถมปลาย</td>
<td>3.30</td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>จบมัธยมต้นจบมัธยมปลาย / ประ.</td>
<td>-</td>
<td>0.80</td>
</tr>
<tr>
<td>จบมัธยมปลาย / ปวส.</td>
<td>-</td>
<td>1.60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.13 พะรู้ว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพทางกาย

<table>
<thead>
<tr>
<th>รายได้</th>
<th>ระดับไปถึง</th>
<th>ระดับปานกลาง</th>
<th>ระดับดี</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>น้อยกว่า 1,000 บาท</td>
<td>0.80</td>
<td>2.50</td>
<td>5.70</td>
</tr>
<tr>
<td>1,001 – 5,000 บาท</td>
<td>-</td>
<td>2.50</td>
<td>9.80</td>
</tr>
<tr>
<td>5,001 – 10,000 บาท</td>
<td>1.60</td>
<td>2.50</td>
<td>8.20</td>
</tr>
<tr>
<td>10,001 – 15,000 บาท</td>
<td>10.70</td>
<td>3.30</td>
<td>28.70</td>
</tr>
<tr>
<td>15,001 – 20,000 บาท</td>
<td>4.10</td>
<td>0.80</td>
<td>9.00</td>
</tr>
<tr>
<td>มากกว่า 20,000 บาท</td>
<td>1.60</td>
<td>1.60</td>
<td>6.60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.14 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับความรู้ทางลังกาหมาการ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ภาวะสุขภาพทางกาย</th>
<th>ระดับการรับรู้</th>
<th>ร้อยละ</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ต่ำกว่า 65 ปี</td>
<td>ระดับป่วยเรื้อรัง</td>
<td>3.30</td>
<td>6.60</td>
<td>5.70</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ระดับพอใช้</td>
<td>13.90</td>
<td>6.60</td>
<td>8.20</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ระดับดี</td>
<td>19.70</td>
<td>14.80</td>
<td>21.30</td>
</tr>
</tbody>
</table>
จากตารางที่ 4.15 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับความรู้ทางด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโภชนาการ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ระดับการรับรู้</th>
<th>ร้อยละ</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ภาวะสุขภาพทางกาย</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ชาย</td>
<td>7.40</td>
<td>8.20</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>หญิง</td>
<td>9.80</td>
<td>18.90</td>
<td>0.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับศึกษา</td>
<td>4.10</td>
<td>51.60</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.16 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้ทางด้านโภชนาการ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ระดับการศึกษา</th>
<th>ระดับปรับปัจจุบัน</th>
<th>ระดับพ่อใช้</th>
<th>ระดับดี</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน/อดนอกเขตมีกิจ</td>
<td>0.80</td>
<td>2.50</td>
<td>3.30</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน/อดนอกเขตไม่ได้</td>
<td>-</td>
<td>3.30</td>
<td>1.60</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่จบประถมต้น</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2.50</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>จบประถมต้น</td>
<td>-</td>
<td>26.20</td>
<td>43.40</td>
<td>0.05</td>
<td>21.09</td>
</tr>
<tr>
<td>จบประถมปลาย</td>
<td>-</td>
<td>5.70</td>
<td>7.40</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>จบมัธยมต้นจบมัธยมปลาย/ประว.</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>จบมัธยมต้นจบมัธยมปลาย/ประว.</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.17 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้ทางด้านโภชนาการอย่างมีนัยพิสูจน์ทางสถิติที่ 0.05
ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้ทางด้านโภชนการ

<table>
<thead>
<tr>
<th>รายการ</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>รายได้</td>
<td>ระดับปรับปรุง ระดับเพิ่ม ระดับหนี ระดับบด</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>น้อยกว่า 1,000 บาท</td>
<td>1.60</td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>1,001 – 5,000 บาท</td>
<td>3.30</td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>5,001 – 10,000 บาท</td>
<td>3.30</td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>10,001 – 15,000 บาท</td>
<td>4.90</td>
<td>12.30</td>
</tr>
<tr>
<td>15,001 – 20,000 บาท</td>
<td>1.60</td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>มากกว่า 20,000 บาท</td>
<td>0.80</td>
<td>3.30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.18 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้ทางด้านโภชนการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ระดับการวิจัย</th>
<th>ร้อยละ</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ภาวะสุขภาพทางกาย</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>อายุวัย 65 ปี</td>
<td>65-75 ปี</td>
<td>มากกว่า 75 ปี</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับใหม่ดี</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>0.80</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับป่วยบาง</td>
<td>12.30</td>
<td>9.80</td>
<td>15.60</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับดี</td>
<td>24.60</td>
<td>18.00</td>
<td>18.90</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.19 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

<table>
<thead>
<tr>
<th>พฤติกรรม การบริโภคอาหาร</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ระดับไม่ดี</td>
<td>-</td>
<td>0.80</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับปานกลาง</td>
<td>5.70</td>
<td>32.00</td>
</tr>
<tr>
<td>ระดับดี</td>
<td>15.60</td>
<td>45.90</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.20 พบรวมค่า p-value ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ระดับการศึกษา</th>
<th>ระดับปานกลาง ระดับเดิม</th>
<th>p-value</th>
<th>Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้</td>
<td>0.80</td>
<td>2.50</td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้</td>
<td>3.30</td>
<td>1.60</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ไม่จบประถมศึกษา</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>2.50</td>
</tr>
<tr>
<td>จบประถมศึกษา</td>
<td>-</td>
<td>26.20</td>
<td>43.40</td>
</tr>
<tr>
<td>จบประถมปลาย</td>
<td>-</td>
<td>5.70</td>
<td>7.40</td>
</tr>
<tr>
<td>จบมัธยมศึกษา / ประ.</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1.60</td>
</tr>
<tr>
<td>จบอุดมศึกษา / ปวส.</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td>1.60</td>
</tr>
</tbody>
</table>
จากตารางที่ 4.21 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

<table>
<thead>
<tr>
<th>รายได้</th>
<th>ร้อยละ</th>
<th>p-value Chi-Square</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>ระดับไม่ดี</td>
<td>ระดับปานกลาง</td>
</tr>
<tr>
<td>น้อยกว่า 1,000 บาท</td>
<td>0.80</td>
<td>4.10</td>
</tr>
<tr>
<td>1,001 – 5,000 บาท</td>
<td></td>
<td>4.10</td>
</tr>
<tr>
<td>5,001 – 10,000 บาท</td>
<td></td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>10,001 – 15,000 บาท</td>
<td></td>
<td>17.20</td>
</tr>
<tr>
<td>15,001 – 20,000 บาท</td>
<td></td>
<td>3.30</td>
</tr>
<tr>
<td>มากกว่า 20,000 บาท</td>
<td>0.80</td>
<td>37.70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

จากตารางที่ 4.22 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
4.2 การอภิปรายผล

จากการศึกษาการปฏิสัมพันธ์ของต้นโอ๊กมาการ และแนวโน้มการเจ็บป่วยตามสภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ด้วยparentheses เช่น การวัดพิเคราะห์การประเมิน ที่มีความสัมพันธ์ในการประเมินผลผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเจ็บป่วยตามสภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มการทดสอบสมองการทำงานไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ในการตัดสินผู้สูงอายุการละลายOURSการประเมินผู้สูงอายุการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการlaces การละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการlaces การละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการละลายOURSการlaces การละลายOURSการละลายOURSการlaces การละลายOURSการละลายOURSการlaces การละลายOURSการละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การละลายOURSการlaces การะย}
ที่ซึ่งเรา สอบพบ เพราะฉะนั้น เหมือนกับที่กล่าวมาแล้วเช่นมีความเสี่ยงอีก ๆ
ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการเกิดอาชญาการของผู้สูงอายุ เข้า กรริยาทางของสมองขั้นทำให
ความรู้สึกซึ่ง การเคลื่อนไหว มีการตัดสินใจ บางเหตุการณ์ใน
เรื่องการเกิดอาชญา

การปฏิบัติตนอย่างดีของโซเชียล ด้านความรู้เกี่ยวกับโซเชียล พบว่าโดย
ภาพรวมแนวโน้ม ความรู้ทางด้านโซเชียล เก斯顿ใหญ่รวมในระดับต่๑ร้อยละ 68.00 ซึ่ง
ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในการจับและการบอกข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรู้ด้าน
โซเชียล ความต้องการสาระทางของผู้สูงอายุ ตามแบบสัมภาษณ์ที่รู้จักได้สร้างขึ้น ผู้สูงอายุ
มีความรู้มากขึ้นที่มีอยู่เหล่านี้ได้จากประโยชน์ของการรักษาหรือป้องกัน เพื่อให้บรรเทาจาก
โรคที่ต่างๆ

การปฏิบัติตนอย่างดีของโซเชียล ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าโดย
ภาพรวมแนวโน้ม พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในส่วนใหญ่ร้อยในระดับต่๑
ร้อยละ 61.50 สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจความเคลื่อนไหวในการประกอบอาหาร ในการ
เลือกซื้อ เลือกปรุง เลือกทาน เป็นพฤติกรรมการบริโภคที่ปฏิบัติตนแบบ ๆ จนพอใจ

เมื่อปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ช่วงอายุ ระดับการศึกษา
และ รายได้ กับระดับการระบาดสาขาด้านทางกาย ไม่มีความสัมพันธ์

เมื่อปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับระดับการรับรู้
ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า มีความสัมพันธ์ เพศของเจ้าเป็นตัวแปรที่มีความแตกต่างทางสารระ
ของแต่ละบุคคลดัว จึงเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในส่วนในเพศ
ทุกกลุ่มพื้นที่เป็นผู้ใหญ่ในครอบครัว ส่วนเพศหญิงส่วนที่มีบทบาทในการเป็นแม่บ้าน จาก
การศึกษาของ ขวัญใจ (2534) สิ่งมีพฤติกรรมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในบทบาท
แนวเอกคะแนนเห็นได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมสร้างสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางระดับปานกลางกับ
พฤติกรรมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าเพศมีอิทธิพลต่อความสุข วิชีวิต และ
พฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นแพทย์เป็นตัวแปรที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ด้วย
เมื่อปรับปรุงเพื่อความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ รายได้กับความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ที่สูงอยู่ต่อการพลังงานเพื่อท่าทางร่าง ๆ น้อยลง เมื่อจากถ้ามีช่วงของวัยระดับ ๆ ลดลง FAO/WHO เสนอให้ลดพลังงานในอาหารลงจาก 5 ทุก 10 ปี จนถึงอายุ 59 เมื่ออายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานลงร้อยละ 10 เมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไปให้ลดร้อยละ 20 และองค์การอาหาร ธรรมมัย เสนอให้ลดลงเหลือ 100 แคลอรี่ ทุก 10 ปี ตั้งแต่ช่วง (องค์การอาหาร 2544) ที่สูงอายุควรได้รับโปรตีนประมวลวันละ 0.88 กรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ไม่ควรกินอาหารโปรตีนมากเกินไป ไม่ควรให้เกินน้ำหนักร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมด ควรใช้ประมาณ 2 ขั้นได้ต่อวัน (จันทน์, 2538) ควรได้รับสารอาหารที่ให้กรดอะมิโนครบถ้วน 55-60 ของพลังงานทั้งหมด (วินส์, 2545) ควรบริหารงานอย่างหน้าไว้เป็นอย่างน้อยคราวละ 3-4 ต่อวัน เป็นต้น สำนักโปรตีนลดลงดรู่ปุ่มได้รับ ผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างที่ท่าทางสีน้ำมัน มีความรู้ทางด้านโภชนาการ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับช่วงอายุ เมื่อจากผู้สูงอายุในชุมชนสวนใหญ่มีชีวิตยุ่งยากและสลัดไม่ได้ ช่วงไม่ และนั้นบางกลุ่มที่ยังสามารถท่าทางกรรมได้ ความรู้ด้านโภชนาการ หรือความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ จึงอยู่ในระดับที่ยังสามารถรับพลังงานปริมาณสารอาหารได้ปกติ แต่จำกัดสารอาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับปริมาณมากหรือจำกัดสารอาหารให้ตรงตามไตร่ที่ตนเองเป็นอยู่ ในปัจจุบันมีการรวมเมื่อกันระหว่างหน่วยชุมชน ผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ด้านโภชนาการ มีวิทยาชุมชนประชาสัมพันธ์อยู่ตลอดช่วงเวลาให้แก่ประชาชน ผ่านสถานบริการสุขภาพระดับบ้าน (อบจ.) เป็นต้นนอกจากนี้ มีการแจกเบี้ยอัครีแก่ผู้สูงอายุและ 500 บาท ดังนั้นรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย

เมื่อปรับปรุงเพื่อความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่ามีความสัมพันธ์ ของแต่งตั้งงานวิจัยของ ขลีสำราญ วงศ์ (2539) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดื่มน้ำ จิตใจการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ระหว่างเมือง เฉลยทุกวัน กระแสทางน้ำ การวางแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ของนี้จะส่งผล เฉลยทุกวัน ปริมาณทางน้ำ การวางแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ของนี้จะส่งผล เฉลยทุกวัน ปริมาณทางน้ำ การวางแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุและอัตราคลอดล่างบ้านวิจัยของ
ประกบ (2541) ได้ศึกษาระดับการศึกษาทางโภชนาการของประชากรในพื้นที่
โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนาสื่อสื่อเทคโนโลยีด้านโภชนาการ อำเภอเหมือง
จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศ รายได้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร มี
ความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารของประชากร จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า เพศเป็นตัวแปรที่มี
อิทธิพลต่อ การปฏิบัติตนโดยเท่ากับความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อมั่นใจในการปฏิบัติตนเอง
ถือว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หรือการประกอบอาหารรับประทานในแต่ละวัน ซึ่งเพศ
หญิงมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ส่วนเพศชายมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปาน
กลาง เนื่องจากเพศหญิงมีความรู้ด้านการประกอบอาหาร มากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีความรู้อยู่
ในระดับดี

เมื่อปริมาณพืชผลความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษาด้วย
ความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่ามีความสัมพันธ์ สอบคลอดล่างบ้านวิจัยของมุลี ชุมพล (2538)
ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการด้านโภชนาการและภาวะอาหารในผู้สูงอายุ
กลุ่มองค์การพืชผล จังหวัดเลย พบว่าที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจานวน 400
ราย ผลการวิจัยพบว่าความเที่ยงพอของรายได้และความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบ
แผนการด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่มี
อิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเอง ถือว่าความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อมั่นใจการศึกษาทำให้บุคคล
ผู้สูงอายุใช้ความรู้วิจัยในการพิจารณาเลือกวัตถุการอาหารให้เหมาะสมกับวัย ดังนั้น
ระดับการศึกษาจึงเป็นพื้นฐานสำคัญ ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตนเอง
ด้านโภชนาการดี

เมื่อปริมาณพืชผลความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ เพศ รายได้กับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ดุย (2534) กล่าวว่าพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารเป็นการปฏิบัติตนสำนึกเจตนากิจเป็นความแตกต่างในการเลือกวัตถุการอาหาร
ทั้งนี้เนื่องอยู่ในระดับชั้น ความชอบ ความไม่ชอบและความรู้ของแต่ละบุคคล จากผลการวิจัยสรุปได้
ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี อยู่ในคะแนนมาก
ที่สุด แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และ 75 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคในระดับต่ำขึ้นกัน เนื่องจากมีความเคยชินในการเตรียม และประกอบอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชนปัจจุบันมีการปรุงอาหาร รับประทานเองที่บ้าน จึงทำให้มีการเลือกซื้อ เลือกรับประทาน จนเกิดเป็นนิสัยของแต่ละบุคคลในทุกวัยอายุ ผู้สูงอายุ เหล่านี้ มีพฤติกรรมการบริโภค ดังคำว่าเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุเพศผู้มีหน้าที่ประสานเป็นแม่บ้าน มีการจัดเตรียมปรุงอาหารม้าเสมอ จนเป็นความเคยชิน จึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่เดินทางผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนมากจะมีอยู่ในครอบครัวเพียง ไม่ได้พยากรณ์ใด ในการจัดเติมผู้บ้าน ปรุงอาหารกินเองในบ้าน รายได้บางส่วนมาจากที่ร้านเกมส์ จึงทำให้ปัจจัยด้านรายได้ของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่ามีความสัมพันธ์ ﯵลดลงกับจำนวนวัยของราวาระร่วงวัย (2539) ให้คนเข้าเรื่องบริโภคิติยITYและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและในไม่มีความชิ้นเรื่อง พบว่าปัจจัยที่ตั้งตัวกัน ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ขนาดครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ การรับประทานยา การได้รับขาวสารโภชนาการ และการคุมกิจกรรมทางสังคม มีผลต่อบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ และพบว่าการศึกษาและรายได้ดีมีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ
บทที่ 5
สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ผลการศึกษา: ด้านบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมจำนวน 122 คน โดยใช้แบบสำรวจซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตนด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ คำวัดและค่าเฉลี่ย ส่วนเนื้อหาแนวนตรฐาน และคำใบเสร็จ

5.1 สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 65 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปี ตั้งแต่ 60 ปีถึง 84 ปี อารังส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 75.4 สถิติสภาพสมรรถนะส่วนใหญ่ร้อยละ 41 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับจบประถมศึกษาร้อยละ 69.7 ปัจจุบันมีอาชีพอย่างง่ายร้อยละ 47.5 ค่อนข้างร้อยละ 47.5 ปัจจุบันมีอาชีพอย่างง่ายร้อยละ 80.3 ค่อนข้างร้อยละ 68.9 ปัจจุบันส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 73.8 กลุ่มตัวอย่างไม่เต็มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 49.2
กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่าผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination, TMSE) ในกรณีตัดกรองผู้สูงอายุสมรรถสติสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีภูมิปัญญา การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีคะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 23 คะแนน

การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยภาพพบว่าส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับต่ำกว่า 55.7 รองลงมา การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 28.7 และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 15.6 ตามลำดับ

การปฏิบัติตนของคืนภาษาการ ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ พบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม ความรู้ทางคืนภาษาการ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 68 รองลงมาความรู้ในระดับปรกติ ร้อยละ 18.9 และมีความรู้ในระดับสูงได้ร้อยละ 13.1 ตามลำดับ

การปฏิบัติตนของคืนภาษาการ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในส่วนใหญ่ในระดับต่ำร้อยละ 61.5 รองลงมาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.7 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดีร้อยละ 0.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของวันดี เยี่ยนจั่นทรัพย์ (2558) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมที่เสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 150 คน เบื้องหน้าโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ ระดับการศึกษา และรายได้กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า มีความสัมพันธ์กัน
เมื่อปริมาณเพียงความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุและรายได้เกิน
ความรู้ทางด้าน-tax ทาวิเคราะห์ไม่มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อปริมาณเพียงความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับความรู้ทางด้าน-tax
ทาวิเคราะห์มีความสัมพันธ์กัน  sokkolos กับงานวิจัยของ หลิว สารสังเคราะห์ (2539) ได้
ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ทางด้าน-tax ความสามารถในการ
ดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายสุขภาพดีกลุ่มกระทรวงการบริโภคอาหารของ
ผู้สูงอายุขวוגรงนี้ เฉลี่ยขึ้นวัน  groupe ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุและยัง sokkolos กับงานวิจัย
ของ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ (2541) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาโทษการบริโภคอาหารของประชาชนในพื้นที่
โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนาชีวิตสุขภาพดีกลุ่มเด็ก เด็ก ชีวิตสุขภาพดี อัยการหนีเที่ยม
จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เพศ รายได้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน มี
ความสัมพันธ์กับภาวะการศึกษาโทษการบริโภคอาหารของประชาชน

เมื่อปริมาณเพียงความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษากับ
ความรู้ทางด้าน-tax ทาวิเคราะห์มีความสัมพันธ์กัน  sokkolos กับงานวิจัยของ ชูนทร์
(2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภคอาหารใน
ผู้สูงอายุขว่องระดับอาหารที่ดี ขึ้นวันคุณภาพชีวิตนี้ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุ
จำนวน 400 ราย ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของรายได้และความรู้ทางด้าน-tax ทาวิเคราะห์มี
ความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ สำนวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ
การบริโภคอาหารของผู้สูงอายุขว่องว่า ความสามารถในการปฏิบัติวิจัยประจำวัน การมีโรคประจำตัว
แบบแผนการดำเนินชีวิตการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะการบริโภคอาหารของ
ผู้สูงอายุจะมีผลสำคัญทางสถิติ

เมื่อปริมาณเพียงความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ เพศ และ
รายได้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน
เมื่อปรับปรุงเพิ่มความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษาทั้งหมด
พฤติกรรมในการบริโภคอาหารอยู่มีความสัมพันธ์กัน สองคลื่นกับงานวิจัยของ zarana รุ่ง
วันรุ่ง (2539) ให้ปรับปรุงวิจัยและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะ
เข้มข้น พบว่าปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรรถ การศึกษา รายได้ ขาดข้อมูลคว้า
ภาวะสุขภาพ การรับประทานอาหารได้รับการสาระโภชนาการ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และพบว่าการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ต่อ
ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

5.2 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเพิ่มเติม เพื่อให้สอดคล้องกับ
การศึกษาความรู้ด้านโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. ศึกษาถึงคุณค่าของการพืชมีผนัง หรืออาหารท้องถิ่นที่นำมาปรับปรุงหรือ
กับความต้องการสารอาหารของรายเดือนของผู้สูงอายุ

3. ควรมีประเด็นการศึกษาอื่น ๆ เพื่อศึกษาความรู้ซึ่งข้อมูลของผู้สูงอายุ
ประเด็นอื่น ๆ ลักษณะ รายได้ และแนวโน้มไปเชื่อมโยงกับด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ
เอกสารอ้างอิง

กลุ่มพื้นฐานการพยาบาล แบบทดสอบภาคสมองของไทย สารานุกรม ปีที่ 45 ฉบับที่ 6 มีนาคม 2536
กองโควิด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2532 ข้อกำหนดการออกจากที่ควรได้รับ
ประจวบ และแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎ
ทหารพยาบาล กรุงเทพฯ.

_______________________________. การสุจริตอ่อนด้านโควิด กรมการสำหรับ
ผู้สูงอายุ พิมพ์ครั้งที่ 3 โรงพยาบาลพระมงกุฎทหารพยาบาล กรุงเทพฯ.

_______________________________. คู่มือโควิด กรมการ ศูนย์ที่ 3 โรงพยาบาล
พยาบาลทหารพระมงกุฎทหารพยาบาล กรุงเทพฯ.

_______________________________. 2546 ข้อกำหนดการออกจากที่ควรได้รับ
ประจวบ และแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย โรงพยาบาลพระมงกุฎ
ทหารพยาบาล กรุงเทพฯ.

กิจกรรมพื้นฐานการพยาบาลและวาด. 2543 สมุดเชื้อโรคหนิวัย โครงการจัดพิมพ์หนังสือ
กรุงเทพฯ.

ขาวใหญ่ ต้นตี废物เรียน. 2534 "ความสมัครใจระหว่างผู้ที่ต้องรับพิษภูมิคุ้มกันกับวัณ/statism" วิทยาลัย
ภูมิคุ้มกัน รายงานของผู้สูงอายุไทย ชุมชนวัณ/statism สถานศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ 2545 แผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 พ.ศ.
2545-2564 คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงาน
นายกรัฐมนตรี กรุงเทพฯ.
คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย พ.ศ. 2538. 2540. การสำรวจสุขภาพ
ประชากรจังหวัด 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538. โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัย
ระบบสารสนเทศ, กรุงเทพฯ.

จินต จรูญวิถี. 2540 “การประเมินภาวะโลภการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์
นครนายกนครบาล” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการและเทคโนโลยีการพัฒนา, คณะสารสนเทศศาสตร์, มทร.ธุรกิจ

ชัยชัย สรนารี. 2539 “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ดำเนินกฎหมายการ
ความสามารถในการดningenขวิตการรับ 1 กรรมการบริหารการของผู้สูงอายุ  nex ของ soc.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล(บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาล
ศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุดา ตีบวงศิริ. 2544 “การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อายอน้อย จังหวัดนครราชสีมา”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ(บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาล
ศาสตร์, มทร.ธุรกิจ

ชูศรี วงศ์สวัสดิ์. 2534. สถิติข้อมูลวิจัย. พีท์ 104 วัดที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญ.

คุณภ. สุทธิรัตน์. 2534. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. โดยการตรวจสอบพิจารณาวิชาการศาสตร์
ศาสตร์สุขภาพ ป. 1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มทร.ธุรกิจ ชั้น 40-50. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มทร.ธุรกิจ

นิภา สิทธิสมบูรณ์. 2531. “ความรู้และการปฏิบัติตามการสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุ
จังหวัดเชียงใหม่” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
(บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์, มทร.ธุรกิจ

ณิตยา ไพรเศรษฐ. 2536 “บริบทศึกษาและภาวะการแข่งขันของผู้สูงอายุใจจังหวัดสงขลา”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ(บัณฑิตศึกษา) คณะวิทยาศาสตร์,
มทร.ธุรกิจ

นิยามแห่งวิทยาการ. อังไชยมอร-โรสมองสิทธิ. ราศีวิหาร. ปีที่ 50 ฉบับที่ 9 กันยายน; 2541

นิยามวิทยาเทคโนโลยี. 2534."ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ." วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนิคต.

นิยามวิทยา. 2542. เอกสารประกอบการสอนระเบียบวิธีวิทยาทางลัทธิศาสตร์เบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏธนบุรี.

ประมาณงาน ผู้อิสระ. 2541 "การศึกษากราฟรคกรติยนยานวิทยาของประชาชน ในปัจจุบันที่มีการ การศึกษาที่ดี" วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิทยาศาสตร์ฯ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มาเสีย ชุมวิทยา. 2538 "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแผนการตั้งเป็นวิทยา และการปกครองใน ผู้สูงอายุ ด้วยการพลังชีวิต" วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิทยาการชีวภาพ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัฐวิทยา ยานนาทะอินและภูมิ. 2551. รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการบริโภ อาหาร แก่การอาหารของผู้สูงอายุใน ผู้สูงอายุ ด้วยการพลังชีวิต. คณะวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรนารี และเรือนจำกลาง ให้รับพื้นที่จากผู้วิจัยจากสานัก คณะกระทรวงวิจัยแห่งชาติ.

วันิตา งงของ. 2547 "ความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นผู้สูงอายุในนักมุขบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพและปริมณฑล" วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพัฒนาครอบครัวและสังคม. คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยศิลปากรธมรชิราว.
วรรณคดีรุ่งวันเส้าท่า. 2539. “การศึกษาวิทยานิพนธ์และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มี ภาวะซึมเศร้า” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาโภชนาวิทยา(บัณฑิตศึกษา) คณะสารสนเทศสุขศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรรณคดีเสียบรอยเท้า. 2540 “การศึกษาความมั่นฟันช์ระหว่างความสามารถในการเคลื่อนทับความที่ในการบริโภคอาหาร ดูดดมการโภชนาการของอาหารบริโภค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ: การมีศักยภาพ รวมมูสูงอายุแบบทั่วไป” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาโภชนาวิทยา. คณะสารสนเทศสุขศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.

วันเด็ก เยี่ยมฉันยาม. 2538 “วางแน่นฟันช์ระหว่างการรับรู้มวลของตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาโภชนาวิทยา(บัณฑิตศึกษา). คณะสารสนเทศสุขศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิจัย ศึกษาสห. และคณะ. 2545. วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์. บริบท มูลที่การพิมพ์ กำกับ. กรุงเทพ.

ศุภยา ทองชัย. 2542 “การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองโภชนาการใน ผู้ป่วยเตล็ด ที่มีรับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยเตล็ด โรงพยาบาลมหาราชธุรกิจ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาโภชนาวิทยา(บัณฑิตศึกษา) คณะสารสนเทศสุขศาสตร์,มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิชาการสุขภาพสูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551. “โครงการประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์การวัดป้องกันความเสี่ยงโรค แบบทดสอบสภาพสมองสัมพัทธ์ เชิงด้าน ฉบับภาษาไทย (MMSE- Tha) 2002 และแบบทดสอบสมองสภาพสมองภาษาไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการตัดสินคุณสมบัติทางสมอง เสี่ยง”. บริบท ชีว. จุฬา กำกับ, กรุงเทพ.

สรรเสริญ ทรัพย์จิตรก. 2531. วิทยาศาสตร์เชิงวิจัย. ส้านักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพ.

สำนักงานนักวิจัยสร้างเสริมสุขภาพ. 2544. คู่มือการมีสุขภาพที่ดี ฉบับที่ 1: บริบท จุฬาลงกรณ์, กรุงเทพ.
สันนิษฐานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2547. ชุดความรู้พื้นฐานการดูแลตนเองสำหรับผู้เป็นแม่ทาร conten. บริษัท จุติทอง จำกัด, กรุงเทพฯ.

สุริยะ ผลประไพ. 2548. อาหารและการออกกำลังกาย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. สำนักพิมพ์ กรุงเทพฯ.

สุทธิศิริ ศรีระยองธิ์. 2538. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทางด้านการกินและกินอาหารของผู้สูงอายุ. สำนักพิมพ์ ภาฯ. สำนักพิมพ์ กรุงเทพฯ.

ธุรินี นาระพงศ์. 2539. “ภาวะการร่างกาย, ภาวะชีวิต, การดูแลตนเองผู้ป่วย” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ป่วย (นักพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนของด้านนโยบายการและแบบทดสอบสมรรถภาพแผน

ของผู้รู้จักญา
ข้อผู้สูญหาย ข้อ - สุด.................................................................................................................................
อัฒยาณ์หรืออนุญาต กรณีที่ผู้สูญหายช่วยเหลือตนเองไม่ได้
ข้อ - สุด (อนุญาต)........................................................................................................................................
บันทึกลัทธิ.................................................................หมู่ที่..............................................................................................

อัฒยาณ์ข้อมูลทั่วไป

1. อาญา.......................ปี
2. เผศ
   ☐ ชาย ☐ หญิง
3. อ้าวหน
   ☐ ก้าวอยู่ / ชูกิ่งส่วนตัว ☐ รับจ้างทั่วไป
   ☐ ข้าราชการบ้านอาชีพ ☐ ทำงงานบริการ
   ☐ ไปได้ทำงาน ☐ อื่นๆ ระบุ .........................................................
4. ระดับการศึกษา
   ☐ ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้ (สามารถเขียนข้อมูลส่วนตัวได้)
   ☐ ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้ ☐ ไม่จบมัธยมตอน
   ☐ จบมัธยมตอน ☐ จบมัธยมปลาย
   ☐ จบมัธยมตอน ☐ จบมัธยมปลาย / ปวช.
   ☐ จบอนุปริญญา / ปวส. ☐ จบปริญญาตรี / สุขกว่า
5. ความสามารถในการอ่าน – เขียน

○ อ่านออกเขียนได้  ○ อ่านออกเขียนไม่ได้
○ อ่านไม่ออก

6. สถานภาพ

○ สบรรยากาศ  ○ ห้าม
○ หยา / สบรรยากาศ  ○ โรค

7. ปัญหาที่พบที่ผู้ป่วย

○ บุตร  ○ อยู่คนเดียว
○ ญาติ บางบุคคล  ○ อื่นๆ.................................

8. การเข้าป่วย / โรคที่ป่วยที่ผู้ป่วย

○ โรคหลอดเลือดหัวใจ  ○ ความดันโลหิตสูง
○ เนื้อเยื่อ  ○ ไต
○ โรคปอด  ○ ข้อ / กระดูก
○ โรคหลอดเลือดสมองอักเสบ  ○ ไข้ในเลือดสูง
○ อื่นๆ รวม..............................................

9. ครอบครัวมีโรคหลอดเลือดสมอง (ความจำเสื่อม) หรือไม่

○ มีโรคหลอดเลือดสมอง  ○ ไม่มี
○ ไม่ทราบ
10. ประวัติภูมิทัศน์ที่ฟัน
   ○ ไม่มี  ○ มี ไม่สม่ำเสมอ
   ○ สม่ำเสมอ

11. ปัจจุบันท่านสุบบหรี่ / ยาเส้น / ยาสูบ หรือไม่
   ○ ไม่สูบ ○ เคย แต่ลิ้มสูบมาแล้วระงับ...............ปี
   ○ สูบ ○ ทุกวัน ○ บางครั้ง

12. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ หรือไม่
   ○ ไม่ดื่ม ○ เคยดื่ม แต่ลิ้มแล้วระงับ...............ปี
   ○ ดื่มประจำ ○ ดื่มบางโอกาส
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE)

ในการถอดตรงผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

** สถาบันวิจัยศาสตร์สูงสุดอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) **

1. การปรับตัว Orientation (6 คะแนน)
   วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์ (จำนวน ล้าน อาทิตย์ พฤหัสฯ ฯ)
   วันนี้ เวลาเท่าไร
   เดือนนี้ เดือนอะไร
   ขณะนี้เป็นช่วงไหนของวัน (เช้า เย็น บ่าย เย็น)
   ที่นี่ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)
   นั่นที่นั่นในภาพนี้อาจจำได้ไหม (ภาพอยู่ด้านหลัง)

2. การจดจำ Registration (3 คะแนน)
   ผู้ทดสอบบอกข้อของ 3 อย่าง ให้พูดคำที่กัน ครั้งละ 1 วันที่
   (คืบไป รถเข็น มือ) เพื่อให้รู้ว่าใช้แล้วจึงให้ผู้ทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ทดสอบบอก
   บอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนนในแต่ละคำที่ตอบถูก
   • หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกจำนวนผู้ทดสอบจำได้ทั้งหมด 3 อย่าง และบอก
   ให้ผู้ทดสอบทราบว่าสัตช์ที่กลับมาล่าสุด

3. ความสนใจ Attention (5 คะแนน)
   ให้บอกวันอาทิตย์ – วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบวันได้ 1 ครั้ง)
   ศุกร์
   พฤหัส
   พฤหัส
   อังคาร
   จันทร์
4. การคำนวณ Calculation (3 คะแนน)

ให้คำนวณ 100 – 7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน)

ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบ

ไม่เกิน 1 นาที หลังจากคำถาม ถ้าผู้ตุกตาตอบไม่ตอบคำถามที่ 1

ให้ผลลัพธ์ 93 – 7 ลองทำในกรุณาระบุต่อไป และ 86 – 7

ในกรณีสุดท้ายตามล่าดับ

100 – 7 ................................................

93 – 7 ................................................

86 – 7 ................................................

5. ภาษา Language (10 คะแนน)

ผู้ตุกตาตอบข้อที่ท่านพิจารณาโดยผู้ตุกตาตอบอย่างไรก็ได้

“ถ้าเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เฉพาะ)

ผู้ตุกตาตอบข้อที่เลือกของตนเอง แล้วถามผู้ตุกตาตอบอย่างไรก็ได้

“ถ้าเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสียงคำถาม)

ผู้ตุกตาตอบข้อที่ตุกตาตอบอย่างไรก็ได้ แล้วถามผู้ตุกตา “ถ้าพยายามตอบใช้ชื่อตามที่คิดค้น”

ตรงที่ถามก็ถูกต่อไปนี้ (มี 3 ข้อตอบถูก) ให้ผู้ตุกตาตอบชูต่อข้อที่ได้ให้ครบทั้ง 3

ข้อตอบ ให้คะแนนถูกต่อนั้นและ 1 คะแนน

ทับทิมกระดาษด้วยมือเจาะ

พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น

แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ

ให้ผู้ตุกตาตอบข้อที่ท่านเขียนไว้

“หลบหน้า” (ขอความยุติшинธี)

มองคำตอบไปนี้ให้คนเห็นด้วยอย่างมากที่สุดที่ท่านจะสามารถทำได้

(ภาพที่ด้านหลัง) และให้ผู้ตุกตาตอบตัวอย่าง-role อย่างละเอียด

กล่าวถึงสิ่งที่เห็นอยู่คือ เป็นผลไม้

แมกเก็นส่วนหนึ่งเหมือนกัน คือ (เป็นสิ่งที่รู้จัก, เป็นผลไม้)
6. การฟื้นฟูความจำ (Recall)
สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง

<table>
<thead>
<tr>
<th>ต้นไม้</th>
<th>รถยนต์</th>
<th>ฝิ่น</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

รวม ................................

“หลับตา”
แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: ให้ผู้สัมภาษณ์ถามว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ตนเองป่วยบ่อย ท่านมีอาการคลาสโตไปจนถึงขึ้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วท่านหรือหน่วย ถึงขั้นที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

<table>
<thead>
<tr>
<th>ลำดับ</th>
<th>ข้อความ</th>
<th>มาก</th>
<th>ปานกลาง</th>
<th>น้อย</th>
<th>ไม่มี</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ ไม่ได้รับการรักษา ไม่ดูแลตัวเอง</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>ท่านมีปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>ท่านมีปัญหาอาการได้คลาสต่ำๆ ลดลง</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ ไม่ได้รับการรักษา ไม่ดูแลตัวเอง</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>ท่านมีอาการเกี่ยวกับสุขภาพ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ต้องการให้ติดต่อหน่วยดูแล</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>ท่านมีอาการหนักขึ้น</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>ท่านมีอาการหนักขึ้น</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>ท่านมีอาการหนักขึ้น</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>ท่านมีอาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ จนรู้สึกตัวเองไม่สบาย</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>เมื่อเทียบกับคนอื่นๆ ในวัยเดียวกันท่านรู้สึกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านไม่แข็งแรง</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติงานของส้านโยบายการ

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับนโยบายการ

คำถาม ให้สัมภาษณ์สถานการณ์ผู้สูงอายุว่าสิ่งที่อาจนำไปสู่การต่อไปนี้ ท่านทราบหรือไม่ว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ แล้วทั้งเครื่องหมาย √ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

<table>
<thead>
<tr>
<th>ลำดับที่</th>
<th>ข้อความ</th>
<th>ใช่</th>
<th>ไม่ใช่</th>
<th>ไม่ทราบ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>คัดและคลุมไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตัจฉา, เกลือแร่ และ ไอของอาหาร</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>การให้อาหารช่วงียวในการขับถ่ายและคลุมในเส้นเลือด</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>อาหารทะเบียนแซ่ดูใจโลดมูก</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>ผลไม้เช่น พริกข้าว อยู่ ใกล้ทำให้กินเวลาในเส้นเลือด</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>เนื่องจากเป็นไปตามที่ยืดหยุ่น เหมาะกับผู้สูงอายุ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>อาหารที่มีไปตามสุกข์ครัวข้าว เช่น หมู ไก่ ปลา และอื่นๆ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>ไข่แดงมีโคเลสเตอรอลสูง และมีประโยชน์มาก</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>นมและโยเกิร์ตเป็นกินนมมีเอ็นกี้ซุ่มช่วยเสริมสร้างความ เนื้อแข็งของกระดูก</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>การรับประทานอาหารเกี่ยวข้องให้ไก่ที่เป็นเนื้อเนื้อ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>ผู้สูงอายุต้องการหลังเนื้ออาหาร วัชพืชยุ่งยาม</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
ตอบข้อ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตัวอย่าง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุว่า ใน 1 สัปดาห์ ทานกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารต่อไปนี้เบี่ยงเบนใด แล้วทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

ปฏิบัตินั้นเสมอ หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัตินั้นๆครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นเนื่องจาก 1 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย

<table>
<thead>
<tr>
<th>อัตรา คิด</th>
<th>ชื่อความ</th>
<th>สามารถ</th>
<th>บาง</th>
<th>นานๆ</th>
<th>ไม่เคย เลย</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. ทานรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ ปลาราย หรืออย่างละประมาณ 2 ช้อนโต๊ะ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. กับข้าวที่ทานรับประทาน มีปลาเป็นส่วนประกอบ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. ทานรับประทานไข่สัปดาห์ละ 3-5 ฟอง</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. ทานรับประทานอาหารทะเล เช่น ต่างๆ โดยปลา</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. ทานเดือนม่วงอย่างเนื้อสัตว์ละ 1 แก้ว</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. ทานรับประทานข้าวหวาน เช่น ทองจันทร์ ทองหยาด ผ่อนคลาย ขนมที่ทานด้วยเปรี้ยว ผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน ลั่ย หรือผลไม้ เชื้อเม่</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ลำดับ</td>
<td>ข้อความ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานข้าวมันตะวัน 2 ทัพพี (เท่าเดียวกับ ชนมี 1 เดือน ชนมปี = 2 เดือน)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>ทำนับน้ำตาล น้ำปลาพิษมีรับประทานอาหาร</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานคัดใบเชือกและคัดที่มีสีเหลือง</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานผลไม้ไม่มีหวานจัดเช่น ครั้งมะละกอ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>ทำนี้ขึ้นแก่ เกลือ น้ำตาลกันผลไม้มีหวานจัด</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>ทำนี้ขึ้นผักชี เช่น น้ำย้อมในผักคล่อง น้ำมัน ร่างเข้าในการประุงอาหาร</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานอาหารที่ถอดด้วยน้ำมัน เช่น กิ้วเข้า ไข่ทอด</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานนมข้น หนังไก่และอาหารที่มีเกลือ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>ทำนับน้ำตาลในวันละ 6—8 แก้ว</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานอาหารที่คล่องเช่น มะละกอ ปลาสาม ข้าวคั่ว คั่วต้ม</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานอาหารธรรมดา</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>ทำนับน้ำตาลกันผักมากกว่าวันละ แก้ว</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานอาหารมีผักและวันละ 3 มีอ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td>ทำนวัยรับประทานอาหารครบ 5 หนูทุกวัน</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
ประวัติการศึกษาและการทำงาน

<table>
<thead>
<tr>
<th>ชื่อ นามสกุล</th>
<th>นางสาว พรฤทัย ศรีขรุณง</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>วัน เดือน ปีเกิด</td>
<td>4 กรกฎาคม พ.ศ.2529</td>
</tr>
<tr>
<td>ภูมิลำเนา</td>
<td>เชียงราย จังหวัด เชียงใหม่</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ประวัติการศึกษา**

<table>
<thead>
<tr>
<th>วุฒิการศึกษา</th>
<th>ชื่อสถาบัน</th>
<th>ปีที่สำเร็จการศึกษา</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>วิทยาศาสตรบัณฑิต</td>
<td>มหาราภิบาลราชภัฏสวนสุนันท์</td>
<td>2551</td>
</tr>
</tbody>
</table>