



ความรู้และ การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้ม
การเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา : ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

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



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ (บัณฑิตศึกษา) คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร



ความรู้และ การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้ม
การเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา : ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

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

พรฤทัย ทรัพย์ทอง
PORNRUTHAI KRUYTONG

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรคหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ (บัณฑิตศึกษา) คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ และแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะ
สมองเสื่อมของ ผู้สูงอายุ อำเภอพระนครศรีอยุธยา
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ชื่อ สกุล พรฤทัย ครูยทอง

ชื่อปริญญา คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา และคณะ คหกรรมศาสตร์ (บัณฑิตศึกษา) คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2553

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การวิจัยคือ ผู้สูงอายุในตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 122 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ แบบการวัดการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 อายุต่ำกว่า 65 ปี อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 75.4 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 69.7 ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย มีคะแนนเฉลี่ย 21.52 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยภาพรวมพบว่าส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี และด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ส่วนการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า มีความสัมพันธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโภชนาการ

พบว่ามีความสัมพันธ์ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ทางด้านโภชนาการ และ พฤติกรรมในการบริโภคอาหาร

คำสำคัญ : การปฏิบัติตนด้านโภชนาการ ภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร



Thesis title **Knowledge and Nutritional Self-Care of the Elderly People Who Showed Trends to Dementia, Case study : Banmai Tambon, Phra Nakhon Sri Ayutthaya Province**

Author **Pornruthai Kruytong**

Degree **Master of Home Economics**

Major program **Home Economics (Graduate School)**

Academic Year **2010**

ABSTRACT

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 genders and perception of nutritional 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.



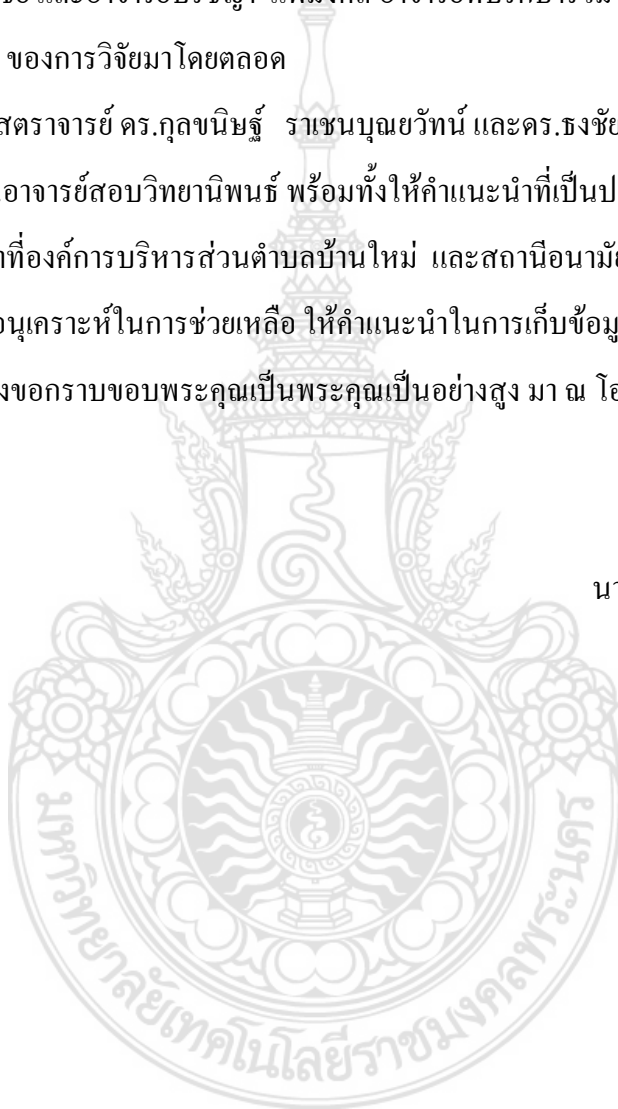
กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งของ ศาสตราจารย์ ดร. อมรรัตน์ เจริญชัย และอาจารย์ปรัชญา แพมมงคล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้คำแนะนำ และ ข้อคิดเห็นต่างๆ ของการวิจัยมาโดยตลอด

รองศาสตราจารย์ ดร.กุลขนิษฐ ราชชนบุญวัฒน์ และดร.ธงชัย พุฒทองศิริ ที่กรุณา สละเวลามาเป็นอาจารย์สอบวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์

เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ และสถานีอนามัยตำบลบ้านใหม่ ทุกๆ ท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูลงานวิจัยเป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นพระคุณเป็นอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

นางสาว พรฤทัย คุรุยทอง



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(2)
Abstract	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(9)
1. บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์	5
1.5 สมมติฐานการวิจัย	5
1.6 กรอบแนวความคิด	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	8
2.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	39
3. วิธีดำเนินการวิจัย	43
3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
3.2 วิธีการวิจัย	49
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล	51
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	52
4.2 อภิปรายผล	75

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5. สรุปผล และข้อเสนอแนะ	80
5.1 สรุปผล	80
5.2 ข้อเสนอแนะ	87
เอกสารอ้างอิง	88
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	93
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	104



สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 2.1	จำนวนพลังงานที่ผู้สูงอายุต้องการต่อวัน	24
ตารางที่ 2.2	ปริมาณโปรตีนโดยเฉลี่ยในอาหารที่มาจากสัตว์ พืช ต่อ 100 กรัม	25
ตารางที่ 2.3	ปริมาณไขมันในอาหารบางชนิด	26
ตารางที่ 2.4	ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่มีในอาหารบางชนิด	27
ตารางที่ 2.5	ปริมาณวิตามินเอในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม	29
ตารางที่ 2.6	ปริมาณวิตามินดีในน้ำมันตับปลาและอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม	30
ตารางที่ 2.7	ปริมาณวิตามินบีหนึ่งในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม	31
ตารางที่ 2.8	ปริมาณวิตามินบีสองในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม	32
ตารางที่ 2.9	ปริมาณวิตามินบีหกในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม	33
ตารางที่ 2.10	ปริมาณวิตามินบีสิบสองในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม	34
ตารางที่ 2.11	ปริมาณวิตามินซีในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม	35
ตารางที่ 4.1	ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	52
ตารางที่ 4.2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม	56
ตารางที่ 4.3	ค่าร้อยละการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ	59
ตารางที่ 4.4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ 60	
ตารางที่ 4.5	จำนวนและร้อยละ การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ และความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ	61

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละ การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	62
ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	63
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ	64
ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละ ความรู้ทางด้านโภชนาการ	66
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	66
ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย	67
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย	66
ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทางกาย	68
ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย	69
ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับความรู้ทางด้าน โภชนาการ	69
ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้ทางด้าน โภชนาการ	70
ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้ทางด้าน โภชนาการ	71
ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้ทางด้าน โภชนาการ	72
ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหาร ของผู้สูงอายุ	72
ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	73

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรม	
ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	73
ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรม	
ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	74



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางด้านสาธารณสุขทำให้การรักษาและควบคุมโรคต่างๆดีขึ้น พบว่าประชาชนมีอายุยืนยาวกว่าเดิมและมีแนวโน้มของการเพิ่มประชากรสูงอายุ ในประเทศไทย มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนและอัตราส่วนต่อประชากรในวัยอื่น โดยประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปี หรือมากกว่า) มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.21 ล้านคนในปีพ.ศ.2503 ไปเป็น 4.5-5.7 ล้าน คนในปี พ.ศ.2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 6.8-7.6 และ 11 ล้านคนในปีพ.ศ.2553 และพ.ศ.2563 (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) การเพิ่มประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวทำให้ ความต้องการ การดูแลเอาใจใส่ในเรื่อง สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุมีความจำเป็นมากขึ้น เพื่อ ป้องกันปัญหาภาวะทุพพลภาพระยะยาว

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตสังคม รวมทั้งมักจะมีโรคเรื้อรัง ประจำตัว ดังนั้นจึงต้องการการดูแลสุขภาพมากขึ้นกว่าวัยผู้ใหญ่ ที่สำคัญต่อสุขภาพอย่างหนึ่ง คือ การดูแลตนเองด้านโภชนาการให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมมีคุณค่า ถูกสัดส่วนตามหลักโภชนาการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ไม่ขาด ไม่เกิน สะอาด และปลอดภัย เป็นพื้นฐานที่ สำคัญของการมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ไม่เกิดโรคโภชนาการ มีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคอื่นๆได้ดี อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ได้แก่ความสามารถในการรับกลืนรส ลดลง การเคี้ยวและการกลืนลำบาก การย่อยและการดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง (อรุณี, 2539)

สมรรถภาพสมองเสื่อมลง (นิพนธ์ และคณะ , 2537) มีปัญหาในการเคลื่อนไหวที่ช้าลง และการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคม ได้แก่ การเกษียณจากงาน คู่ครองและเพื่อนวัยเดียวกันเสียชีวิต บุตรสมรสและแยกครอบครัวไป ถูกทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว และเกิดปัญหาสุขภาพจิต คือภาวะซึมเศร้า (นิพนธ์ และคณะ, 2537) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการลดน้อยลง มีโอกาสที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลตนเองด้านโภชนาการในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการซึ่งจะทำให้ร่างกายเสื่อมเร็ว (สุภาพ , 2538)

สำหรับประเทศไทย แม้ปัญหาสมองเสื่อมจะไม่ใช่ปรากฏการณ์ใหม่และไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน แต่จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในปีพ.ศ.2560 ภาวะสมองเสื่อมจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอันดับสอง รองจากโรคหัวใจขาดเลือด (เอกอุมา , 2543) เป็นปัญหาที่พบบ่อยและได้รับความสนใจอย่างมากในผู้สูงอายุและพบว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มแรกหรือระดับที่ไม่รุนแรงร้อยละ 10 ระดับรุนแรงร้อยละ 5 ส่วนผู้ที่อายุ 80 ปีขึ้นไป จะพบภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นจนถึงร้อยละ 20 – 40 โดยเป็นสมองเสื่อมระดับรุนแรงร้อยละ 20 และจะพบภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้นเป็นร้อยละ 25 – 50 ในผู้ที่อายุ 85 ปีขึ้นไป (ชูดิมา , 2544) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือกลุ่มอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากหน้าที่การทำงานของสมองโดยทั่วๆ ไปเสื่อมลง อาจเนื่องมาจากการเสื่อมของสมองตามวัย โรคของเซลล์เนื้อสมอง โรคทางกายอื่นๆที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่างๆ โรคทางเมตาบอลิซึม โรคจากสารพิษและยา เป็นต้น (นิพนธ์ และคณะ , 2537) อย่างไรก็ตามนั้นความสำคัญของการดูแลตนเองด้านโภชนาการนั้น มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุมากที่สุด รองจากการฝึกฝนความจำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นวิธีที่หนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความจำดีขึ้น ดังนั้นเพื่อป้องกันยับยั้งการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และภาวะสมองเสื่อมในระยะยาว หรือภาวะทุพพลภาพระยะยาว นั้นผู้สูงอายุควรได้รับคุณค่าสารอาหารที่เพียงพอ ซึ่งจะมีผลต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะสมอง อันเป็นสิ่งที่ควบคุมการทำงานต่างๆของร่างกายทั้งหมด

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ นั้นผู้วิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวกับ ความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม หรือไม่อย่างไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการอย่างไร และศึกษาว่าการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ นั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือไม่อย่างไร โดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับกลางถึงค่อนข้างต่ำ ซึ่งโดยสถานะทางสังคมทั่วไปของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประชากรนั้น ร้อยละ 81.1 อาศัยอยู่ในเขตชนบท (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มเป้าหมายที่ชุมชนผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ในขณะที่เดียวกันนั้นความแตกต่างในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานนั้น และสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่นั้นเป็นสิ่งที่มอิทธิต่อความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
2. เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาขอบเขตประชากร และขอบเขตเนื้อหา ความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ดังนี้

1.3.1 ขอบเขตประชากร กลุ่มตัวอย่างศึกษาจากผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 122 คน ที่มารับบริการสาธารณสุข ณ สถานีอนามัยประจำตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีการรับรู้และมีสติอยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณาจากคะแนนสมรรถภาพสมองที่ทดสอบ โดยการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่นำมาศึกษา ทดสอบแล้วได้คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน

1.3.2 ขอบเขตเนื้อหา

เพื่อศึกษารูปแบบการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ โดยใช้ประเมินจากการสัมภาษณ์แบบวัดการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ให้ผู้สูงอายุประเมินความถี่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อวัดการปฏิบัติตนเองที่จำเป็นด้านโภชนาการเช่น ความรู้ทางด้านโภชนาการ ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

1.4 นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ผู้สูงอายุริเริ่มกระทำอย่างตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อที่จะรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน

การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง ความคิดและความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพร่างกายของตนเองในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจนถึงเวลาขณะเก็บข้อมูล

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติทางระบบประสาทและทางจิต ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองเสื่อมลง แสดงออกในรูปแบบของการสูญเสียความสามารถในด้านความจำ ทั้งการจดจำและการระลึกได้

ความรู้ด้านโภชนาการ หมายถึง ความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหารหลัก 5 หมู่ที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน รวมทั้งปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยง

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมอาหารทุกประเภท ได้แก่ เนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผัก ผลไม้ และน้ำดื่ม รวมทั้งการกระทำที่เป็นกิจนิสัยซึ่งผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและเป็นปกติในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร

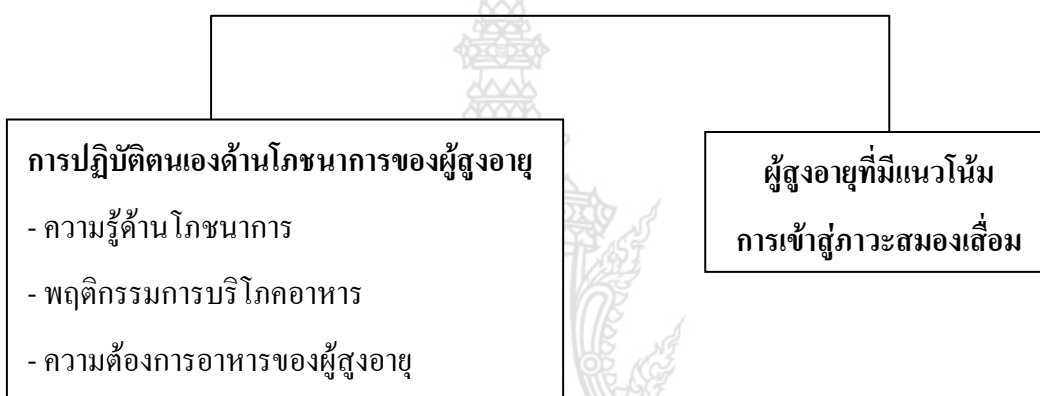
Thai Mini-Mental State Examination (TMSE) ได้ดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ (1975) ประกอบด้วย 6 ข้อ คำถาม คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Language และ Recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนน TMSE ต่ำกว่า 23 ถือว่าผิดปกติ

1.5 สมมติฐานการวิจัย

ความรู้และการปฏิบัติตนเองด้าน โภชนาการของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ กับแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม

1.6 กรอบแนวความคิด

จากกรอบแนวความคิดสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ตัวแปรต้น

การปฏิบัติตนเองด้าน โภชนาการของผู้สูงอายุ

- ความรู้ด้าน โภชนาการ
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
- ความต้องการอาหารของผู้สูงอายุ

2. ตัวแปรตาม

ผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริม ช่วยเหลือ ในด้านการปฏิบัติตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดีเป็นการส่งผลทำให้ช่วยยับยั้งการเกิดภาวะสมองเสื่อมที่อาจเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลทำให้สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต

2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานที่อาจสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆทางด้านโภชนาการ อันเป็นสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ กับภาวะสมองเสื่อมในประเด็นอื่นๆ ต่อไป





บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ และสรุปสาระสำคัญเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

- 2.1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุและ การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
- 2.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมและ สาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อม
- 2.1.3 การปฏิบัติตนเองด้าน โภชนาการและ ปัจจัยความรู้ด้าน โภชนาการของผู้สูงอายุ
- 2.1.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

2.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ

ปัจจุบันยังไม่พบทฤษฎีเกี่ยวข้องกับ ความสูงอายุทฤษฎีใด ที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของความสูงอายุได้ชัดเจนเพียงทฤษฎีเดียว จึงมีการนำทฤษฎีหลายทฤษฎีมาอธิบายปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการของความสูงอายุที่สัมพันธ์กัน ดังนี้ อ้างถึง โดย (วราภรณ์, 2540)

2.1.1.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการทางชีววิทยา สรีรวิทยาและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตในวัยสูงอายุ ได้แก่

(1) ทฤษฎีเซลล์ (cell theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในกระบวนการสูงอายุ เซลล์ซึ่งมีการสร้างขึ้นใหม่ตลอดเวลา นั้น อาจไม่ทำหน้าที่ตามที่ควรจะเป็น หรือมีประสิทธิภาพน้อยกว่า เซลล์ที่ตายแล้ว หรือเซลล์เก่าที่ถูกเซลล์ทดแทน สำหรับเซลล์ที่ไม่มีการ สร้างเซลล์ใหม่จะมีการ ถูกทำลาย ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในระบบนั้นลดลง

(2) ทฤษฎีการถูกกำหนด (programming aging theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า กระบวนการสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการของระบบต่างๆ ของร่างกายไปแล้วตามเวลาที่เปลี่ยนไปตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะถูกกำหนดไว้ในยีนส์ เรียบร้อยแล้ว ซึ่งแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน

(3) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (somatic mutation theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในระยะการแบ่งตัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ อาจมีความผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของดีเอ็นเอ (deoxylibonucleic acid : DNA) ทำให้การทำงานของเซลล์และอวัยวะต่างๆ ของร่างกายบกพร่อง หรือมีประสิทธิภาพลดลง

a. ทฤษฎีโมเลกุล (molecyalar theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าสาเหตุของความสูงอายุ เกิดจากมีการถ่ายทอดดีเอ็นเอที่เปลี่ยนไปจากเซลล์ปกติ ทำให้เซลล์ใหม่แตกต่างไปจากเซลล์เดิม และทำหน้าที่เปลี่ยนไป

b. ทฤษฎีคอลลาเจน (collagen theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน และไฟบรัสโปรตีน จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการยึดเกาะแน่น ทำให้เส้นใยนั้นหดสั้นเข้า ขาดความยืดหยุ่น เซลล์ไม่สามารถขนส่งหรือขับถ่ายของเสียได้สะดวก เป็นสภาพเสื่อมลง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

c. ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเสื่อมสลายของเซลล์ในร่างกาย เกิดจากการสะสมของสารประกอบทางเคมี ที่เกิดขึ้นจากปฏิกิริยาทางเคมีขั้นสุดท้ายของออกซิเจนภายในเซลล์ จึงเกิดการทำลายผนังเซลล์ได้ง่าย ทำให้มีคอลลาเจนและอีลาสตินเกิดขึ้นเป็นจำนวนมากจนเนื้อเยื่อเสียความยืดหยุ่นไป

d. ทฤษฎีความเสื่อมถอย (wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการที่มีลักษณะกลไกคล้ายเครื่องยนต์ เมื่อเซลล์ทำงานไปเป็นเวลานาน ย่อมต้องหย่อนสมรรถภาพ โดยมีความเครียดเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของการเสื่อมและการถดถอย

e. ทฤษฎีทำลายตนเอง (autoimmune theory) เป็นทฤษฎีที่ว่าด้วย ปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันในร่างกาย ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุ เกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง

ขณะเดียวกันร่างกายจะมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเอง ซึ่งเป็นผลให้เกิดการทำลายตนเอง ทำลายเซลล์ของร่างกาย

f. ทฤษฎีทางสรีรวิทยา (physiological theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าไฮโปทาลามัส ซึ่งอยู่ในสมองทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่อมไร้ท่อทั่วร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ทั้งร่างกายเสื่อมลง

2.1.1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ มี 2 ทฤษฎี คือ

g. ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (intelligence theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังมีสติปัญญาดี และคงเป็นผู้มีวิจรรณญาณที่ดีอยู่ได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

h. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (personality theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์อยู่ที่ภูมิลำเนา และการพัฒนาจิตใจ และจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ปัจจัยแวดล้อม และประสบการณ์ในอดีต ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพแตกต่างกันออกไป

2.1.1.3 ทฤษฎีทางสังคม เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ ผู้สูงอายุต้องมีสถานการณ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี คือ

i. ทฤษฎีการถดถอยออกจากสังคม (disengagement theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการค่อยๆ ถอยออกจากสังคมทีละน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทไปจากเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัว มาเป็นผู้อาศัย หรือเป็นเพียงที่ปรึกษา ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง ทำให้คนส่วนใหญ่มองผู้สูงอายุว่า มีความสามารถในการทำงานลดลง

j. ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ จะช่วยรักษาสุขภาพ และบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ และผู้สูงอายุที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจะต้องเป็นผู้ดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้ โดยไม่ทำตัวออกห่างจากสังคม

k. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตของแต่ละ

ละคน เช่น ผู้สูงอายุเคยมีบทบาททางสังคม จะมีความสุขเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมนมาก่อน ก็จะมีความสุขในการแยกตัวเองในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป กล่าวกันว่ากระบวนการความชราจะเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา คือ ร่างกายจะเจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ จนเมื่อเติบโตเต็มที่แล้ว การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะเป็นไปในทางเสื่อมลงมากกว่าจะเสริมสร้างความชราเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ซึ่งไม่ใช่โรคแต่เป็นไปตามวัย และการปฏิบัติตนของแต่ละคน ความเจ็บป่วยก็มีผลทำให้กระบวนการชราเกิดขึ้นได้เร็วขึ้น ดังที่เรียกกันว่า “แก่เพราะโรคหรือแก่ก่อนวัย” ตรงกันข้ามคนที่ดูแลสุขภาพและรับประทานอาหารเหมาะสมตลอดเวลา จะลดปัญหาการเจ็บป่วยและชะลอความแก่ไว้ได้นาน และไม่มีโรคภัยมาเบียดเบียน ตามธรรมชาติคนเราเมื่อแก่ตัวลงจะมีผลทำให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำงานด้อยลงคือ ประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการมองเห็น การรับรส กลิ่น เสียง และสัมผัสด้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนหนุ่มสาว ทำให้ความอยากอาหารในวัยสูงอายุลดลงด้วย โดยอ้างถึง (วราภรณ์ , 2540)

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่เสื่อมลง เช่น

1.1 การสูญเสียฟัน ฟันสึกกร่อนและหักทำให้เคี้ยวอาหารลำบากเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด กินได้แต่อาหารนุ่ม ๆ ไม่มีกาก เช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล ทำให้น้ำหนักเพิ่มได้ง่าย

1.2 กลืนอาหารลำบาก เนื่องจากต่อมน้ำลายหลังน้ำลายได้น้อยลง ทำให้ไม่มีความชื้นในปาก ไม่มีเมือกหล่อลื่นอาหาร กล้ามเนื้อควบคุมการกลืนทำงานน้อยลง กลืนอาหารแห่งลำบาก ลำบากบ่อย

1.3 ความสามารถในการรับรสและกลิ่นลดลง เมื่ออายุมากขึ้นปุ่มรับรสที่ลิ้นและความสามารถในการรับ รสของผู้สูงอายุลดลง แต่ความสามารถในการรับ ความหวานยังคงอยู่ ผู้สูงอายุมักชอบอาหารที่มีรสหวาน

1.4 น้าย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง อาหารที่ย่อยไม่ได้ จะเกิดการหมักหมมในลำไส้ ทำให้เกิดอาการท้องอืดมีแก๊สแน่น จุกเสียด

1.5 การเปลี่ยนแปลงทางสายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาวัว เลนส์หรือกระจกตาขุ่น อาจเกิดต่อกระจก การมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารและปรุงด้วยตนเองได้ หรือกินอาหารที่ขึ้นรา สกปรก เพราะมองไม่เห็น นอกจากความเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้วยังมีความเสื่อมอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อกรกินอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานของสมองเสื่อมลงทำให้ความรู้สึกรู้สึก การเคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี มือสั่น ตักอาหารลำบาก บางคนหลงลืม ในเรื่องการกินอาหาร

ความแก่มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการหลายประการคือ (ชลธิชา, 2539)

- การทำงานของประสาททั้ง 5 ค่อยลง เมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของประสาทที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง เห็น รส กลิ่น เสียงและการสัมผัสจะค่อยลง การมีสายตาไม่ดีทำให้การเลือกซื้อและการปรุงอาหารขาดประสิทธิภาพ เมื่อประสาทกลืนทำงานได้ไม่ดี ก็มีผลทำให้ความสุขในการกินอาหารน้อยลงและอาจกินของบูดเน่าได้เมื่อการรับรู้รสค่อยลงจะทำความความอยากอาหารลดลง

- การทำงานของระบบทางเดินอาหารค่อยลง ผู้สูงอายุมักเป็นโรคฟันผุหรือไม่มีฟันทั้งปาก ต่อมน้ำลายหลั่งน้ำลายน้อยลง ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้การบดเคี้ยวอาหารภายในปากเป็นไปได้ไม่ดี เมื่ออาหารผ่านถึงการเพาะและลำไส้เล็กก็ประสบปัญหาการย่อยและการดูดซึมอีกเพราะน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กมีน้อยลง อาหารที่ย่อยไม่ได้นี้เมื่อผ่านถึงลำไส้ใหญ่จะถูกเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ใหญ่ย่อยแทน และปล่อยก๊าซออกมาทำให้เกิดอาการแน่นท้องและท้องอืดได้ นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้สูงอายุมีน้อยกว่าคนหนุ่มสาวทำให้เกิดอาการท้องผูก

- การทำงานของระบบไหลเวียนและไตค่อยลง ปริมาณเลือดสูบน้ำออกจากหัวใจของผู้สูงอายุน้อยกว่าคนหนุ่มสาว ในขณะที่เดียวกันหลอดเลือดมีคุณสมบัติยืดหยุ่นตัวน้อยลงทำให้แรงต้านส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง

- ประสิทธิภาพการทำงานของไตในผู้สูงอายุน้อยลง เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไตลดลงและจำนวน nephron ลดลง ทำให้การกำจัดของเสียต่าง ๆ รวมทั้งของเสียจากโปรตีนเป็นไปได้ไม่ดี การดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการกำจัดของเสียทางไตเป็นไปได้ดีขึ้น

- ประสิทธิภาพการเผาผลาญกลูโคสลดลง ผู้สูงอายุเผาผลาญกลูโคสได้น้อยกว่าคนหนุ่มสาว ที่เป็นเช่นนี้อาจเกิดจากตับอ่อนหลั่งอินซูลินได้น้อยลงหรือเนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานจึงเพิ่มขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

- อุปสรรคทางกาย ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้กระฉับกระเฉงเหมือนคนหนุ่มสาว ทั้งนี้เพราะสายตาไม่ดีและโรคทางกายบางอย่าง เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวของ

ร่างกาย เช่น โรคข้อเข่าอักเสบ ผู้สูงอายุประเภทนี้จึงไม่สามารถซื้อและปรุงอาหารได้ด้วยตนเอง ถ้าหากไม่มีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือ ย่อมเสี่ยงต่อการเป็นโรคขาดสารอาหาร อนึ่งการที่ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อย ยังมีผลทำให้การใช้สารอาหาร เพื่อการสร้างเสริมภายในร่างกายเป็นไปได้ น้อยลง

- ปัญหาทางจิตใจ ผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า มักมีอาการเบื่ออาหารถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็เกิดโรคขาดสารอาหารได้

- ฐานะการเงิน ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่พอกับการยังชีพ เงินทองที่มีไว้ซื้ออาหาร ย่อมไม่เพียงพอ ทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ได้

สถานะโภชนาการ (Nutritional status)

จินต์ จรุงนฤกษ์ (2540) กล่าวว่าสถานะโภชนาการ เป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงความเสื่อม หรือ ความสมบูรณ์ในด้านสุขภาพและชีวิตของคน ที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคอาหาร บุคคลหรือชนกลุ่มใดจะมีสุขภาพความเป็นอยู่ดี เลวอย่างไร ก็อาจวินิจฉัยได้จากสถานะการของบุคคลนั้น

คนเราจะมีสถานะโภชนาการที่เหมาะสม (Adequate Nutritional Status) ได้ก็ต้องขึ้นอยู่กับ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Adequate diet) คือมีสารอาหารที่บำรุงร่างกายครบถ้วน ถูก ส่วนและเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หากบริโภคอาหารน้อยกว่าความต้องการของ ร่างกาย ขาดสารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ก็จะเกิดสถานะที่เรียกว่าโภชนาการ หากบริโภคอาหารมากกว่าความต้องการของร่างกายก็จะเกิดสถานะ โภชนาการเกิน (Over- Nutritional) ทั้งสองสถานะนี้ เรียกว่า ทุพโภชนาการ (Malnutrition)

ทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ

เช่นเดียวกับวัยอื่นๆ ปัญหาโภชนาการที่พบในผู้สูงอายุนั้น อาจเป็นแบบโรคขาด สารอาหารหรือโรคโภชนาการเกิน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับที่ได้รับอาหารน้อยหรือมาก

- โรคขาดสารอาหาร การได้รับโปรตีนและพลังงานไม่เพียงพอจะทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรค ขาดโปรตีนและพลังงาน นอกจากนี้เมื่อได้รับโปรตีนและพลังงานไม่เพียงพอยังทำให้เสี่ยงต่อ การเป็นโรคขาดวิตามินชนิดต่างๆ เพราะอาหารที่ให้โปรตีน มักเป็นแหล่งที่ให้วิตามินที่ดีด้วย โรคขาดวิตามินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ โรคเหน็บชา โรคขาดวิตามินบีสอง โรคขาดโฟลาซิน โรคขาดวิตามินเอและวิตามินเค สำหรับโรคขาดเกลือแร่ที่พบบ่อยคือ โรคโลหิตจางเนื่องจากขาด ธาตุเหล็กและโรคกระดูกพรุนเนื่องจากขาดแคลเซียม

- โรคโภชนาการเกิน ผู้ที่มีฐานะความเป็นอยู่ แต่ขาดการเอาใจใส่ต่อการบริโภคอาหาร ที่ถูกหลักโภชนาการย่อมเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วน ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูงภาวะกรดยูริกสูงในเลือด โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย เราอาจหยุดพักอย่างอื่นได้แต่เราจะหยุดพักการกินไม่ได้ ร่างกายจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่ครบ และถูกส่วนตามที่ต้องการเสมอ ผู้ที่กินอาหารไม่ถูกต้อง ร่างกายมักอ่อนแอเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้ที่กินอาหารถูกต้อง โดยเฉพาะในเวลาที่ร่างกายกำลังอยู่ในวัยที่ทรุดโทรมได้ง่าย ถึงแม้เมื่อเจ็บป่วยแต่ถ้าเป็นผู้มีภาวะโภชนาการดี คือกินอาหารครบถูกส่วนก็ฟื้นตัวได้ง่ายกว่าคนที่อยู่ในสภาพทรุดโทรม ผู้มีอายุมีความโน้มเอียงที่จะถูกเบียดเบียนด้วยโรคร้ายไข้เจ็บอยู่แล้วจึงควรจะรักษาตัวให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงไว้ จะช่วยให้มีอายุยืนอย่างมีความสุข ไม่ใช่อายุยืนอย่างเจ็บไข้ (จินต์, 2540)

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจาก

2.1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ความเจ็บป่วย การเสื่อมของส่วนต่าง ๆ ในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล กัดดันทางอารมณ์

2.2 การเปลี่ยนทางด้านสังคมได้แก่

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่อครบอายุ 60 ปี ต้องออกจากงานการสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว

2.2.2 การถูกทอดทิ้ง สภาพสังคมในปัจจุบัน คนหนุ่มสาวต้องหางานทำ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง ลูกหลานไม่มีเวลาเอาใจใส่

2.2.3 ความเคารพเชื่อถือน้อยลง ความส่วนใหญ่่มักมองว่าผู้สูงอายุมีความสามารถน้อยลง ทำให้ความเคารพนับถือในฐานะที่มีประสบการณ์เปลี่ยนไป เด็กไม่ให้ความเคารพผู้ใหญ่เหมือนเช่นเคย

2.2.4 การสูญเสียชีวิตของกลุ่มสมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน
การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมนี้อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าความเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ถ้าไม่มีการเอาใจใส่เป็นเวลานานจะเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางโภชนาการใน ผู้สูงอายุได้

2.1.2 เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ชูดิมา สืบวงศ์ลี (2544) ภาวะสมองเสื่อม เป็นความผิดปกติทางจิตที่รวมการเสื่อมหน้าที่ในส่วนของการรู้คิดหาเหตุผลและความจำไว้ด้วยกันและมีความบกพร่องในลักษณะของพฤติกรรมโดยอาการและอาการแสดงที่ปรากฏเป็นผลมาจากการทำลายสมองในส่วนต่าง ๆ และอาการที่แสดงออกมานั้นจะรุนแรงจนสามารถเป็นเหตุให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงานการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและการเข้าสังคม

นิพนธ์ พวงวรินทร์ (2541) ได้กล่าวถึงความหมายของภาวะสมองเสื่อมว่าหมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทและอาการทางจิตที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของสมองที่เกิดขึ้นภายหลังอย่างเรื้อรัง โดยมีการสูญเสียทั้งด้านความเฉลียวฉลาด ความจำและบุคลิกภาพอารมณ์และความนึกคิด โดยที่ไม่มีความผิดปกติในด้านระดับความรู้สึกตัวและอาการต่าง ๆ เหล่านี้จะเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับ

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

ชูดิมา สืบวงศ์ลี (2544) เพื่อให้การวินิจฉัยกลุ่มอาการสมองเสื่อมเป็นไปในมาตรฐานเดียวกัน ทางสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association : APA) ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมไว้ใน DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition) ซึ่งเกณฑ์นี้จะเน้นถึงอาการสมองเสื่อมที่เป็นโรคทางกาย และที่มีพยาธิสภาพเป็นแบบกระจัดกระจาย โดยมีลักษณะอาการที่สำคัญดังนี้

1. มีความบกพร่องของการทำงานของสมอง ที่เกี่ยวกับสติปัญญาความเฉลียวฉลาดหลาย ๆ ด้าน ซึ่งความบกพร่องนี้จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่

1.1 ความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือลืมสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้และจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสูญเสียทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีต อาจจะมีสิ่งของที่สำคัญ เช่น กระเป๋าตังค์ กุญแจ ลืมอาหารที่กำลังปรุงค้ำงไว้บนเตา ลืมเพื่อนบ้านที่ไม่ค่อยสนิทคุ้นเคย ในระยะต่อมา การสูญเสียความจำจะรุนแรงมากขึ้นจนลืมอาชีพการงานของตน ลืมประวัติการศึกษา วันเกิด สมาชิกในครอบครัว และบางครั้งอาจจะลืมแม้กระทั่งชื่อของตนเอง

1.2 มีความผิดปกติในด้านปัญญาอย่างน้อย 1 อย่างในกลุ่มอาการดังนี้

1.2.1 มีความผิดปกติด้านการใช้ภาษา อาจแสดงให้เห็นถึงความลำบากในการเรียกชื่อคนหรือสิ่งของ คำพูดอาจจะคลุมเครือหรือไม่มีความหมาย พูดเป็นถ้อยคำที่ยาว อ้อมค้อม วกวนอาจไม่เข้าใจคำพูดของตน สับสนในการเขียนภาษา และพูดจาซ้ำซาก ในระยะต่อมาผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนพูดไม่ได้ หรือรูปแบบของคำพูดผิดปกติเช่น พูดตามเสียงที่ได้ยิน (echolalia) เปล่งเสียงหรือพูดคำซ้ำ ๆ เร็วขึ้นเรื่อย ๆ (palilalia)

1.2.2 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยที่การรับรู้ความเข้าใจ และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อยังเป็นปกติ (apraxia) ผู้ป่วยจะเข้าใจคำสั่งแต่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้แม้จะเป็นกิจกรรมง่ายๆ เช่น การหิวผม การโบกมือเพื่อรำลา เป็นต้น ความบกพร่องในด้านนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การหิวผม การประกอบอาหาร การแต่งตัว และไม่สามารถวาดรูปต่าง ๆ ได้

1.2.3 ไม่สามารถจำหรือแยกแยะสิ่งของต่าง ๆ แม้จะมีประสาทสัมผัสรับรู้ที่ปกติ (agnosia) คือผู้ป่วยสามารถเห็นหรือได้ยิน แต่ไม่สามารถรับรู้หรือจำแนกได้ว่าเป็นอะไร เช่น ไม่สามารถบอกได้ว่าสิ่งนั้นคือ แก้วน้ำ ดินสอ เป็นต้น ในระยะต่อมาผู้ป่วยอาจจะจำสมาชิกในครอบครัวของตนเองไม่ได้ หรือแม้กระทั่งไม่สามารถจำเงาสะท้อนของตนเองจากกระจกได้ ในทำนองเดียวกันในขณะที่ประสาทสัมผัสทางผิวหนังเป็นปกติ แต่ผู้ป่วยก็ไม่สามารถแยกแยะได้ว่า วัตถุที่กำลังถือไว้ในมือเป็นอะไร เช่น เป็นเหรียญ หรือเป็นกุญแจ

1.2.4 มีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองในระดับที่ซับซ้อนขึ้น ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสมองเสื่อม และอาจจะเกี่ยวกับความผิดปกติของสมองส่วน frontal lobe หรือเกี่ยวกับ subcortical pathway การทำหน้าที่ที่ซับซ้อนจะรวมถึงความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม ต่างๆ ซึ่งความบกพร่องดังกล่าวนี้อาจจะแสดงออกโดยที่ผู้ป่วยมีความลำบากในการเผชิญกับงานที่แปลกใหม่ และพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ซึ่งมีการดำเนินการโดยอาศัยข้อมูลใหม่ๆ และซับซ้อน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงที่ชัดเจนถึงความสามารถที่ลดลงและส่งผลกระทบต่อการกระทำกิจวัตรหน้าที่ประจำวัน

2. เกณฑ์อาการแสดงในข้อ ก. จะต้องมีความรุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการประกอบอาชีพหรือการมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การทำงานต่างๆ การดูแลด้านการเงิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น และความบกพร่องที่เกิดขึ้นนี้จะต้องแสดงให้เห็นถึงระดับความสามารถที่ลดลงจากระดับเดิมอย่างชัดเจน

จากเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวข้างต้น หากพบอาการแสดงของข้อ ก. และ ข. ปรากฏอยู่ในระยะเพื่อสับสน (delirium) แล้ว จะไม่วินิจฉัยว่าผู้นั้นมีภาวะสมองเสื่อมแต่อย่างใดก็ตามในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่แล้วอาจจะพบภาวะเพื่อสับสนร่วมด้วยเป็นครั้งคราว ซึ่งผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกร่วมด้วยเสมอ

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

การจัดแบ่งชนิดหรือกลุ่มอาการของภาวะสมองเสื่อมทำได้หลายแบบ ดังนี้ (กัมมันต์, 2543)

1. จำแนกตามสาเหตุการเกิด ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 Primary dementia เกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์สมอง ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพิกค์ โรคฮันติงตัน เป็นต้น

1.2 Secondary dementia เกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่าง ๆ โรคทางเมตาโบลิซึม โรคจากสารพิษและยา เป็นต้น

2. การจำแนกตามลักษณะทางคลินิก ซึ่งแบ่งตามส่วนของสมองที่มีพยาธิสภาพได้แก่

2.1 Cortical dementia มักมีอาการคล้ายกับรอยโรคในเปลือกสมอง (cerebral cortex) ที่เป็นเฉพาะที่ โดยเฉพาะในระยะแรก ๆ ของโรค เช่น อาการผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา สมองเสื่อมไป ความจำเสื่อมทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำในอดีต เรียกชื่อสิ่งของไม่ถูก และทำอะไรไม่ถูกขั้นตอน นอกจากนี้จะมีความผิดปกติเกี่ยวกับการจำทิศทาง และความสามารถในการทำงาน การแต่งตัวเสียไป และไม่สามารถจดจำสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม บางครั้งอาจระงับอารมณ์ไม่อยู่ ในระยะท้ายของโรค อาจมีความผิดปกติของการเดิน ความตึงตัวของกล้ามเนื้อพืดไม่ชัดหรือพืดไม่ได้และมีความผิดปกติอื่นๆ ทางระบบประสาท โรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ โรคพิกค์

2.2 Subcortical dementia จะมีลักษณะการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองที่ค่อนข้างกระจัดกระจายกว่า cortical dementia และการสูญเสียการทำงานของเปลือกสมองมักจะไม่รุนแรง ส่วนใหญ่มักจะแสดงออกมาในรูปของการกระทำที่เชื่องช้าลง ความคิดความอ่านไม่ฉับไว ความตั้งใจลดลง หลงลืมง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึ่งลักษณะที่เด่นมากในสมองเสื่อมชนิดนี้คือ ความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้าลง (bradykinesia) พืดช้าลงพืดไม่ชัด (dysarthria) มีการเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น การเคลื่อนไหวบิดไปมาโดยควบคุม

ไม่ได้ (choreoathetosis) และความผิดปกติอื่น ๆ ทางระบบประสาทในระยะแรก ๆ ของโรค ซึ่งโรคในกลุ่มนี้ได้แก่ โรคพาร์กินสัน โรคน้ำคั่งโพรงสมอง(Normal pressure hydrocephalus) เป็นต้น

นอกจากนี้การแบ่งชนิดของภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวแล้ว สมาคมจิตแพทย์อเมริกันยังได้แบ่งประเภทของภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้หลายประเภทดังนี้ (ชุตินา, 2544)

- (1) สมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์
- (2) สมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง
- (3) สมองเสื่อมจากโรคติดเชื้อ เอชไอวี
- (4) สมองเสื่อมจากการบาดเจ็บทางศีรษะ
- (5) สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน
- (6) สมองเสื่อมจากโรคฮันติงตัน
- (7) สมองเสื่อมจากโรคพิกค์
- (8) สมองเสื่อมจากโรคครอยท์เฟลท์-จาคอบ (Cretzfeldt-jakob Disease)
- (9) สมองเสื่อมที่เกิดจากยาชนิดต่าง ๆ
- (10) สมองเสื่อมจากสารหรือวัตถุต่าง ๆ
- (11) สมองเสื่อมจากหลาย ๆ สาเหตุร่วมกัน
- (12) สมองเสื่อมจากสาเหตุอื่น ๆ

สาเหตุของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ พบได้มากที่สุดร้อยละ 50-60 รองลงมาคือสาเหตุจากหลอดเลือดสมองพบได้ร้อยละ 10-30 นอกจากนี้ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์ เมื่อผ่าศพพิสูจน์แล้วพบว่าประมาณร้อยละ 15-20 จะมีสาเหตุร่วมกันของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งรายละเอียดของสมองเสื่อมทั้ง 2 ประเภทมีดังนี้

ก. Dementia of the Alzheimer's Type: DAT

โรคอัลไซเมอร์ถูกค้นพบโดย Alois Alzheimer ชาวเยอรมัน ในปี ค.ศ. 1907 โดยการตรวจสอบสมองในผู้ป่วยที่มีประวัติสมองเสื่อมและเสียชีวิตลง ในการตรวจได้ค้นพบ neurofibrillary tangle และ neuritic plaque ในสมอง ซึ่งจะพบมาในสมองส่วน ncocortex และ hippocampus เป็นผลให้มีการทำลายและสูญเสียเซลล์ประสาทมีการหลั่งสารสื่อประสาทน้อยลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อในด้านความจำและการเรียนรู้ (นิพนธ์, 2541)

โรคอัลไซเมอร์จะมีลักษณะอาการดังนี้

(1) การสูญเสียความจำ โดยเฉพาะความจำระยะสั้น เป็นอาการสำคัญที่พบในผู้ป่วยทุกรายในระยะแรกจะสังเกตว่าผู้ป่วยลืมง่าย เช่น ลืมชื่อคน ลืมการนัดหมาย ต่อมาจะสูญเสียความจำระยะยาว ลืมเรื่องต่าง ๆ ในอดีต

(2) การสูญเสียความสามารถทางภาษา ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการค้นหาคำพูด ไม่สามารถเขียนถ่ายทอดความคิดของตนเอง ไม่เข้าใจทางด้านวรรณศิลป์ จนในที่สุดจะไม่สามารถพูดได้

(3) มีความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหว โดยที่กล้ามเนื้อแข็งผิดปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีอาการลำบากในการทำงานที่ซับซ้อน

(4) สูญเสียความสามารถในการรับรู้ ไม่รู้จักสิ่งของและคนรอบข้าง และในระยะท้ายผู้ป่วยจะไม่ตระหนักถึงความรักไม่ว่าจะรักผู้อื่นหรือร่างกายของตนเอง

จากการสูญเสียในลักษณะต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่สามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กระวนกระวาย ประสาทหลอน และในระยะท้ายของโรคผู้ป่วยมักกลืนปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ และบางรายมีการชักเกร็ง ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 10-20 ในระยะแรกของอาการสมองเสื่อม ระยะเวลาในการดำเนินโรค 2-20 ปีเฉลี่ยประมาณ 10 ปี และจากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์คือ อายุที่สูงขึ้น ประวัติการหลงลืมในครอบครัวซึ่งอาจมีสาเหตุจากพันธุกรรมและการได้รับบาดเจ็บทางศีรษะ

ข. Vascular dementia

ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองที่พบได้บ่อยคือ สมองเสื่อมจากการตายของเนื้อสมองในหลายๆ ส่วนของสมอง (Multi-infarct dementia : MID) ซึ่งอาจจะพบร่วมกับโรคอัลไซเมอร์ ความผิดปกติต่าง ๆ เกิดขึ้นเนื่องจากการตายของเนื้อสมอง จากการศึกษาย้อนหลังพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและปริมาณรวมทั้งหมดของเนื้อสมองที่ตาย ซึ่งสมองเสื่อมจะเกิดในผู้ป่วยทุกรายที่สมองถูกทำลายไม่มากกว่า 100 มิลลิเมตร ลักษณะอาการจะเริ่มเป็นอย่างรวดเร็วทันทีทันใด และมีการเสื่อมลงเป็นลำดับขั้น อาการความเสื่อมที่สังเกตพบจะสัมพันธ์กับบริเวณที่เนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยง มีอาการและอาการแสดงของระบบประสาทเฉพาะที่ เช่น ความลำบากในการพูด การอ่อนแรงของแขน ขาการเป็นอัมพาต การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เป็นต้น ผู้ป่วยมักมีประวัติความดันโลหิตสูง สโตรคเบาหวาน หัวใจเต้นผิดปกติ และโรคของหลอดเลือดสมอง และพบว่าปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมองคือ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า และการมีระดับไขมันในเลือดสูง ส่วนอาการแสดงของความ

บกพร่องทางปัญญาคืออาการของความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 60 และยังอาจพบอาการหลงผิดหวาดระแวง (delusions) ร่วมด้วยซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดสมอง มักจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 6-8 ปี หลังการวินิจฉัย (ชุตินา : 2544)

2.1.3 การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการสะท้อนถึงภาวะสมดุล พร่อง หรือเกิน ระหว่างความต้องการและการได้รับอาหารของแต่ละบุคคล ดังนั้นการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกัน การศึกษาในชมรมผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับดี ดังการศึกษาของ วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538) ในสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนครสวรรค์และการศึกษาในผู้สูงอายุที่อยู่ตามบ้าน ดังการศึกษาของ มลลณี ชูเนตร (2538) ในผู้สูงอายุที่อำเภอตระการพืชผล อุบลราชธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง จำนวนมื้ออาหาร การเลือกใช้น้ำมันในการปรุงอาหาร การดื่มน้ำ มีการปฏิบัติในเกณฑ์ดี หรือค่อนข้างบ่อย การรับประทานอาหารประเภทโปรตีน ผัก หรือผลไม้ การดื่มเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ เช่น นม หรือ โอวัลติน มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง หรือนานๆครั้ง ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน การดื่มชากาแฟ มีการปฏิบัติอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และในการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวด้านการรับประทานอาหารแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกินและภาวะโภชนาการปกติ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด แตกต่างจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ และเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการดูแลตนเองด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในทางเสื่อมลงตามวัย มีโรคประจำตัวต่างๆ ดังนั้นจึงต้องการดูแลตนเองด้านโภชนาการเพิ่มขึ้น เพื่อคงความสมดุลทางโภชนาการ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะ

โภชนาการของผู้สูงอายุจำนวนมากมีภาวะทุพโภชนาการดังที่กล่าวมาข้างต้น และผลการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสอดคล้องกันคือผู้สูงอายุประเมินว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ดังการศึกษาของ นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ (2534) และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2538) ซึ่งอาจเนื่องมาจากเหตุผลดังนี้

1. การศึกษาเหล่านี้วัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเอเวอร์ส และคณะ ซึ่งเป็นแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง(The appraisal of self-care scales) ซึ่งลักษณะของแบบวัดเป็นค่ามาตราส่วนประมาณค่า โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าข้อความนั้นตรงกับตนเองเพียงใด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพดี เห็นได้จากการมาใช้บริการที่สถานเสริมสุขภาพ และชมรมผู้สูงอายุต่างๆ ดังนั้นจึงประเมินความสามารถของตนเองสูง

2. จากการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเองสูงที่สุด (สุทธิศรี, 2538) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการความเป็นอิสระ ไม่ต้องการพึ่งพา และต้องการแสดงให้ผู้อื่นรู้ว่าตนยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง จึงประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสูง

อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวประเมินความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวม ไม่ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการโดยตรง จึงไม่อาจสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองหรือไม่ เพราะยังคงพบว่าผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีค่าดัชนีความหนาของร่างกายผิดปกติ (นิรนาท, 2534) ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตดังที่พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีความหนาของร่างกาย และอัตราการเกิดโรคต่ำสุดเมื่อค่าดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ระหว่าง 20-25กก./ม แต่เมื่อดัชนีความหนาของร่างกายต่ำกว่า 20 กก./ม. หรืออยู่ระหว่าง 25-27กก./ม. บุคคลมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาสุขภาพมากขึ้น และอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจ ความดันสูง และเบาหวาน จะยิ่งสูงขึ้นเมื่อดัชนีความหนาของร่างกายมากกว่า 27 กก./ม

นิรนาท วิทโยชกติกุล (2534) พบว่า ดัชนีความหนาของร่างกายที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่สูงขึ้น การที่ผู้สูงอายุในการศึกษาดังกล่าวประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง ทำให้มีโอกาสเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากไม่ได้เรียนรู้ ริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญยิ่งต่อภาวะสุขภาพ ดังการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับผิชอบต่อสุขภาพ คือผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าจะสุขภาพดีจะมีความรับผิชอบต่อสุขภาพไม่ดี และพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับผิชอบต่อสุขภาพในระดับต่ำผู้สูงอายุอาจมีการดูแลตนเองบางอย่างที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตละสุขภาพได้ ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง (nontherapeutic self-care) โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ดังการศึกษาที่พบว่าอายุที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร

การที่ผู้สูงอายุประเมินว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ทั่วๆที่มีภาวะทุพโภชนาการนี้ อธิบายได้ด้วยแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวว่า บุคคลจะประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) การตัดสินใจสิ่งใดปกติ สิ่งใดผิดปกติ และทนได้หรือไม่ 3) ความสามารถที่จะเผชิญกับความผิดปกติของโครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของร่างกาย และการประเมินตัดสินใจสุขภาพของแต่ละบุคคลจะมีเกณฑ์มาตรฐานอยู่ 2 เกณฑ์ คือเกณฑ์มาตรฐานของตนเอง และเกณฑ์มาตรฐานของสังคมซึ่งอาจจะเป็นมาตรฐานเดียวกันกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์หรือไม่ก็ได้ ตามปกติผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และความไม่สุขสบาย โดยประเมินว่าสุขภาพไม่ดีเมื่อไม่สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆได้ การประเมินดังกล่าวสะท้อนถึงภาวะความผาสุกโดยทั่วไปของผู้สูงอายุ แต่ไม่น่าจะเป็นการสรุปในเชิงการแพทย์ ดังนั้นจึงควรศึกษาเพื่อพิจารณาความบกพร่องหรือไม่เหมาะสมเฉพาะเรื่อง จะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น (อรุณี, 2539)

ปัจจัยความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ

ความรู้ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เป็นความสามารถในการจำและการบอกข้อเท็จจริงตามเนื้อหาความรู้ด้านอาหารและการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการได้

Haefner & Kirscht อ้างถึงใน(ชลธิชา, 2539) กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นสังเกตเห็นประโยชน์ของการรักษาหรือการป้องกัน ย่อมเป็นผลให้มีความตั้งใจ ที่จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ แสงทอง แห่งมงาม ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัยของประชาชนในชนบทจังหวัดลำปาง พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับบริการสาธารณสุขมากจะมีการใช้บริการสาธารณสุข ด้านการรักษาพยาบาลที่สถานีนามัยมากกว่า ผู้ที่มีความรู้น้อยกว่า

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรม ซิมบาโด ได้อธิบายแนวคิดนี้ว่าเจตคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนเราจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้นั้น คือถ้าใครมีความรู้ดีเจตคติต่อสิ่งนั้นก็จะดีตามไปด้วย และเมื่อเจตคติต่อสิ่งนั้นดีก็จะส่งผลให้ผู้นั้นแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ดีด้วย

ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารเหมือนกับคนวัยอื่นๆ แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ปริมาณสารอาหารที่ผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุควรได้รับจึงแตกต่างกันไป ซึ่งสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับจึงแตกต่างกันไป ซึ่งสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับ ได้แก่

1. พลังงาน ผู้สูงอายุต้องการพลังงานเพื่อทำงานต่าง ๆ น้อยลง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง FAO/WHO เสนอให้ลดพลังงานในอาหารลงร้อยละ 5 ทุก 10 ปี จนถึงอายุ 59 เมื่ออายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานลงร้อยละ 10 เมื่อมีอายุ 70 ปี ขึ้นไปให้ลดลงร้อยละ 20 และกองโภชนาการ กรมอนามัย เสนอให้ลดลงเฉลี่ย 100 แคลอรี ทุก 10 ปี ที่เพิ่มขึ้น (กองโภชนาการ, 2544)

ตารางที่ 2.1 จำนวนพลังงานที่ผู้สูงอายุต้องการต่อวัน

เพศ	อายุ	น้ำหนัก	ส่วนสูง	พลังงานที่ต้องการ
	(ปี)	(กก.)	(ซม.)	(แคลอรีต่อวัน)
ชาย	60 ขึ้นไป	58	166	2250
หญิง	60 ขึ้นไป	50	155	1850

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2544)

2. โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนประมาณวันละ 0.88 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (กองโภชนาการ กรมอนามัย, 2532) และเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ไม่ควรกินอาหารโปรตีนมากเกินไป การได้รับโปรตีนเกินความต้องการของร่างกายจะทำให้พลังงานเก็บสะสมในรูปของไขมันทำให้อ้วนได้ และไต่ยังต้องทำงานหนักขึ้น แต่ถ้าได้รับน้อยเกินไปร่างกายจะสลายโปรตีนจากเนื้อเยื่อต่างๆมาใช้ ทำให้ร่างกายทรุดโทรม มีความต้านทานต่ำ ผู้สูงอายุจึงควรกินเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้งให้เพียงพอทุกวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว และรับประทานไข่วันละไม่เกิน 1 ฟอง เพราะอาหารทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นอาหารที่ให้โปรตีน ที่มีคุณภาพสูง

ตารางที่ 2.2 ปริมาณโปรตีนโดยเฉลี่ยในอาหารที่มาจากสัตว์ พืช ต่อ 100 กรัม

อาหาร	โปรตีน (กรัม/100กรัม)	อาหาร	โปรตีน (กรัม/100กรัม)
จากสัตว์		จากพืช	
น้ำมัน	3.70	ถั่วเหลือง	34.00
นมผง	26.00	ถั่วลิสง	30.00
เนื้อวัว	20.00	ถั่วเขียว	23.00
เนื้อหมู	12.00	ข้าวเจ้าสุก	2.80
เนื้อปลา	25.00	ขนมปังปิ้ง	12.00
เนื้อไก่	24.00	ข้าวโพดต้ม	4.30
เนื้อกุ้ง	20.00	ผักโขบเขียว	1-3
ไข่	20.00	ผลไม้สด	1-2

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

3. **ไขมัน** ในวัยสูงอายุควรกินไขมันจากเนื้อสัตว์ให้น้อยที่สุด ควรใช้น้ำมันพืชประกอบอาหารเช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันสนข้าวโพด ผู้สูงอายุไม่ควรกินไขมันเกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมด ควรใช้ประมาณ 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน (จันทนา :2538) การได้รับไขมันมากจะทำให้อ้วนและเกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคอ้วน โรคปวดข้อเข่า โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

สำหรับโคเลสเตอรอล ถ้ากินอาหารที่มีสารนี้มาก โคเลสเตอรอลจะไปเกาะที่ผนังเส้นเลือดทำให้เป็นโรคเส้นเลือดแข็งเปราะ และโรคหัวใจ ผู้สูงอายุไม่ควรบริโภคอาหารที่มีโคเลสเตอรอลเกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ตารางที่ 2.3 ปริมาณไขมันในอาหารบางชนิด

อาหาร	จากอาหาร 100 กรัม		จากปริมาณอาหารที่บริโภค		
	ไขมัน (กรัม)	โคเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)	ปริมาณอาหาร (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	โคเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)
น้ำมันพืช	100.00	-	1 ชต. (14)	14.00	0
น้ำมันหมู	99.40	95	1 ชต. (14)	14.00	12
เนยเหลว	85.70	250	1 ชต. (14)	12.00	35
เนยเทียม	85.70	0	1 ชต. (14)	12.00	0
ไส้กรอกหมู	30.00	100	(50)	15.00	50
มันฝรั่งทอด	40.00	0	(20)	8.00	0
เนยแข็ง	32.10	99	(30)	9.60	30
เนื้อวัว	14.00	94	(100)	14.00	94
ไข่แดง	32.00	1480	(50)	16.00	740
ไข่ไก่	12.00	504	1 ฟอง(50)	6.00	252
ตับวัวทอด	10.60	438	(100)	10.60	438
ไตวัว	6.70	804	(100)	6.70	804
หัวใจวัว	3.60	274	(100)	3.60	274
นมผง	23.70	109	(100)	26.70	109
นมขาดไขมัน	Trace	2	1 กล่อง(245)	1.00	5
นมสด	3.30	14	1 กล่อง(245)	8.00	3

หมายเหตุ

1 ชต. = 1 ช้อนโต๊ะ

ที่มา: สรรเสริญ (2531)

4. คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด (วินัส, 2545) ควรรับประทานข้าวหรือแป้งซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนวันละ 3-4 ถ้วยตวง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทรายขาว และแป้งขาว เพราะได้ผ่านขบวนการทางเคมีมาหลายขั้นตอนทำให้ไม่มีประโยชน์เหลืออยู่

สำหรับใยอาหาร ซึ่งจัดอยู่ในจำพวกคาร์โบไฮเดรต ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่าใยอาหารมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพ เนื่องจากใยอาหารสามารถลดอัตราการดูดซึมน้ำตาลจากลำไส้ ลดความต้องการอินซูลิน ใช้รักษาและป้องกันภาวะไขมันเลือดสูงโดยใยอาหารไปจับกับโคเลสเตอรอล และช่วยในการขับถ่าย

ตารางที่ 2.4 ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่มีในอาหารบางชนิด

ชื่ออาหาร	ต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม
1. ธัญพืชและผลิตภัณฑ์	
ข้าวเด็ย	81.40
ข้าวเด็ย (สุก)	29.40
ข้าวเหนียว	81.00
ข้าวเหนียวดำ	76.10
ขนมปังชนิดต่างๆ	56-75
ข้าวเจ้าสุก (สุก)	31.20
มักกะโรนี สปาเกตตี้ (สุก)	23.00
บะหมี่ (สุก)	19.00
2. รากและหัวของพืช	
มันเทศต้ม	23.30
มันฝรั่ง	15.30
3. ถั่วเมล็ดแห้ง	
เกาลัดจีน	46.50

ตารางที่ 2.4 (ต่อ) ปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่มีในอาหารบางชนิด

ชื่ออาหาร	ต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม
ถั่วเขียว, ถั่วแดง	70.00
ถั่วดำ	65.00
ถั่วลิสง	17.70
4. น้ำตาล	
น้ำตาลชนิดต่างๆ	95-100

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5. วิตามิน การเลือกรับประทานอาหารอาจมีผลให้ผู้สูงอายุขาดวิตามินได้ วิตามินที่มักทำให้เกิดปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ วิตามินต่าง ๆ ต่อไปนี้

5.1 วิตามินที่ละลายในไขมัน

5.1.1 วิตามินเอ ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเอ เท่ากับในวัยผู้ใหญ่ คือ วันละ 600 ไมโครกรัม RE ในผู้หญิง และ 700 ไมโครกรัม RE ในผู้ชาย วิตามินเอพบมากที่สุดในน้ำมันตับปลา (มีประมาณ 600 ถึง 7,200 I.U ต่อหยด (สรรเสริญ, 2531) นอกจากนี้ยังพบในผัก ผลไม้ โดยเฉพาะที่มีเนื้อสีเหลือง และแดง และผักใบเขียว ซึ่งให้วิตามินในปริมาณที่แตกต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 ปริมาณวิตามินเอในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

อาหาร	I.U.	อาหาร	I.U.	อาหาร	I.U.
จากสัตว์		จากพืช		กุ่มช่าย,ดอก	2,277
ตับวัว	43,890	ตำลึง,ยอด	18,075	ผักกาดเขียว	2,675
ตับหมู	14,200	ผักหวาน	16,590	ผักกาดขาว	2,000
เนื้อไก่	408	ใบขี้เหล็ก	11,067	ฟักเขียว	83
หอยนางรม	192	ใบยอ	9,164	บวบเหลี่ยม	50
ปูทะเล	170	ผักบุ้งจีน	6,536	มะม่วงพืชมเสนสุก	5,833
เนื้อวัวติดมัน	67	หน่อไม้ฝรั่ง	633	ส้มเขียวหวาน	4,000
ไข่ไก่สุก	1,950	มะรุม,ผัก	125	แคนตาลูป	3,400
ไข่เป็ดสุก	1,541	พริกเหลือง	49,350	มะละกอสุก	1,183
เนย	2,384	พริกชี้ฟ้าแดง	21,450	แตงไทย	1,042
เนยแข็ง	408	แครอท	8,520	ทุเรียนชะนี	1,025
นมวัว	141	มะเขือเทศสีดา	15,500	ลูกพลับจีน	1,000

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5.1.2 วิตามินดี มีบทบาทสำคัญในการควบคุมธาตุแคลเซียมและ

ฟอสฟอรัสโดยช่วยดูดซึมแร่ธาตุทั้งสองที่ลำไส้ ปัญหาโรคกระดูกอ่อน (osteomalacia) มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากการได้รับอาหารไม่เพียงพอรวมทั้งการไม่ได้รับแสงแดด อาหารที่ให้วิตามินดีสูง ได้แก่ ไข่ นม ตับ ในผู้สูงอายุต้องการวิตามินดี วันละ 5 ไมโครกรัม สำหรับผู้ที่ได้รับแสงแดดอย่างสม่ำเสมอ จึงไม่จำเป็นต้องได้รับวิตามินดีเสริม

ตารางที่ 2.6 ปริมาณวิตามินดีในน้ำมันตับปลาและอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

อาหาร	ไมโครกรัม	(I.U.)	อาหาร	ไมโครกรัม	(I.U.)
จากสัตว์			จากพืช		
น้ำมันตับปลาฮาไลบัต	3500	(140,000)	ขนมปัง (เสริมวิตามินดี)	1.70	(68)
น้ำมันตับปลาคอด	250	(10,000)	น้ำมันข้าวโพด	0.220	(9)
ปลาซาดีน(กระป๋อง)	34.50	(1,380)	หัวแครอท	0.075	(3)
ปลาอินทรีสด	27.70	(1,100)	กะหล่ำปลี	0.005	(0.2)
ปลาเฮอริง (กระป๋อง)	8.20	(330)	ผักขม	0.005	(0.2)
ไข่แดง	6.60	(265)	หัวบีต	0.004	(0.2)

ที่มา: สรรเสริญ (2531)

5.1.3 วิตามินอี เป็นสารเคมีที่มีคุณสมบัติต่อต้านออกซิเดชัน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอนุมูลอิสระ RDA ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุหญิงควรได้รับวิตามินอี 8 มิลลิกรัม ∞ T.E. (∞ Tocopherol Equivalent) และในชายควรได้รับ 10 มิลลิกรัม ∞ T.E. อาหารที่มีวิตามินอีมากได้แก่ น้ำมันพืช ผักใบเขียว ตับและไข่

5.1.4 วิตามินเค ร่างการได้รับวิตามินเคจากอาหารประเภทผักใบเขียว ผลไม้ธัญพืช เนื้อ และนม ร่วมกับการสังเคราะห์วิตามินเคของแบคทีเรียในลำไส้ จึงไม่ค่อยพบว่ามีอาการขาดวิตามินเค ยกเว้นผู้ป่วยที่มีการดูดซึมไขมันบกพร่องเรื้อรัง

5.2 วิตามินที่ละลายน้ำ

5.2.1 วิตามินบีหนึ่ง (Thiamine) ผู้สูงอายุชายต้องการวิตามินบีหนึ่งวันละ 1.2 มิลลิกรัม ผู้สูงอายุหญิงต้องการ 1.0 มิลลิกรัม การดื่มนมสดทุกวันก็ทำให้ร่างกายได้รับวิตามินบีหนึ่งเพียงพอ

ตารางที่ 2.7 ปริมาณวิตามินบีหนึ่งในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

อาหาร	มิลลิกรัม	อาหาร	มิลลิกรัม
จากสัตว์		จากพืช	
แฮม	0.81	รำข้าว	1.26
เนื้อหมู	0.69	ถั่วเหลือง	1.10
ตับหมู	0.40	ถั่วลิสง	0.97
ไตหมู	0.36	ขนมจีน	0.60
ตับไก่	0.36	มันเทศ	0.24
ตับวัว	0.32	ข้าวมันปู	0.19
ไข่เป็ดทั้งฟอง	0.16	ใบตำลึง	0.17
ไข่ไก่ทั้งฟอง	0.10	แป้งสาลี	0.12

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5.2.2 วิตามินบีสอง (Riboflavin) ผู้สูงอายุชายควรได้รับวิตามินบีสอง วันละ 1.4 มิลลิกรัม และหญิงควรได้รับ 1.2 มิลลิกรัมต่อวัน แหล่งอาหารที่ให้วิตามินบีสอง ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ และผักใบเขียว

ตารางที่ 2.8 ปริมาณวิตามินบีสองในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

อาหาร	มิลลิกรัม	อาหาร	มิลลิกรัม
จากสัตว์		จากพืช	
ตับหมู	2.34	งาขาวคิบ	1.54
ตับวัว	1.68	ข้าวสาร 100%	0.43
ไตวัว	1.58	ข้าวหอมมะลิ	0.40
ตับไก่	1.32	ข้าวสาร 5%	0.31
ปลาทูสด	0.62	ข้าวเหนียวดำ	0.29
ไข่ทั้งฟอง	0.47	ถั่วดำ	0.22
เนยแข็ง	0.45	ถั่วเขียว	0.21
ไข่แดง	0.40	ถั่วเหลือง	0.19
เนื้อวัว	0.34	ข้าวมันปู	0.18
ไข่ขาว	0.32	เห็ดหูหนู	0.71
หอยแครง	0.28	เห็ดฟาง	0.47
ปลาชุก	0.24	ชะอม ผักกาดขาว	0.24
เนื้อหมู เนื้อไก่	0.16	กะหล่ำปลี บร็อกโคลี	0.22
นมวัวสด	0.16	ใบตำลึง	0.13

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5.2.3 วิตามินบีหก ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามินบีหกได้มาก เนื่องจากผนังเซลล์ลำไส้หลังน้ำย่อยลดลง และภาวะความเป็นกรดในลำไส้ลดลงทำให้การดูดซึมวิตามินบีหกในทางเดินอาหารลดลง RDA ได้เสนอแนะให้ผู้สูงอายุชายและหญิง ควรได้รับวิตามินบีหก 2.2 มิลลิกรัม และ 2 มิลลิกรัมตามลำดับ

ตารางที่ 2.9 ปริมาณวิตามินบีหกในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

อาหาร	มิลลิกรัม	อาหาร	มิลลิกรัม
จากสัตว์		จากพืช	
ตัววัว	0.84	ถั่วลิสงคั่ว	0.30
ตับหมู	0.65	ถั่วเหลือง	0.71
ไข่แดง	0.30	ข้าวซ้อมมือ	0.62
ไข่ทั้งฟอง	0.11	ถั่วเขียว	0.58
เนื้อไก่	0.68	มันเทศ	0.21
เนื้อหมู	0.45	ข้าวขัดขาว	0.17
เนื้อวัว	0.44	มันฝรั่ง	0.23
เนื้อปลา	0.16	ขนมปังขาว	0.18
เนื้อกุ้ง	0.10	ดอกกะหล่ำ	0.21
นมวัวสด	0.04	กะหล่ำปลี	0.16
จากยีสต์แห้ง(Brewer's)	2.50	ผักคะน้า, ผักบุ้ง	0.19
จากเห็ด	0.12	กล้วยหอม	0.51
		ผักและผลไม้อื่นๆ	0.05-0.08

ที่มา: กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5.2.4 วิตามินบีสิบสอง RDA กำหนดให้ผู้นสูงอายุควรได้รับวิตามินบีสิบสอง 2 ไมโครกรัมต่อวัน แหล่งอาหารที่ให้วิตามินบีสิบสอง ได้แก่ อาหารทะเล เนื้อสัตว์ ไข่ นม หรืออาหารหมักจากถั่วเหลือง การดูดซึมวิตามินบีสิบสองจำเป็นต้องใช้อินทรินแฟกเตอร์ที่กระเพาะอาหารขับออกมา ในผู้นสูงอายุกระเพาะหลังอินทริลิกแฟกเตอร์ลดลงอาจทำให้การดูดซึมวิตามินบีสิบสองลดลง

ตารางที่ 2.10 ปริมาณวิตามินบีสิบสองในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

อาหาร	มิลลิกรัม	อาหาร	มิลลิกรัม
จากสัตว์		เนื้อหมู	0.70
ตับวัว	80	แฮม	0.60
ตับหมู	32	เนื้อไก่	0.45
หอยนางรม	18	ไข่	6
หัวใจวัว	11	ไข่ทั้งฟอง	2
เนื้อปู	10	นมวัวผง	3.20
เนื้อวัว	1.20	นมวัวสด	0.40
เนื้อปลาทะเล	1.20	นมสตรอเบอรี่	0.14
เนื้อกุ้ง	0.90	นมคน	0.04

ที่มา: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2546)

5.2.5 กรดโฟลิก (Folic acid) ร่างกายได้รับโฟลิกจากอาหารและแบคทีเรียในลำไส้สังเคราะห์ขึ้น กรดโฟลิกพบมากในอาหารประเภทผักใบเขียว ตับ เนื้อสัตว์ และถั่วต่าง ๆ ผู้สูงอายุมีการหลังกรดเกลือลดลงทำให้ลำไส้มีความเป็นด่างมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดูดซึมกรดโฟลิกทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดกรดโฟลิกได้ RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับกรดโฟลิก 150 ไมโครกรัมในเพศหญิง และ 175 ไมโครกรัมในเพศชาย

5.2.6 ไนอะซิน (Niacin) RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุชาย และหญิงควรได้รับไนอะซิน 16 มิลลิกรัม NE และ 13 มิลลิกรัม NE (กรมอนามัย, 2532) ตามลำดับ อาหารที่เป็นแหล่งของไนอะซิน ได้แก่ เนื้อ นม ไข่ และโปรตีนจากพืชที่มีทริปโตเฟน เช่น ธัญพืช และถั่วต่าง ๆ

5.2.7 วิตามินซี เป็นวิตามินที่จำเป็นในการป้องกันการเกิดโรคโลหิตจางและจำเป็นต่อการสร้างกระดูก เลือด และคอลลาเจนซึ่งเป็นโปรตีนที่สำคัญที่ผิวหนัง เอ็น และกระดูกอ่อน RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับวิตามินซีวันละ 60 มิลลิกรัม

ตารางที่ 2.11 ปริมาณวิตามินซีในอาหารบางชนิดต่อส่วนที่กินได้ 100 กรัม

อาหาร	มิลลิกรัม	อาหาร	มิลลิกรัม
จากพืช		จากสัตว์	
เชอร์รี่	2,000	ม้ามวัว	29
มะขามป้อม	111	ตับวัว	24
ฝรั่ง	187	ตับหมู	13
มะละกอสุก	78	หอยแมลงภู่	11
ลำไย	44	ตับไก่	8
สตรอเบอร์รี่	53	นมวัว	1
ส้มโอ	60	มะระจีน	190
เงาะ	31	ผักกาดเขียว	111
ลิ้นจี่	41	ผักกาดขาว	52
มะนาว	46	มะละกอดิบ	44
ส้มเกลี้ยง	71	มะเขือเทศสีดา	32
น้อยหน่า	36	มะระจีน	85
ทุเรียนหมอนทอง	35	ถั่วฝักยาว	12
มะม่วงพิมเสนมันดิบ	31	ฟักเขียว	69
สับปะรด	22	แตงร้าน	41
ส้มเขียวหวาน	42	มันฝรั่ง	41
ดอกชี่เหล็ก	484	มะเขือยาว	3
ผักโขม	173	มะม่วงอกร่องสุก	13
มะรุม	262	ชมพู่อสาแหรก	20
คะน้า	147		

ที่มา กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2546)

6. เกลือแร่

6.1 เกลือแร่ที่ร่างกายต้องการในปริมาณมาก (Macro minerals) ได้แก่

6.1.1 แคลเซียม (calcium) การสูญเสียเนื้อกระดูก พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะเพศหญิง เนื่องจากผู้สูงอายุมีการหลั่งของกรดเกลือจากกระเพาะอาหารลดลง การทำงานของตับอ่อนอ่อนแอลงไปด้วย การดูดซึมแคลเซียมจากอาหารเกิดได้น้อยลง สารอาหารอื่นที่ทำให้มีการสูญเสียแคลเซียมเพิ่มขึ้น ได้แก่ การเพิ่มปริมาณโปรตีนที่บริโภค หรือการให้กรดอะมิโนทางหลอดเลือดดำจะทำให้มีการสูญเสียแคลเซียมทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้อาหารที่มีปริมาณไฟเตตและใยอาหารมากจะทำให้ลดการดูดซึมแคลเซียม RDA ได้กำหนดให้ทั้งวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมไม่น้อยกว่า 80 มิลลิกรัมต่อวัน

6.1.2 ฟอสฟอรัส (phosphorus) เป็นส่วนประกอบหลักของเซลล์พืชและสัตว์ จึงพบได้ในอาหารเกือบทุกชนิด อาหารที่มีโปรตีนมากจะมีฟอสฟอรัสมากด้วย ผู้สูงอายุที่มีภาวะไตเสื่อมทำให้เกิดการคั่งของฟอสฟอรัสในร่างกายได้ และในทางตรงกันข้าม ในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาลดกรดบางชนิดที่มีส่วนผสมของอลูมิเนียมไฮดรอกไซด์เป็นเวลานานจะทำให้การดูดซึมของฟอสฟอรัสลดลง RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุควรได้รับฟอสฟอรัส 800 มิลลิกรัมต่อวัน แหล่งอาหารที่ให้ฟอสฟอรัส ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม และผลิตภัณฑ์จากนม เมล็ดถั่วเหลือง เป็นต้น

6.1.3 แมกนีเซียม (magnesium) เป็นส่วนสำคัญของระบบเอ็นไซม์ที่เกี่ยวข้องในการถ่ายเทพลังงาน RDA กำหนดให้ผู้สูงอายุชายและหญิงควรได้รับ 350 และ 300 มิลลิกรัมต่อวัน ตามลำดับ อาหารที่ให้แมกนีเซียมมาก ได้แก่ นมและผัก แมกนีเซียมจากอาหารจะถูกดูดซึมประมาณร้อยละ 45 การขาดแมกนีเซียมพบได้น้อยมาก ยกเว้นผู้ที่มีปัญหาในการดูดซึมหรือการขับถ่ายผิดปกติ

6.1.4 โซเดียม (sodium) มีบทบาทที่สำคัญในการรักษาสมดุลของน้ำในร่างกายช่วยให้กลูโคสและโปรตีนซึมผ่านเข้าผนังเซลล์ได้ดีขึ้น โดยทั่วไปร่างกายได้รับโซเดียมส่วนใหญ่จากเกลือแกง ร่างกายจะได้รับโซเดียมจากเครื่องปรุงถึง 2 ใน 3 ของปริมาณโซเดียมที่ได้รับในแต่ละวัน ส่วนที่เหลือจะได้รับจากอาหารหลัก 5 หมู่ และสารปรุงแต่งอาหาร เช่น ผงชูรส ผงฟู สารกันบูด เป็นต้น รวมทั้งน้ำดื่มและยารักษาโรค ปริมาณโซเดียมที่เพียงพอ

และปลอดภัยควรได้รับ 1,100-1,300 มิลลิกรัมต่อวัน ร่างกายจะขับโซเดียมออกมาทางปัสสาวะถึงร้อยละ 90 ส่วนที่เหลือจะขับออกทางเหงื่อและอุจจาระ

6.1.5 โปตัสเซียม (potassium) โปตัสเซียมพบได้ในอาหารหลายชนิด และดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร จึงไม่ค่อยพบว่ามีภาวะขาดธาตุนี้ ในผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะระดับโปตัสเซียมในเลือดต่ำได้ เนื่องจากเกิดภาวะท้องเสียเรื้อรัง โรคไต โรคเบาหวานและการได้รับยาขับปัสสาวะเป็นเวลานาน ปริมาณโปตัสเซียมที่ควรได้รับในระดับเพียงพอและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุคือ 1,875-5,625 มิลลิกรัมต่อวัน (วินัส, 2545) อาหารที่มีโปตัสเซียมสูงได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ นม ผักและผลไม้โดยเฉพาะ องุ่น ส้ม มะเขือเทศและกล้วย

6.1.6 คลอไรด์ (chloride) มีหน้าที่ในการปรับปรุงแรงดันออสโมติกในร่างกายเป็นโคเอ็นไซม์ของอะมัยเลส โดยเป็นส่วนประกอบของกรดไฮโดรคลอริกที่หลั่งในกระเพาะอาหารและเป็นส่วนหนึ่งในระบบบัฟเฟอร์ซึ่งรักษาสมดุลของกรดและด่าง ถ้าร่างกายเกิดการสูญเสียคลอไรด์จำนวนมากโดยการอาเจียนหรือท้องเดินจะทำให้เกิดการสูญเสียสมดุลของกรดและด่างขึ้นได้ ปริมาณที่เพียงพอและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุควรได้รับคือ 1,700-5,100 มิลลิกรัมต่อวัน แหล่งอาหารที่หาได้ง่าย ได้แก่ เกลือแกง

6.2 เกลือแร่ที่ร่างกายต้องการในปริมาณน้อย (micro-minerals)

6.2.1 เหล็ก (iron) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับธาตุเหล็กตามที่ RDA กำหนดไว้ให้คือ ชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 51 ปี ขึ้นไป ควรได้รับ 10 มิลลิกรัมต่อวัน อาหารที่มีธาตุเหล็กมาก ได้แก่ เครื่องในสัตว์โดยเฉพาะตับ เนื้อแดง เลือด ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง ลูกเดือย เม็ดบัวและธัญพืชที่เสริมธาตุเหล็ก สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการซีดก็อาจให้ธาตุเหล็กเสริมในรูปแบบของยาได้ เช่น เฟอร์รัสซัลเฟต

6.2.2 สังกะสี (zinc) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสังกะสีอย่างเพียงพอ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารประเภทไข่ ตับ เนื้อแดงและอาหารทะเล การให้สังกะสีเสริมแก่ผู้สูงอายุในรูปแบบของเม็ดยา พบว่าทำให้การหายของแผลดีขึ้น การรับรสดีขึ้น และเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายของร่างกาย

6.2.3 ไอโอดีน (iodine) RDA กำหนดให้ผู้ที่อายุมากกว่า 51 ปี ทั้งชายและหญิงต้องการ 150 ไมโครกรัมต่อวัน อาหารที่ให้ไอโอดีนมาก ได้แก่ อาหารทะเล ส่วนใน

ผลิตภัณฑ์จากสัตว์ เช่น เนื้อ นม ไข่ ก็ขึ้นอยู่กับกรบริโภคไอโอดีนของสัตว์ชนิดนั้น ในบริเวณที่พบว่ามีการขาดไอโอดีนควรจะใช้เกลือไอโอดีนบริโภคแทนเกลือธรรมดา

7. น้ำ น้ำมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมาก จะช่วยในระบบย่อยอาหารและช่วยให้ไตขับถ่ายของเสียได้ดี ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 1,500 มิลลิลิตร หรือเท่ากับ 6-8 แก้วต่อวัน

2.1.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ความหมายของพฤติกรรมการบริโภค

การรับประทานอาหารของคนเราประกอบไปด้วยไปด้วยพฤติกรรมหลายขั้นตอน โดยจะเริ่มตั้งแต่การเลือกซื้ออาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นกระบวนการที่จะได้มาซึ่งอาหารที่อร่อย สะอาดและมีประโยชน์ต่อร่างกาย

องค์การอนามัยโลก นิยามา ตั้งชัวร์ตัน (2531) ได้ให้ความหมายของคำว่า บริโภคนิสัย (food habits) ไว้ว่าหมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน การรับประทานหรือไม่รับประทานอะไร รับประทานอย่างไร จำนวนมือที่รับประทานและอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนการรับประทานอาหารด้วย

บริโภคนิสัยว่าหมายถึงองค์รวมอันสลับซับซ้อนเกี่ยวกับกิจกรรมอาหาร ซึ่งได้แก่ ความชอบและไม่ชอบ ความรู้ความเชื่อ ข้อห้ามและความเชื่อทางไสยศาสตร์เกี่ยวกับการผลิต การเตรียม และการบริโภคอาหาร

คุชฎี สุทธิปริยาศรี (2534) กล่าวว่าพฤติกรรมทางโภชนาการ หมายถึงการแสดงออกของบุคคลทั้งคำพูด กิริยา ท่าทางและการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ ในการเลือกปรุงและกิน ส่วนบริโภคนิสัยหรือนิสัยการบริโภคเป็นพฤติกรรมการบริโภคที่ปฏิบัติเสมอ ๆ จนเคยชิน

ดังนั้น สรุปได้ว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการปฏิบัติสม่ำเสมอจนเกิดเป็นความเคยชินในการเลือกรับประทานอาหาร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนิสัย ความชอบ ความไม่ชอบและความรู้ของแต่ละบุคคล

2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวัดระดับภาวะสมองเสื่อม มีดังนี้

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) ได้ศึกษาทำโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม กลุ่มประชากรศึกษา คือ ผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD), หอผู้ป่วยใน (IPD) และผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ร่วมวิจัยทั้งหมด 254 ราย ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคข้อกระดูกมากที่สุดร้อยละ 40.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ครอบครัวไม่มีประวัติหลงลืมร้อยละ 99.2 ผลจากการใช้แบบทดสอบสภาพสมอง 2 แบบในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม พบว่าแบบทดสอบสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 ให้ผล Positive จำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.4 และพบในผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.2 ในขณะที่ผลของการใช้แบบทดสอบสภาพสมอง TMSE ให้ผล Positive จำนวน 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.9 พบผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมากที่สุด จำนวน 43 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.3 มากกว่าแบบทดสอบ MMSE-Thai 2002

การศึกษาด้านการปฏิบัติตนเองโภชนาการของผู้สูงอายุ มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีสาระสำคัญดังนี้

มลลิต ชูเนตร (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 ราย ผลการวิจัยพบว่าความเพียงพอของรายได้และความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัว แบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี และผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารเป็นเวลาวันละ 3 มื้อ อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารหลักครบ 5 หมู่

วรรณ รุ่งวิมลชา (2539) ได้ศึกษาเรื่องบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ขนาดครอบครัว ภาวะสุขภาพ การรับประทานยา การได้รับข่าวสารโภชนาการ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และพบว่าการศึกษาและรายได้มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ชลธิชา สวงวนวงษ์ (2539) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่รายได้ เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

อรุณี นาคะพงศ์ (2539) ได้ศึกษาเรื่องภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะทางร่างกายและการดูแลตนเองด้านโภชนาการค่อนข้างดี ประมาณหนึ่งในห้ามีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลางแต่เกือบทั้งหมด มีดัชนีทางโภชนาการผิดปกติอย่างน้อย 1 ด้าน ผลการทดสอบ สมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าต่างกัน มีภาวะทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารโดยตรง มีภาวะโภชนาการโดยรวมต่างกัน

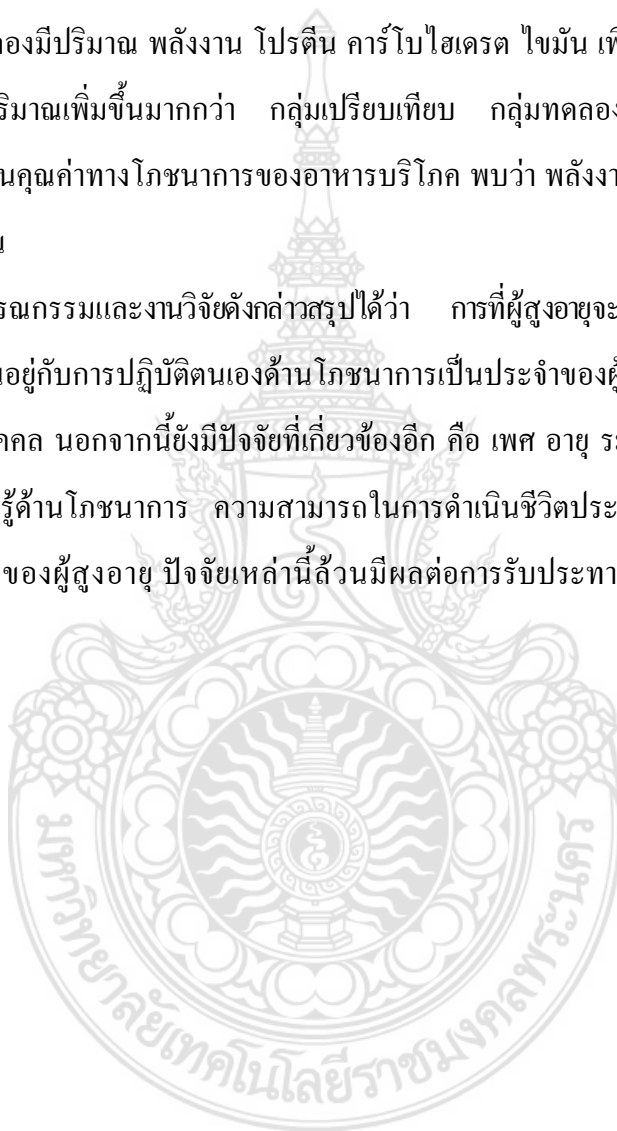
จินต์ จรุงนฤกษ์ (2540) ได้ศึกษาเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่าร้อยละ 11 ในกลุ่มผู้หญิง และความชุกของการได้รับพลังงาน เกินโดยใช้ดัชนีความหนาของร่างกาย 25.0 - 29.9 พบ ร้อยละ 24 ของกลุ่มผู้หญิง ซึ่งมีความสัมพันธ์กันและดัชนี ความหนาของร่างกาย กลุ่มอายุ 60-69 ปี มีค่าเฉลี่ย ของการวัดไขมันใต้ผิวหนังสูงกว่าทุกกลุ่มอายุ โดยมีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มผู้หญิงร้อยละ 4 มีการขาดอาหารอย่างรุนแรง ร้อยละ 3 มีภาวะการได้รับอาหารเกิน และ ร้อยละ 49 อยู่ในภาวะปกติ การศึกษานี้จึง ไม่สามารถที่จะสรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีภาวะการขาดอาหาร เนื่องจากอาหารที่บริโภคจากโรงครัวเท่านั้น

วารภรณ์ เสถียรนพเก้า (2540) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคี้ยวกับความถี่ในการบริโภคอาหาร คุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ชุมชนผู้สูงอายุแหลมทอง พบว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวดี มีความถี่ในการบริโภค ข้าวเหนียว ผักใบเขียว และ ผลไม้สด สูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร บริโภค พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวดีได้รับ แคลเซียม ธาตุเหล็ก วิตามินซี และเส้นใยอาหารสูงกว่ากลุ่ม ที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ประเมินระดับของภาวะ โภชนาการ พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวดี และกลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ดี มีภาวะโภชนาการ ขาด ร้อยละ 3.33 และ 10.00 ตามลำดับ

ปรารธนา สกุนันท์(2541) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะโภชนาการของประชาชนในพื้นที่โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนาสิ่งแวดล้อมแหลมผักเบี้ย ตำบลแหลมผักเบี้ย อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เพศ รายได้ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของประชาชน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของประชาชน

ศุภิดา ทองเย็น (2542) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ในผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราคร พบว่าคะแนนการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแล ตนเองด้านโภชนาการของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คุณค่า ทางโภชนาการของอาหารบริโภค พบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณ พลังงาน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน เพิ่มขึ้น ส่วนเบต้าแคโรทีน, วิตามินซี มีปริมาณเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มทดลองมีน้ำหนักตัวมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ด้านคุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค พบว่า พลังงาน โปรตีน คาร์โบไฮเดรต วิตามินซีเพิ่มขึ้น

จากวรรณกรรมและงานวิจัยดังกล่าวสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีระดับสมรรถภาพสมองอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการเป็นประจำของผู้สูงอายุที่เกิดจากความเคยชินของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอีก คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการรับประทานของผู้สูงอายุทั้งสิ้น



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา : ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แยกเป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี กับผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มารับบริการสาธารณสุข สถานีอนามัยประจำตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระหว่าง เดือนตุลาคม พ.ศ.2553 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2553 ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทิศเหนือติดกับ ตำบลบ้านกุ่ม อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทิศใต้ ติดกับ ตำบลภูเขาทอง อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทิศตะวันออก ติดกับ ตำบลวัดตูม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ทิศตะวันตก ติดกับ ตำบลมหาพราหมณ์ อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

โดยมีจำนวนประชากรในตำบลรวม 4,329 คน มีจำนวนหมู่บ้านรวม 9 หมู่บ้าน จำนวนครัวเรือนรวม 904 ครัวเรือน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ 673 คน จำนวนครัวเรือน 484 ครัวเรือน เพศชาย 261 คน เพศหญิง 412 คน

คุณสมบัติของผู้สูงอายุที่คัดเลือกไว้ในการศึกษา

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
3. มีการรับรู้และมีสติอยู่ในระดับที่สามารถทำแบบทดสอบสมรรถภาพ

สมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE)

กลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของประชากรผู้สูงอายุ ทำการสุ่มจากพื้นที่ 5 หมู่บ้าน ในเขตตำบลบ้านใหม่ สุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ได้จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้น 245 ครัวเรือน และได้คัดกรองจำนวนผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 122 คน

หมู่ที่ 1	จำนวน 45	ครัวเรือน	ได้จำนวน	22	คน
หมู่ที่ 3	จำนวน 60	ครัวเรือน	ได้จำนวน	30	คน
หมู่ที่ 5	จำนวน 40	ครัวเรือน	ได้จำนวน	20	คน
หมู่ที่ 7	จำนวน 70	ครัวเรือน	ได้จำนวน	35	คน
หมู่ที่ 9	จำนวน 30	ครัวเรือน	ได้จำนวน	15	คน
รวมจำนวนตัวอย่าง	122	คน	จาก	245	ครัวเรือน

สถานที่ศึกษา

สถานีนอนามัยประจำตำบลบ้านใหม่ ตั้งอยู่ในตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ดำเนินการบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชากรที่อาศัยอยู่ในตำบล

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination :TMSE)
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ
3. แบบการวัดการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร

เครื่องมือต่างๆ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

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

เกณฑ์การให้คะแนน แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) มีเกณฑ์คะแนนมากที่สุดเต็ม 30 คะแนน และมีเกณฑ์การประเมินผู้ที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม จะมีคะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 23 คะแนน

2. **แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ** ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา ลักษณะงาน ระดับการศึกษา จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Speak, Cowart และ Pellet (1986) อ้างถึงใน (ชลธิชา, 2539) และ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของอวัยวะระบบต่างๆ ของผู้สูงอายุ ได้แก่ระบบการรับความรู้สึก ระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท และระบบทางเดินปัสสาวะ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตนเองตามความรู้สึกและความคิดของผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ มีเกณฑ์คะแนนคำถามแต่ละข้อเป็นมาตรฐานประเมินค่า 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย และไม่เลย โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานประเมินค่าไว้ ดังนี้

- 1 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีอาการนั้นเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก
- 2 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีอาการนั้นเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหาปานกลาง
- 3 คะแนน หมายถึง ผู้สูงอายุมีอาการนั้นเกิดขึ้นและรู้สึกว่าเป็นปัญหาน้อย
- 4 คะแนน หมายถึง อาการดังกล่าวไม่เคยเกิดขึ้นเลย

การแปลผลพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยดังนี้คือ

คะแนน 10-20 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนน 21-30 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 31-40 คะแนน หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี

3. แบบวัดการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ และข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทางการบริโภคอาหารของคนไทย โดยดัดแปลงข้อคำถามแบ่งเป็น 2 หัวข้อ ประกอบด้วย ความรู้ทางด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งหมด 30 ข้อ

3.1 แบบสัมภาษณ์ความรู้ทางด้านโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากหลักอาหาร 5 หมู่ ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ (กองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข, 2538) ประกอบด้วยข้อคำถามในความเข้าใจของผู้สูงอายุเกี่ยวกับอาหารหลัก 5 หมู่ ที่ผู้สูงอายุควรรับประทาน ปริมาณสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุ

ควรหลีกเลี่ยง จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกจะได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิด หรือตอบว่าไม่ทราบ จะได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลพิจารณาตามเกณฑ์การแบ่งความรู้ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนต่ำกว่า 60 เปอร์เซนต์ หมายถึง มีความรู้ในระดับปรับปรุง

คะแนนระหว่าง 60-79 เปอร์เซนต์ หมายถึง มีความรู้ในระดับพอใช้

คะแนนตั้งแต่ 80 เปอร์เซนต์ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

3.2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ผู้วิจัย

สร้างขึ้นจากหลักอาหาร 5 หมู่ ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (กองโภชนาการ, 2538) ลักษณะข้อความเป็นการให้ผู้สูงอายุบอกถึงความถี่ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า มีทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์

ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

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

ข้อความที่มีความหมายทางลบ การให้คะแนนจะเป็นดังนี้

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

การแปลผลพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ พิจารณาดังนี้ คือ

คะแนน 20-40 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดี

คะแนน 41- 60 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง

คะแนน 61- 80 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาสร้างเครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจแก้ไขเนื้อหา ภาษา และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ พิจารณาสำนวนภาษา ตลอดจนข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

2. การหาความเที่ยง (Content Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการประจำแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำแบบสัมภาษณ์ความรู้ด้านโภชนาการมาหาความเที่ยง โดยใช้สูตรของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder- Richardson) และนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารมาหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) หาความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .7871 หรือ 78.71%

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์และเก็บข้อมูล โดยขออนุญาตใน ฐานะนักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว จึงดำเนินการในเวลาราชการ ที่สถานีอนามัยประจำตำบล บ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัย แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อ ผู้สูงอายุตอบตกลงร่วมมือจึงประเมินสมรรถภาพสมอง โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง ของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ถ้าสามารถทำได้ต่ำกว่า 23 คะแนน จึง คัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และเก็บข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

3. ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพทาง กายของผู้สูงอายุ สัมภาษณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ประกอบไป ด้วย ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ผู้วิจัยได้เรียงลำดับการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปก่อนเป็นลำดับแรก เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ แล้วจึงสัมภาษณ์ร่วมกับแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพทางกาย ของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตนเองด้าน โภชนาการ ซึ่งประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรู้ด้าน โภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามลำดับ เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการสับสน ในการ ตอบคำถาม ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการตอบแบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ตามขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา โดยหาค่าความถี่ และร้อยละ (Percentage)

2. วิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ การปฏิบัติตนเอง ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของ ผู้สูงอายุ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลคือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว โดยใช้ไคสแควร์ (Chi-Square)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา : ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป แยกเป็นผู้สูงอายุตอนต้นอายุ 60-69 ปี กับผู้สูงอายุตอนปลายอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มารับบริการสาธารณสุข สถานีอนามัยประจำตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 122 คน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ของผู้สูงอายุ และศึกษาแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ กับแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังตารางที่ 4.1

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

(n = 122)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	21.30
หญิง	96	78.70
อายุ		
ต่ำกว่า 65 ปี	45	36.90
65-75 ปี	34	27.90
มากกว่า 75 ปี	43	35.20
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	92	75.40
ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว	17	13.90
รับจ้างทั่วไป	8	6.60
ข้าราชการบำนาญ	3	2.50
ทำงานบริษัท	2	1.60
สถานภาพการสมรส		
สมรส	50	41.00
หย่าร้าง	42	34.40
โสด	16	13.10
หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	14	11.50

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n = 122)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	85	69.70
ประถมศึกษา	16	13.10
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้	8	6.60
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้	6	4.90
ไม่จบประถมศึกษา	3	2.50
มัธยมต้น	2	1.60
อนุปริญญา / ปวส.	2	1.60
ความสามารถในการอ่าน – เขียน		
อ่านออกเขียนได้	107	87.70
อ่านออกเขียนไม่ได้	10	8.20
อ่านไม่ออก	5	4.10
ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร		
บุตร	61	50.00
จ้างคนดูแล	49	40.20
อยู่คนเดียว	8	6.60
ญาติ	4	3.30

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n = 122)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การเจ็บป่วย / โรคที่เป็นปัจจุบัน		
โรคหัวใจ	58	47.50
ความดันโลหิตสูง	15	12.30
ไต	10	8.20
โรคหลอดเลือดหัวใจ	8	7.40
โรคปอด	8	6.60
ข้อ / กระดูก	6	4.90
โรคหลอดเลือดสมองอีกเสบ	6	4.90
เบาหวาน	5	4.10
ไขมันในเลือดสูง	5	4.10
ครอบครัวมีประวัติหลงลืม (ความจำเสื่อม) หรือไม่		
ไม่มี	98	80.30
มีระบุญาติ	13	10.70
ไม่ทราบ	11	9.00
ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ		
ไม่มี	84	68.90
มี ไม่หมดสติ	32	26.20
สลบหมดสติ	6	4.90

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

(n = 122)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ / ยาเส้น / ยาสูบ หรือไม่		
ไม่สูบ	90	73.80
เคย	21	17.12
บางครั้ง	11	9.00
ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ หรือไม่		
ไม่ดื่ม	60	49.20
ดื่มบางโอกาส	27	22.10
เคยดื่ม	18	14.80
ดื่มประจำ	17	13.90

จากตารางที่ 4.1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.70 และเพศชายร้อยละ 21.30 ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 65 ปี ร้อยละ 36.20 รองลงมามากกว่า 75 ปี ร้อยละ 35.20 และช่วงอายุ 65 – 75 ปี ร้อยละ 27.90 อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 75.40 รองลงมาค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัวและอื่นๆ ร้อยละ 13.90 เกษากันและรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 6.60 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.00 รองลงมาหย่าร้าง / แยกกันอยู่ ร้อยละ 34.40 และโสด ร้อยละ 13.10

ด้านระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบจบประถมต้น ร้อยละ 69.70 รองลงมาจบประถมปลาย ร้อยละ 13.10 และไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้ ร้อยละ 6.60 ความสามารถส่วนใหญ่อ่านออกเขียนได้มากที่สุด ร้อยละ 87.70 รองลงมาอ่านออกเขียนไม่ได้ ร้อยละ 8.20 และอ่านไม่ออก ร้อยละ 4.10 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุด ร้อยละ 50.00 รองลงมาอื่น ๆ ร้อยละ 40.20 และอยู่คนเดียว ร้อยละ 6.60 ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ โรคหัวใจ คือโรคที่พบมากที่สุด ร้อยละ 47.50 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.30 และไต ร้อยละ 8.20 ส่วนใหญ่ครอบครัวไม่มีประวัติหลงลืมมากที่สุด ร้อยละ 80.30 รองลงมาไม่มีประวัติ ร้อยละ 10.70 และไม่ทราบ ร้อยละ 9.00 ส่วนใหญ่ตัวอย่างไม่มีประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ ร้อยละ 68.90 รองลงมาไม่มีหมดสติ ร้อยละ

26.20 และสลับหมดสติร้อยละ 4.90 ปัจจุบันส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 73.80 เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง รองลงมาเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 17.12 โดยเคยสูบบุหรี่มาแล้วเฉลี่ย 3.28 ปีต่ำสุด 2 ปีและมากที่สุดร้อยละ 6 ปี ปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 49.20 รองลงมาดื่มบางโอกาสร้อยละ 22.10 และเคยดื่มร้อยละ 14.80

ตารางที่ 4.2 ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE)
ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

(n = 122)

ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย	คะแนนเต็ม	X	S.D.
การปรับตัว Orientation	6	5.22	0.83
วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์			
วันนี้ วันที่เท่าไร			
เดือนนี้ เดือนอะไร			
ขณะนี้ เป็นช่วงไหนของวัน			
ที่นั่งที่ไหน			
คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร			
การจดจำ Registration	3	2.55	0.70
ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง			
โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียว			
แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบ			
ตามกับผู้ถูกทดสอบบอกในครั้งแรกให้			
1 คะแนนในแต่ละคำที่ตอบถูก			

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย	คะแนนเต็ม	\bar{X}	S.D.
ความสนใจ Attention ให้บอกวันอาทิตย์ – วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์	5	4.46	1.44
การคำนวณ Calculation $100 - 7 = ?$ $93 - 7 = ?$ $86 - 7 = ?$	3	1.15	1.10
ภาษา Language “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา) “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อผ้า, ผ้า) พูดตาม “ชายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด” หยิบกระดาษด้วยมือขวา พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ อ่านแล้วทำตาม “หลับตา” วาดภาพให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด แมวกับสุนัขเหมือนกัน คือ (เป็นสิ่งมีชีวิต)	10	7.91	1.20

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

(n = 122)

ผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย	คะแนนเต็ม	X	S.D.
การฟื้นฟูความจำ (Recall)	3	0.37	0.75
สิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง			
ต้นไม้			
รถยนต์			
มือ			
รวม		21.52	1.91

จากตารางที่ 4.2 พบว่าผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีเกณฑ์การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีคะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 23 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 21.52 และข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบไม่ได้มากที่สุดคือ การฟื้นฟูความจำ (Recall) ระดับคะแนนมากที่สุด คือ 0 คะแนนความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้สูงอายุจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือรู้ชื่อสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้และจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสูญเสียทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีต

ตารางที่ 4.3 ค่าร้อยละการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

(n=122)

ภาวะสุขภาพทางกาย	ร้อยละ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
ปัญหาเกี่ยวกับสายตา เช่น มองเห็นไม่ชัด	89.30	2.50	0.00	8.20
ปัญหาการได้ยินชัดเจนน้อยลง	22.10	38.50	11.50	27.90
ปัญหาการไต่กลิ่น ลดลง	20.50	4.90	0.00	74.60
ปัญหาเกี่ยวกับฟัน เช่น ฟันโยก ไม่มีฟัน	54.90	23.00	11.50	10.70
อาการเบื่ออาหาร หรือทานอาหารได้น้อยลง	13.10	41.00	9.00	36.90
อาการเหนื่อย หรืออ่อนเพลียง่าย	40.20	48.40	2.50	9.00
อาการหน้ามืด เป็นลม	24.60	36.90	0.00	38.50
อาการนอนไม่หลับ	50.00	27.90	0.00	22.10
อาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ	54.10	28.70	1.60	15.60
รู้สึกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของตัวเองไม่แข็งแรง	49.20	21.30	0.00	29.50

จากตารางที่ 4.3 พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุมี ปัญหาเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 89.30 รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับฟัน มีค่าร้อยละ 54.90 อาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ มีค่าร้อยละ 54.10 ตามลำดับ การเปลี่ยนแปลงทางสายตาจะเปลี่ยนเป็น สายตาวัว เลนส์หรือกระจกตาขุ่น อาจเกิดต่อกระจก เนื่องจากเซลล์ในร่างกายมีประสิทธิภาพ น้อยกว่าเซลล์ที่ตายแล้ว หรือเซลล์เก่าที่ถูกเซลล์ทดแทน สำหรับเซลล์ที่ไม่มี การสร้างเซลล์ใหม่ จะมีการถูกทำลาย ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ในระบบนั้นลดลง จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4.4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพทางกาย	X	S.D.	แปลผล
ปัญหาเกี่ยวกับสายตา เช่น มองเห็นไม่ชัด	3.73	0.83	มากที่สุด
ปัญหาการได้ยินชัดเจนน้อยลง	2.55	1.12	มาก
ปัญหาการได้กลิ่น ลดลง	1.71	1.24	น้อย
ปัญหาเกี่ยวกับฟัน เช่น ฟันโยก ไม่มีฟัน	3.22	1.03	มาก
อาการเบื่ออาหาร หรือทานอาหารได้น้อยลง	2.30	1.11	น้อย
อาการเหนื่อย หรืออ่อนเพลียง่าย	3.20	0.87	มาก
อาการหน้ามืด เป็นลม	2.48	1.24	น้อย
อาการนอนไม่หลับ	3.06	1.18	มาก
อาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ	3.21	1.07	มาก
รู้สึกว่าสุขภาพโดยทั่วไปของตัวเองไม่แข็งแรง	2.90	1.30	มาก
รวม	2.84	0.58	มาก

จากตารางที่ 4.4 พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.84 เมื่อพิจารณาประเด็นย่อยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา มีค่าเฉลี่ย 3.73อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาท่านมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน มีค่าเฉลี่ย 3.22 อยู่ในระดับมากและมีอาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ จนรู้สึกเคลื่อนไหวลำบากมีค่าเฉลี่ย 3.21 อยู่ในระดับมาก

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละ การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ

การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ	ใช่		ไม่ใช่	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร	122	100.00	0	0.00
กากใยอาหารช่วยในการขับถ่ายและลดไขมันในเส้นเลือด	97	79.50	25	20.50
อาหารทะเลมีแร่ธาตุไอโอดีนมาก	79	64.80	43	35.20
ผลไม้ เช่น ทูเรียน องุ่น ลำไยทำให้น้ำตาลในเลือดสูง	109	89.30	13	10.70
เนื้อปลาเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุ	112	91.80	10	8.20
อาหารที่มีโปรตีนสูงคือเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ ปลา และถั่ว	92	75.40	30	24.60
ไข่แดงมีโคเลสเตอรอลสูง แต่มีประโยชน์มาก	79	64.80	43	35.20
นม และปลาเล็กปลาน้อย มีแคลเซียม	99	81.10	23	18.90
การรับประทานอาหารเค็มจะช่วยให้ไตทำงานหนัก	79	64.80	43	35.20
ผู้สูงอายุต้องการพลังงานน้อยกว่า วัยหนุ่มสาว	61	50.00	61	50.00

จากตารางที่ 4.5 พบว่าผลการทดสอบการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ ประเด็นผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหารมากที่สุดร้อยละ 100.00 รองลงมาเนื้อปลาเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 91.80 และผลไม้ เช่น ทูเรียน องุ่น ลำไยทำให้น้ำตาลในเลือดสูงร้อยละ 89.30 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 จำนวนและค่าร้อยละ การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อมูล	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รับประทานเนื้อสัตว์	83 (68.00)	24 (19.70)	15 (12.30)	0 (0.00)
รับประทานปลาทุกมื้อ	102 (83.60)	20 (16.40)	0 (0.00)	0 (0.00)
รับประทานไข่สัปดาห์ละ3-5ฟอง	21 (17.20)	51 (41.80)	50(41.00)	0 (0.00)
รับประทานอาหารทะเล	16 (13.10)	36 (29.50)	35(28.70)	35(28.70)
ดื่มนมวัววันละ 1 แก้ว	47 (38.50)	34 (27.90)	29(23.80)	12 (9.80)
รับประทานขนมผลไม้ไม่มีรสหวาน	60 (49.20)	44 (36.10)	12 (9.80)	6 (4.90)
รับประทานข้าวมื้อละ2ทัพพี	108 (88.50)	12 (9.80)	2 (1.60)	0 (0.00)
เดิมเครื่องปรุงเมื่อรับประทานอาหาร	25 (20.50)	17(13.90)	30 (24.60)	50(41.00)
รับประทานผักทุกมื้อ	107 (87.70)	15 (12.30)	0 (0.00)	0 (0.00)
รับประทานผลไม้ไม่หวานจัด	29 (23.80)	50 (41.00)	15 (12.30)	28(23.00)
ใช้เครื่องจิ้ม กับผลไม้ไม่หวาน	26 (21.30)	20 (16.40)	9 (7.40)	67(54.90)
ใช้น้ำมันถั่วเหลืองปรุงอาหาร	107 (87.70)	10 (8.20)	5 (4.10)	0 (0.00)
รับประทานอาหารทอดด้วยน้ำมัน	4 (3.30)	21 (17.20)	48 (39.3)	49(40.2)
รับประทานอาหารที่มีกะทิ	10 (8.20)	49 (40.20)	20 (16.4)	43(35.2)
ดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว	107 (87.70)	15 (12.30)	0 (0.00)	0 (0.00)
รับประทานอาหารที่เคี้ยวง่าย	112 (91.80)	10 (8.20)	0 (0.00)	0 (0.00)
รับประทานอาหารตรงเวลา	80 (65.60)	34 (27.90)	8 (6.60)	0 (0.00)
ดื่มกาแฟมากกว่า 1 แก้ว	24 (19.70)	20 (16.40)	78(63.40)	0 (0.00)
รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ	117(95.90)	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (4.10)
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน	72(59.00)	37 (30.30)	13(10.70)	0 (0.0)

จากตารางที่ 4.6 พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีการปฏิบัติสม่ำเสมอมากที่สุด คือ รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ร้อยละ 95.90 รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่เคี้ยวง่ายร้อยละ 91.80 รับประทานข้าวมื้อละ 2 ทัพพี ร้อยละ 88.50 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในการจำและการบอกข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ และความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ



ตารางที่ 4.7 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ข้อมูล	X	S.D.	แปลผล
รับประทานเนื้อสัตว์	3.56	0.70	มากที่สุด
รับประทานปลาทุกมื้อ	3.84	0.37	มากที่สุด
รับประทานไข่สัปดาห์ละ 3-5 ฟอง	2.76	0.72	มาก
รับประทานอาหารทะเล	2.27	1.02	มาก
ดื่มนมวัววันละ 1 แก้ว	2.95	1.01	มาก
รับประทานขนมผลไม้มีรสหวาน	3.30	0.84	มาก
รับประทานข้าวเมื่อละ 2 ทักษิ	3.87	0.38	มากที่สุด
เดิมเครื่องปรุงเมื่อรับประทานอาหาร	2.14	1.16	น้อย
รับประทานผักทุกมื้อ	3.88	0.33	มากที่สุด
รับประทานผลไม้ไม่หวานจัด	2.66	1.08	มาก
ใช้เครื่องจิ้ม กับผลไม้ไม่หวาน	2.04	1.25	น้อย
ใช้น้ำมันถั่วเหลืองปรุงอาหาร	3.84	0.47	มากที่สุด
รับประทานอาหารทอดด้วยน้ำมัน	1.84	0.82	น้อย
รับประทานอาหารที่มีกะทิ	2.21	1.02	น้อย
ดื่มน้ำเปล่าวันละ 6-8 แก้ว	3.88	0.33	มากที่สุด
รับประทานอาหารที่เคี้ยวง่าย	3.92	0.27	มากที่สุด
รับประทานอาหารตรงเวลา	3.59	0.61	มากที่สุด
ดื่มกาแฟมากกว่า 1 แก้ว	1.92	1.26	น้อย
รับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ	3.88	0.59	มากที่สุด
รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน	3.48	0.68	มากที่สุด
รวม	3.09	0.25	มาก

จากตารางที่ 4.7 พบว่าโดยภาพรวมพฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.09 เมื่อพิจารณาประเด็นย่อยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านรับประทานอาหารเช้าที่เรียบง่าย เช่น มะละกอ กล้วย ข้าวต้ม ผักต้มมีค่าเฉลี่ย 3.92 อยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมา ท่านรับประทานผักใบเขียวและผักที่มีสีเหลือง ท่านดื่มน้ำเปล่าวันละ 6 – 8 แก้ว มีค่าเฉลี่ย 3.88 เท่ากันอยู่ในระดับมากที่สุด และท่านรับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ ท่านรับประทานข้าวมีโต๊ะ 2 ทัพพี (ถ้วยเต็ยวระหมี ขนมหจีน = 1ถ้วย ขนมหป้ง = 2แผ่น) มีค่าเฉลี่ย 3.87 อยู่ในระดับมาก สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคที่เกิดจากความเคยชิน

ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
คะแนน 10-20 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดี	19	15.60
คะแนน 21-30 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลาง	35	28.70
คะแนน 30-40 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี	68	55.70

จากตารางที่ 4.8 พบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวมด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดีอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.70 รองลงมา การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 28.70 และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดียังร้อยละ 15.60 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.9 จำนวนและร้อยละ ความรู้ทางด้านโภชนาการ

ความรู้ทางด้านโภชนาการ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับปรับปรุง	23	18.90
คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60 - 79 หมายถึงมีความรู้ในระดับพอใช้	161	3.10
คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึง มีความรู้ในระดับดี	83	68.00

จากตารางที่ 4.9 พบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม ความรู้ทางด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 68.00 รองลงมาที่มีความรู้ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 18.90 และมีความรู้ในระดับพอใช้ ร้อยละ 13.10 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
คะแนน 20 – 40 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดี	1	0.80
คะแนน 41 – 60 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง	46	37.70
กลางคะแนน 61- 80 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับดี	75	61.50

จากตารางที่ 4.10 พบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 61.50 รองลงมาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.70 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดีร้อยละ 0.80 ตามลำดับ

ผลการทดสอบสมมติฐาน

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย

ระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทางกาย	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ต่ำกว่า 65 ปี	65-75 ปี	มากกว่า 75 ปี		
ระดับไม่ดี	5.70	6.60	6.60	0.39	4.13
ระดับปานกลาง	2.50	4.10	6.60		
ระดับดี	28.70	17.20	22.10		

จากตารางที่ 4.11 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย

ระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทางกาย	ร้อยละ		p-value	Chi-Square
	ชาย	หญิง		
ระดับไม่ดี	2.50	16.40	0.00	18.70
ระดับปานกลาง	8.20	4.90		
ระดับดี	10.70	57.40		

จากตารางที่ 4.12 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.13 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย

ระดับการศึกษา	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้	-	2.50	4.10		
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้	0.80	2.50	1.60		
ไม่จบประถมศึกษา	-	0.80	41.00		
จบประถมศึกษา	11.50	17.20	6.60	0.54	10.93
จบประถมศึกษา	3.30	3.30	0.80		
จบมัธยมต้นจบมัธยมปลาย / ปวช.	-	0.80	-		
จบอนุปริญญา / ปวส.	-	1.60	-		

จากตารางที่ 4.13 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.14 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย

รายได้	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
น้อยกว่า 1,000 บาท	0.80	2.50	5.70	0.37	10.81
1,001 – 5,000 บาท	-	2.50	9.80		
5,001 – 10,000 บาท	1.60	2.50	8.20		
10,001 – 15,000 บาท	10.70	3.30	28.70		
15,001 – 20,000 บาท	4.10	0.80	9.00		
มากกว่า 20,000 บาท	1.60	1.60	6.60		

จากตารางที่ 4.14 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.15 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับความรู้ทางด้านโภชนาการ

ระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทางกาย	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ต่ำกว่า 65 ปี	65-75 ปี	มากกว่า 75 ปี		
ระดับปรับปรุง	3.30	6.60	5.70	0.29	5.00
ระดับพอใช้	13.90	6.60	8.20		
ระดับดี	19.70	14.80	21.30		

จากตารางที่ 4.15 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับความรู้ทางด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.16 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโภชนาการ

ระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทางกาย	ร้อยละ		p-value	Chi-Square
	ชาย	หญิง		
ระดับปรับปรุง	7.40	8.20		
ระดับพอใช้	9.80	18.90	0.00	19.10
ระดับดี	4.10	51.60		

จากตารางที่ 4.16 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.17 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้อาเซียน

ระดับการศึกษา	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ระดับปรับปรุง	ระดับพอใช้	ระดับดี		
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้	0.80	2.50	3.30		
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้	-	3.30	1.60		
ไม่จบประถมต้น	-	-	2.50		
จบประถมต้น	-	26.20	43.40	0.05	21.09
จบประถมปลาย	-	5.70	7.40		
จบมัธยมต้นจบมัธยมปลาย / ปวช.	-	-	-		
จบอนุปริญญา / ปวส.	-	-	1.60		

จากตารางที่ 4.17 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับความรู้อาเซียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05



ตารางที่ 4.18 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้ทางด้านโภชนาการ

รายได้	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ระดับปรับปรุง	ระดับพอใช้	ระดับดี		
น้อยกว่า 1,000 บาท	1.60	3.30	4.10	0.88	5.09
1,001 – 5,000 บาท	3.30	3.30	5.70		
5,001 – 10,000 บาท	3.30	3.30	5.70		
10,001 – 15,000 บาท	4.90	12.30	25.40		
15,001 – 20,000 บาท	1.60	3.30	9.00		
มากกว่า 20,000 บาท	0.80	3.30	5.70		

จากตารางที่ 4.18 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความรู้ทางด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.19 ความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทางกาย	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ต่ำกว่า 65 ปี	65-75 ปี	มากกว่า 75 ปี		
ระดับไม่ดี	-	-	0.80	0.51	3.29
ระดับปานกลาง	12.30	9.80	15.60		
ระดับดี	24.60	18.00	18.90		

จากตารางที่ 4.19 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างช่วงอายุกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.20 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

พฤติกรรม การบริโภคอาหาร	ร้อยละ		p-value	Chi-Square
	ชาย	หญิง		
ระดับไม่ดี	-	0.80		
ระดับปานกลาง	5.70	32.00	0.37	2.01
ระดับดี	15.60	45.90		

จากตารางที่ 4.20 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.21 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

ระดับการศึกษา	ร้อยละ			p-value	Chi-Square
	ระดับปรับปรุง	ระดับพอใช้	ระดับดี		
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้	0.80	2.50	3.30		
ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้	-	3.30	1.60		
ไม่จบประถมต้น	-	-	2.50		
จบประถมต้น	-	26.20	43.40	0.05	21.09
จบประถมปลาย	-	5.70	7.40		
จบมัธยมต้นจบมัธยมปลาย / ปวช.	-	-	1.60		
จบอนุปริญญา / ปวส.	-	-	1.60		

จากตารางที่ 4.21 พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 4.22 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ

รายได้	ร้อยละ			p-value Chi-Square	
	ระดับไม่ดี	ระดับปานกลาง	ระดับดี		
น้อยกว่า 1,000 บาท	0.80	4.10	4.10		
1,001 – 5,000 บาท	-	4.10	8.20		
5,001 – 10,000 บาท	-	3.30	9.00	0.12	15.47
10,001 – 15,000 บาท	-	17.20	25.40		
15,001 – 20,000 บาท	-	3.30	10.70		
มากกว่า 20,000 บาท	0.80	37.70	1.50		

จากตารางที่ 4.22 พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4.2 การอภิปรายผล

จากการศึกษาการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ และแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทำให้ได้ข้อมูลการปฏิบัติตน เกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมทั้งทราบถึงภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีเกณฑ์การประเมินผู้ที่สูงวัยมีภาวะสมองเสื่อม จะมีคะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 23 คะแนน และข้อคำถามที่ผู้สูงอายุตอบไม่ได้มากที่สุดคือ การฟื้นฟูความจำ (Recall) ซึ่งความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถในด้านความจำ เป็นอาการแสดงที่สำคัญและเป็นอาการเริ่มแรกที่เด่นชัด ผู้สูงอายุจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือรู้ฟื้นสิ่งต่าง ๆ ที่เคยเรียนรู้และจดจำได้เป็นอย่างดีมาก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสูญเสียทั้งความจำใหม่ ๆ และความจำเรื่องเก่า ๆ ในอดีต อาจจะมีสิ่งของที่สำคัญ เช่น กระเป๋าสตางค์ กุญแจ ลืมอาหารที่กำลังปรุงค้ำไวนบนเตา ลืมเพื่อนบ้านที่ไม่ค่อยสนิทคุ้นเคย ในระยะต่อมา การสูญเสียความจำจะรุนแรงมากขึ้นจนลืมอาชีพการงานของตน ลืมประวัติการศึกษา วันเกิด สมาชิกในครอบครัว และบางครั้งอาจจะลืมแม้กระทั่งชื่อของตนเอง จากการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล คำถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่ปัจจุบัน พบว่าผู้สูงอายุ เป็นโรคหัวใจ เก๊าท์ แผลติดเชื้อมากที่สุด ร้อยละ 47.50 การจำแนกตามสาเหตุการเกิดภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ จากผลการสัมภาษณ์ ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ (ชุตินา, 2544) ได้กล่าวว่า เป็นผลเกิดจากโรคต่าง ๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายอื่น ๆ ที่มีผลกระทบทำให้เกิดอาการสมองเสื่อม เช่น โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง โรคติดเชื้อต่าง ๆ โรคทางเมตาบอลิซึม โรคจากสารพิษและยาเป็นต้น

การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุจากผลการสัมภาษณ์ พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.84 เมื่อพิจารณาประเด็นย่อยพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือมีปัญหากับสายตา เช่น มองเห็นไม่ชัดมีค่าเฉลี่ย 3.73 อยู่ในระดับมากที่สุด ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ (วราภรณ์, 2540) ได้กล่าวว่า ทฤษฎีทางชีววิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ในระยะการแบ่งตัวหรือมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ อาจมีความผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของดีเอ็นเอ (deoxylibonucleic acid : DNA) ทำให้การทำงานของเซลล์และอวัยวะต่างๆ ของร่างกายบกพร่อง หรือมีประสิทธิภาพลดลง การเปลี่ยนแปลงทางสายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาสั้น เลนส์หรือกระจกตาขุ่น อาจเกิดต่อกระจก การมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้ไม่สามารถเลือกอาหารและปรุงด้วยตนเองได้ หรือกินอาหาร

ที่ขึ้นรา สกปรก เพราะมองไม่เห็น นอกจากความเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้วยังมีความเสื่อมอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการกินอาหารของผู้สูงอายุ เช่น การทำงานของสมองเสื่อมลงทำให้ความรู้สึกรู้สึก การเคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี มือสั่น ตักอาหารลำบาก บางคนหลงลืม ในเรื่องการกินอาหาร

การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ พบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม ความรู้ทางด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 68.00 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ความสามารถในการจำและการบอกข้อเท็จจริงเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ ความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผู้สูงอายุมีความรู้มากขึ้นทั้งนี้อาจสังเกตเห็นได้จากประโยชน์ของการรักษาหรือป้องกัน เพื่อให้บรรเทาจากโรคร้ายต่างๆ

การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 61.50 สรุปได้ว่าผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจความเคยชินในการประกอบอาหาร ในการเลือกซื้อ เลือกปรุง เลือกกิน เป็นพฤติกรรมการบริโภคที่ปฏิบัติเสมอ ๆ จนเคยชิน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และ รายได้ กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย ไม่มีความสัมพันธ์

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า มีความสัมพันธ์ เพศนอกจากเป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางสถิติของแต่ละบุคคลแล้ว ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ในสังคมในเพศชาย ถูกกำหนดให้เป็นผู้นำในครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดบทบาทในการเป็นแม่บ้าน จากการศึกษาของ ขวัญใจ (2534) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในบทบาท ตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าเพศมีอิทธิพลต่อความสุข วิถีชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นเพศจึงเป็นตัวแปรที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ รายได้กับ ความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ผู้สูงอายุต้องการพลังงานเพื่อทำงานต่าง ๆ น้อยลง เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง FAO/WHO เสนอให้ลดพลังงานในอาหาร ลงร้อยละ 5 ทุก 10 ปี จนถึงอายุ 59 เมื่ออายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานลงร้อยละ 10 เมื่อมีอายุ 70 ปี ขึ้นไปให้ลดลงร้อยละ 20 และกองโภชนาการ กรมอนามัย เสนอให้ลดลงเฉลี่ย 100 แคลอรี ทุก 10 ปี ที่เพิ่มขึ้น (กองโภชนาการ, 2544) ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนประมาณวันละ 0.88 กรัม ต่อ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม และเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ไม่ควรกินอาหาร โปรตีนมากเกินไป ไม่ควรกินไขมันเกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานทั้งหมด ควรใช้ ประมาณ 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน (จันทนา, 2538) ควรได้รับสารอาหารที่ให้คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด (วินัส, 2545) ควรรับประทานข้าวหรือแป้งซึ่งเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อนวันละ 3-4 ถ้วยตวง เป็นต้น ดังนั้นผลการทดลองสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุจากกลุ่มตัวอย่างที่ ทำการสัมภาษณ์ มีความรู้ทางด้านโภชนาการ ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับช่วงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุ ในชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างแกะสลักไม้ ช่างไม้ และมีบางกลุ่มที่ยังสามารถทำการเกษตร ได้ ความรู้ด้านโภชนาการ หรือความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ จึงอยู่ในระดับที่ยังสามารถ รับพลังงานปริมาณสารอาหารได้ปกติ แต่จำกัดสารอาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทานมาก หรือจำกัดสารอาหารให้ตรงตามโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ในปัจจุบันมีการร่วมมือกันระหว่างหน่วย ชุมชน ด้านสาธารณสุข ที่มีหน้าที่ให้บริการทางด้านสาธารณสุข โดยมีกิจกรรมการส่งเสริม สุขภาพ ให้ความรู้ด้านโภชนาการ มีวิทยุชุมชนประชาสัมพันธ์ดูแลสุขภาพให้แก่ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำหลัก มีการแจกเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุคนละ 500 บาท ดังนั้นรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับความรู้ทางด้าน โภชนาการพบว่ามีความสัมพันธ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) ได้ศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่รายได้ เพศ อายุ มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ
 ปรรณนา สกุนันท์(2541) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะโภชนาการของประชาชนในพื้นที่
 โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนาสิ่งแวดล้อมหมักเบียร์ ตำบลแหลมผักเบี้ย อำเภอบ้านแหลม
 จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เพศ รายได้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน มี
 ความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของประชาชน จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า เพศเป็นตัวแปรที่มี
 อิทธิพลต่อ การปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ เพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติตนเอง
 เกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร หรือการประกอบอาหารรับประทานในแต่ละวัน ซึ่งเพศ
 หญิงมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับดี ส่วนเพศชายมีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปาน
 กลาง เนื่องจากเพศหญิงมีความรู้ด้านการประกอบอาหาร มากกว่าเพศชาย จึงทำให้มีความรู้
 อยู่ในระดับดี

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษากับ
 ความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่ามีความสัมพันธ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของมุลี ชูเนตร (2538)
 ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
 อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400
 ราย ผลการวิจัยพบว่าความเพียงพอของรายได้และความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบ
 แผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ จากผลการวิจัย สรุปได้ว่า ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่มี
 อิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเอง เกี่ยวกับความรู้ด้านโภชนาการ เนื่องจากการศึกษาทำให้บุคคล
 ผู้สูงอายุใช้ความรู้ความคิดในการพิจารณาเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับวัย ดังนั้น
 ระดับการศึกษาจึงเป็นพื้นฐานสำคัญ ที่เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตนเอง
 ด้านโภชนาการที่ดี

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ เพศ รายได้กับ
 พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ คุชฎี (2534) กล่าวว่าพฤติกรรม
 การบริโภคอาหารเป็นการปฏิบัติสม่ำเสมอจนเกิดเป็นความเคยชินในการเลือกรับประทานอาหาร
 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนิสัย ความชอบ ความไม่ชอบและความรู้ของแต่ละบุคคล จากผลงานวิจัยสรุปได้
 ว่า ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดี อยู่ในคะแนนมาก

ที่สุด แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และ 75 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับดี เช่นกัน เนื่องจากมีความเคยชินในการเตรียม และประกอบอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในชุมชน ปัจจุบันมีการปรุงอาหาร รับประทานเองที่บ้าน จึงทำให้มีการเลือกซื้อ เลือกรับประทาน จนเกิดเป็นนิสัยของแต่ละบุคคลในทุกช่วงอายุ ผู้สูงอายุ เพศหญิง มีพฤติกรรมการบริโภค ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุเพศหญิงมีหน้าที่บทบาทเป็นแม่บ้าน มีการจัดเตรียมปรุงอาหารสม่ำเสมอ จนเป็นความเคยชิน จึงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุในชนบท ส่วนมากจะอยู่อย่างเศรษฐกิจพอเพียง มีการพึ่งพาตนเองได้ ในเรื่องแหล่งอาหาร ส่วนใหญ่ไม่ซื้อนอกร้าน ปลูกผักไว้กินเอง มีเหลือแบ่งปันเพื่อนบ้าน ปรุงอาหารกินเองในบ้าน รายได้บางส่วนมาจากทำการเกษตร จึงทำให้ปัจจัยด้านรายได้ของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพบว่ามีความสัมพันธ์ สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณารุ่งวณิชชา (2539) ได้ศึกษาเรื่องบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ขนาดครอบครัว ภาวะสุขภาพ การรับประทานยา การได้รับข่าวสารโภชนาการ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และพบว่าการศึกษาและรายได้ดีมีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้ม เข้าสู่ภาวะสมองเสื่อม กรณีศึกษา : ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมจำนวน 122 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination : TMSE) ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 แบบวัดการปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าไคสแควร์

5.1 สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.7 ส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 65 ปี อายุเฉลี่ย 68 ปีต่ำสุด 60 ปีมากที่สุด 84 ปี อาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 75.4 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 41 การศึกษาส่วนใหญ่ระดับจบประถมต้นร้อยละ 69.7 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับบุตรมากที่สุดร้อยละ 50 ความเจ็บป่วยโรคหัวใจ คือโรคที่พบมากที่สุดร้อยละ 47.5 ครอบครัวไม่มีประวัติหลงลืมมากที่สุดร้อยละ 80.3 อุบัติเหตุที่ศีรษะ ไม่เคยมี ร้อยละ 68.9 ปัจจุบันส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 73.8 กลุ่มตัวอย่างไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 49.2

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่าผลการทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ส่วนใหญ่มีเกณฑ์การประเมินผู้ที่สงสัยมีภาวะสมองเสื่อม จะมีคะแนนสมรรถภาพสมองต่ำกว่า 23 คะแนน

การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุโดยภาพพบว่าส่วนใหญ่การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดีอยู่ในระดับดีร้อยละ 55.7 รองลงมา การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 28.7 และการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับไม่ดีร้อยละ 15.6 ตามลำดับ

การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ พบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม ความรู้ทางด้านโภชนาการ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดีร้อยละ 68 รองลงมามีความรู้ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 18.9 และมีความรู้ในระดับพอใช้ ร้อยละ 13.1 ตามลำดับ

การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าโดยภาพรวมคะแนนรวม พฤติกรรมในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีร้อยละ 61.5 รองลงมามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.7 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับไม่ดีร้อยละ 0.8 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสมาคมผู้สูงอายุจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ กับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ และรายได้กับความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างเพศกับความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่ามีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงเวียงจันทน์ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่รายได้ เพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุและยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ประรณนา สกุลนัทธิ(2541) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาภาวะโภชนาการของประชาชนในพื้นที่โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนาสิ่งแวดล้อมแหลมผักเบี้ย ตำบลแหลมผักเบี้ย อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เพศ รายได้ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของประชาชน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษา กับความรู้ทางด้านโภชนาการพบว่ามีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับงานวิจัยของมลลิต ชูเนตร (2538) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 ราย ผลการวิจัยพบว่าความเพียงพอของรายได้และความรู้ด้านโภชนาการมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีโรคประจำตัวแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างช่วงอายุ เพศ และรายได้กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

เมื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมในการบริโภคอาหารพบว่ามีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณารุ่ง วนิชชา (2539) ได้ศึกษาเรื่องบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะ ซึมเศร้า พบว่าปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ขนาดครอบครัว ภาวะสุขภาพ การรับประทานยา การได้รับข่าวสารโภชนาการ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และพบว่าการศึกษาและรายได้ดีมีความสัมพันธ์ต่อ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

5.2 ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุเพิ่มเติม เพื่อให้สอดคล้องกับ การศึกษาความรู้ด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคอาหาร
2. ศึกษาถึงคุณค่าของอาหารพื้นบ้าน หรืออาหารท้องถิ่นเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับความต้องการสารอาหารของร่างกายของผู้สูงอายุ
3. ควรมีประเด็นการศึกษาอื่นๆ เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ประเด็นอื่นๆอีกต่อไป และนำแนวคิดไปเชื่อมโยงกับด้าน โภชนาการของผู้สูงอายุ



เอกสารอ้างอิง

กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. สารศิริราช. ปีที่ 45; ฉบับที่ 6. มิถุนายน; 2536

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2532. **ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน และแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

..... . การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

..... . **คู่มือธงโภชนาการ.** พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

..... . 2546. **ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน และแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, กรุงเทพฯ.

กัมมันต์ พันธุมจินดา และคณะ. 2543. **สมองเสื่อม โรคหรือวัย.** โครงการจัดพิมพ์คบไฟ. กรุงเทพฯ.

ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร. 2534. “**ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล (บัณฑิตศึกษา) คณะครุศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. 2545. **แผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564.** คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี, กรุงเทพฯ.

คณะทำงานโครงการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538. 2540. **การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538.** โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, กรุงเทพฯ.

จินต์ จรุงนุรักษ์. 2540 “การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาอาหารและโภชนาการเพื่อการพัฒนา, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชลธิชา สงวนวงษ์. 2539 ”ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ แขวงรองเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล(บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชุตินา สืบวงศ์ลี. 2544 “การสำรวจภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่(บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534. สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญพร.

ศุภฎี สุทธิปริยาศรี. 2534. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร. ในเอกสารการสอนชุดวิชาโภชนศาสตร์สาธารณสุขหน่วยที่ 1-7 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ,40-50. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช .

นริศรา ลีตามานิตย์. 2531 . “ ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นิตยา ไกรวงศ์. 2536 “บริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่(บัณฑิตศึกษา) คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- นิตยา ตั้งhurst. 2531. **นิสัยความเชื่อในการกินอาหารในเอกสารชุดวิชาโภชนาการกับชีวิต มนุษย์หน่วยที่ 6 – 10.** พิมพ์ครั้งที่ 6. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. **อัลไซเมอร์-โรคสมองเสื่อม.** สารศิริราช. ปีที่ 50 ฉบับที่ 9 กันยายน; 2541
- นรินาท วิทโยชกิติคุณ. 2534 **"ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ."** วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิศารัตน์ ศิลปเดช. 2542. **เอกสารประกอบการสอนระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์เบื้องต้น.** กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏธนบุรี.
- ปรารธนา สกุลนัชนี. 2541 **"การศึกษาภาวะโภชนาการของประชาชน ในพื้นที่โครงการศึกษาวิจัย และพัฒนาสิ่งแวดล้อมหมักเบียร์ ตำบลแหลมผักเบี้ย อำเภอบ้านแหลม จังหวัดเพชรบุรี"** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท.สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม. คณะวิทยาศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- มลฤดี ชูเนตร. 2538 **"ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี"** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาวิทยาการระบาด, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รวีโรจน์ อนันตธนาชัย และคณะ. 2551. **รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับภาวะการมีอายุยืนของผู้สูงอายุไทย.** คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต และเครือข่ายภายนอก ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- วนิดา คงขำ. 2547 **"ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร"** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพัฒนาครอบครัวและสังคม. คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- วรรณารุ่งฉวีชชา. 2539. “การศึกษาบริโภคนิสัยและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มี และไม่มีภาวะซึมเศร้า” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาโภชนวิทยา(บัณฑิตศึกษา) คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วารภรณ์ เสถียรนพเก้า. 2540 “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคี้ยวกับความถี่ในการบริโภคอาหาร คุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษา ชุมรมผู้สูงอายุแหลมทอง” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาโภชนวิทยา. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันดี เข้มจันทร์ฉาย. 2538 “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ (บัณฑิตศึกษา). คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วินัส ลิพหกุล และคณะ. 2545. โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล. บริษัท บุญศิริการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพฯ.
- ศุภิดา ทองเย็น. 2542 “การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลตนเองด้านโภชนาการ ในผู้ป่วยเอดส์ ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบาราศนราดูล” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาโภชนวิทยา(บัณฑิตศึกษา) คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2551. “โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์การเปรียบเทียบความสัมพันธ์ แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม”. บริษัท ซี จี ทูล จำกัด, กรุงเทพฯ.
- สรรเสริญ ทรัพย์โตษก. 2531. โภชนาการเชิงชีวเคมี . สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2544. คู่มืออาหารเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท จุฑาทอง จำกัด, กรุงเทพฯ.

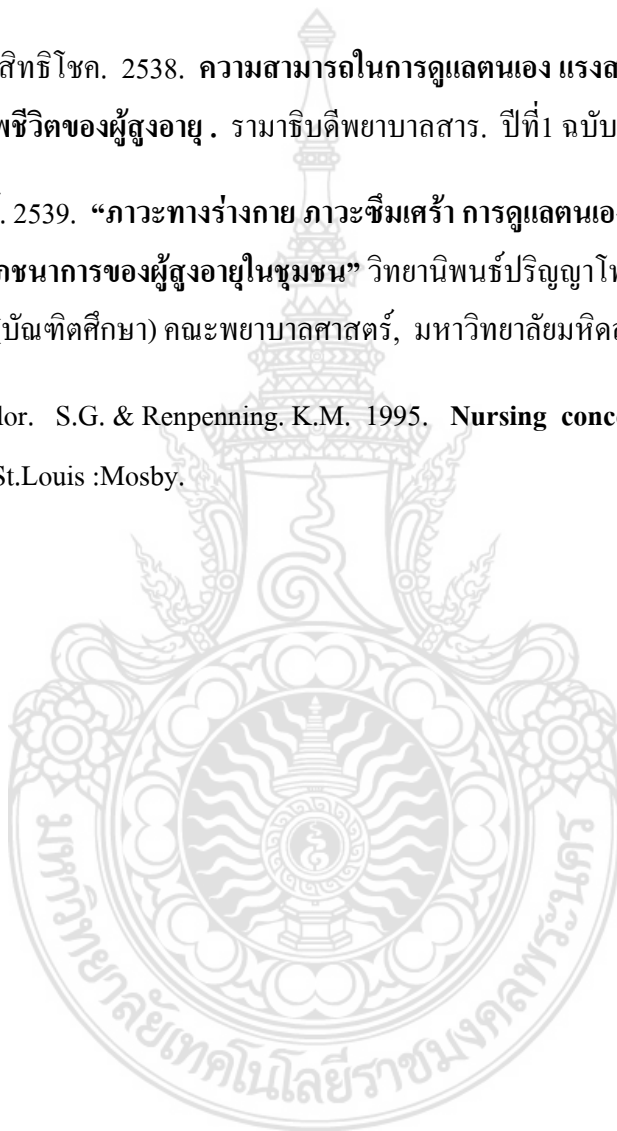
สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2547. ชุดความรู้คู่มือเพื่อการดูแลตนเองสำหรับผู้
เป็นเบาหวาน. บริษัท จุดทอง จำกัด, กรุงเทพฯ.

สุจิตรา ผลประไพ. 2548. อาหารและการออกกำลังกาย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่าน
ศึก. กรุงเทพฯ.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2538. ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยบาลสาร. ปีที่1 ฉบับที่1.

อรุณี นาคะพงศ์. 2539. “ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการและ
ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน” วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้ใหญ่(บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Orem,D.F. Taylor. S.G. & Renpenning. K.M. 1995. **Nursing concepts of practices (5th.
Ed.). St.Louis :Mosby.**



ภาคผนวก ก

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ และแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง
ของผู้สูงอายุ



ชื่อผู้สูงอายุ ชื่อ - สกุล.....

สัมภาษณ์พร้อมญาติ กรณีที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ชื่อ - สกุล (ญาติ).....

บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ลักษณะข้อมูลทั่วไป

1. อายุ.....ปี
2. เพศ
 - ชาย
 - หญิง
3. อาชีพ
 - ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว
 - รับจ้างทั่วไป
 - ข้าราชการบำนาญ
 - ทำงานบริษัท
 - ไม่ได้ทำงาน
 - อื่นๆ ระบุ
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนได้ (สามารถกรอกข้อมูลส่วนตัวได้)
 - ไม่ได้เรียน / อ่านออกเขียนไม่ได้
 - ไม่จบประถมต้น
 - จบประถมต้น
 - จบประถมปลาย
 - จบมัธยมต้น
 - จบมัธยมปลาย / ปวช.
 - จบอนุปริญญา / ปวศ.
 - จบปริญญาตรี / สูงกว่า

5. ความสามารถในการอ่าน – เขียน
- อ่านออกเขียนได้ อ่านออกเขียนไม่ได้
- อ่านไม่ออก
6. สถานภาพ
- สมรส หม้าย
- หย่า / สมรส โสด
7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใคร
- บุตร อยู่คนเดียว
- ญาติ ระบุ..... อื่นๆ.....
8. การเจ็บป่วย / โรคที่เป็นปัจจุบัน
- โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง
- เบาหวาน ไต
- โรคปอด ข้อ / กระดูก
- โรคหลอดเลือดสมองอักเสบ ไชมันในเลือดสูง
- อื่นๆ ระบุ.....
9. ครอบครัวมีประวัติหลงลืม (ความจำเสื่อม) หรือไม่
- มีระบุญาติ ไม่มี
- ไม่ทราบ

10. ประวัติอุบัติเหตุที่ศีรษะ

- ไม่มี มี ไม่หมดสติ
 สลบหมดสติ

11. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่ / ยาเส้น / ยาสูบ หรือไม่

- ไม่สูบ เคย แต่เลิกสูบมาแล้วระบุ.....ปี
 สูบ ทุกวัน บางครั้ง

12. ปัจจุบันท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ หรือไม่

- ไม่ดื่ม เคยดื่ม แต่เลิกแล้วระบุ.....ปี
 ดื่มประจำ ดื่มบางโอกาส



แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย Thai Mental State Examination (TMSE)

ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

** สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) **

1. การปรับตัว Orientation (6 คะแนน) คะแนน

วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ฯลฯ)

วันนี้ วันที่เท่าไร?

เดือนนี้ เดือนอะไร?

ขณะนี้ในช่วงไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)

ที่นี่ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)

คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)
2. การจดจำ Registration (3 คะแนน)

ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียวแล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ถูกทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนนในแต่ละคำที่ตอบถูก

 - หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำให้ผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครู่จะกลับมาถามใหม่
3. ความสนใจ Attention (5 คะแนน)

ให้บอกวันอาทิตย์ – วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)

ศุกร์

พฤหัสบดี

พุธ

อังคาร

จันทร์

4. การคำนวณ Calculation (3 คะแนน)

คะแนน

ให้คำนวณ $100 - 7$ ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน)

ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบ

ไม่เกิน 1 นาที หลังจบคำถาม ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1

ให้ตั้งเลข $93 - 7$ ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ $86 - 7$

ในครั้งสุดท้าย ตามลำดับ

$100 - 7$

.....

$93 - 7$

.....

$86 - 7$

.....

5. ภาษา Language (10 คะแนน)

ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป

“เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)

.....

ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่าโดยทั่วไป

“เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อผ้า, ผ้า)

.....

ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี

แล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”

.....

จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ถูกทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบทั้ง 3

ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน

หยิบกระดาษด้วยมือขวา

.....

พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น

.....

แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ

.....

ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม “หลับตา” (ข้อความอยู่ด้านหลัง)

.....

จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่ท่านจะสามารถทำได้

(ภาพอยู่ด้านหลัง) และให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด

.....

กล้วยกับส้มเหมือนกันคือ เป็นผลไม้

แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสิ่งมีชีวิต, เป็นสัตว์)

.....

6. การฟื้นฟูความจำ (Recall)

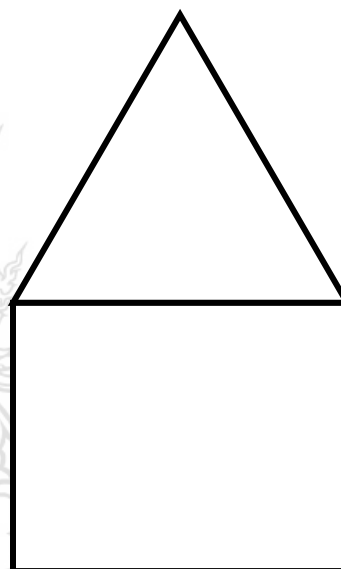
สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้ มีอะไรบ้าง

ต้นไม้

รถยนต์

มือ

รวม



“หลับตา”

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามว่า ใน 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ท่านมีอาการดังต่อไปนี้เกิดขึ้น ตรงกับความจริงของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มี
1.	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา เช่นมองเห็นไม่ชัด				
2.	ท่านมีปัญหาหูของท่านได้ยินชัดเจนน้อยลง				
3.	ท่านมีปัญหาการได้กลิ่นสิ่งต่างๆ ลดลง				
4.	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับฟัน เช่น ฟันโยก ไม่มีฟัน หรือใช้ฟันปลอมไม่พอดี ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก				
5.	ท่านมีอาการเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อยลงจากเดิม				
6.	ท่านมีอาการเหนื่อย หรืออ่อนเพลียง่าย				
7.	ท่านมีอาการหน้ามืด เป็นลม				
8.	ท่านมีอาการนอนไม่หลับ				
9.	ท่านมีอาการปวดกระดูกและข้อ หรือปวดกล้ามเนื้อ จนรู้สึกเคลื่อนไหวลำบาก				
10.	เมื่อเทียบกับคนอื่นๆ ในวัยเดียวกันท่านรู้สึกว่าคุณภาพโดยทั่วไปของท่านไม่แข็งแรง				

แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนเองด้านโภชนาการ

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุว่าสิ่งที่อ่านให้ฟังต่อไปนี้ ท่านทราบหรือไม่ว่า ใช่ ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุ

ลำดับที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1.	ผักและผลไม้ เป็นแหล่งสำคัญของวิตามิน เกลือแร่ และใยอาหาร			
2.	กากใยอาหารช่วยในการขับถ่ายและลดไขมันในเส้นเลือด			
3.	อาหารทะเลมีแร่ธาตุไอโอดีนมาก			
4.	ผลไม้ เช่น ทูเรียน องุ่น ลำไยทำให้น้ำตาลในเลือดสูง			
5.	เนื้อปลาเป็น โปรตีนที่ข้อย่างง่าย เหมาะกับผู้สูงอายุ			
6.	อาหารที่มีโปรตีนสูงคือเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ ปลา และถั่ว			
7.	ไข่แดงมีโคเลสเตอรอลสูง แต่มีประโยชน์มาก			
8.	นม และปลาเล็กปลาน้อย มีแคลเซียมช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก			
9.	การรับประทานอาหารเช้าจะช่วยให้ไ้ทำงานหนัก			
10.	ผู้สูงอายุต้องการพลังงานน้อยกว่า วัยหนุ่มสาว			

ตอนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุว่า ใน 1 สัปดาห์ ท่านกระทำพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเช้าไปนี้บ่อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับคำตอบของผู้สูงอายุมากที่สุด

ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้น 1-3 วันต่อสัปดาห์
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ผู้สูงอายุกระทำพฤติกรรมนั้นน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์
 ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ผู้สูงอายุไม่เคยกระทำพฤติกรรมนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1.	ท่านรับประทานเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ เนื้อ ปลา หรือกุ้งมีเนื้อละประมาณ 2 ช้อน โห่				
2.	กับข้าวที่ท่านรับประทาน มีปลาเป็นส่วนประกอบ				
3.	ท่านรับประทานไข่สัปดาห์ละ 3-5 ฟอง				
4.	ท่านรับประทานอาหารทะเลเช่น กุ้ง หอย ปู ปลา				
5.	ท่านดื่มนมวัวอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว				
6.	ท่านรับประทานขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ขนมที่ทำด้วยแป้ง ผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน ขนุน ลำไย หรือผลไม้เชื่อม				

ลำดับ	ข้อความ	สม่ำเสมอ	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
7.	ท่านรับประทานข้าวมือละ 2 ทัพพี (ถ้วยเดี่ยว บะหมี่ ขนมหุ้น = 1 ถ้วย ขนมหุ้น = 2 แผ่น)				
8.	ท่านเติมน้ำตาล น้ำปลาเพิ่มเมื่อรับประทานอาหาร				
9.	ท่านรับประทานผักใบเขียวและผักที่มีสีเหลือง				
10.	ท่านรับประทานผลไม้ไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง มะละกอ				
11.	ท่านใช้พริก เกลือ น้ำตาล กับผลไม้ไม่หวานจัด				
12.	ท่านใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมัน รำข้าวในการปรุงอาหาร				
13.	ท่านรับประทานอาหารที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น กล้วยแขก ไก่ทอด				
14.	ท่านรับประทานหมูสามชั้น หนังไก่ และ อาหารที่มีกะทิ				
15.	ท่านดื่มน้ำเปล่าวันละ 6 – 8 แก้ว				
16.	ท่านรับประทานอาหารที่เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ ปลานึ่ง ข้าวต้ม ผักต้ม				
17.	ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา				
18.	ท่านดื่มน้ำชา กาแฟ มากกว่าวันละ 1 แก้ว				
19.	ท่านรับประทานอาหารมื้อหลักวันละ 3 มื้อ				
20.	ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ทุกวัน				



ประวัติการศึกษาและการทำงาน

ชื่อ นามสกุล นางสาว พรฤทัย ทรัพย์ทอง

วัน เดือน ปีเกิด 4 กรกฎาคม พ.ศ.2529

ภูมิลำเนา เขต ราชเทวี จังหวัด กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา

ชื่อสถาบัน

ปีที่สำเร็จการศึกษา

วิทยาศาสตร์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

2551

