

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของแม่ซึ่งไม่มีทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง เนื่องจากยังไม่มีผู้ใดศึกษาในเรื่องของกลุ่มแม่ชี ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีเอกสาร และงานวิจัยในกลุ่มบุคคลทั่วไปมาเป็นพื้นฐานและเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้แบ่งหัวข้อดังต่อไปนี้

1. อาหารที่ควรบริโภคตามวัย
2. การบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ
4. การประเมินภาวะโภชนาการ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### อาหารที่ควรบริโภคตามวัย

สตรีในวัยผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเจริญพันธุ์ไปสู่วัยสูงอายุ ส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ก่อให้เกิดความเครียดและมีผลกระทบต่อสมดุลของชีวิต ซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ

การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ ควรรับประทานอาหารจำพวก แคลเซียม การงดหรือลดความถี่ของการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อหมู เนื้อวัว หนังเป็ด หนังไก่ งดเว้นการใช้ไขมันจากสัตว์ และกะทิในการประกอบอาหาร ควรใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวแทน เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย เป็นต้น การลดปริมาณอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น หอยนางรม ปลาหมึก อาหารทอดต่าง ๆ เป็นต้น ควรบริโภคอาหารจำพวกปลาทะเลเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากไขมันในปลาทะเลมีกรดไขมันชนิดที่มีความอิ่มตัวสูง คือ EPA (Eicosapentaenoic Acid) และ DHA (Docosahexaenoic Acid) ซึ่งพบมากในปลา แซลมอน ปลาทู การบริโภคอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ทุกวัน การรับประทานอาหารที่ให้สารไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogen) ได้แก่ ข้าวฟ่าง ผักแว่น ข้าวไม่ขัดสี ถั่วเหลือง

และเต้าหู้ ซึ่งจะช่วยให้เก็บสะสมเอสโตรเจนในกระแสเลือดไว้ได้นาน (สุมมนา ชมพูทวีป และ นิกร ดุสิตสิน, 2539) การบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน ได้แก่ น้านม และผลิตภัณฑ์จากน้านม ปลาตัวเล็กหรือสัตว์เล็กกินได้ทั้งกระดูก จากการศึกษาของ Soroko, Hollbrook, Edelstein & Barrett-Connor (1994) ในสตรีผู้สูงอายุจำนวน 581 ราย เกี่ยวกับปริมาณนมที่ได้รับมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาวกับความหนาแน่นของกระดูก พบว่า สตรีสูงอายุที่ดื่มนมเพียงพอในวัยหนุ่มสาว ทำให้ความหนาแน่นของกระดูกบริเวณข้อ กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก มากกว่าสตรีสูงอายุที่ดื่มนมน้อยกว่าปริมาณที่กำหนด การรับประทานอาหารจำพวกผักใบเขียว เช่น ยอดแค ยอดสะเดา ใบชะพลู ผักคะน้า ผักตำลึง ผักกวางตุ้ง ถั่วลันเตา ซึ่งจะมีปริมาณแคลเซียมสูงเช่นกัน

จากการศึกษาของ Ramdale, Basse & Pye (1994) จำนวน 56 ราย พบว่า ปริมาณแคลเซียมที่ได้รับมีผลต่อความหนาแน่นของกระดูกโดยเฉพาะบริเวณกระดูกสะโพก นอกจากนี้สตรีในวัยนี้จำเป็นต้องหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ น้ำอัดลม หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีวิตามิน บี 6 ได้แก่ เนื้อสัตว์ ถั่วต่าง ๆ ธัญพืช เป็นต้น

อาหารสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี อาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารหลัก 5 หมู่ ในปริมาณที่สูงพอ และดื่มน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ช่วยบำรุง รักษา ซ่อมแซม เนื้อหนังให้อยู่ในสภาพดี ช่วยควบคุม หรือกระตุ้น ให้อวัยวะทำงานตามปกติและป้องกันไม่ให้อวัยวะเสื่อมโทรมเร็วเท่าที่ควร อาหารที่กินควรย่อยง่าย และน้ำดื่มสะอาด ไม่มีสารแปลกปลอม ควบคุมร่างกายให้น้ำหนักคงที่ (ทิพย์รัตน์ มณีเลิศ, 2542, หน้า 31, 57)

อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะอาหารของผู้สูงอายุควรเป็นอาหารที่อ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย มีสีส้ม กลิ่น และรสชวนรับประทาน รสไม่จัด การรับประทานแต่ละมื้อควรเป็นจำนวนน้อย แต่บ่อยขึ้นเป็นวันละ 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมื้อสายและมื้อบ่าย ให้มื้อกลางวันเป็นอาหารหลักเพื่อช่วยลดปัญหาแน่นท้องหลังอาหาร (นิยา สออารีย์, 2538) โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้

1. โปรตีน ควรได้รับประมาณร้อยละ 12-15 ของปริมาณที่ได้รับแต่ละวัน โดยให้ได้โปรตีนที่อุดมไปด้วยกรดอะมิโน ได้แก่ เนื้อ ปลา ไข่ นม ตับ เพื่อใช้ในการซ่อมแซมเซลล์ที่สึกหรอ (นิยา สออารีย์, 2538; อุรวรรณ วลัยพัชรา, ไกรสิทธิ์ ดันตีสรินทร์ และกัลยา กิจบุญชู, 2539)

2. คาร์โบไฮเดรต ควรได้รับประมาณร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับแต่ละวัน (วินัส ตันพิบูล, 2539) โดยควรได้อยู่ในรูปของแป้ง เผือก มัน ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ประกอบด้วยน้ำตาลทราย เช่น ขนมหวาน ผลไม้กระป๋อง เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสอ้วนได้ง่าย

3. ไขมัน ควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน โดยอย่างน้อยร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับควรเป็นไขมันจากพืชที่มีกรดไลโนเลอิก ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มการขับถ่ายโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ออกจากร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ สมอ หนังกุ้งไก่ ซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูง (นียา สออารีย์, 2538)

4. แร่ธาตุและวิตามิน ตามปกติบุคคลในวัยผู้ใหญ่ต้องการแคลเซียม 800 มิลลิกรัมต่อวัน ส่วนผู้สูงอายุต้องการแคลเซียมถึง 1,000-1,500 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากร่างกายมีการสลายกระดูกจากการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายลดลง (จุฬารัตน์ รุ่งพิสุทธิพงษ์, 2539) แต่จากการสำรวจภาวะการบริโภคอาหารของคนไทย พบว่า มีการบริโภคแคลเซียมเพียง 301 มิลลิกรัมต่อคนต่อวันเท่านั้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับเหล็กประมาณ 10 มิลลิกรัม/วัน และควรรับประทานผักผลไม้ซึ่งเป็นแหล่งวิตามินส่วนใหญ่ ซึ่งนอกจากจะป้องกันการขาดวิตามินแล้ว การรับประทานวิตามินโดยเฉพาะวิตามินอี และซี เชื่อว่าจะช่วยลดอนุมูลอิสระ ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ตามแนวคิดของทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Maddox , 1995)

5. น้ำ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกระหายน้ำลดลง ส่วนประกอบที่เป็นน้ำในร่างกายลดลง (Bell, 1997) และมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นสาเหตุให้ดื่มน้ำน้อยลง ทำให้ร่างกายขาดน้ำ ท้องผูก อ่อนเพลีย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณน้ำดื่ม ควรดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อย 30 ซีซีต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 6-8 แก้วต่อวัน (Bell, 1997)

ผู้สูงอายุควรระมัดระวังในการบริโภคอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการให้เหมาะสมกับบุคคล และภาวะเศรษฐกิจ เสริมอาหารในส่วนที่ขาด และลดสารอาหารที่บริโภคมากเกินไป และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ความต้องการพลังงานในวัยผู้สูงอายุจะลดลงเนื่องจากการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารประเภทโปรตีนประมาณวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม โดยได้จากเนื้อสัตว์ ไข่ นม และเมล็ดถั่วแห้ง โปรตีนจากปลา ถั่วเหลือง ควรเป็นโปรตีนที่ย่อยง่าย ผู้สูงอายุซึ่งมีระบบย่อยอาหารเปลี่ยนแปลงไป อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย แต่ถ้าได้รับมากเกินไปจะเกิดโรค

ต่าง ๆ ได้ ดังนั้นควรลดอาหารประเภทแป้ง ข้าว อาหารที่มีน้ำตาลมาก อาหารประเภทไขมัน ได้แก่ กรดไลโนเลอิก ซึ่งจะเป็นกรดไขมัน ที่เร่งการเผาผลาญ โกลสเตอรอลในร่างกายอาหารที่มีกรดไลโนเลอิกสูง ได้แก่ น้ำมันดอกคำฝอย ดอกทานตะวัน น้ำมันข้าวโพด น้ำมันถั่วเหลือง อาหารประเภทวิตามิน วิตามินส่วนใหญ่จะอยู่ในผักผลไม้สด ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานผักผลไม้ให้เพียงพอ อาหารที่มีเกลือแร่ แร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส และเหล็ก แม้ว่าใยอาหารจะไม่ใช่สารอาหาร แต่ผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่มีเส้นใยสูงเพราะจะช่วยไม่ให้ท้องผูก อาหารประเภทเส้นใยสามารถช่วยลดอาการหวัด อากาศภูมิแพ้ และป้องกันไม่ให้เกิดโรคหัวใจ และโรคเมอเร็งในลำไส้ อาหารที่มีเส้นใยสูง ได้แก่ ผัก ผลไม้ และธัญพืช น้ำมีความสำคัญกับผู้สูงอายุมาก เพราะจะช่วยในเรื่องการย่อยอาหาร การขับถ่ายของเสีย ช่วยรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนัง ผู้สูงอายุทั่วไปควรได้รับน้ำวันละ 6-8 แก้ว (จิตติรัตน์ ปานม่วง, 2543)

#### พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การแสดงออกบุคลิกของบุคคลทั้งคำพูด กิริยาท่าทาง และการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ ในการเลือกเก็บ ประุง และรับประทานอาหาร พฤติกรรมทุกชนิดมีความมุ่งหมายและความต้องการเสมอ พฤติกรรมการบริโภคที่ปฏิบัติเสมอ ๆ จนเคยชินเรียกว่านิสัยกรรมการบริโภคหรือบริโภคนิสัย (คุชฎี สุทธปรียาศรี, 2539, หน้า 866) บริโภคนิสัยหรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารนั้น เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่กระทำด้วยความชอบ ความเคยชิน และเต็มใจในการกินอาหารเพื่อสนองความต้องการของตนเองและสังคม วัฒนธรรม พฤติกรรมนี้ได้กระทำมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง (สุเนตรา นิมานันท์, 2537, หน้า 10)

#### ปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคมี 3 ประการ

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารน้อยเกินไป เกิดโรคผอมแห้ง ขาดอาหาร ทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารต่าง ๆ ได้ ซึ่งได้แก่ โรคขาดสารอาหาร PCM (Protein Calories Malnutrition) โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคตาบอด จากการขาดวิตามินเอ โรคคอพอกจากการขาดไอโอดีน โรคปากนกกระจอก โรคเหน็บชา นี้วในกระเพาะอาหารปัสสาวะ เป็นต้น
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารมากเกินไป ทำให้โภชนาการเกิน เกิดโรคอ้วน และเกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ไขมันในเส้นเลือดสูง หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง

3. พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่สะอาด มีสารพิษ ทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกาย ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น อุจจาระร่วง โรคมะเร็ง อาหารประเภทปิ้งย่าง พบว่ามีสารก่อมะเร็ง เพราะน้ำมันหยดลงไฟ ก่อให้เกิดสารก่อมะเร็ง การบริโภคอาหารที่มีไขมัน ก่อให้เกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การเกิดมะเร็งมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งสิ้น พบว่า การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบมากในคนที่ชอบกินอาหารมัน ๆ การเชื่อมโยงการเกิดมะเร็งมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ส่วนสารต่าง ๆ ในอาหารช่วยได้ เช่น ผักใบเขียว อาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ ได้แก่ อาหาร Junk Food หรืออาหารขยะ เป็นอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ มีแต่น้ำตาล กับสี เช่น ขนมกรุบกรอบ น้ำอัดลม ฯลฯ

#### การบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

##### การบริโภคอาหารของสตรีวัยผู้ใหญ่

การที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีปริมาณลดลง ย่อมมีผลทำให้เยื่อภายในช่องปากแห้ง ปริมาณน้ำลายลดลง การรับรสไม่ดี มีปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน ทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย เบื่ออาหาร บางรายอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายได้ (ปนัดดา ปรีชฤทธิ์, 2540, หน้า 212) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้สตรีมีน้ำหนักตัวน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นได้อันเนื่องมาจากสตรีในวัยนี้ต้องการพลังงาน จากอาหารเพียง 2 ใน 3 ส่วนของที่เคยต้องการมาก่อน ร่างกายไม่สามารถเผาผลาญอาหารได้ รวดเร็วเหมือนเดิม ไขมันเริ่มพอกตามไหล่ หลังและหน้าท้อง (สุวิภา บุญยะโทตระ, 2539) การรับรสและกลิ่นเสื่อมลง แต่การรับรสหวานยังเหมือนเดิม ประกอบกับการสูญเสียฟัน ทำให้สตรีวัยนี้หันมาชอบอาหารรสหวาน ประเภทแป้งมากขึ้น เพราะเคี้ยวง่าย รสชาติถูกปาก (Ruth & Judith, 1985, pp. 457-493) จากปัญหาที่พบสตรีวัยนี้ควรปรับตัวโดยการดูแลตนเองในระยะเริ่มต้นคือแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร งดรับประทานอาหารจุกจิก หรืออาหารรสหวาน และควรตรวจสุขภาพฟันจากทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ (รัตนา สาราณใจ, 2540, หน้า 20) นอกจากนั้นความต้องการอาหารประเภทธาตุแคลเซียม ซึ่งจะมีผลโดยตรงในการเสริมสร้างกระดูก สตรีวัยนี้ควรจะได้รับธาตุแคลเซียมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 ของที่เคยรับประทานก่อนหมดประจำเดือน (ศิริพร ฉัตรโพธิ์ทอง, 2537, หน้า 18) หรือ 1,200 มก./วัน และควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ รวมทั้งงดเว้นบุหรี่ เพราะจะไปลดการ

ดูดซึมของแคลเซียมในระบบทางเดินอาหาร (อำนาจ ลอยกุลนันท์, 2538, หน้า 72) ทั้งนี้การที่จะป้องกันภาวะกระดูกพรุนและกระดูกหักได้ ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเน้นให้รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น นมสด งาดำ เต้าหู้ ผักคะน้า ผักกะเฉด ถั่วแดง ถั่วเหลือง สะเดา เม็ดบัวดิบ อาหารทะเลทุกประเภท ปลาเล็ก ปลาน้อย กุ้งแห้ง และผลไม้ เป็นต้น

### การบริโภคอาหารในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งทำให้เกิดปัญหาโภชนาการตามมา คือ การเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก เนื่องจากฟันหักมากขึ้น และต่อมน้ำลายทำงานลดลง ความอยากอาหารน้อยลง เนื่องจากการรับรส กลิ่น ลดลง นอกจากนี้พบว่า การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง เช่น การดูดซึมอาหาร การบีบตัวของกระเพาะและลำไส้ลดลง เป็นเหตุให้อาหารย่อยช้า (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536) ถ้าผู้สูงอายุมิแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการไม่เหมาะสม อาจแสดงพฤติกรรมออกมาเป็นอาการผิดปกติ เช่น อาการท้องอืด แน่น อึดอัดท้อง และอาหารไม่ย่อยทุกครั้ง หรือบ่อยครั้งหลังรับประทานอาหาร เป็นต้น ดังที่ ชลอสรี แดงเปี่ยม และชรินทร์ พุทธิพน (2536) ได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุตำบลอุโมงค์ จังหวัดลำพูน พบว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารได้น้อยลง ท้องอืด และเคี้ยวลำบากตามลำดับ โดยปกติผู้สูงอายุควรมีแบบแผนชีวิตด้านโภชนาการที่เหมาะสม และได้รับอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบถ้วนประเภทเนื้อ นม ไข่ ผักผลไม้ และเกลือแร่ โดยลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันลง เนื่องจากผู้สูงอายุมีกิจกรรมและความต้องการใช้พลังงานน้อยลง ทั้งนี้เพราะการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง และอัตราการเผาผลาญร่างกายในวัยสูงอายุจะลดลงประมาณร้อยละ 2 ทุก ๆ 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น (วินัส ดันติบูล, 2539) ผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี ควรลดพลังงานลงร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ควรลดลงร้อยละ 20 (คณะกรรมการร่วม FAO/WHO อังใน วลัย อินทรมพรรย์, 2535) อย่างไรก็ตามพลังงานที่ผู้สูงอายุได้รับไม่ควรน้อยกว่า 1,200 แคลอรีต่อวัน เนื่องจากจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่พอ (อุรวรรณ วลัยพัชรา, ไกรสิทธิ์ ดันตีสิริินทร์ และกัลยา กิจบุญชู, 2539)

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลงจากวัยผู้ใหญ่เนื่องจากการลดลงของกล้ามเนื้อ และมวลกล้ามเนื้อที่ปราศจากไขมัน (Lean Body Mass) ในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหารให้ได้พลังงานลดลง แต่ได้สารอาหารครบถ้วน อาหารที่

รับประทานในปริมาณน้อยลง ได้แก่ น้ำตาล น้ำมัน เนื้อสัตว์ ควรจะรับประทาน เนื้อปลา หรือ เนื้อไก่ทดแทน (จูติรัตน์ ปานม่วง, 2543)

### ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ

#### ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกายที่ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการหลายประการดังนี้ (นิยา สออารีย์, 2538 อ้างใน ชลอศรี แดงเปี่ยม, 2536, หน้า 15-17)

1. การเสื่อมลงของประสาททั้ง 5 โดยเฉพาะการทำงานของระบบประสาทเกี่ยวกับการเห็น กลิ่น เสียง และสัมผัสจะน้อยลง การที่สายตาไม่ดี ทำให้การเลือกซื้ออาหารและการปรุงอาหารขาดประสิทธิภาพ เมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการรับกลิ่น และรสชาติจะเสียไป เนื่องจากการเสื่อมสภาพของปุ่มรับรสที่ลิ้น ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้รสชาติของอาหารเท่าที่ควร รวมทั้งประสาทรับกลิ่นทำงานไม่ดี มีผลให้ความสุขในการรับประทานอาหารน้อยลง และอาจรับประทานอาหารบูดเน่าได้
2. ประสิทธิภาพการทำงานของระบบทางเดินอาหารลดลง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องฟัน เช่น ฟันผุหรือไม่มีฟันทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก จึงไปรับประทานอาหารพวกที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงแทน เพราะเคี้ยวง่าย ทำให้ไม่ได้รับประทานอาหารพวกเนื้อสัตว์ ผัก และผลไม้ มากเท่าที่ควร จึงเป็นโรคขาดโปรตีน เกลือแร่ และวิตามินได้ง่าย รวมทั้งปัญหาเกี่ยวกับการย่อย และการดูดซึมก็มีมากขึ้นตามอายุเช่นกัน ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาแน่นท้องและท้องอืด เพราะตับอ่อนผลิตเอนไซม์ที่ย่อยไขมันและตับผลิตน้ำดีน้อยลง นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของลำไส้ในผู้สูงอายุน้อยกว่าคนหนุ่มสาว ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้
3. ประสิทธิภาพการทำงานของระบบไหลเวียนและไตลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ไหลผ่านไตมีน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมักมีปริมาณยูเรียและกรดยูริกในเลือดสูงกว่าวัยอื่น การดื่มน้ำในปริมาณที่พอเหมาะจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้การกำจัดของเสียทางไตเป็นไปได้ดีขึ้น
4. การเผาผลาญกลูโคสลดลง เนื่องจากตับอ่อนในผู้สูงอายุหลังอินซูลินได้น้อยลงหรือเนื้อเยื่อต่อต้านการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ทำให้การเผาผลาญกลูโคสลดลง อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานจึงเพิ่มขึ้นได้ในผู้สูงอายุ

5. การสร้างโปรตีนในผู้สูงอายุเกิดขึ้นช้ากว่าในระยษะหนุ่มสาว ทำให้ผิวหนังย่น เมื่อการสร้างโปรตีนเกิดขึ้นช้า ทำให้มีไขมันมาสะสมในร่างกายมากขึ้น และปริมาณน้ำในร่างกายจะมีน้อยลง

6. การสลายตัวของแคลเซียมจากกระดูกเพิ่มขึ้น น้ำหนักของโครงกระดูกจะค่อย ๆ ลดลงภายหลังอายุ 35 ปี การที่ผู้สูงอายุเป็นโรคกระดูกพรุนมาก (Osteoporosis) เข้าใจว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานโปรตีนลดลง ทำให้เซลล์ในกระดูกสลายตัวได้เต็มที่ จึงมักพบกระดูกหักง่ายในผู้สูงอายุ

7. อุปสรรคทางกาย ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาเกี่ยวกับข้อเสื่อม ทำให้การเคลื่อนไหวไม่กระฉับกระเฉงเหมือนคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจึงลดความสามารถในการซื้อหาอาหารและปรุงอาหารด้วยตนเอง อีกทั้งความขี้หลงขี้ลืมในการรับประทานอาหาร ถ้าหากไม่มีผู้คอยดูแลช่วยเหลือ ย่อมเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้ ระบบย่อยและการดูดซึม นับตั้งแต่ปาก ซึ่งมีแต่ฟันที่โยกคลอน เห็บปวดหรือหักจนไม่เหลือ คงแต่เหงือก ซึ่งไม่มีสมรรถภาพในการเคี้ยว ทำให้การกินเป็นไปอย่างลำบาก ลดความอยากอาหาร ผู้สูงอายุจึงหันมาสนใจอาหารที่ขบเคี้ยวได้ง่าย เช่น อาหารพวกคาร์โบไฮเดรต ทำให้ขาดธาตุอาหาร โปรตีน วิตามิน เกือบแรม

8. ปัญหาทางจิตใจ ซึ่งปัญหาทางจิตใจนี้เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้เบื่ออาหาร นอกเหนือไปจากสาเหตุทางกาย แต่ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุบางคนอาจรับประทานอาหารมาก เป็นเครื่องชดเชยอารมณ์ โดยเฉพาะอาหารที่มีพลังงานสูง ได้แก่ ขนมหวาน ของขบเคี้ยวต่าง ๆ ทำให้อ้วนมีผลทำให้ก่ออวัยวะต่าง ๆ เสื่อมเร็วขึ้น เนื่องจากต้องทำงานมากขึ้น

9. บริโภคนิสัยไม่เหมาะสม นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุมักมีพฤติกรรมการบริโภคหรือเรียกง่าย ๆ ว่า นิสัยการรับประทานที่ฝังแน่นมาเป็นเวลานาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับขนบธรรมเนียมประเพณีนิยม ความเชื่อต่าง ๆ รวมทั้งเคยชินต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เปลี่ยนแปลงยาก บริโภคนิสัยที่เป็นปัญหาทางโภชนาการ ได้แก่ การรับประทานอาหารตามความชอบ ตามใจตนเอง และคำนึงถึงรสชาติมากกว่าคุณค่าทางอาหาร

10. รายได้ การบริโภคอาหารที่มีสารอาหารเพียงพอ มีความเกี่ยวข้องอย่างสูงต่อสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ที่มีสถานะสังคม เศรษฐกิจต่ำ จะได้รับสารอาหารต่ำกว่าผู้ที่มีสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูง



11. การต้มเครื่องคั้น แอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ การต้มเครื่องคั้น แอลกอฮอล์อาจเป็นตัวทำให้ความหนาแน่นของสารอาหารแตกต่างกัน เนื่องจากเครื่องคั้นแอลกอฮอล์มีพลังงานสูงทำให้ต้มเร็ว ทานอาหารได้น้อย ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารที่จำเป็น โดยเฉพาะโปรตีน ส่วนการสูบบุหรี่ทำให้ความอยากอาหารลดลง

12. การขาดทักษะในการเตรียมอาหาร แม้จะเลือกซื้ออาหารที่มีคุณค่าโภชนาการสูงเท่าใด ถ้าไม่รู้จักรวธีเตรียมหรือหุงต้มอาหารที่เหมาะสม สารอาหารที่มีอยู่จะสูญเสียไปได้ง่ายในระหว่างเวลาประกอบอาหารนั้น ๆ (ควีน ขาวหนู, 2534)

### ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของแม่ชี

แบบแผนการบริโภคอาหารของแม่ชี มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป เพราะมีกฎระเบียบเข้ามาเป็นตัวกำหนดให้การบริโภคอาหารของแม่ชี มีความแตกต่างจากกลุ่มบุคคลอื่น นอกจากนี้แม่ชียังมีแบบแผนการบริโภคอาหารจากพื้นฐานเดิมก่อนที่จะมาบวชเป็นแม่ชีในแต่ละคนไม่เหมือนกัน ทำให้แม่ชีมีแบบแผนการบริโภคอาหารมีความแตกต่างกันออกไป แต่จะมีความเหมือนในเรื่องเวลา กฎระเบียบและข้อปฏิบัติที่เป็นตัวกำหนดให้แม่ชีปฏิบัติเหมือนกัน ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับแม่ชีหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องการบริโภคอาหาร อันเป็นแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับแม่ชี ไม่ว่าแม่ชีวัยผู้ใหญ่หรือวัยผู้สูงอายุที่สามารถปรับให้เหมาะสมกับวัยและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

### กฎระเบียบและข้อปฏิบัติของแม่ชี

สถาบันแม่ชีไทย อันเป็นกิจการส่วนหนึ่งของมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทยตามมาตรฐานของมูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย 2 (1) คือ เพื่อให้แม่ชีทั้งหลายประพฤติปฏิบัติตรงกัน จึงตั้งระเบียบปฏิบัติสำหรับแม่ชีไทยเป็นส่วนภายในทั่วไป ดังนี้

หมวดที่หนึ่ง บททั่วไป

หมวดที่สอง การดำเนินงาน

หมวดที่สาม การปฏิบัติ

หมวดที่สี่ บทลงโทษ

หมวดที่ห้า เบ็ดเตล็ด

ทั้งนี้ในหมวดที่สาม เรื่อง การปฏิบัติ ข้อที่ 32 ระบุไว้ว่าด้วย แม่ชีต้องไม่เคียดแค้นทานของผู้บริจาคในเวลารับประทานอาหาร ห้ามเคียดแค้นอาหารและพูดคุยกัน แม่ชีผู้ป่วยไข้ประสภก็จะรับประทานอาหารเมื่อเย็นต้องลาจากเพศแม่ชีก่อนเมื่อหายป่วยแล้วจึงบวชใหม่ และแม่ชีไม่ควรร่วมวงอาหารกับฆราวาส ซึ่งเป็นหมวดที่เกี่ยวกับการบริโภคอาหารของแม่ชี

### การประเมินภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เป็นผลมาจากการนำประโยชน์จากสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายไปใช้ (ปราณีต ผ่องแผ้ว, 2539, หน้า 8)

สารอาหารดังกล่าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่ วิตามินและน้ำ หรือมีความสมดุลระหว่างความต้องการสารอาหารของร่างกาย และการได้รับสารอาหาร การที่มีภาวะโภชนาการที่ดีจะช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต แข็งแรง มีความต้านทานสูง การทำงานที่มีประสิทธิภาพ อายุยืน สุขภาพจิตดี มีความมั่นคงทางอารมณ์ กระตือรือร้น สดชื่นแจ่มใส (ควาน ขาวหนู, 2534) ซึ่งแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

1. ภาวะโภชนาการดีหรือปกติ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพออันเนื่องมาจากการบริโภคอาหารที่ถูก เหมาะสม และครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ
2. ภาวะโภชนาการไม่ดี หมายถึง ภาวะที่ร่างกายได้รับพลังงาน และสารอาหารไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย ทั้งในส่วนที่น้อยเกินไป หรือมากเกินไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันตามชนิดของสารอาหารที่ขาดหรือได้รับเกิน

การประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มชน ทำให้ทราบข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับชนิด ปริมาณและคุณภาพของอาหารที่บริโภคว่ากลุ่มชนบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาตรฐาน หรือมีอาหารหมู่ใดได้รับไม่เพียงพอ ทำให้ทราบนิสัยการบริโภคอาหารของกลุ่มชนในแต่ละท้องถิ่น การประเมินภาวะโภชนาการยังเป็นแนวทางในการปรับปรุงภาวะโภชนาการ และการให้โภชนศึกษาแก่ชุมชนด้วย

## การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

1. การซักประวัติอาหารที่รับประทาน (Dietary Assessment) วิธีการที่ใช้บ่อย ได้แก่ การจดบันทึกอาหาร 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา โดยทำติดต่อกัน 3-7 วัน และความบ่อยของการบริโภคอาหารต่าง ๆ โดยจะทำช่วงระยะเวลา 12 เดือน เพื่อที่จะทราบแบบแผนการบริโภคอาหารตลอดปีที่ผ่านมา ซึ่งจะครอบคลุมถึงการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาลที่มีผลการบริโภคอาหาร

การแปลผล โดยนำบันทึกอาหารที่บริโภคมาคำนวณหาปริมาณสารอาหาร โดยใช้ตารางแสดงคุณค่าสารอาหารต่าง ๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อกำหนดความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุว่าได้รับสารอาหารเพียงพอหรือไม่

## 2. การวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (Antropometric Assessment)

2.1 การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงแล้วมาคำนวณหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body mass index : BMI) เท่ากับน้ำหนัก (กิโลกรัม) (ส่วนสูง) (เมตร)<sup>2</sup>

ภาวะโภชนาการปกติเท่ากับ	18.5 - 24.9	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
ภาวะขาดสารอาหาร	< 18.5	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
ภาวะโภชนาการเกิน	≥ 25	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>

2.2 การวัดเส้นรอบเอวและสะโพก ทำให้ทราบถึงรูปแบบการกระจายของไขมันในร่างกายที่มีผลทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเสียชีวิต ถ้าสัดส่วนรอบวงเอวและสะโพกเพิ่มขึ้น จะทำให้ความเสี่ยงนี้เพิ่มขึ้น ค่าปกติของเส้นรอบวงเอวต่อสะโพกคือ < 0.8 และ 1 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ ถ้าเกินค่าดังกล่าวจะถือว่าเป็นโรคอ้วน

2.3 การวัดปริมาณไขมันในร่างกาย ซึ่งจะเป็นตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพได้ดีกว่าการชั่งน้ำหนัก ผู้ที่มีสุขภาพดีจะมีปริมาณไขมันในร่างกายร้อยละ 14-18 ในผู้ชาย และร้อยละ 24-28 ในผู้หญิง

2.4 การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักในปัจจุบันที่มีความสำคัญต่อสุขภาพที่ต้องให้ความสนใจเพิ่มขึ้น เช่น ถ้าน้ำหนักลดลงร้อยละ 1.2 ของน้ำหนักที่เคยเป็นใน 1 อาทิตย์ หรือน้ำหนักลดลงร้อยละ 5 ของน้ำหนักที่เคยเป็นภายใน 1 เดือน หรือน้ำหนักลดลงร้อยละ 10 ของน้ำหนักที่เคยเป็นภายใน 6 เดือน

3. การประเมินทางชีวเคมี (Biochemistry Assessment) มาตรฐานที่ใช้ประเมินทางชีวเคมีและเม็ดเลือดของผู้สูงอายุจะใช้ค่าเดียวกับที่ใช้ในผู้ใหญ่ สารชีวเคมีและเม็ดเลือดที่ควรประเมินในผู้สูงอายุ ได้แก่ Cholesterol Triglyceride Albumin Transferlin น้ำตาลในเลือด Hemoglobin และ Total lymphocyte count

4. การตรวจร่างกาย (Clinical Assessment) การตรวจพบอาการขาดสารอาหารสะท้อนให้เห็นว่ามีการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน หรือมีภาวะเครียด การตรวจร่างกายควรทำร่วมกับการประเมินด้านอาหาร และชีวเคมีไปพร้อม ๆ กัน

ในการประเมินภาวะโภชนาการนิยมใช้หลาย ๆ วิธีประกอบกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงาน ส่วนในการศึกษาการทบทวนและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนี้เน้นเรื่องของการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการวัดสัดส่วนของร่างกาย และใช้ดัชนีความหนาของร่างกาย การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงแล้วมาคำนวณหาค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body mass index) เป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการ เพื่อประโยชน์ในการประเมินภาวะโภชนาการเกิน และภาวะขาดสารอาหาร

#### การแปลผลภาวะโภชนาการ

ในการแปลผลภาวะโภชนาการของแม่ที่ใช้อ้างอิงกับเกณฑ์มาตรฐานสากล โดยใช้ น้ำหนัก (กิโลกรัม)/(ส่วนสูง) (เมตร)<sup>2</sup> เทียบกับค่า BMI ปกติอยู่ในช่วง 18.5-24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> และระดับที่เป็นภาวะขาดสารอาหารจะมีค่า BMI ที่ต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> และที่ระดับ BMI มากกว่า 24.9 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> จะมีภาวะโภชนาการเกิน โดยคำนวณจากสูตร

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

กล่าวโดยสรุป การประเมินภาวะโภชนาการของแม่ซึ่งในการศึกษารั้งนี้ ใช้การวัดสัดส่วนของร่างกาย โดยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง และการแปลผลภาวะโภชนาการจะใช้ดัชนีที่สำคัญ คือ BMI โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานสากลของ World Health Organization (2000)

ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์	มีค่า MBI	< 18.5	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
ภาวะโภชนาการปกติ	มีค่า MBI ตั้งแต่	18.50 ถึง 24.99	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
ภาวะโภชนาการเกิน	มีค่า MBI	> 25.00	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
ท่วม	มีค่า MBI ตั้งแต่	25.00-29.99	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
อ้วนระดับ 1	มีค่า MBI ตั้งแต่	30.00-34.99	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
อ้วนระดับ 2	มีค่า MBI ตั้งแต่	35.00-39.99	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>
อ้วนระดับ 3	มีค่า MBI	> 40.00	กิโลกรัม/เมตร <sup>2</sup>

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมลักษณ์ นิมสกุล และคณะ (2543) ทำการศึกษาผลกระทบของการบริโภคอาหารต่อภาวะโภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในชนบทจังหวัดเชียงใหม่ ในกลุ่มประชากรอายุ 15-55 ปี พบว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ชนบทยังคงมีรูปแบบการบริโภคอาหารแบบท้องถิ่นพื้นเมืองคือ บริโภคข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก ส่วนแหล่งคาร์โบไฮเดรตอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ข้าวเจ้า ขนมจีน ก๋วยเตี๋ยว ส่วนใหญ่ประกอบอาหารโดยวิธีแกง ต้ม จอ ปิ้ง นึ่ง อย่าง ส่วนใหญ่ประกอบอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 57.6 ซึ่อาหารปรุงสำเร็จ ร้อยละ 40.2 ใช้น้ำพืชปรุงอาหาร อาหารโปรตีน นิยมบริโภคเนื้อหมู ปลาแห้ง เนื้อไก่/เป็ด ไข่ นมสด น้ำเต้าหู้ ผักที่นิยมรับประทาน ได้แก่ ผักกาดเขียว ผักกาดขาวดั่ง ผักตำลึง มะเขือเทศสุก ผักบุ้ง ถั่วงอก ยาว ผลไม้ที่นิยมบริโภค คือ กล้วยน้ำว่าสุก มะละกอสุก ส้มเขียวหวาน สับปะรด ฝรั่ง สารอาหารที่ควรบริโภคในปริมาณที่สูงขึ้น ได้แก่ แคลเซียม ฟอสฟอรัส เนื่องจากแคลเซียม ฟอสฟอรัส เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของกระดูกและฟัน

วรลักษณ์ คงหนู และประเวศ บุญเลี้ยง (2543) ทำการศึกษาสังคมจิตวิทยาในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีความสัมพันธ์กับอาการหมดประจำเดือนของสตรี จังหวัดสระบุรี ในกลุ่มประชากรอายุ 45-59 ปี พบว่า ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่มีความสัมพันธ์กับอาการหมดประจำเดือนมากที่สุดคือ ตังกุย แต่หากได้บริโภคอาหารหลักประจำวันจำพวก นมเปรี้ยว โยเกิร์ต น้ำเต้าหู้ ข้าวกล้อง ผัก ผัก ไข่ ส้มเขียวหวาน สับปะรด ชมพู่ ฝรั่ง มะละกอสุก ถั่วกวน จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการร้อนวูบวาบ เหน็บชา และผิวแห้งแห้ง กันได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการบริโภคอาหารที่หลากหลายและครบ 5 หมู่ จะช่วยป้องกันและบรรเทาอาการหมดประจำเดือนได้ หากผู้บริโภครู้จักเลือกชนิดของอาหารให้เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการของ

ร่างกายก็จะช่วยป้องกันและบรรเทาอาการหมดประจำเดือนได้โดยไม่ต้องบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

สุณี เวชประสิทธิ์ (2540) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันตก เป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 40-59 ปี จำนวน 400 คน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจของสตรีวัยหมดประจำเดือน และระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ส่วนในด้านสถานภาพสมรส ระยะการหมดประจำเดือน โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว และอาชีพ มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

ชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินรัตน์ พุทธปวน (2536) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาหมู่บ้านฮ่องกอก ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่า ประชากร 42 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาทางเดินอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารลดลง ท้องอืด เคี้ยวอาหารลำบาก ท้องผูก ผู้สูงอายุรับประทานอาหารบางประเภทได้เหมาะสม ได้แก่ ไขมัน คาร์โบไฮเดรต แต่รับประทานอาหารบางประเภทไม่เหมาะสม เช่น โปรตีน แร่ธาตุและวิตามิน ไม่พอเพียงต่อความต้องการของร่างกาย ส่วนใหญ่ไม่ชอบอาหารรสจัด ขนมหวาน ชา กาแฟ สุรา แต่ชอบอาหารรสเผ็ด บางคนรับประทานอาหารเกือบทั้งหมด ๑๖ ชั่วโมง ครั้งหนึ่งคั้งน้ำวันละ 6-8 แก้ว ที่เหลือคั้งวันละ 4-5 แก้ว

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ที่ได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง จำนวน 1,537 คน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปี เป็นคนแข็งแรงอยู่แล้ว หลังจากอายุ 60 ปีมาแล้วจนถึงอายุ 74 ปี ไม่เคยเจ็บป่วย และไม่ต้องไปพบแพทย์เลย ที่เจ็บป่วยเป็นโรคส่วนใหญ่เกี่ยวกับโรคกระดูกและระบบทางเดินอาหาร เกี่ยวกับภารกิจประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่มีภารกิจมากกว่า 4 อย่างขึ้นไป และผู้สูงอายุยังคงทำงานอยู่สำหรับการจับถ่ายอุจจาระ ผู้สูงอายุมีการจับถ่ายทุกวันปกติ ยิ่งผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แข็งแรงยังมีการจับถ่ายปกติสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มไม่สมบูรณ์แข็งแรง สำหรับปัญหาสุขภาพทั่วไป พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับฟัน ร้อยละ 66.7 และมีนิสัยการรับประทานอาหารง่าย อยู่ง่าย ไม่เลือกอาหาร และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายโดยวิธีการเดิน

วราภรณ์ เสถียรนพเก้า (2540) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคี้ยวอาหารกับความถี่ในการบริโภคอาหาร คุณค่าทางโภชนาการของอาหารที่บริโภค และภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุแหลมทอง โดยการทดสอบความ

สามารถในการเคี้ยว และจำแนกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวดี จำนวน 30 คน และกลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ดี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวได้ดี มีความถี่ในการบริโภคข้าวเหนียว ผักใบเขียวและผลไม้สด สูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.015, 0.048$  และ  $0.0001$  ตามลำดับ) และมีความถี่ในการบริโภคขนม น้ำหวาน และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.0009, 0.043$  และ  $0.0013$  ตามลำดับ) ในส่วนคุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวอาหารได้ดีได้รับแคลเซียม แร่เหล็ก วิตามินซี และเส้นใยอาหารสูงกว่ากลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.036, 0.024, 0.000$  และ  $0.000$  ตามลำดับ) และเมื่อนำค่าดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ประเมินระดับของภาวะโภชนาการ พบว่า กลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวได้ดี และกลุ่มที่มีความสามารถในการเคี้ยวไม่ดี มีภาวะโภชนาการขาด ร้อยละ 3.33 และ 10.00 ตามลำดับ โภชนาการเกิน ร้อยละ 43.34 และ 40.00 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการเคี้ยวกับภาวะโภชนาการ พบความสัมพันธ์น้อยมากและเป็นไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อารยา ตามภานนท์ (2542) ได้ทำการศึกษาความชุกและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช จำนวน 161 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานมีร้อยละ 20.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 24.2 เป็นเพศชาย ร้อยละ 14.5 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายอยู่ในช่วง 25.00-29.99 กก./ม.<sup>2</sup> มีอายุเฉลี่ย 66.5 ปี มีสถานภาพสมรสคู่และหม้าย หย่า แยก โกล้งเคียงกัน ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 72.7 โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคข้ออักเสบ ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงและการมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่เลือกรับประทานอาหารโดยยึดรสชาติของอาหารเป็นหลัก โดยมีมือเข้านิยมดื่มเครื่องดื่ม

ที่มีรสหวานและรับประทานขนมที่ให้พลังงานสูงและรับประทานอาหารได้ปริมาณมากที่สุดในวันมือกลางวัน มือเย็น และมือก่อนนอน นอกจากนี้มีการรับประทานปริมาณมากเกินไปเป็นประจำและรับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูงมีความถี่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ติดมัน อาหารประเภททอด อาหารที่มีรสหวาน ขนมที่ผ่านการทอด ขนมที่มีส่วนผสมของเนยหรือแป้ง อาหารที่ผ่านการถนอมและมีรสหวานและเครื่องดื่มน้ำที่มีรสหวาน ในด้านปริมาณสารอาหารที่ได้รับประจำวันของผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน พบว่า ได้รับคาร์โบไฮเดรตมากกว่าร้อยละ 55 ของพลังงานทั้งหมด และเพศหญิงได้รับสารอาหารประจำวันมากกว่าเพศชาย เมื่อนำพลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้รับประจำวันไปเปรียบเทียบกับข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานส่วนใหญ่ได้รับพลังงานในระดับสูงมาก และสารอาหารต่าง ๆ ที่ได้รับในปริมาณสูงมาก ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และธาตุเหล็ก นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานได้รับพลังงานและสารอาหารต่าง ๆ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

นงลักษณ์ สิงห์แก้ว (2544) ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุบ้านช่างเคียน อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน เพศชาย 20 คน เพศหญิง 33 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 52.80 ภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 13.20 และภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 34.0 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภค ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคผัก ผลไม้ เครื่องดื่ม และไขมัน เหมาะสม พฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ ธัญพืชและผลิตภัณฑ์ ควรปรับปรุง และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทเครื่องปรุงรส นม และผลิตภัณฑ์ น้ำตาล และขนมหวาน ไม่เหมาะสม และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระดับภาวะโภชนาการและระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05