

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรรณิการ์ ศรีสมทรง* พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

เรวดี เพชรศิราสัมพันธ์** ปร.ด. (การพยาบาล)

นัยนา หนูนิล*** ปร.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ :

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกจำนวน 537 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดีสูงกว่าผู้ใหญ่ แต่ดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษานักวิชาการทางสุขภาพควรออกแบบแนวทางการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการเพื่อวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และภาวะโภชนาการ รวมทั้งฟื้นฟูสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี

คำสำคัญ : พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการ ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

*Corresponding author, อาจารย์สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช, E-mail: srkannika@gmail.com

**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วันที่รับบทความ 1 มิถุนายน 2563 วันที่แก้ไขบทความ 2 มกราคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 11 มกราคม 2564

Food Consumption Behaviors and Nutritional Status among Adults and Older Persons in Nakhon Si Thammarat

Kannika Srisomthrong^{} MNS. (Gerontological Nursing)*

*Rewwadee Petsirasan^{**} Ph.D. (Nursing)*

*Naiyana Noonil^{***} Ph.D. (Nursing)*

Abstract:

The objective of this descriptive study was to compare food consumption behaviors and nutritional status between adults and older persons in Nakhon Si Thammarat Province. The sample group consisted of 537 participants recruited by the purposive sampling method using inclusion criteria. Data were collected using a questionnaire, which consists of personal information and a food consumption behavior questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test. Results indicated that the food consumption behaviors between adults and older persons were significantly different. The older persons presented a good level of food consumption behaviors, which was higher than the adult counterparts. However, the BMI between the two groups was not significantly different. This study result suggests that healthcare workers design screening guidelines and assess nutritional status to develop plans for promotion of healthy food consumption behaviors, nutritional status, and restoration among adults and older persons to achieve good health.

Keywords: Food consumption behavior, Nutritional status, Adult, Older persons

**Corresponding author, Instructor, School of Nursing, Walialak University, Nakhon Si Thammarat Province, E-mail: srkannika@gmail.com*

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University*

****Associate Professor, School of Nursing, Walialak University*

Received June 1, 2020, Revised January 2, 2021, Accepted January 11, 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโภชนาการเป็นรากฐานของสุขภาพ ซึ่งร่างกายต้องใช้สารอาหารตามความต้องการของแต่ละบุคคลเพื่อให้ได้พลังงานและการเจริญเติบโต¹ ซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของทุกกลุ่มวัย โดยสภาพแวดล้อมด้านอาหารเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม วัฒนธรรม นวัตกรรมด้านเทคโนโลยีอาหาร และวิถีการดำเนินชีวิต ทั้งนี้ทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่ายขึ้น จึงทำให้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงจากเดิม² ซึ่งมีผลจากการใช้ชีวิตที่เร่งรีบทำให้มีการรับประทานอาหารสำเร็จรูปและนอกบ้าน รวมทั้งวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคมปัจจุบันในการรับประทานอาหารจานด่วนมากขึ้น³ เนื่องจากสะดวก ง่าย และรับประทานได้เร็ว⁴

ในปัจจุบันพบปัญหาภาวะโภชนาการเกินหรือน้ำหนักเกินเกณฑ์³ เนื่องจากร่างกายได้รับปริมาณสารอาหารที่มีพลังงานสูงมากเกินความต้องการ ทำให้เกิดการสะสมพลังงานในรูปของไขมันในหลอดเลือด ชั้นใต้ผิวหนัง และอวัยวะต่างๆ อีกทั้งกิจกรรมทางกายลดลง การทำงานนอกเวลา และภาวะเครียดจากการทำงาน ทำให้มีภาวะน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์ ภาวะอ้วน และภาวะอ้วนลงพุง เป็นปัจจัยนำมาสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease)⁵ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2557 มีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์และอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นร้อยละ 37.5 และ 10.9 ตามลำดับ⁶ จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกพบว่า ผู้ใหญ่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ประมาณ 1.9 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วนร้อยละ 39³ สำหรับประเทศไทยกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มขึ้น จากพ.ศ. 2551 ร้อยละ 51.5 และพ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 63.6⁴ เนื่องจากมี

พฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมและมีกิจกรรมทางกายลดลง⁶ ถ้าหากมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการและร่างกายได้รับปริมาณสารอาหารที่ไม่เพียงพอหรือมากเกินไป ก็ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการและสุขภาพได้

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการเป็นสาเหตุของการมีภาวะทุพโภชนาการ และเกิดปัญหาสุขภาพ ถึงแม้จะมีความรู้ด้านโภชนาการ แต่ก็ได้ไม่ได้ทำให้มีการบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการมากนัก⁷ ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุมีการรับประทานเนื้อสัตว์ 1-2 สัปดาห์สูงถึงร้อยละ 49.2 และในผู้ใหญ่มีการบริโภคอาหารกลุ่มอาหารทะเล ร้อยละ 59.3 กลุ่มอาหารไขมันสูง 1-2 วันต่อสัปดาห์ถึงร้อยละ 53.4 ตามลำดับ มากกว่าผู้สูงอายุ แต่ในผู้สูงอายุพบว่า มีการบริโภคผักและผลไม้สูงกว่าวัยอื่นๆ ถึงร้อยละ 88.3⁸ นอกจากนั้นพฤติกรรมเลือกซื้ออาหารส่วนใหญ่เกิดจากความชอบสูงถึงร้อยละ 22.1 รองลงมาคือ รสชาติ ความอยากรับประทาน และความสะอาดร้อยละ 18.5, 18.2, และ 17.8 ตามลำดับ และส่วนน้อยที่คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการเพียงร้อยละ 12.9 ภาวะแทรกซ้อนของภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินอาหาร ถ้าหากมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์ ยังส่งผลทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการอักเสบของกระดูก และข้อได้ เกิดจากความเสื่อมถอยของภาวะสุขภาพ⁹ ยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ มีความมั่นใจในตัวเองลดลง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านสังคมอาจจะส่งผลให้สมรรถภาพในการทำงานลดลง นำมาสู่การเสียบุคลิกภาพและทำให้ปัญหาในการเข้าสังคมได้ และเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงและต้องใช้ระยะเวลาที่นานในการรักษาพยาบาล¹ นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง ครอบครัว สังคม และประเทศอีกด้วย

ผู้ใหญ่เป็นวัยทำงานที่ร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่ และยังต้องการสารอาหารเพื่อใช้ในการทำงาน และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ จากข้อมูลการสำรวจ พบว่า มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ พฤติกรรม การรับประทาน ผัก 5 ทัพพีทุกวันร้อยละ 33.93 มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ร้อยละ 25.35 มีพฤติกรรมนอน อย่างน้อยวันละ 7 ชั่วโมง ร้อยละ 66.97 และพฤติกรรม แปร่งฟันก่อนนอนอย่างน้อย 2 นาที ร้อยละ 56.7¹⁰ สำหรับการบริโภคอาหารมื้อเช้าของกลุ่มอายุ 25-59 ปี พบสัดส่วนของการงดบริโภคอาหารมื้อเช้าสูงถึงร้อยละ 5.8 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวสามารถป้องกันได้ จากการ ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของ พนักงานมหาวิทยาลัย⁴ พบว่ามีภาวะโภชนาการสมส่วน และท้วมร้อยละ 8 ภาวะโภชนาการผอมร้อยละ 11.11 ภาวะโภชนาการอ้วนถึงร้อยละ 41.66 และภาวะ โภชนาการท้วมร้อยละ 40 ทั้งนี้ภาวะทุพโภชนาการมีผล จากลักษณะการทำงาน โดยส่วนใหญ่พบว่า ใช้เวลาไป กับการสอน การเตรียมการสอน และการตรวจงาน ส่งผลให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย กิจกรรมทางกาย ลดลง การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา มีเวลาในการ เลือกรับประทานอาหารน้อย ทำให้การดูแลตนเอง เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายไม่ เหมาะสม ส่งผลต่อการมีภาวะทุพโภชนาการขึ้นใน ผู้ใหญ่หรือวัยทำงานได้¹¹ ทั้งนี้ยังพบว่าภาวะอ้วนใน ผู้ใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ถึง 1.33 เท่า ถ้าหากในผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภค อาหารและภาวะโภชนาการที่ดีก็จะส่งผลต่อภาวะ โภชนาการในผู้สูงอายุได้ เพื่อมีภาวะโภชนาการที่ดี ไม่ เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุมีกระบวนการสูงอายุตามวัยอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม นิสัยการรับประทานอาหาร ระดับความเครียด อาชีพ พฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและ พัฒนาการของผู้สูงอายุ¹² และยังมีโอกาสเกิดภาวะ

ทุพโภชนาการได้ง่าย เนื่องจากกระบวนการสูงอายุ ความ เจ็บป่วยทางกาย ยา อารมณ์หรือจากการเปลี่ยนของ สังคม และสิ่งแวดล้อม¹³ ทั้งนี้จากการศึกษาภาวะ โภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของ ผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ คือ อายุ การมีโรค ประจำตัวระยะเวลาการเจ็บป่วยการเจ็บป่วยหรือปัญหา สุขภาพในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การใช้จ่าย ปัญหา ระบบประสาท¹⁴ ทั้งนี้ยังพบว่าด้านการรับกลิ่นและการ มองเห็น จำนวนฟัน ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน และ ความสามารถในการเคี้ยวอาหารร้อยละ 48.6¹⁵ เมื่อ ปัจจัยดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นเวลานานและไม่ได้รับการ รักษาจึงเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการใน ผู้สูงอายุได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ นอกจากนั้นยังพบว่า วัยผู้สูงอายุมีการเผาผลาญพลังงาน การเคลื่อนไหว และ การออกกำลังกายที่ลดลง จึงส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักเกิน เกณฑ์ได้¹³ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติถึง ร้อยละ 62.2 มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 35.9 และมีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 1.9¹⁴ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุมีความต้องการอาหารอาหารครบ 5 หมู่ เช่น เดียวกับผู้ใหญ่แต่ปริมาณอาหารที่ลดลง ลักษณะอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารมีความแตกต่างจากวัย อื่น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีความจำเป็นในการคัดกรองและ ประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อประเมินร่างกายว่ามีภาวะ โภชนาการเหมาะสมตามวัยหรือไม่ ซึ่งนำมาสู่การเกิด ปัญหาสุขภาพ โดยจะนำมาสู่การวางแผนการรักษา พยาบาลและให้การบำบัดฟื้นฟูภาวะโภชนาการ ส่งผล ให้มีภาวะโภชนาการปกติ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะทุพโภชนาการ มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ใน ประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร อาหารและภาวะโภชนาการของวัยแรงงานที่ทำงานใน โรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่¹⁶

นอกจากนั้น ยังมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ¹⁷ โดยเป็นการศึกษาแบบแผนการบริโภค ความถี่ของอาหาร และการประเมินภาวะโภชนาการ แต่ไม่ได้เน้นการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการตามวัย ซึ่งในประเทศไทยไม่พบการศึกษาที่เปรียบเทียบพฤติกรรมบริโภคอาหารและโภชนาการระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยตรง และจากการศึกษาที่ผ่านมา มีการศึกษาเฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในประเทศบราซิล¹⁸ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มวัยมีความแตกต่างกันของความถี่ในการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จะเห็นได้ว่าการศึกษาพฤติกรรมบริโภคอาหารและโภชนาการมีเพียงการศึกษาในต่างประเทศและไม่ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ทั้งนี้วัยผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้สูงอายุ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กระบวนการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของภาวะรู้คิด และสิ่งแวดล้อมทางสังคม มีผลต่อความเสี่ยงต่อปัญหาความมั่นคงทางอาหารได้¹² รวมทั้งบริบทของนครศรีธรรมราชอยู่ในภาคใต้ ติดทะเล ร้อนชื้น มีฝนตกชุกตลอดทั้งปี และเป็นแหล่งอาหารที่มีความอุดมสมบูรณ์ส่วนใหญ่รับประทานข้าวเจ้า นิยมใช้กะทิในการประกอบอาหารและอาหารที่มีรสจัด ซึ่งมีความแตกต่างของลักษณะอาหาร ลักษณะภูมิอากาศและปัจจัยในการดำเนินชีวิตของแต่ละภาค¹⁹ ดังนั้นการวางแผนการจัดการตนเองในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการคัดกรอง ประเมิน ติดตาม และป้องกันการเกิดความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนได้อย่างสม่ำเสมอ จะเป็นผลดีต่อผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ทั้งนี้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการจึงเป็นหัวใจที่สำคัญในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดกับสุขภาพร่างกายของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ประกอบด้วย จำนวนมื้ออาหาร กลุ่มอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความชอบด้านอาหาร ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ทั้งนี้ ผลการศึกษาจะนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและส่งเสริมภาวะโภชนาการในวัยผู้ใหญ่และวัยผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของภาวะทุพโภชนาการต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับใด และแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดบริโภคนิสัยของแซนเจอ¹⁹ ในการประเมินพฤติกรรมตามแบบแผนการรับประทานอาหาร ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร ความชอบของอาหาร และความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร ซึ่งการประเมินพฤติกรรม

บริโภคนิสัยของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนมื้ออาหาร กลุ่มอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และความชอบด้านอาหาร ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุประเมินได้จากค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ที่คำนวณได้จากการหารสัดส่วนของน้ำหนักของร่างกายที่คิดหน่วยเป็นกิโลกรัม และส่วนสูงที่คิดหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง และแบ่งระดับภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ของเอเชียแปซิฟิก²⁰ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ภาวะโภชนาการปกติ ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ และภาวะโภชนาการสูงเกินเกณฑ์ ทั้งนี้ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมจะทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ถ้าหากมีพฤติกรรม การบริโภคที่ไม่เหมาะสมจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลหูล่อง อำเภอปากพนัง ตำบลเขาแก้ว อำเภอลานสกา ตำบลจันดี และตำบลไสหรั อำเภอลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำแผนยุทธศาสตร์อาหาร โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ 1) สามารถสื่อสาร อ่าน เขียน และฟัง ภาษาไทยได้ 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และ 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ตัวอย่างอย่างน้อย 1 ปี โดยกำหนดคุณสมบัติสำหรับผู้ที่มีอายุ

60 ปีขึ้นไป คือ มีสติปัญญาการรับรู้ปกติ จากการคัดกรองโดยใช้แบบสอบถามภาวะการรู้คิดฉบับสั้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องด้วยไม่ทราบจำนวนที่แน่นอนของกลุ่มประชากร และไม่ทราบสัดส่วนของพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมของกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (p) จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของคอคแรน²¹ กำหนดสัดส่วนและค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ($Z = 1.96$ และ $e = .05$) $p = 0.5$ และ $p-1 = 0.5$ ได้จำนวนขนาดตัวอย่างมากที่สุด (เมื่อ e มีค่าเท่ากัน)²¹ ได้กลุ่มตัวอย่าง 400 ราย ผู้วิจัยกำหนดเป็น 400 คริวเรือน เพื่อเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) สุ่มอย่างง่าย เลือกหมู่บ้านตัวอย่างต่ำบละ 1 หมู่บ้าน รวม 4 หมู่บ้าน และ 2) สุ่มอย่างง่าย เลือกครอบครัวในหมู่บ้าน ๆ ละ 100 คริวเรือน รวม 400 คริวเรือน โดยจับสลากบ้านเลขที่ โดยผลการสุ่มกลุ่มตัวอย่างมีผู้ใหญ่ 400 คน และผู้สูงอายุ 200 คน เนื่องด้วยผลการตรวจสอบข้อมูล พบว่ามีข้อมูลสมบูรณ์ครบถ้วนสำหรับผู้ใหญ่ 366 คน (ร้อยละ 91.50) และผู้สูงอายุ 171 คน (ร้อยละ 85.50) ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง รอบเอว ดัชนีมวลกาย สถานภาพ ศาสนา อาชีพ รายได้ การรับรู้สุขภาพ แหล่งที่มาของอาหาร โรคประจำตัว ปัญหาหรืออาการรบกวนการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการดื่มชาหรือกาแฟ

2. แบบประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 17 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ (check list) โดยให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ไม่ทำ (0 คะแนน) และ ทำ (1 คะแนน) แปลผลจากคะแนนรวม แบ่งเป็น 4 ระดับ

ดังนี้ ดีมาก (17 คะแนน) ดี (14-16 คะแนน) พอใช้ (10-13 คะแนน) และ ควรปรับปรุง (0-9 คะแนน) ตามลำดับ เครื่องมือผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน คือ แพทย์ 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน และนักโภชนาการ 1 ท่าน ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกันจำนวน 20 ราย นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นด้วย KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .75 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

3. ดัชนีมวลกาย จากการคำนวณของข้อมูลการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดยแบ่งดัชนีมวลกายตามเกณฑ์การแบ่งดัชนีมวลกายของเกณฑ์เอเชียแปซิฟิก²⁰ ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ภาวะโภชนาการปกติ (ดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร) และภาวะโภชนาการสูงเกินเกณฑ์ (ดัชนีมวลกายมากกว่า 22.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ รหัสโครงการ WU-EC-NS-3-035-61 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิและมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ภายหลังจากได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรม มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. หลังจากได้รับหนังสือตอบรับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากทางคณะบดี สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราชแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ตำบลหูล่อง อำเภอปากพนัง ตำบลเขาแก้ว อำเภอลานสกา ตำบลจันดี และตำบลไสหร้า อำเภอดวง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่บ้าน และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่ได้รับเลือกเป็นตัวอย่าง จังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย และพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report) ทุกราย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 56.02 มีอายุเฉลี่ย 69.77 ปี (SD = 8.79) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 73.30 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 82.72 และศาสนาอิสลามร้อยละ 16.23 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.72 ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม ร้อยละ 44.90

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายช้อระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่าการรับประทานอาหารของอาหารว่าง กลุ่มผลไม้ กลุ่มเนื้อสัตว์ นมพร่องมันเนย น้ำมันพืชประกอบอาหาร เครื่องดื่มรสหวาน อาหารที่มีรสเค็ม ขนมหวาน เนื้อสัตว์ติดมัน ผลไม้ที่มีรสหวานจัด และอาหารที่มีรสหวานจัด ระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ (ตารางที่ 1) ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของการรับประทานอาหารเช้าทุกวัน โดยข้าวหรือแป้งและเนื้อสัตว์ทุกวัน อาหารหลักวันละ 3 มื้อ กลุ่มผักใบเขียวและผักสีต่าง ๆ และการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม โดยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเช้าทุกวันโดยข้าวหรือแป้งและเนื้อสัตว์ ทุกวันร้อยละ 91.26 รองลงมาวัยผู้สูงอายुर้อยละ 88.30 ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มผักใบเขียวและผักสีต่าง ๆ (รวมวันละ 4 ทัพพี) ทุกวัน ร้อยละ 71.93 อาหารกลุ่มเนื้อสัตว์วันละ 6 ช้อนกินข้าว ทุกวัน ร้อยละ 84.21 ในผู้ใหญ่มีการดื่มนมพร่องมันเนยวันละ 1 แก้ว ถึงร้อยละ 82.79แต่ในผู้สูงอายุพบเพียง ร้อยละ 45.61 และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ใช้ไขมันพืชประกอบอาหารในการทอด ผัด (ไม่เกิน 3 ช้อนโต๊ะต่อวัน) ถึงร้อยละ 78.36 ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน (มีน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชา) ร้อยละ 66.67 ส่วนพฤติกรรมการไม่บริโภคอาหารที่มีรสเค็ม ไม่รับประทานขนมหวาน ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ติดมัน และไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม สูงกว่าวัยผู้ใหญ่ถึงร้อยละ 56.73, 74.27, 74.85, และ 68.42 ตามลำดับ และพบว่าผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคไม่รับประทานอาหารผลไม้ที่มีรสหวานจัดและอาหารที่มีรสหวานจัด ถึงร้อยละ 48.09 และ 49.45 ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมมากกว่าผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภครายช้อและการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภครายช้อระหว่างวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (N = 537)

พฤติกรรมการบริโภค	ผู้ใหญ่ (n = 366)		ผู้สูงอายุ (n = 171)		χ ²	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
1. กินอาหารเช้าทุกวันโดยข้าวหรือแป้งและเนื้อสัตว์ทุกวัน					1.16	.281
ทำ	334	91.26	151	88.30		
ไม่ทำ	32	8.74	20	11.70		

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมกรรมการบริโภครายช้อและการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการบริโภครายช้อระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (N = 537) (ต่อ)

พฤติกรรมบริโภค	ผู้ใหญ่ (n = 366)		ผู้สูงอายุ (n = 171)		χ^2	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
2. กินอาหารหลัก วันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน					0.24	.625
ทำ	329	89.89	156	91.23		
ไม่ทำ	37	10.11	15	8.77		
3. กินอาหารว่างวันละ 2 ครั้ง ทุกวัน					2.69	.100
ทำ	249	68.03	104	60.82		
ไม่ทำ	117	31.97	67	39.18		
4. กินอาหารกลุ่มข้าวหรืออาหารที่ทำจากแป้ง (วันละ 8 ทัพพี) ทุกวัน					6.65	.010
ทำ	271	74.04	108	63.16		
ไม่ทำ	95	25.96	63	36.84		
5. กินอาหารกลุ่มผักใบเขียวและผักสีต่าง ๆ (รวมวันละ 4 ทัพพี) ทุกวัน						
ทำ	245	66.94	123	71.93	1.35	.246
ไม่ทำ	121	33.06	48	28.07		
6. กินอาหารกลุ่มผลไม้ วันละ 3 ส่วน ทุกวัน					13.09	< .001
ทำ	280	76.50	105	61.40		
ไม่ทำ	86	23.50	66	38.60		
7. กินอาหารกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 6 ช้อนกินข้าว ทุกวัน					39.37	< .001
ทำ	207	56.56	144	84.21		
ไม่ทำ	159	43.44	27	15.79		
8. ดื่มนมพร่องมันเนย วันละ 1 แก้ว					78.14	< .001
ทำ	303	82.79	78	45.61		
ไม่ทำ	63	17.21	93	54.39		
9. กินอาหารที่ใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร ในการทอด ผัด (ไม่เกิน 3 ช้อนโต๊ะ) ต่อวัน					38.08	< .001
ทำ	184	50.27	134	78.36		
ไม่ทำ	182	49.73	37	21.64		
10. ไม่กินเครื่องดื่มรสหวาน (มีน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชา)					18.62	< .001
ทำ	171	46.72	114	66.67		
ไม่ทำ	195	53.28	57	33.33		
11. ไม่กินอาหารที่มีรสเค็ม					19.16	< .001
ทำ	145	39.62	97	56.73		
ไม่ทำ	221	60.38	74	43.27		
12. ไม่กินอาหารประเภทผัด ทอด หรืออาหารที่มีกะทิ					0.31	.578
ทำ	209	57.10	102	59.65		
ไม่ทำ	157	42.90	69	40.35		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคชายข้อและการเปรียบเทียบพฤติกรรมการบริโภคชายข้อระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (N = 537) (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภค	ผู้ใหญ่ (n = 366)		ผู้สูงอายุ (n = 171)		χ^2	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
13. ไม่กินขนมหวาน					23.53	< .001
ทำ	191	52.19	127	74.27		
ไม่ทำ	175	47.81	44	25.73		
14. ไม่กินเนื้อสัตว์ติดมัน					28.93	< .001
ทำ	184	50.27	128	74.85		
ไม่ทำ	182	49.73	43	25.15		
15. ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม					9.50	.002
ทำ	199	54.37	117	68.42		
ไม่ทำ	167	45.63	54	31.58		
16. ไม่กินผลไม้ที่มีรสหวานจัด					20.59	< .001
ทำ	176	48.09	118	69.01		
ไม่ทำ	190	51.91	53	30.99		
17. ไม่กินอาหารที่มีรสหวานจัด					20.32	< .001
ทำ	181	49.45	120	70.18		
ไม่ทำ	185	50.55	51	29.82		

การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ พบว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 12.37, p = .002$) (ตารางที่ 2) ซึ่งผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 52.73 ผู้สูงอายुर้อยละ 64.91 แต่ดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่มไม่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการระหว่างผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (N = 537)

ตัวแปร	ผู้ใหญ่ (n = 366)		ผู้สูงอายุ (n = 171)		χ^2	p-value
	ความถี่	ร้อยละ	ความถี่	ร้อยละ		
ระดับพฤติกรรม					12.37	.002
ดีมาก	29	7.92	19	11.11		
ดี	193	52.73	111	64.91		
พอใช้	144	39.34	41	23.98		
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/ตารางเมตร)					1.14	.270
< 18.5	28	7.65	17	9.94		
18.5-22.9	157	42.90	67	39.18		
> 22.9	181	49.45	87	50.88		

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารแตกต่างกัน พบว่า โดยภาพรวมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคดีกว่าผู้ใหญ่ สามารถอธิบายได้ว่า

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและพอใช้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี และมีรายได้เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม ซึ่งกล่าวได้ว่าการศึกษาทำให้บุคคลมีอาชีพการงานที่มั่นคง ทำให้มีรายได้ที่ดี และทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารทางโภชนาการทำให้สามารถเลือกการบริโภคที่เหมาะสม²² อีกทั้งมีอำนาจตัดสินใจและความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม โดยมีมาตรฐานในการดำเนินชีวิต รวมถึงเรื่องของการบริโภคอาหารให้เข้ากับความต้องการตามวัยและการเปลี่ยนแปลงของสรีระร่างกาย และกระบวนการสูงอายุ²³ เมื่อพิจารณารายละเอียดพฤติกรรมการบริโภคอาหารของด้านการรับประทานอาหารเช้าพบว่า ผู้ใหญ่ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าทุกวันโดยข้าวหรือแป้งและเนื้อสัตว์ทุกวันและด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มข้าวหรือแป้งวันละ 8 ทัพพี ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ใหญ่รับประทานอาหารเช้าทุกวัน เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยทำงาน และแรงงานที่ต้องอาศัยและอาหารเช้าเป็นมื้อที่สำคัญซึ่งกลุ่มอาหารข้าวหรือแป้งเป็นกลุ่มอาหารหลักสำคัญที่ให้พลังงานส่วนใหญ่ยังคงทำงานซึ่งต้องการพลังงานให้กับร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุจะมีการรับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อ¹⁷ ทั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารด้านการรับประทานอาหารเช้าวันละ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ทุกวัน สูงกว่าผู้ใหญ่ โดยมีสัดส่วนที่สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศ¹⁹ และต่างประเทศ²¹ ซึ่งยังสอดคล้องกับการศึกษา

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าการบริโภคอาหารเช้าเป็นมื้อที่สำคัญต่อร่างกายมากที่สุด ทั้งยังมีการรับประทานอาหารเช้าได้ครั้งละน้อย ๆ จึงรับประทานให้ครบ 3 มื้อ เพื่อให้ร่างกายได้รับปริมาณอาหารและมีคุณภาพพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย²⁴ เนื่องจากการรับประทานอาหารเช้าและรับประทานอาหารเช้าหลัก วันละ 3 มื้อทำให้ร่างกายได้รับปริมาณอาหารที่เพียงพอ ส่งผลดีต่อสุขภาพของร่างกาย มีประโยชน์ต่อร่างกายที่ต้องการพลังงาน และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้ผู้ที่รับประทานอาหารเช้าทุกวันจะช่วยให้มีสมาธิในการทำงานมากขึ้นมีทัศนคติที่ดีและรูปร่างดี²⁵ ในด้านของการรับประทานอาหารเช้าวันละ 2 ครั้ง ทุกวัน ในการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมาโดยนิยมอาหารเช้าวันละ 1 มื้อมักจะรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์คือ นม โอวัลติน ผลไม้ และขนมไทย ตามลำดับ¹⁷ กลุ่มอาหารตามสัดส่วนที่แนะนำของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข²⁶ เนื่องจากผู้ใหญ่จะสามารถเข้าถึงอาหารได้ง่ายและสะดวกกว่าวัยอื่น ๆ²² และในผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารเช้าได้น้อยลงตามกระบวนการสูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการเพิ่มมื้ออาหารระหว่างมื้ออาหารหลัก เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ด้านการบริโภคกลุ่มผักใบเขียวและผักสีต่าง ๆ (รวมวันละ 4 ทัพพี) ทุกวัน พบว่าผู้ใหญ่และผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน เนื่องด้วยพื้นที่ของจังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นแหล่งเกษตรกรรมแหล่งอุดมสมบูรณ์ของอาหาร และมีวิถีชีวิตตามบริบทของชุมชนที่นิยมปลูกผักไว้รับประทาน มีการแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มชุมชน และซื้อผักตามบ้านมากกว่าผักตามท้องตลาด จึงทำให้เข้าถึงแหล่งอาหารกลุ่มผักใบได้ง่าย ซึ่งตรงกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 18-92 ปี จังหวัดอุบลราชธานีมีพฤติกรรมในการเลือกรับประทานอาหารประเภทใยอาหารมากที่สุด ตัวอย่าง

รับประทานผักหรือผลไม้สดบ่อยครั้งและเป็นประจำ²⁷ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุบริโภคผักสูงกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันมีผลต่อประสิทธิภาพของการบดเคี้ยวอาหาร จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการบริโภคผักที่บดเคี้ยวได้ง่ายและเป็นใยอาหารและช่วยให้ระบบการขับถ่ายดีขึ้นด้วย⁸ โดยสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ²⁸ ส่วนของพฤติกรรมมารับประทานกลุ่มผลไม้วันละ 3 ส่วน ทุกวัน ในผู้ใหญ่สูงกว่าผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความตระหนักรู้ของการมีโรคประจำตัวที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด²⁷ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในด้านของพฤติกรรมมารับประทานอาหารผัด ทอด หรืออาหารไม่มีกะทิ นั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหารประเภททอด ผัด หรืออาหารใส่กะทิบางครั้งถึงบ่อยครั้ง²⁹ ทั้งนี้บริบทของนครศรีธรรมราชอยู่ในภาคใต้ติดทะเล และเป็นแหล่งอาหารที่มีความอุดมสมบูรณ์รวมทั้งอาหารทะเล ส่วนใหญ่รับประทานข้าวเจ้าเป็นหลัก มีการนิยมใช้กะทิในการประกอบอาหารและอาหารที่มีรสจัด ซึ่งมีความแตกต่างของลักษณะอาหารและการดำเนินชีวิตของแตกต่างจากภาคอื่น ๆ ของไทย¹⁹ สำหรับกลุ่มอาหารตามสัดส่วนที่แนะนำของสำนักโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับประทานแตกต่างกัน นอกจากนั้นการตีมนมพร้อมมันเนย วันละ 1 แก้วของผู้สูงอายุน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่ โดยจากปัญหาภาวะย่อยน้ำตาลแลคโตสบกพร่อง (lactose intolerance) อาจเกิดได้ในผู้สูงอายุบางรายเนื่องมาจากระดับของเอนไซม์แลคเตสในลำไส้เล็กที่ลดลงซึ่งเป็นผลจากร่างกายไม่สามารถย่อยคาร์โบไฮเดรตที่เป็นน้ำตาลแลคโตสได้ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการตีมนมเป็นประจำทำให้เกิดท้องอืดหรือท้องเดิน จึงเป็นเหตุผลที่ผู้สูงอายุตีมนมในสัดส่วนที่น้อยกว่าผู้ใหญ่¹²

ในการศึกษาครั้งนี้ ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม พบว่า สัดส่วนของ

ผู้สูงอายุสูงกว่าผู้ใหญ่ในทุกกลุ่มอาหารที่มีรสหวานคือไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน (มีน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชา) ไม่รับประทานขนมหวาน ไม่รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด ไม่รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมีพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มและอาหารมีส่วนผสมของน้ำตาลมากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและวัยสูงอายุ ทั้งนี้ผู้ใหญ่มีการบริโภคเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟ ทุกวันสูงกว่ากลุ่มวัยอื่น ๆ นอกจากนี้ก็ยังพบเหตุผลของผู้ใหญ่ของการดื่มเครื่องดื่มรสหวานสามารถช่วยในการดับกระหาย ทำให้รู้สึกสดชื่นและในการร่วมสังสรรค์พบปะในโอกาสต่าง ๆ^{28,29} จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีรสเค็มคือ ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็ม ไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ดีกว่าผู้ใหญ่ เนื่องจากผู้ใหญ่มีการดำเนินชีวิตประจำวันตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีการรับประทานอาหารสำเร็จ อาหารถุง อาหารที่มีใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผงชูรสและผงปรุงรสชูปีก่อนเพิ่มมากขึ้นที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้^{29,30}

การศึกษาค้นพบว่า การไม่รับประทานเนื้อสัตว์ติดมันของผู้สูงอายุมากกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการสำรวจภาวะอาหารที่พบว่าส่วนใหญ่มีการรับประทานอาหารประเภทไขมัน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความตระหนักว่าเนื้อสัตว์ติดมันไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ²⁸ เพราะมีไขมันสูง แม้ว่าเนื้อสัตว์ติดมันสัมผัสที่อ่อนนุ่มกว่าเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเมื่อรับประทานจะทำให้มีไขมันในเลือดสูง ที่นำมาสู่การเกิดโรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูงได้²⁹ เนื่องด้วยผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานน้อยกว่าคนวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุมีเนื้อเยื่อที่ค่อนข้างปราศจากไขมัน และทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงซึ่งความต้องการพลังงานขึ้นอยู่กับกิจกรรมที่ทำและส่วนประกอบของร่างกาย ความต้องการพลังงานในวัยผู้ใหญ่ประมาณ 1.5 เท่าของความต้องการพลังงาน

พื้นฐาน เมื่ออายุ 51-75 ปี ความต้องการพลังงานจะลดลงร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด และจะลดลงเพิ่มขึ้นร้อยละ 10-15 เมื่ออายุมากกว่า 75 ปี⁹ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมมากกว่าผู้ใหญ่ของการไม่รับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อสัตว์ วันละ 6 ซ้อนกินข้าว ทุกวัน อาหารที่ใช้น้ำมันพืชประกอบอาหาร ในการทอด ผัด (ไม่เกิน 3 ซ้อนโต๊ะ ต่อวัน) อธิบายได้ว่าตัวอย่างผู้สูงอายุมีความตระหนักเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอาหารและสุขภาพหรือเนื่องด้วยการมีโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในหลอดเลือด และโรคหัวใจ เป็นต้น²⁸

นอกจากนี้ด้วยบริบทของนครศรีธรรมราชเป็นแหล่งอาหารที่มีความอุดมสมบูรณ์ส่วนใหญ่รับประทานข้าวเจ้า นิยมใช้กะทิในการประกอบอาหารและอาหารที่มีรสจัด ซึ่งมีความแตกต่างของลักษณะอาหาร ลักษณะภูมิอากาศและปัจจัยในการดำเนินชีวิตของแต่ละภาค จึงควรมีความรอบรู้ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ต้องสร้างความตระหนักและความเชื่อให้กับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมทั้งผู้ดูแลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการตามวัยและป้องกันภาวะทุพโภชนาการ สำหรับภาวะโภชนาการของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุของการศึกษาครั้งนี้พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่มีโภชนาการเกินเกณฑ์^{31,32}

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ตัวอย่างผู้ใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยสัดส่วนที่บริโภคอาหารที่มีรสหวาน เกือบครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าครึ่งหนึ่ง คือ ดื่มน้ำเชื่อมรสหวาน (มีน้ำตาลเกิน 6 ซ้อนชา) รับประทานขนมหวาน รับประทานผลไม้ที่มีรสหวานจัด รับประทานอาหารที่มีรสหวานจัด ซึ่งอาหารรสหวานจะทำให้เกิดการย่อยเป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว ที่จะสะสมในรูปของไขมันไตรกลีเซอไรด์และเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง (adipose tissue) เมื่อมีการเผาผลาญพลังงาน

ของร่างกายต่ำลงจากกิจกรรมทางกายในการทำงานอยู่ในอิริยาบถเดิม ๆ เป็นระยะเวลาสั้น มีการออกแรงและเคลื่อนไหวร่างกายค่อนข้างน้อย จึงส่งผลให้วัยผู้ใหญ่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ได้³¹ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ส่วนผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา³² โดยสาเหตุอาจเกิดจากการสนับสนุนจากครอบครัว สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยที่ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง ไม่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การรับประทานอาหารในแต่ละมื้อไม่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ และผู้สูงอายุบางรายมีภาวะสุขภาพร่างกายที่ไม่อำนวยและความสะดวกในการจัดหาอาหาร และการเข้าถึงแหล่งอาหารได้ด้วยตนเอง²⁴ รวมทั้งเนื่องจากวัยผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวลดลง กิจกรรมทางกายลดลง การดำเนินกิจวัตรประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม²² ระบบการเผาผลาญพลังงาน และการออกกำลังกายที่ลดลงหรือไม่มีการออกกำลังกายจึงส่งผลให้มีภาวะทุพโภชนาการได้¹³

ด้วยเหตุผลดังกล่าววัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แต่ภาวะโภชนาการไม่แตกต่างกัน โดยเฉพาะภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุ ดังนั้น การคัดกรองและประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการที่ดีจึงควรเริ่มตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ เพื่อวางแผนและส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันภาวะทุพโภชนาและกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรเน้นให้บุคลากรทางสุขภาพให้ความสำคัญและนำข้อมูลวิจัยใน

การออกแบบกิจกรรมให้ความรู้ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมที่สอดคล้องกับระดับภาวะโภชนาการเฉพาะเจาะจงตามกลุ่มวัย

2. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาเชิงทดลองในการเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์

3. ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ ซึ่งจัดเป็นความเสี่ยงต่อปัญหากลุ่มอาการเมแทบอลิกและปัญหาสุขภาพเรื้อรังตามมา ควรดำเนินการติดตามประเมินภาวะโภชนาการด้วยตนเองและโดยบุคลากรสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

4. กลุ่มตัวอย่างอยู่ภายใต้โครงการแผนยุทธศาสตร์อาหารของสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดควรพิจารณาเสนอประเด็นภาวะโภชนาการและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นนโยบายเร่งด่วนในการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Piaseu N. Nutrition care for the control of non-communicable diseases in the community. 1st ed., Bangkok: Gold Point ;2018. (in Thai)
2. Wipulakh W. National Nutrition Action Plan 2019-2023. Bangkok: A.V. Progress Limited Partnership; 2020. (in Thai)
3. World Health Organization. Obesity and overweight; 2015 [cited 2020 May 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Parichamon P. Obesity in physician. HSRI-Jour. 2020;14(1):19-25. (in Thai)
5. Chen D, Rivera-Andrade Á, González J, Burt D, Mendoza-Montano C, Patrie J, et al. Prevalence of risk factors for noncommunicable diseases in an indigenous community in Santiago Atitlán Guatemala. Rev Panam Salud Publica 2017;4(7):1-9.
6. Institute for Population and Social Research. Thai health. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2017. (in Thai)
7. Malnick SD, Knobler H. The medical complications of obesity. Q J Med. 2006;99(9): 565-79.
8. Social Statistics Division National Statistical Office. Nutrition and physical activity; 2017 [cited 2020 May 22]. Available from: http://web.nso.go.th/en/survey/data_survey/200260_summary_Jan_2017.pdf
9. Kaewanun C. Nutrition of the elderly. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2018;12(2):112-19. (in Thai)
10. Department of Health, Ministry of Public Health. Annual Report; 2019 [cited 2020 April 10]. Available from: <https://ihri.org/wp-content/uploads/2020/10/Annual-Report-2019-online.pdf>
11. Khamchai S. Health behavior and nutritional status of Payap University staff; 2012 [cited 2020 May 29]. Available from: <https://search.lib.cmu.ac.th/search/?searchtype=.&searcharg=b1514947>
12. Panuthai S, Khampolsiri T, Suwankruhasn N. Gerontological Nursing. Chiang Mai: Faculty of Nursing Textbook Project Chiang Mai University; 2019. (in Thai)
13. Muangpaisan K. Challenges and solutions for healthy Aging. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine; 2018. (in Thai)
14. Pitantanakun P, Rajatanun B. Nutritional status and factors related to nutritional status of elderly living in the community. Journal of Sakon Nakhon Hospital. 2019; 22(1):1-13. (in Thai)
15. World Health Organization. Nutrition; 2020 [cited 2020 May 28]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/nutrition>

16. Ampansirirat A, Singhasem P, Suwanraj M, Janjaroen K, Phuphet K, Tongmeekwan T. The study of Knowledge needs related to food and nutrition resources of community in Thailand: a case study of Songkhla. *Journal of Nursing and Health Care*. 2015;32(4):114-21. (in Thai)
17. Guigoz Y, Lauque S, Vellas B. J. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin Geriatr Med*. 2002;18(4):737-57.
18. Alves E, Vaz J, Viana S, Carvalho D, Oliveira C, Lima-Costa M. F. Dietary habits and functional limitation of older Brazilian adults: evidence from the Brazilian National Health Survey (2013). *J Aging Res Clin Practice*. 2016;5(4):203-8.
19. Sanjur D. Social and cultural perspectives in nutrition. United States: Prentice-Hall; 1982.
20. World Health Organization. The Asia-Pacific perspective: redefining obesity and its treatment. Australia: WHO Western Pacific Region: Health Communications Australia 2000.
21. Komoltri C. Sample size determination. *The Journal of Mental Health of Thailand*. 2012;20(3):192-98.
22. Darun P, Krairat P. Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng kan province. *Journal of Department of Health Service Support*. 2019;15(3):71-82. (in Thai)
23. Anchalee N, Muktabhant B. Lifestyle and personal characteristic factors associated with overnutritional status among supporting staff of Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal*. 2020;35(1):89-97. (in Thai)
24. Nonsurat W. Food consumption behavior of elderly regional health. *Maharakham Hospital Journal*. 2019;16(3):130-37. (in Thai)
25. Watanabe Y, Saito I, Henmi I, Yoshimura K, Maruyama K, Yamauchi K, et al. Skipping breakfast is correlated with obesity. *J Rural Med*. 2014;9(2):51-8.
26. Bureau of Nutrition. Health benefits of fruits and vegetables. Bangkok: Printing House for National Office of Buddhism; 2014. (in Thai)
27. Chaiyarit W, Piaseu N, Maruo S. J. Factors related to food security among older adults in a rural community of Southern Thailand. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2012;23(3):311-26. (in Thai)
28. Bezerra I. N, de Carvalho Gurgel A. O, Barbosa R. B, da Silva G. B. Dietary behaviors among young and older adults in Brazil. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(5):575-80.
29. Goon S, Islam S. Breakfast skipping and obesity risk among urban adult in Bangladesh. *IJPHCS*. 2014;3(1):15-22.
30. Kiattikunwong N. Preparing the population for an aging society in Thailand; 2014 [cited 2020 May 28]. Available from: https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-3-319-31816-5_3729-1
31. KaewNaLuang S, Sucamvang K, Pruenglampoo S. Food consumption behavior, nutritional status and health status of patients at Thai traditional medicine clinic, Thoen Hospital, Lampang; 2012. [cited 2020 May 28]. Available from: <http://repository.cmu.ac.th/handle/6653943832/39480> (in Thai)
32. Chaisayan P, Sinsawat T, Pannil C, Jaitae D, Mongkolsil W, Sriprachun S. Development of health promotion model for working-age group to control body mass index (BMI) by norm. *Thailand Journal of Health Promotion and Environment*. 2019; 42(Special Issue):68-75. (in Thai)