



บทความวิจัย

Research Article

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

ภาพร คล่องกิจเจริญ วท.บ.* วดีนา จันทศิริ วท.ม.,D.E.A.** ศรีศักดิ์ สุนทรไชย วท.ด.*** ภารดี เต็มเจริญ ส.ด.***

*สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***รองศาสตราจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

รับบทความ: 29 มีนาคม 2562

ปรับแก้บทความ: 14 มิถุนายน 2562

ลงตีพิมพ์: 17 มิถุนายน 2562

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 2) เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และ 3) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกิน

วิธีการดำเนินการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ คือ ผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร จำนวน 240 คน ใช้วิธีการสุ่มรายชื่อผู้ป่วยและสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ และฟิชเชอร์ เอกซแซค

ผลการวิจัย: 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70 - 79 ปี นับถือศาสนาพุทธ มีสถานภาพสมรสและหม้ายเท่ากัน จบระดับประถมศึกษา มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ ออกกำลังกายทุกวันด้วยวิธีการเดิน อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีโรคความดันโลหิตสูง รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุในระดับสูง มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุและมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี 2) การประเมินภาวะโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 72.1 ปกติ ร้อยละ 22.5 และผอม ร้อยละ 5.4 และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน พบว่า อายุ ($p < 0.001$) โรคกระดูกพรุน ($p = 0.024$) โรคสมองเสื่อม ($p = 0.043$) และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ($p = 0.044$) มีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป: กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกินมีจำนวนคนที่อายุ 80 ปีขึ้นไป มีโรคกระดูกพรุน โรคสมองเสื่อม และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการเกิน โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ



บทความวิจัย

Research Article

Factors Related to Overnutrition of the Elderly Receiving Services from Geriatric Clinic of Charoenkrung Pracharak Hospital in Bangkok Metropolitan Administration

Paporn Klongkitcharoen B.Sc.* Vasina Chandrasiri D.E.A.**, Sarisak Soontornchai D.Sc.***, Paradee Temcharoen Dr.P.H.***

* Human Ecology, Sukhothai Thammathirat Open University of Thailand

**Associate Professor, Major advisor, Human Ecology, Sukhothai Thammathirat Open University of Thailand

***Associate Professor, Co-advisor, Human Ecology, Sukhothai Thammathirat Open University of Thailand

Abstract

Received: March 29, 2019

Revised: June 14, 2019

Accepted: June 17, 2019

Objective: 1) to explain personal factors, knowledge, attitudes and consumption behaviors according to Food Based Dietary Guidelines for food Health (FBDG) in elderly, 2) to evaluate nutrition status of the elderly and 3) to analyze relationships among personal factors, knowledge, attitudes and consumption behaviors according to FBDG in elderly between the elderly with normal nutrition and the elderly with overnutrition.

Materials and Methods: 240 elderly suffered from chronic disease, who received services from the Geriatric Clinic of Charoenkrung Pracharak Hospital, Bangkok Metropolitan were randomly selected. The data were collected through interview questionnaires and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's chi-square test and Fisher's test.

Result: 1) most of the samples were female aged 70 - 79 years, buddhists, married and divorced with the same amount, had primary education, enough incomes for spending but no saving, exercised everyday by walking, resided with their children, high blood pressure, received information regarding food and nutrition from medical personnel, were not members of the elderly club, had knowledge on FBDG in elderly at the high level, had good attitudes towards FBDG in elderly and had consumption behaviors according to FBDG in elderly at the good level, 2) the evaluation of the nutrition status found that 72.1% of the elderly were overnutrition, 22.5% had normal nutrition and 5.4% were thin and 3) factors related to overnutrition, were inversely related with age ($p < 0.001$), osteoporosis ($p = 0.024$), dementia ($p = 0.043$) and being members of the elderly club ($p = 0.044$).
Conclusions: Overnutrition elderly group were over 80 years old, have osteoporosis, dementia and being members of the elderly club less than normal nutrition elderly group in statistical significance.

Keywords: Overnutrition, Food Based Dietary Guidelines (FBDG) in elderly, the Geriatric clinic

บทนำ

ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย¹ จากรายงานผลการสำรวจใน พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้จัดทำ การสำรวจประชากรสูงอายุของประเทศไทย พบว่า มีสัดส่วนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ² และจากผลการสำรวจทั้ง 5 ครั้งที่ผ่านมา ใน พ.ศ. 2537, 2545, 2550, 2554 และ 2557 พบ สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 6.8, 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ³ ซึ่งน่าจะเป็นผลจากการที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จด้านนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ สาธารณสุขและเทคโนโลยี ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของไทยเปลี่ยนแปลงไป เป็นโครงสร้างของสังคมสูงวัย (aging society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในช่วง พ.ศ. 2567 - 2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด⁴ สอดคล้องกับสถิติกรุงเทพมหานครใน พ.ศ. 2559 รายงานว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีจำนวน 936,865 คน จากจำนวนประชากรในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 5,686,646 คน คิดเป็นร้อยละ 16.55

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ปัญหาสำคัญที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ คือ ปัญหาทางสุขภาพอนามัยที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมถอยของร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการรักษาพยาบาลของรัฐเนื่องจากสวัสดิการการรักษาพยาบาลหลักของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.2 คือ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) รองลงมา คือ ข้าราชการหรือข้าราชการ

บำนาญ ร้อยละ 13.0 และประกันสังคม ร้อยละ 1.6 ตามลำดับ² สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผลได้รวบรวมสาเหตุการป่วยของผู้สูงอายุที่เข้ามารับการบริการจากศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557 พบว่า สาเหตุการป่วยสูงสุด คือ กลุ่มโรคระบบไหลเวียนเลือด รองลงมา คือ กลุ่มโรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมแทบอลิซึม หรือเรียกว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs)

ภาวะโภชนาการเกินในผู้สูงอายุพบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี จากรายงานผลการดำเนินงานโครงการผู้สูงวัย ใส่ใจสุขภาพของกลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ได้ดำเนินการตรวจสุขภาพสมาชิกชมรมผู้สูงอายุประจำปีงบประมาณ 2558 - 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 49.2, 54.2 และ 57.1 ตามลำดับ^{6,7,8} ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในปี 2560 จำนวน 461 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 25.3 ผอมเพียงร้อยละ 4.1 เท่านั้น แต่มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 70.6 ซึ่งภาวะโภชนาการเกินเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ โรคเกาต์ และโรคมะเร็งบางชนิด เป็นต้น^{9,10}

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย กรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ในเขตบางคอแหลม ให้บริการทางการแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2514 จนถึงปัจจุบัน จากสถิติปีงบประมาณ 2555 - 2560¹¹ พบว่า จำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเพิ่มสูงขึ้นทุกปีจำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในผู้ป่วยนอกมีจำนวน 17,202, 18,506, 19,385, 20,246, 21,542, และ 22,466 คน ตามลำดับโดยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 5.5 ต่อปี โรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยนอกสูงอายุในปีงบประมาณ 2558 - 2560

อันดับหนึ่ง คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคเบาหวาน ตามลำดับ เรียกโดยรวมก็คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับสถิติกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2557 ซึ่งกลุ่มโรคดังกล่าวมีสาเหตุจากวิถีชีวิตประจำวันทั้งการบริโภคอาหารหวานมันเค็ม ขาดการออกกำลังกาย และความเครียด แม้ค่าสถิติการป่วยและเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะสูงมาก แต่แท้จริงแล้วกลุ่มโรคนี้สามารถควบคุมและป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางโภชนาการ¹²

การดูแลด้านโภชนาการในผู้สูงอายุจึงนับเป็นหนึ่งใน การดูแลสำคัญ ที่จะสามารถลดอัตราการเกิดภาวะโภชนาการเกินได้ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติปีงบประมาณ 2556 จัดทำโภชนบัญญัติและธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแนะนำ “สัดส่วน” “ปริมาณ” และ “ความหลากหลาย” ของอาหารที่ผู้สูงอายุไทยควรบริโภคในหนึ่งวัน เพื่อให้ได้สารอาหารและพลังงานเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นำไปสู่การ “กินพอดี สุขีทั่วไทย” ตามเจตนารมณ์ของข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการกินพอดีช่วยให้ร่างกายแข็งแรง สดชื่น แจ่มใส ไม่เจ็บป่วยง่าย ดังนั้น การกินอาหารตามคำแนะนำของ “โภชนบัญญัติ” และ “ธงโภชนาการ” และออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุไทยมีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมและสุขภาพแข็งแรง¹³ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นนักโภชนาการ หนึ่งในคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ และที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการสำรวจภาวะโภชนาการ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารของผู้ป่วยสูงอายุใน

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 โดยเน้นประเด็นความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเสนอแนะแนวทางปรับปรุงกระบวนการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานครต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากร

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 461 คน รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2560

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ในช่วง 14 สิงหาคม - 20 กันยายน พ.ศ. 2561 จำนวนทั้งสิ้น 240 คน โดยคำนวณจากสูตรของ Daniel (1995) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{NZ^2\alpha_2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2\alpha_2 P(1-P)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรเป้าหมาย เท่ากับ 461 คน

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานได้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 41 จากการศึกษารายงานของ วิจิตรศรีระชนท์และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์

D = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 แทนค่า

$$n = \frac{(461)(1.96)^2(0.41)(1-0.41)}{(461-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.41)(1-0.41)}$$

$$n = 207 \text{ คน}$$

ซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่สามารถนำมาศึกษาได้ จึงได้ทำการคำนวณขนาดตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อป้องกันความผิดพลาดของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ดังนั้น จำนวนขนาดตัวอย่างที่นำมาศึกษาทั้งสิ้น คือ 240 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากจากรายชื่อผู้ป่วยนัดในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ในวันนั้น จำนวน 15 คนต่อวัน ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 16 วัน และกลุ่มตัวอย่างที่ได้ต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- ผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์การรับเข้าของคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คือ เจ็บป่วยหลายโรค ต้องกินยาหลายขนาน (มากกว่า 10 ชนิดขึ้นไป) และได้รับการส่งต่อให้เข้าคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
 - สามารถยื่นชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงได้ไม่มีปัญหาการยืนตรง
 - สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาการฟัง และการพูด
 - เป็นผู้ที่ยินยอมตนและลงนามเข้าร่วมการวิจัยภายหลังได้รับการชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย
- ### เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)
- กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเจ็บป่วย ที่อยู่ในสถานะไม่พร้อมในการให้ข้อมูล
 - กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือขอถอนตัวในระหว่างดำเนินการวิจัย

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ศาสนา สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การออกกำลังกาย วิธีและระยะเวลาในการออกกำลังกาย บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลทางอาหารและโภชนาการ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ รวมข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบตามความรู้ความเข้าใจ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ โดย ใช้มาตรวัดแบบช่วง (interval scale) 5 ระดับ ตามแบบ Likert scale ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นมาตรวัดความถี่ของการปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกตอบ มี 4 ระดับ คือ ทุกวัน บ่อย บางครั้ง และ นาน ๆ ครั้ง หรือไม่กินเลย จำนวน 18 ข้อ

เครื่องมือในการประเมินภาวะโภชนาการ
การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง โดยใช้เครื่อง TANITA รุ่น PH-740 เป็นเครื่องชั่งน้ำหนักแบบ

ดิจิตอลและมีแท่นวัดความสูงในตัวที่อ่านค่าละเอียดได้ทศนิยม 1 ตำแหน่ง ทดสอบความเที่ยงและบำรุงรักษาปีละครั้ง จากบริษัท Sodexo Thailand ทำการชั่งน้ำหนักกลุ่มตัวอย่างโดยยืนตรงกลางจานรองรับน้ำหนัก ถอดเสื้อผ้าที่หนาออก และปราศจากกระเป๋หรือสัมภาระ อ่านค่าละเอียดให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง ทำการวัดส่วนสูงโดยให้กลุ่มตัวอย่างยืนตรงบนเครื่องชั่งน้ำหนัก ตามองไปข้างหน้า ขาชิด และถอดรองเท้า เลื่อนไม้ฉากให้พอดีกับศีรษะตามแนวขนานกับพื้น อ่านค่าส่วนสูงในระดับสายตา อ่านค่าละเอียดให้มีทศนิยม 1 ตำแหน่ง

เกณฑ์การประเมินภาวะโภชนาการ

ใช้ค่าดัชนีมวลกายเป็นเกณฑ์ในการประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้เกณฑ์ตัดสินภาวะโภชนาการจาก WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and Its Treatment (2000) ดังนี้

ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)	เกณฑ์การประเมิน
น้อยกว่า 18.5	ผอม
18.5 - 22.9	ปกติ
23.0 - 24.9	น้ำหนักเกิน
25.0 - 29.9	อ้วน
มากกว่าหรือเท่ากับ 30.0	อ้วนมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence; IOC) เท่ากับ 0.77 และมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ผ่านการอบรม “ความรู้ความเข้าใจด้านจริยธรรมการวิจัยในคนหลักสูตรพื้นฐาน (Basic course)” คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และโครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะ

กรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 14 สิงหาคม - 20 กันยายน พ.ศ. 2561 โดยมีลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขออนุญาตจากสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

2. ภายหลังจากได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานครแล้ว ผู้วิจัยจึงจะเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการภายหลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร ในวันที่มีคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คือ ทุกวันอังคาร - วันพฤหัสบดี เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย และให้ลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. ผู้วิจัยทำการชี้แจงนำหนัก และวัดส่วนสูงผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตัวเอง การวัดจะทำได้ด้วยความระมัดระวังและแสดงออกถึงการให้ความเคารพต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ นำค่าที่ได้จากการวัดมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

5. สถานที่เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเป็นสถานที่ที่ไม่มีสิ่งรบกวน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสมาธิในการตอบ ตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ โดยไม่มีการเร่งรัดใด ๆ ทำการตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนยุติการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย จนครบ 240 คน

6. ลงรหัส (coding) ของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม SPSS 16.0

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ โดยการคำนวณค่าทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS 16.0 รายละเอียด ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ทศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้สถิติการทดสอบเพียร์สันไคสแควร์ (Pearson chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์เอกแซคต์ (Fisher's exact test) เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยตามตัวแปรอิสระ 4 ตัว คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 3) ทศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติและภาวะโภชนาการเกินที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

การศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 240 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (คิดเป็นร้อยละ 70.4) มีอายุ 70 - 79 ปี (คิดเป็นร้อยละ 45.8) อายุเฉลี่ย 75.60 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.39 ปี) อายุมากที่สุด 98 ปี อายุน้อยที่สุด 61 ปี นับถือ

ศาสนาพุทธ (คิดเป็นร้อยละ 92.5) มีสถานภาพคู่และหม้าย เท่า ๆ กัน (คิดเป็นร้อยละ 45.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (คิดเป็นร้อยละ 56.3) มีรายได้พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ (คิดเป็นร้อยละ 51.3) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (คิดเป็นร้อยละ 50.4) มีโรคความดันโลหิตสูง (คิดเป็นร้อยละ 81.7) ทราบข้อมูล

หรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ (คิดเป็นร้อยละ 62.9) ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (คิดเป็นร้อยละ 89.6) ออกกำลังกายทุกวัน (คิดเป็นร้อยละ 46.3) กลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกาย ใช้วิธีการเดินเป็นส่วนใหญ่ (คิดเป็นร้อยละ 55.8)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป)	135	56.3
ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 12 - 15 คะแนน)	86	35.8
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)	19	7.9

$\bar{x} = 15.48$, S.D. = 2.62, max = 20.00, min = 6.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.8 โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย

15.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.62 คะแนน คะแนนมากที่สุด 20.00 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุด 6.00 คะแนน

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดีมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.56 - 5.00 คะแนน)	29	12.1
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.56 - 4.55 คะแนน)	149	62.1
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.56 - 3.55 คะแนน)	61	25.4
ระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.56 - 2.55 คะแนน)	1	0.4
ระดับไม่ดีมาก (คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.55 คะแนน)	0	0

$\bar{x} = 3.96$, S.D. = 0.52, max = 5.00, min = 2.50

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงมาคือทัศนคติอยู่ในระดับ

ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.4 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ 3.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 คะแนน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4 คะแนน)	127	52.9
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3 คะแนน)	112	46.7
ระดับควรปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1 - 2 คะแนน)	1	0.4
รวม	240	100

$\bar{x} = 3.04$, S.D. = 0.35, max = 3.94, min = 2.00

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมา มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชน

บัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 46.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ 3.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 คะแนน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
ผอม (ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/เมตร ²)	13	5.4
ปกติ (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	54	22.5
น้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 23.0 - 24.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	35	14.6
อ้วน (ดัชนีมวลกายเท่ากับ 25.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร ²)	95	39.6
อ้วนมาก (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/เมตร ²)	43	17.9

$\bar{x} = 26.02$, S.D. = 5.04, max = 41.33, min = 14.16

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนและอ้วนมาก คิดเป็นร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ ปกติ น้ำหนักเกิน และผอม คิดเป็นร้อยละ 22.5, 14.6 และ 5.4 ตาม

ลำดับ โดยมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.02 กิโลกรัม/เมตร² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 กิโลกรัม/เมตร² ค่าดัชนีมวลกายมากที่สุด 41.33 กิโลกรัม/เมตร² ค่าดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 14.16 กิโลกรัม/เมตร²

ตารางที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227)

	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		chi-square	p-value
	ปกติ n = 54	เกิน n = 173		
เพศ			0.039	0.843
ชาย	17 (31.5)	52 (30.1)		
หญิง	37 (68.5)	121 (69.9)		
อายุ			23.346	< 0.001*
60 - 69 ปี	4 (7.4)	52 (30.1)		
70 - 79 ปี	21 (38.9)	83 (48.0)		
80 ปี ขึ้นไป	29 (53.7)	38 (22.0)		
ศาสนา			3.566 ^a	0.161
พุทธ	52 (96.2)	158 (91.3)		
คริสต์	1 (1.9)	1 (0.6)		
อิสลาม	1 (1.9)	14 (8.1)		
สถานภาพสมรส			1.550 ^a	0.675
คู่	25 (46.3)	82 (47.4)		
หม้าย	26 (48.1)	72 (41.6)		
หย่า/แยกกันอยู่	1 (1.9)	10 (5.8)		
โสด	2 (3.7)	9 (5.2)		
ระดับการศึกษา			8.161 ^a	0.115
ไม่ได้เรียน/ต่ำกว่าประถมศึกษา	16 (29.6)	35 (20.2)		
ประถมศึกษา	26 (48.1)	101 (58.4)		
มัธยมศึกษา/ปวช.	5 (9.3)	27 (15.6)		
อนุปริญญา/ปวส.	4 (7.4)	3 (1.7)		
ปริญญาตรี	2 (3.7)	5 (2.9)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (1.9)	2 (1.2)		

^a Fisher's exact test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

ตารางที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227) (ต่อ)

	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		chi-square	p-value
	ปกติ n = 54	เกิน n = 173		
รายได้ส่วนตัว			1.488	0.475
พอใช้จ่ายและเหลือเก็บ	16 (29.6)	61 (35.3)		
พอใช้จ่ายแต่ไม่เหลือเก็บ	31 (57.4)	83 (48.0)		
ไม่พอใช้จ่าย	7 (13.0)	29 (16.8)		
การออกกำลังกาย			2.784	0.426
ไม่ออกกำลังกาย	17 (31.5)	63 (36.4)		
ออกกำลังกาย 1 - 3 ครั้ง/สัปดาห์	4 (7.4)	20 (11.6)		
ออกกำลังกาย 4 - 6 ครั้ง/สัปดาห์	3 (5.6)	15 (8.7)		
ออกกำลังกายทุกวัน	30 (55.6)	75 (43.4)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย			5.874 ^a	0.176
อยู่คนเดียว	0 (0)	9 (5.2)		
คู่สมรส	20 (37.0)	72 (41.6)		
บุตรหลาน	32 (59.2)	82 (47.4)		
ญาติพี่น้อง	1 (1.9)	9 (5.2)		
อื่น ๆ	1 (1.9)	1 (0.6)		
โรคประจำตัว				
ความดันโลหิตสูง	40 (74.1)	144 (83.2)	2.250	0.134
เบาหวาน	26 (48.1)	101 (58.4)	1.749	0.186
โรคหัวใจ	7 (13.0)	26 (15.0)	0.141	0.707
ไขมันในเลือดสูง	33 (61.1)	118 (68.2)	0.931	0.335
โรคปอด	1 (1.9)	1 (0.6)	0.765 ^a	0.420
โรคไต	7 (13.0)	21 (12.1)	0.026	0.872
โรคเลือด	1 (1.9)	2 (1.2)	0.153 ^a	0.559
ปวดเข่าเรื้อรัง	1 (1.9)	4 (2.3)	0.040 ^a	1.000
โรคเกาต์	0 (0)	9 (5.2)	2.925 ^a	0.119

^a Fisher's exact test

ตารางที่ 5 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227) (ต่อ)

	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		chi-square	p-value
	ปกติ n = 54	เกิน n = 173		
โรคประจำตัว (ต่อ)				
โรคกระดูกพรุน	6 (11.1)	5 (2.9)	6.032 ^a	0.024*
โรคหลอดเลือดสมอง	2 (3.7)	4 (2.3)	0.310 ^a	0.630
โรคตา	1 (1.9)	2 (1.2)	0.153 ^a	0.559
โรคมะเร็ง	1 (1.9)	2 (1.2)	0.153 ^a	0.559
โรคสมองเสื่อม	3 (5.6)	1 (0.6)	5.890 ^a	0.043*
อื่น ๆ	7 (13.0)	15 (8.7)	0.866	0.352
แหล่งข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ				
สมาชิกในครอบครัว เพื่อน ญาติ	13 (24.1)	39 (22.5)	0.055	0.815
บุคลากรทางการแพทย์	30 (55.6)	109 (63.0)	0.962	0.327
วิทยุ	4 (7.4)	7 (4.0)	1.008 ^a	0.297
โทรทัศน์	13 (24.1)	39 (22.5)	0.055 ^a	0.815
อินเทอร์เน็ต	1 (1.9)	8 (4.6)	0.831 ^a	0.690
โปสเตอร์/แผ่นพับ	2 (3.7)	8 (4.6)	0.083 ^a	1.000
หนังสือพิมพ์/นิตยสาร	5 (9.3)	7 (4.0)	2.234 ^a	0.163
อื่น ๆ	8 (14.8)	21 (12.1)	0.264	0.607
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ			4.073	0.044*
เป็น	10 (18.5)	15 (8.7)		
ไม่เป็น	44 (81.5)	158 (91.3)		

^a Fisher's exact test

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

จากตารางที่ 5 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะโภชนาการเกินน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ โรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.024$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคกระดูกพรุนมีภาวะโภชนาการเกินน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ โรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะ

โภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.043$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคสมองเสื่อมมีภาวะโภชนาการเกินน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.044$) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกินน้อยกว่าผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติ

ตารางที่ 6 ปัจจัยด้านระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ($n = 227$)

ความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนบัญญัติ สำหรับผู้สูงอายุ	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		chi-square	p-value
	ปกติ ($n = 54$)	เกิน ($n = 173$)		
ระดับสูง	33 (61.1)	97 (56.1)	0.468	0.791
ระดับปานกลาง	17 (31.5)	63 (36.4)		
ระดับต่ำ	4 (7.4)	13 (7.5)		

จากตารางที่ 6 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการใน

คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 7 ปัจจัยด้านระดับทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ($n = 227$)

ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		chi-square	p-value
	ปกติ ($n = 54$)	เกิน ($n = 173$)		
ระดับดีมาก	9 (16.7)	19 (10.9)	2.836 ^a	0.460
ระดับดี	29 (53.7)	111 (64.2)		
ระดับปานกลาง	16 (29.6)	42 (24.3)		
ระดับไม่ดี	0 (0.0)	1 (0.6)		

^a Fisher's exact test

จากตารางที่ 7 พบว่า ระดับทัศนคติต่อโภชนาบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิก

เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 8 ปัจจัยด้านระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนาบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ (n = 227)

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตาม โภชนาบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ	ภาวะโภชนาการ จำนวน (ร้อยละ)		chi-square	p-value
	ปกติ (n = 54)	เกิน (n = 173)		
ระดับดี	33 (61.1)	86 (49.7)	5.280 ^a	0.050
ระดับปานกลาง	20 (37.0)	87 (50.3)		
ระดับควรปรับปรุง	1 (1.9)	0 (0.0)		

^a Fisher's exact test

จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนาบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งจากสถิติโดยเฉลี่ยเพศหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย³ และเพศหญิงจะเอาใจใส่ดูแลสุขภาพมากกว่าเพศชาย¹⁴ ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป และพบว่า ร้อยละ 45.4 มีสถานภาพสมรสคู่และหม้ายเท่า ๆ กัน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และรายได้มีพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ โดยรายได้ส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมาจากเบี้ยผู้สูงอายุ เงินสวัสดิการแห่งรัฐ และจากลูกหลานที่อาศัยอยู่ด้วย นอกจากนี้ จากเกณฑ์การ

คัดเลือกผู้สูงอายุเข้ารับการบริการของคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่กำหนดว่า มีการเจ็บป่วยหลายโรค ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และโรคที่เป็นส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ¹⁵

การออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 64.2 สอดคล้องกับการศึกษาของวิจิตรา ศรีชนะนทร์ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์มีการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 62.9 และมีความถี่ในการออกกำลังกายส่วนใหญ่มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 58 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ทั้งสองการศึกษาอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งมีเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายเป็นประจำ วิธีการออกกำลังกายส่วนใหญ่ใช้วิธี

การเดิน คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมา คือ แก้วแขน คิดเป็นร้อยละ 40.9 อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งการเดินและแก้วแขนเป็นวิธีการออกกำลังกายชนิดเบาที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน โดยต้องทำกิจกรรมเหล่านี้อย่างน้อยวันละ 30 นาที¹⁶

แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 62.9 รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 22.1 และโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 22.1 ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของสุพรรณิ พุกษา¹⁷ ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ทางด้านอาหารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คิดเป็นร้อยละ 64.9 รองลงมา คือ บุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 58.3 และบุคลากรทางการแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 57.6 ตามลำดับ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มากกว่า 1 ครั้ง ซึ่งภายในคลินิกจะมีนักโภชนาการทำหน้าที่ประเมินภาวะโภชนาการและให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 56.3 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.8

โดยมีคะแนนความรู้อยู่เฉลี่ย 15.48 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.62 คะแนน อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 62.9 ทำให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 56.3 ก็ตาม สอดคล้องกับการศึกษาของกฤติน ชุมแก้ว และชีพสมน รัชสยาธร¹⁸ ที่พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลามีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี

ทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 62.1 รองลงมา มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.4 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ 3.96 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 คะแนน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ทำให้มีทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทัศนคติ Schwartz¹⁸ ที่กล่าวว่า ทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งของคนเราจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับความรู้ที่มีอยู่ คือ ถ้ามีความรู้ดี ทัศนคติต่อสิ่งนั้นก็จะดีตามไปด้วย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมา มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.7 มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม 3.04 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่งผลทำให้มีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ และเมื่อมีทัศนคติที่ดีต่อโภชนบัญญัติ

สำหรับผู้สูงอายุ จึงทำให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุที่ดีตามมาด้วยสอดคล้องกับทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของ Schwartz¹⁸ ที่กล่าวว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับทัศนคติ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรม

จากการศึกษาภาวะโภชนาการตามค่าดัชนีมวลกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร²) คิดเป็นร้อยละ 72.1 รองมาเป็นภาวะโภชนาการปกติ คิดเป็นร้อยละ 22.5 และผอม คิดเป็นร้อยละ 5.4 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 26.02 กิโลกรัม/เมตร² ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 กิโลกรัม/เมตร² อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกิน สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตร มาตยารักษ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง¹⁹ ที่กล่าวว่าภาวะโภชนาการเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร²) พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งในเขตเมืองและชนบท อาจเนื่องมาจากการมีน้ำหนักเกินตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ การมีมวลไขมันเพิ่มขึ้น การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง และการรับประทานอาหารที่มากเกินไป อัตราความชุกของภาวะโภชนาการเกินและโรคอ้วนอาจมีความแตกต่างกันไปตามเกณฑ์ที่ใช้เป็นจุดตัด (cutoff-point) ในการตัดสินน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ใช้ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² เป็นน้ำหนักเกิน และดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัม/เมตร² เป็นโรคอ้วน ซึ่งการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยจากการสำรวจสุขภาพของประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ที่ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² เป็นเกณฑ์ตัดสินภาวะโภชนาการเกิน²⁰ เช่นเดียวกัน เกณฑ์ແຈກແຈງ

ดัชนีมวลกายดังกล่าว ใช้สำหรับผู้มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จึงเป็นที่น่าสนใจว่า ผู้สูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของร่างกาย แตกต่างไปจากวัยผู้ใหญ่ น่าจะมีการใช้เกณฑ์ในการແຈກແຈງภาวะโภชนาการตามดัชนีมวลกายที่แตกต่างกัน ดังผลการศึกษาของ Kathryn N. Porter Starr และ Connie W. Bales²¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 23.0 - 29.9 กิโลกรัม/เมตร² จะมีอายุยืนกว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 23 กิโลกรัม/เมตร²

อายุ พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับสมจิตร มาตยารักษ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง¹⁹ ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นส่งผลให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร ความสามารถในการแยกกินและรสอาหารลดลง มีอาการปากแห้ง ในกระเพาะอาหารมีการเคลื่อนไหวของอาหารช้าลง การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลง สูญเสียความสามารถในการซื้อและประกอบอาหารทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับอาหารที่ลดลง

โรคประจำตัว ผลการศึกษารังนี้พบว่าโรคกระดูกพรุน ($p = 0.024$) และโรคสมองเสื่อม ($p = 0.043$) มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกิน อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วย 2 โรคดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความใส่ใจมากขึ้นจากบุตรหลานและญาติ เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนของการศึกษารังนี้ คือ ผู้ป่วยในโครงการป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพให้การประเมิน รักษา และแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารตั้งแต่บนรักษาตัวในโรงพยาบาล และส่งต่อเป็นผู้ป่วยนอกของคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคกระดูกพรุนมีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน ส่วน

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดในการพามาพบแพทย์ ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลได้รับข้อมูลหรือข่าวสารต่าง ๆ จากบุคคลากรทางการแพทย์ในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รวมถึงเรื่องการดูแลภาวะโภชนาการและการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากนักโภชนาการด้วย ทำให้ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมมีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกินอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.044$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าภาวะโภชนาการปกติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน สอดคล้องกับสมจิตร มาตยารักษ์ และผ่องพรรณ อรุณแสง¹⁹ ที่ทำการศึกษาระยะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธนิมิตแห่งหนึ่ง อาจเป็นเพราะชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวและมีบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่า มีสัมพันธภาพในชุมชน และมีการได้รับข้อมูลทางสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการปกติ

ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุ ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติต่อโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ระดับดีอย่างมาก และมี

พฤติกรรมการบริโภคอาหารตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดี มีสัดส่วนภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้เนื้อหาตามโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นข้อแนะนำแนวทางการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพดีในเชิงคุณภาพมาเป็นจัดทำกรอบในการสร้างแบบสอบถามครั้งนี้ จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างของการปฏิบัติที่จะแสดงให้เห็นถึงปริมาณของพลังงานและสารอาหารที่ให้พลังงานที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากอาหารบริโภค ซึ่งจะมีผลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนโดยตรง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางปรับปรุงกระบวนการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้นและวัยกลาง (อายุระหว่าง 60 - 79 ปี) ที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีภาวะโภชนาการเกินมากกว่าปกติ ดังนั้น ในการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการควรเตรียมตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการเกิน

2. ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุร่วมกับบุตรหลานหรือญาติ (ผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุที่มีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกแล้ว ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกพรุน และผู้สูงอายุที่มีโรคสมองเสื่อม) จะมีภาวะโภชนาการปกติมากกว่าภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากบุตรหลานหรือญาติจะเป็นผู้ประกอบหรือซื้ออาหารให้รับประทาน ดังนั้นในการรณรงค์ให้ความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการแก่ผู้สูงอายุ ควรเน้นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตรหลาน หรือ

ญาติด้วย

3. ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ดังนั้น ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเกื้อหนุนและมีบทบาททางสังคม นอกจากนี้จะได้รับข้อมูลทางสุขภาพทั้งการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ถูกต้องแล้วยังมีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรมภายในชมรมผู้สูงอายุด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม

4. ควรทำสื่อการสอนเพื่อให้คำแนะนำที่ถูกต้องในประเด็นความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับไม่ดี ได้แก่ ควรให้ความรู้เรื่องการควบคุมน้ำหนักของผู้สูงอายุ ประโยชน์ของผักและผลไม้ และความแตกต่างระหว่างนมถั่วเหลืองกับนมวัวกับผู้สูงอายุให้มากขึ้น ควรสร้างทัศนคติเรื่องข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือ ปริมาณผักและผลไม้ที่ควรบริโภค การกินไข่กับภาวะคอเลสเตอรอลสูงและความเชื่อว่า เครื่องดื่มรสหวานทำให้รู้สึกสดชื่นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติในระดับดี ควรปรับปรุงพฤติกรรมด้านออกกำลังกายวันละ 30 นาที การกินข้าวกล้องหรือข้าวขัดสีน้อยการกินผักอย่างน้อยวันละ 4 ทัพพี การกินไข่ การกินถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์และการดื่มนมจืดหรือนมไขมันต่ำวันละ 1 - 2 แก้วในผู้สูงอายุให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในระดับนโยบายของกรุงเทพมหานคร

1. ส่งเสริมภาวะโภชนาการตั้งแต่อยู่ในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ เพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรกรุงเทพมหานครให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

2. ให้แต่ละชุมชนมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงระบบบริการและสวัสดิการต่าง ๆ

3. พัฒนาและส่งเสริมศักยภาพของชมรมผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยหลายโรค กินยามากกว่า 10 ชนิดขึ้นไป จึงควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละโรค เพื่อนำผลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ภาวะสุขภาพต่อไป

2. การศึกษาครั้งนี้ใช้โภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุเป็นแบบสอบถามเชิงคุณภาพ จึงควรมีการศึกษาการบริโภคอาหารในเชิงปริมาณตามธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อได้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่าพลังงานและสารอาหารที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อนำข้อมูลมากำหนดนโยบายส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารผ่านชมรมผู้สูงอายุต่อไป

4. ภาวะโภชนาการเกินในการศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กิโลกรัม/เมตร² การศึกษาในอนาคตอาจต้องปรับเกณฑ์ดัชนีมวลกายเป็นมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กิโลกรัม/เมตร² เพื่อให้งานวิจัยเป็นสากลและอาจสะท้อนภาวะโภชนาการเกินกับภาวะสุขภาพได้มากกว่านี้

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.วศินา จันทศิริ รองศาสตราจารย์ ดร.ศรัศดิ์ สุนทรไชย รองศาสตราจารย์ ดร.ภารดี เต็มเจริญ อาจารย์ประจำสาขาวิชามนุษยนิเวศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และรองศาสตราจารย์ ดร.ประไพศรีศิริจักรวาล ที่ปรึกษาสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ในการเป็นประธานคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และเภสัชกร ที่ให้ความอนุเคราะห์ ช่วยเหลือและเอื้อเฟื้อเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล ตลอดจนรวบรวมแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการเกินของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างสูง

ขอขอบคุณอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ขอขอบคุณทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือทุกด้านในงานวิจัย ตลอดจนการให้กำลังใจทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ (สทส.); 2553.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. เผยผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย 2560?; 2561. เข้าถึงได้จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N10-07-61.aspx>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561.
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2557.
4. สุขญา พันภัย, ทวีศักดิ์ เตชะเกรียงไกร, ทศนีย์ ลิ้มสุวรรณ. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมติดบ้านและติดเตียงในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วารสารคนเศรษฐศาสตร์. 2559; 59(3): 48-60.
5. สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล. สถิติ 2559 กรุงเทพมหานคร; 2560. เข้าถึงได้จาก <http://203.155.220.230/m.info/bkkstat/>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2562
6. กลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. รายงานผลการดำเนินงานโครงการผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์; 2559.
7. กลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. รายงานผลการดำเนินงาน โครงการผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์; 2560.
8. กลุ่มงานอนามัยชุมชน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. รายงานผลการดำเนินงาน โครงการผู้สูงวัยใส่ใจสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์; 2561.

9. Fauziana R, Jeyagurunathan A, Abdin E, Vaingankar J, Sagayadevan V, Shafie S, et al. Body mass index, waist-hip ratio and risk of chronic medical condition in the elderly population: results from the Well-being of the Singapore Elderly (WiSE) Study. BMC Geriatrics. 2016; 16(125): 1-9.
10. Kalish VB. Obesity in Older Adults. Available at <http://primarycare.theclinics.com>. 2016. Retrieved October 31, 2018.
11. ธีัญญานี สอนบุตรนาค. จำนวนและสถิติโรคที่พบบ่อยของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์; 2560.
12. เกณิกา จันชะนะกิจ. อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ Food and Nutrition for the Older adults. วารสาร Mahidol R2R e-Journal 2559; 3(2): 1-11.
13. ประไพศรี ศิริจักรวาล. ข้อเสนอแนะการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย. การประชุมวิชาการโภชนาการแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่องอาหารสุขภาพเพื่อชีวิต; ศูนย์นิทรรศการและการประชุม ไบเทค บางนา; กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการสาธารณสุข; 2560: 82-9.
14. วรณวิมล เมฆวิมล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม; 2555. เข้าถึงได้จาก <http://www.ssru.ac.th>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม 2561.
15. วิจิตรา ศรีชนะนนท์ และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์; 2558. เข้าถึงได้จาก https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjy0v_33fbaAhXMuo8KHVBxCDsQFjABegQIBhAC&url=https%3A%2F%2Ftci-thaijo.org%2Findex.php%2FJHR%2Farticle%2Fdownload%2F18341%2F16137%2F&usq=AOvVaw2Qf5ewPvycge6JxarRQjV0. เข้าถึงเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2560.
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ; 2560. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihealth.or.th/Content/35234-%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%81%E0%B8%81%E0%B8%B3%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%87%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%9C%E0%B8%B9%E0%B9%89%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8.html>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 ธันวาคม 2561
17. สุพรรณิ พุกษา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2559. เข้าถึงได้จาก <http://www.fhpprogram.org/media/pdfs/reports/7bf0742a4c9f889a1e9e29e5ae9211a9.pdf>. เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2561.

18. กฤติน ชุมแก้ว, ชีพสุมน รังสยาธร. ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม). 2557; 35(1): 16-29.
19. สมจิตร มาตยารักษ์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลหัตถิยภูมิแห่งหนึ่ง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32(4): 152-61.
20. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรอคเจริญ, กนิษฐา ไทยกกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2559.
21. Porter Starr KN, Bales CW. Excessive Body Weight in Older Adults: Concerns and Recommendations. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4510467/>. 2015. Retrieved January 28, 2019.