

แนวทางการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ

โดย

นายรัชชัย รัตนะพิสิฐ  
บริษัท แปซิฟิคแปรรูปสัตว์น้ำ จำกัด

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร  
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรรุ่นที่61  
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช2561 – 2562

## หนังสือรับรอง

วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ ได้อนุมัติให้เอกสารวิจัยส่วนบุคคล เรื่อง “แนวทางการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ” ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา ของนายธวัชชัย รัตนะพิสิฐ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่61ประจำปีการศึกษาพุทธศักราช2561 - 2562

พลโท

(ขจรฤทธิ์ นิลกำแหง)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร  
สถาบันวิชาการป้องกันประเทศ

## บทคัดย่อ

**เรื่อง** แนวทางการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ  
**ลักษณะวิชา** สังคมจิตวิทยา  
**ผู้วิจัย** นายธวัชชัย รัตนะพิสิฐหลักสูตร วปอ. รุ่นที่61

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรกำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญระดับโลก อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศเนื่องจากต้องจัดงบประมาณเพื่อดูแลเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี ซึ่งถ้าหากภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก ส่งผลดีต่อภาพรวมของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษถึงปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข โดยผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. แนวโน้มประชากรโลก รวมทั้งประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่องานสังคมเศรษฐกิจ และบริการทางการแพทย์

2. ปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในของตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินส่วนบุคคล สถานภาพทางสังคม พฤติกรรมการบริโภค และการขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ และปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพของโรคต่างๆ อาหารในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และการส่งเสริมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

3. แนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย ต้องมีหน่วยงานภาครัฐเป็นแกนนำในการดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี สามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติได้อย่างเต็มที่ทั้งนี้สามารถสรุปสาระสำคัญของการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุได้ดังต่อไปนี้

3.1 ในระดับบุคคลต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหาร และโภชนาการ ควบคุมน้ำหนักตัวไม่สูบบุหรี่หรือออกกำลังกายสม่ำเสมอทำจิตใจให้สบายไม่ตึงเครียด เป็นต้น

3.2 ในระดับนโยบาย ต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการให้บริการ พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พัฒนาสถานที่รองรับการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาปัจจัยสนับสนุนอื่นๆ

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1. ภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างเร่งด่วน ทั้งถึง และต่อเนื่อง
2. ภาครัฐควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรรองรับเทคโนโลยีใหม่ๆ และการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการอย่างจริงจัง

3. การวิจัยครั้งนี้ เน้นการศึกษาเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางด้านโภชนาการ  
เพื่อผู้สูงอายุเท่านั้น หากมีการศึกษาในครั้งต่อไป เห็นควรที่จะขยายกรอบของการศึกษาให้ครอบคลุมถึง  
ประเด็นทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

## Abstract

**Title** Improving Nutrition Support for Healthy Elderly

**Field** Social - Psychology

**Name** Mr.Thawatchai Ratanapisit **Course** NDC **Class** 61

At present the dramatically change of demographic becomes an important issue worldwide that has affected the country development. Due to its requirement to deliver special health care of elderly, the government and relevant departments or organizations need to spend increasingly budget each year. Meanwhile the effectiveness for nutrition solution can reduce spending and boost up Thailand economy.

This report has aims to research the problems, obstacle and even the limitation of elderly nutrition support in Thailand. The research also reveals the effective approaches as follows;

1. The senior citizens worldwide and also in Thailand are rapidly increasing which affected the country's formation of society, economy and medical services.

2. The problems of nutrition support have been occurred from elderly self-problem for example physical health, mental health, financial status, society position, consuming behavior, and lacking of nutrition ideology concept. Moreover, the environmental factors also play vital role deal with the cause of nutrition problem such as changing form of diseases, food consuming behavior, and the support from the related government and private sectors.

3. The effectiveness of nutrition support for elderly in Thailand should work better from the cooperation between government and private sectors in order to enrich the nutrition as follows;

- 3.1 Individual approaches: the government and private sectors have to take a serious action of senior citizens on controlling dietary, nutrition, weight, non-smoking behavior, exercises and stress management etc.

3.2 Policy approaches: the government and private sectors have to pay attention to health service, personnel training, elderly residences, elderly care, and improving related support services etc.

Furthermore the researcher also gives additional recommendations as follows;

1. Nutrition related Campaign should be urgently and continuously launched by the government.
2. Training needed to enhance technology skills, attitude and service management for government personnel.
3. The research should be continued and expanded to extend the related perspectives that affected from existing senior population in economy, society and psychology to boost up nutrition support for elderly in the future.

## คำนำ

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรกำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญระดับโลก ทุกประเทศเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ รวมทั้งประเทศไทย ซึ่งเป็นภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัวในการดูแล อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศตามมา เนื่องจากต้องจัดงบประมาณเพื่อดูแลเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี

สำหรับปัญหาสุขภาพนั้น พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาทั้งด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง และด้านโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการ มักส่งผลให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งถ้าหากภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก อันจะส่งผลดีต่อภาพรวมของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะทำการศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

(นายธวัชชัย รัตนะพิสิฐ)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 61

ผู้วิจัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
คำนำ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	5
คำจำกัดความ	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)	6
ทฤษฎีด้านชีววิทยาของผู้สูงอายุ	7
ทฤษฎีด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ	9
ทฤษฎีด้านสังคมวิทยาของผู้สูงอายุ	9
เอกสารวิชาการ เรื่อง โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	10
งานวิจัยเรื่องภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในแผนกพยาบาลบำบัดพิเศษ	10
งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร	10
งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	11
เอกสารวิชาการเรื่องสังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย	11
เอกสารวิชาการเรื่องภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	17
เอกสารวิชาการเรื่องยุทธศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ	17
บทความเรื่องซากุ เมืองต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	21
บทความเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตยุคใหม่ในญี่ปุ่น	21



## สารบัญ (ต่อ)

### หน้า

แนวความคิดเรื่องโภชนาการกับสุขภาพ	22
กรอบแนวคิดของการวิจัย	25
สรุป	26
<b>บทที่ 3 สถานะด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน</b>	<b>27</b>
สถานะด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ	27
ความสำคัญของสถานะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย	51
ปัญหา และอุปสรรคของการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ	52
สรุป	55
<b>บทที่ 4 แนวทางการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ</b>	<b>58</b>
แนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในต่างประเทศ	58
แนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย	61
ผลการศึกษาบทสัมภาษณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ	64
ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย	66
สรุป	69
<b>บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ</b>	<b>71</b>
สรุป	71
ข้อเสนอแนะ	73
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>76</b>
<b>ประวัติย่อผู้วิจัย</b>	<b>77</b>

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3-1 ค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรมของผู้ใหญ่ชาย-หญิง ตามประเภทของกิจกรรม	36
3-2 พลังงานที่ต้องการในหนึ่งวันของผู้ใหญ่ชาย-หญิงที่ประกอบ กิจกรรมประเภทงานหนักปานกลาง	37
3-3 ข้อกำหนดสารอาหารที่ผู้สูงอายุไทยควรได้รับในแต่ละวัน	41
3-4 แสดงการเปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักที่ควรจะเป็นในชาย อายุ 25 ปีขึ้นไป	42
3-5 แสดงการเปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักที่ควรจะเป็นในหญิง อายุ 25 ปีขึ้นไป	43
3-6 แสดงค่าดัชนีมวลกายของภาวะอ้วนและภาวะผอม	43
3-7 แสดงค่าดัชนีมวลกายตามน้ำหนักและส่วนสูง	44
3-8 แสดงการเปรียบเทียบเพศในการใช้ขนาดของรอบเอวประเมินภาวะอ้วน	46

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร (Demographic Change) กำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญระดับโลก หลายประเทศเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุในขณะที่บางประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์และมีข้อมูลคาดการณ์ว่าประเทศเหล่านั้นกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้ทั้งนี้การเข้าสู่สังคมสูงอายุของแต่ละประเทศ ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ จะวัดจากสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยสังคมผู้สูงอายุสามารถแบ่งสถานการณ์ออกได้เป็น 3 ระดับดังนี้

1. สังคมสูงอายุ (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด
2. สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดและ
3. สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด

ในภูมิภาคอาเซียน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 55 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรทั้งหมด ส่วนประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16 ซึ่งถือเป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มอาเซียน โดยไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) มาตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 กล่าวคือ 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปีพ.ศ.2564 และเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในปีพ.ศ.2578 ประเมินการว่า เมื่อถึงวันนั้นจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด

ทั้งนี้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประชากรของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงมา โดยตลอดแต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราเร่งที่เร็วขึ้น โดยในปี 2503 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพียง 1 ล้านคน หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 4 ของประชากร 26 ล้านคนเท่านั้น จนถึงปี 2548 เมื่อประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นปีแรกเมื่อมีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากร 63 ล้านคน หรือเท่ากับมีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากกว่า 6 ล้านคนและในปี 2559 ที่ผ่านมามีจำนวนประชากรไทย 65.9 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 11 ล้านคน หรือ

คิดเป็นร้อยละ 16.5 ของประชากรทั้งหมด ขณะเดียวกันประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15) ได้ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 18 และคาดการณ์ว่าในปี 2562 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก

การที่สังคมไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องย่อมเป็นภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแล อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศตามมาเนื่องจากกำลังแรงงานซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่มีรายได้จะต้องใช้จ่ายจากเงินออมซึ่งอาจไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพอีกทั้งปัญหาด้านสุขภาพ เหล่านี้ล้วนแต่ทำให้ภาครัฐต้องจัดงบประมาณเพื่อดูแลเพิ่มขึ้นในทุกๆปี

สำหรับปัญหาสุขภาพนั้นพบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาทั้งด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง และด้านโภชนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการอันเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้การบริโภคอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการชะลอความเสื่อมตามอายุ โดยสารอาหารจะช่วยเสริมสร้างหน้าที่และอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้อยู่ในสภาพสมดุล รวมทั้งบทบาทของสารอาหารในการป้องกันและบรรเทาความเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 33-50 โดยพบทั้งภาวะขาดสารอาหารและโภชนาการเกิน โดยภาวะขาดสารอาหารพบได้ถึงร้อยละ 44 ของผู้สูงวัยในโรงพยาบาล และร้อยละ 50 ของผู้สูงวัยทางศัลยกรรมในโรงพยาบาล ภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้โรครุนแรงขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะติดเชื้อสูง นำไปสู่ความล้มเหลวของการรักษา และส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งถ้าหากภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก อันจะส่งผลดีต่อภาพรวมของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยด้วยเช่นกัน

จากการพบปะ พูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์ในแวดวงการบริหารจัดการด้านโภชนาการผู้สูงอายุอีกทั้งศึกษาเพิ่มเติมจากแผนยุทธศาสตร์ ตำรา งานเขียน บทความ และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่าปัญหาด้านโภชนาการผู้สูงอายุเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศ ซึ่งที่ผ่านมาแม้ว่าภาครัฐได้เล็งเห็นความสำคัญมาโดยตลอดมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อกำหนดนโยบายทั้งระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว อีกทั้งเร่งดำเนินมาตรการต่างๆเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติ พร้อมทั้งผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันขับเคลื่อนอย่างหากแต่ยังไม่ดีพอ เนื่องด้วยเกิดปัญหาและข้อจำกัดนานัปการ

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะทำการศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุอีกทั้งเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้

ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน
2. ศึกษาปัญหา และอุปสรรคในสภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ
3. เสนอแนวทางการเพื่อส่งเสริมโภชนาการต่อผู้สูงอายุของไทย

## ขอบเขตของการวิจัย

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา
  - 1.1 การวิจัยนี้เน้นการศึกษากระบวนการ และรูปแบบเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น
  - 1.2 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในเชิงแนวคิด และหลักการ โดยจะไม่ลงลึกในรายละเอียดการปฏิบัติ
2. ขอบเขตด้านประชากร
 

ผู้วิจัยจะศึกษาบทสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในแวดวงการบริหารจัดการด้านโภชนาการผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน อันประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนักโภชนาการ จำนวน 2 ท่าน
3. ขอบเขตด้านเวลา
 

ผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิในช่วงเวลาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 - เมษายน 2562

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีดำเนินการดังนี้

1. การรวบรวมข้อมูล
  - 1.1 ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร บทความ หนังสือ ตำราทางวิชาการ ทฤษฎี และรายงานต่างๆที่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการศึกษา

1.2 ข้อมูลปฐมภูมิเป็นข้อมูลที่รวบรวมมาจากการศึกษาบทสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ที่มีประสบการณ์ในแนวทางการบริหารจัดการด้านโภชนาการผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน อันประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และนักโภชนาการ จำนวน 2 ท่าน

2. การจัดระเบียบข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลดังกล่าวได้แล้ว จากนั้นจะนำข้อมูลมาจัดระเบียบและตรวจสอบตามขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะเตรียมข้อมูลไว้สำหรับการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูล จะดำเนินการด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์เปรียบเทียบรวมถึงการสังเคราะห์ข้อมูล ทฤษฎี และหลักการต่างๆ

4. การนำเสนอข้อมูล จะนำเสนอข้อมูลแบบรายงานวิจัยเชิงพรรณนา และวิเคราะห์นำเสนอแนวคิดใหม่ๆจากการวิจัย

## ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงบทบาทและความสำคัญของการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน
2. ทำให้ทราบถึงปัญหา และอุปสรรคในสถานะโภชนาการของผู้สูงอายุ
3. ได้แนวทางการเพื่อส่งเสริมโภชนาการต่อผู้สูงอายุของไทย
4. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจใช้อ้างอิงและค้นคว้าเพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการต่อไป

## คำจำกัดความ

ผู้สูงอายุ	หมายถึง	บุคคลที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตามนิยามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546
โภชนาการ	หมายถึง	เนื้อหาวิชาการที่เป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร โดยเป็นความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจริญเติบโต เช่น การจัดแบ่งประเภท และประโยชน์ของสารอาหาร การเปลี่ยนแปลงของอาหารที่รับประทานเข้าไป เป็นต้น
ภาวะทุพโภชนาการ	หมายถึง	ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ร่างกายบริโภคอาหารในลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทั้งในด้านปริมาณและสัดส่วน



## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งประสงค์ที่จะทราบถึงความเป็นมา บทบาท และสถานะ โภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบันเพื่อนำไปสู่กระบวนการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา รวมถึง แนวทางในการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ในบทนี้จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อันประกอบด้วยหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580)
2. ทฤษฎีด้านชีววิทยาของผู้สูงอายุ
3. ทฤษฎีด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎีด้านสังคมวิทยาของผู้สูงอายุ
5. เอกสารวิชาการ เรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
6. งานวิจัยเรื่องภาวะโภชนาการและบริบทนิสยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษ

ในแผนกพยาบาลบำบัดพิเศษ

7. งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตบางขุนเทียน

กรุงเทพมหานคร

8. งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
9. เอกสารวิชาการเรื่องสังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย
10. เอกสารวิชาการเรื่องภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
11. เอกสารวิชาการเรื่องยุทธศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ
12. บทความเรื่องซากุ เมืองต้นแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
13. บทความเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตยุคใหม่ในญี่ปุ่น
14. แนวความคิดเรื่องโภชนาการกับสุขภาพ

### ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561 - 2580)

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) เป็นยุทธศาสตร์ชาติฉบับแรกของประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งเป็นกรอบทิศทางการบริหารประเทศในระยะยาว



มีเป้าหมายให้ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน โดยน้อมนำการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์หลักได้แก่

### 1. ยุทธศาสตร์ชาติด้านความมั่นคง

มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญ คือ ประเทศชาติมั่นคงประชาชนมีความสุข เน้นการบริหารจัดการสภาวะแวดล้อมของประเทศให้มีความมั่นคง ปลอดภัย เอกရာชอธิปไตย และมีความสงบเรียบร้อยในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ สังคม ชุมชน มุ่งเน้นการพัฒนาคน เครื่องมือ เทคโนโลยี และระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ให้มีความพร้อมสามารถรับมือกับภัยคุกคามและภัยพิบัติได้ทุกรูปแบบ และทุกระดับความรุนแรง ควบคู่ไปกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านความมั่นคงที่มีอยู่ในปัจจุบัน และที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ใช้กลไกการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการทั้งกับส่วนงานราชการ ภาคเอกชน ประชาสังคม และองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ รวมถึงประเทศเพื่อนบ้านและมิตรประเทศทั่วโลกบนพื้นฐานของหลักธรรมาภิบาล เพื่อเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อการดำเนินการของยุทธศาสตร์ชาติด้านอื่นๆ ให้สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามทิศทางและเป้าหมายที่กำหนด

### 2. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน

มีเป้าหมายการพัฒนาที่มุ่งเน้นยกระดับศักยภาพของประเทศในหลากหลายมิติ บนพื้นฐานแนวคิด 3 ประการ ได้แก่

2.1 “ต่อยอดอดีต” โดยมองกลับไปที่รากเหง้าทางเศรษฐกิจ อัตลักษณ์ วัฒนธรรม ประเพณี วิถีชีวิตและจุดเด่นทางทรัพยากรธรรมชาติที่หลากหลาย รวมทั้งความได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบของประเทศในด้านอื่นๆ นำมาประยุกต์ผสมผสานกับเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของเศรษฐกิจและสังคมโลกสมัยใหม่

2.2 “ปรับปัจจุบัน” เพื่อปูทางสู่อนาคต ผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศในมิติต่างๆ ทั้งโครงข่ายระบบคมนาคมและขนส่ง โครงสร้างพื้นฐานวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและดิจิทัล และการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมและบริการอนาคตและ

2.3 “สร้างคุณค่าใหม่ในอนาคต” ด้วยการเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการ พัฒนาคนรุ่นใหม่รวมถึงปรับรูปแบบธุรกิจ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตลาด ผสมผสานกับยุทธศาสตร์ที่รองรับอนาคต บนพื้นฐานของการต่อยอดอดีตและปรับปัจจุบัน พร้อมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนจากภาครัฐให้ประเทศไทยสามารถสร้างฐานรายได้และการจ้างงานใหม่ ขยายโอกาสทางการค้าและการลงทุนในเวทีโลก ควบคู่ไปกับการยกระดับรายได้และการกินดีอยู่ดี รวมถึงการเพิ่มขึ้นของคนชั้นกลางและลดความเหลื่อมล้ำของคนในประเทศได้ในคราวเดียวกัน

### 3. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและในทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ โดยคนไทยมีความพร้อมทั้งกาย ใจ สติปัญญา มีพัฒนาการที่รอบด้านและมีสุขภาวะที่ดีในทุกช่วงวัย

มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคมและผู้อื่น มัธยัสถ์ อดออม โอบอ้อมอารี มีวินัย รักษาศีลธรรม และเป็นพลเมืองดีของชาติ มีหลักคิดที่ถูกต้อง มีทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 มีทักษะสื่อสารภาษาอังกฤษและภาษาที่สาม และอนุรักษ์ภาษาท้องถิ่น มีนิสัยรักการเรียนรู้และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต สูการเป็นคนไทยที่มีทักษะสูง เป็นนวัตกรรม นักคิด ผู้ประกอบการ เกษตรกรยุคใหม่ และอื่นๆ โดยมีสัมมาอาชีวะตามความถนัดของตนเอง

#### 4. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม

มีเป้าหมายการพัฒนาที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชน ประชาสังคม ชุมชน ท้องถิ่น มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวม การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่นการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเอง และการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุด โดยรัฐให้หลักประกันการเข้าถึงบริการและสวัสดิการที่มีคุณภาพอย่างเป็นธรรมและทั่วถึง

#### 5. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในทุกมิติทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ธรรมาภิบาล และความเป็นหุ้นส่วนความร่วมมือระหว่างกันทั้งภายในและภายนอกประเทศอย่างบูรณาการ ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการกำหนดกลยุทธ์และแผนงานและการให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมในแบบทางตรงให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยเป็นการดำเนินการบนพื้นฐานการเติบโตร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต โดยให้ความสำคัญกับการสร้างสมดุลทั้ง 3 ด้าน อันจะนำไปสู่ความยั่งยืนเพื่อคนรุ่นต่อไปอย่างแท้จริง

#### 6. ยุทธศาสตร์ชาติด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ

มีเป้าหมายการพัฒนาที่สำคัญเพื่อปรับเปลี่ยนภาครัฐที่ยึดหลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ส่วนรวม” โดยภาครัฐต้องมีขนาดที่เหมาะสมกับบทบาทภารกิจ แยกแยะบทบาทหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ในการกำกับหรือในการให้บริการในระบบเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันมีสมรรถนะสูง ยึดหลักธรรมาภิบาล ปรับวัฒนธรรมการทำงานให้มุ่งผลสัมฤทธิ์และผลประโยชน์ส่วนรวมมีความทันสมัย และพร้อมที่จะปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลกอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำนวัตกรรม เทคโนโลยีข้อมูลขนาดใหญ่ ระบบการทำงานที่เป็นดิจิทัลเข้ามาประยุกต์ใช้อย่างคุ้มค่าและปฏิบัติงานเทียบได้กับมาตรฐานสากล รวมทั้งมีลักษณะเปิดกว้าง เชื่อมโยงถึงกันและเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อ

ตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และโปร่งใส โดยทุกภาคส่วนในสังคมต้องร่วมกันปลูกฝังค่านิยมความซื่อสัตย์สุจริต ความมั่งคั่ง และสร้างจิตสำนึกในการปฏิเสธไม่ยอมรับการทุจริตประพฤติดังกล่าวอย่างสิ้นเชิง นอกจากนี้ กฎหมายต้องมีความชัดเจน มีเพียงเท่าที่จำเป็น มีความทันสมัย มีความเป็นสากล มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำและเอื้อต่อการพัฒนา โดยกระบวนการยุติธรรมการบริหารที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ และการอำนวยความสะดวกตามหลักนิติธรรม

## ทฤษฎีด้านชีววิทยาของผู้สูงอายุ

1. ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) เชื่อว่าเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นหน่วยประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดการจับตัวกันมากทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงข้อต่อจะมองเห็นเป็นปุ่มกระดูกชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-35 ปี บริเวณที่มีการจับตัวได้แก่ ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ

2. ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติลดลง พร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

3. ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้น เป็นลักษณะที่เกิดตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกาย คล้ายคลึงกับหลายช่วงคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว

4. ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (Mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุนั้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ หรือได้รับขนาดสูงทันที จะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลงสำหรับทฤษฎีความผิดพลาด เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA เป็นเอนไซม์ที่เพ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกติจะผลิตสารภายในเซลล์ จะมีผลต่อกระบวนการเผาผลาญอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพถ้าจำนวน RNA ลดลงมากจะมีผลทำให้เสียชีวิต

5. ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่าหลังใช้งานเสร็จแล้วมีการสึกหรอแต่มีสิ่งมีชีวิตเช่น ผิวหนัง เยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่าที่หายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการ

ชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่นๆ ส่วนเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มี การเพิ่มเซลล์ใหม่ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเสริมสร้างจะต่างกับพวกแรกเสริมสร้างเซลล์ภายในทำให้ด้อย ประสิทธิภาพ ชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่า จะเห็นได้ว่าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้าง มีการใช้ตลอดเวลาทำให้เกิดการเสื่อมและหมดอายุ ถ้ามีการใช้มาก มีผลทำให้เกิดการเสื่อมเร็วขึ้น

6. ทฤษฎีว่าด้วยการดูดซึมบกพร่อง (Deprivation Theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงขึ้น เนื่องจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่างๆ ภายในร่างกายเป็นผลทำให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ในเลือดไปสู่อวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจน สารอาหารไม่เพียงพออวัยวะจึงเสื่อมลง

7. ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) กล่าวว่าในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ ที่สูงอายุ พบว่ามีการสะสมของสารบางอย่างซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของ เซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง ในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะ ต่างๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

8. ทฤษฎีว่าด้วยสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free radical Theory) กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ อัน ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลงสารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้น โดยการฉายรังสีแต่มีสารที่ป้องกันไม่ให้เกิด อนุมูลอิสระ ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ วิตามินเอ วิตามินซี และไนอาซินยังช่วยจับสาร อนุมูลอิสระอีกด้วย

9. ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นย่างเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

## ทฤษฎีด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ

1. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีมักจะเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและผู้อื่นได้โดยไม่เดือดร้อน ในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุเกิดมาอยู่ร่วมกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้อื่น จิตใจคับแคบผู้สูงอายุมักจะเป็นผู้ไม่ค่อยมีความสุข

2. ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและ

พยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีฐานะเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

## ทฤษฎีด้านสังคมวิทยาของผู้สูงอายุ

1. ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) มีแนวคิดว่าการปรับตัวการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลนั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตามตลอดชีวิต เช่นบทบาทการเป็นพ่อแม่ สามี ภรรยา ความเป็นคนถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบบุคคลจะอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุขได้ขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยอายุจะเป็นองค์ประกอบในการกำหนดบทบาทของแต่ละคนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอ จะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉง มีภารกิจอย่างสม่ำเสมอทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต ปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม มีภาพพจน์ในด้านบวก ชอบเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้าย การเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น งานอดิเรก การเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม สมาคม ชมรม

3. ทฤษฎีการแยกตนเอง (Disengagement Theory) เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้อง กับบทบาททางสังคม เป็นเพราะการถอนสภาพบทบาทของตนเอง ตามปกติผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมลง ในขณะที่ปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการผู้สูงอายุ

4. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้มาทดแทนทางสังคมเก่าที่สูญเสียไป ยังคงปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

5. ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุ จากอายุนึงไปสู่อีกอายุนึง

## เอกสารวิชาการเรื่องโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

กล่าวถึงการที่องค์การอนามัยโลก(World Health Organization-WHO)ได้ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สภาพร่างกายเสื่อมลง มีการสลายของเซลล์ในร่างกายมากกว่าการสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทั้งการเผาผลาญพลังงานลดลง อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการ เกิดปัญหาภาวะขาดสารอาหาร เช่น การขาดแร่ธาตุ แคลเซียม ธาตุเหล็กและวิตามินได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นความต้องการสารอาหาร

ในผู้สูงอายุโดยทั่วไป โรคที่พบในผู้สูงอายุและแนวทางปฏิบัติด้านโภชนาการ หลักทั่วไปสำหรับการเลือกและเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำองค์ความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมโภชนาการให้กับผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค อีกทั้งยังสามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ได้

## งานวิจัยเรื่องภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกพยาบาลบำบัดพิเศษ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 87 คน เก็บข้อมูลโดยใช้ แบบบันทึกภาวะโภชนาการ แบบสัมภาษณ์บริโภคนิสัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุเพศชาย เพศหญิง มีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 37.3, 25.1 ตามลำดับ บริโภคนิสัยผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคข้าวเหนียว ปลาทุกวัน ร้อยละ 98.9, 64.4 ตามลำดับ ชอบรับประทานข้าวเหนียว ร้อยละ 45.98 ไม่ชอบรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด ร้อยละ 33.33 ไม่บริโภคอาหารที่เชื่อว่าเป็นอาหารแสลงต่อโรคมะเร็ง ได้แก่ อาหารประเภทผัด ทอด ร้อยละ 3.45

## งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตบางขุนเทียนกรุงเทพมหานคร

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ การแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก มีภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานจำนวนมาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่า เพศมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัยของครอบครัว ขนาดของครอบครัว และการดูแลของครอบครัว ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

## งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,336 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.87 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์เชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สภาพความเป็นอยู่ ภาวะสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และความชอบเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การดูแลของครอบครัว ลักษณะทางกายภาพของแหล่งอาหาร และปัจจัยด้านอาหาร โดยผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย 1.59 เท่า ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับการศึกษาประกาศนียบัตรขึ้นไปมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2.20-2.34 เท่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสบุตรหลานหรือญาติมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง 2.21 เท่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 1.40 เท่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดีมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 2.00 เท่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดีมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 1.82 เท่า ผู้สูงอายุที่มีความชอบเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับดีมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความชอบเกี่ยวกับการบริโภคอาหารระดับไม่ดี 3.28 เท่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ดูแลครอบครัวมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ครอบครัวดูแล 1.59 เท่า ผู้สูงอายุที่ซื้ออาหารจากตลาดมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่ปลูกอาหารรับประทานเอง 1.67-1.70 เท่า และผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านอาหารระดับดีมีโอกาสในการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยด้านอาหารระดับไม่ดี 2.37 เท่า

## เอกสารวิชาการเรื่องสังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย

ผู้สูงอายุตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปโดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง “บุคคล” ซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

**สังคมผู้สูงอายุ**ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society ) ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) และระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super Aged Society) โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย รวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ดังนี้

1. สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ 65 ปี เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ
2. สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุ 65 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ
3. สังคมผู้สูงอายุระดับเต็มที่ (Super Aged Society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ

### **สถานการณ์ผู้สูงอายุในต่างประเทศ**

ปัจจุบันจะพบว่านานาประเทศทั่วโลกต่างกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีกไม่ช้า นับว่าเป็นความท้าทายที่แทบทุกประเทศทั่วโลกต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ทั้งนี้ ประเทศพัฒนาแล้วจะมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดยประเทศในแถบยุโรปส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้วตามมาด้วยหลายประเทศในเอเชีย ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น ประเทศเกาหลีใต้ ประเทศสิงคโปร์ รวมถึงประเทศไทยซึ่งได้มีการเผยแพร่ข้อเท็จจริงโดยสังเขปไว้ 10 ประการ คือ

1. ปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุของโลกสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยจำนวนประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป คาดว่าจะเพิ่มขึ้นจาก 900 ล้านคน ในปี 2015 เป็น 2,000 ล้านคน ในปี 2050 (จากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 ของจำนวนประชากรโลกทั้งหมด)
2. มีหลักฐานยืนยันน้อยมากว่าผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้มีสุขภาพดีกว่าคนรุ่นพ่อแม่ และสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุในประเทศที่มีรายได้สูง ที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน ลดลงเพียงเล็กน้อยในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา
3. ความเสื่อมโทรมทางสุขภาพที่ปรากฏมากที่สุดในผู้สูงอายุนั้นไม่ใช่โรคติดต่อ โดยผู้สูงอายุในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ มีแนวโน้มว่าจะประสบภาวะด้านโรคภัยไข้เจ็บมากกว่าประเทศที่ร่ำรวย โรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง



เกี่ยวกับปอด และโรคที่เป็นสาเหตุทำให้สมรรถภาพร่างกายเสื่อมถอยคือ ปวดหลังปวดคอ ซึมเศร้า เบาหวาน สมองเสื่อม ข้อเสื่อม

4. ในเรื่องของสุขภาพไม่มีผู้สูงอายุที่เป็นตามแบบฉบับ โดยที่ความชราทางชีวภาพ แม้ว่าจะมีความสัมพันธ์กับอายุของคนๆ นั้นก็จริง แต่ก็ยังเป็นเพียงแค่หลวมๆ คนสูงอายุนั้นวัยแปรสปี บางคนยังคงมีลักษณะทางกายภาพ และจิตใจใกล้เคียงกับคนวัยยี่สิบหลายๆคน ในขณะที่บางคน ก็อาจมีสุขภาพที่เสื่อมถอย ตั้งแต่อายุน้อย

5. สุขภาพดีในผู้สูงอายุไม่ได้เกิดจากการหนุ่ม แม้ว่าตัวแปรด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมาก มาจากกรรมพันธุ์ แต่ในกรณีส่วนใหญ่มักเกิดจากการสภาวะแวดล้อมทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

6. การเหี่ยวดอายุในปัจจุบันกล่าวได้ว่าแผ่ขยายมากกว่าการเหี่ยวดทางเพศและผิว ไม่ว่าจะเป็นการเลือกปฏิบัติ การมีอคติเหล่านี้ส่งผลกระทบในรูปแบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ ของสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่อาจจะเสื่อมถอยลง

7. ในการดำเนินงานเกี่ยวกับสาธารณสุขที่ครอบคลุม จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยน แนวคิดพื้นฐานในการยกระดับเรื่องสังคมสูงอายุ และสุขภาพ โดยจากที่เคยมองว่าค่าใช้จ่ายในเรื่อง ของการดูแลด้านสุขภาพและประกันสังคมเป็นความสิ้นเปลืองทางสังคม ให้เปลี่ยนความคิดเสียใหม่ว่า แท้จริงแล้วคือการลงทุนที่คุ้มค่าในระยะยาวเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้กลายเป็นกลุ่มคนที่สามารถช่วย ตนเองและสร้างประโยชน์ให้กับสังคมและประเทศได้ต่อไป

8. ระบบสุขภาพจำเป็นต้องให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากรสูงอายุ โดยมีการดูแลแบบที่มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ ตลอดจนการคงไว้ซึ่งศักยภาพและความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าระบบสุขภาพทั่วโลกยังคงไม่ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ

9. ในศตวรรษที่ 21 ทุกประเทศต้องมีระบบบูรณาการในการดูแลรักษาพยาบาลระยะยาว

10. การเข้าสู่สังคมสูงวัยด้วยสุขภาพที่ดีเป็นเรื่องของทุกระดับทุกภาคส่วนของ ภาครัฐบาล ยกตัวอย่างเช่น การมีนโยบายและมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมสภาพแวดล้อมด้านการ ทำงานให้มีความหลากหลายด้านอายุ การเข้าถึงที่อยู่อาศัยและระบบคมนาคมที่ปลอดภัย ตลอดจน การป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุยากจน ทั้งนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความเข้าใจในเรื่องของประเด็นและ แนวโน้มที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากขึ้น เพื่อการไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (WHO,2017)

**แนวทางการรับมือกับปัญหาผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ**

จากการศึกษาของธนาคารแห่งประเทศไทยพบว่า นโยบายต่างๆ ที่ต่างประเทศนิยมนำมาใช้เพื่อเป็นแนวทางเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุและอาจจะเป็นประโยชน์ต่อไทย สามารถสรุปดังนี้

1. การขยายอายุเกษียณ เป็นนโยบายที่สามารถทำได้ในระยะสั้น แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ถาวร โดยจากงานศึกษาของ Ariyasajjakorn and Manprasert(2014) พบว่าสามารถเลื่อนผลกระทบต่อการชะลอตัวของเศรษฐกิจไทยออกไปได้ประมาณ 10 ปี ทั้งนี้หลายประเทศใช้นโยบายนี้เพื่อเพิ่มจำนวนคนวัยทำงานซึ่งช่วยบรรเทาผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ โดยประเทศสิงคโปร์เพิ่มอายุเกษียณจาก 65 เป็น 67 ปี และประเทศเกาหลีใต้จะขยายอายุเกษียณจาก 55 เป็น 60 ปี ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นจะให้ผู้สูงอายุสามารถทำงานได้ถึงอายุ 65 ปี จากเดิมเพียง 62 ปี ภายใน พ.ศ.2568

2. การสนับสนุนให้บริษัทจ้างงานผู้สูงอายุ เป็นนโยบายที่ช่วยสร้างงานและเพิ่มรายได้ให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งสำหรับประเทศสิงคโปร์รัฐบาลได้ให้เงินสนับสนุนแก่บริษัทที่จ้างผู้สูงอายุให้ทำงานต่อพร้อมกับเงื่อนไขที่ว่าลูกจ้างต้องเข้าร่วมกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund) เท่านั้น อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวยังคงไม่ครอบคลุมสำหรับกลุ่มที่ประกอบอาชีพอิสระ นอกจากนี้ทางการยังให้เงินสนับสนุนการสร้างสภาพแวดล้อมในที่ทำงานให้เอื้อต่อผู้สูงอายุด้วย เช่นเดียวกับประเทศญี่ปุ่น ที่สนับสนุนให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุโดยจัดตั้งองค์กร “Silver Human Resources Center” เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ทำงานช่วงสั้นลงหรือทำงานที่เบาและง่าย สำหรับประเทศไทยภาครัฐได้จัดตั้งศูนย์บริการจัดหางานผู้สูงอายุ (Smart Job Center) เพื่อส่งเสริมให้มีการจ้างงานผู้สูงอายุและมีรายได้เพิ่มขึ้น ในขณะเดียวกันรัฐบาลได้ยกเว้นภาษีเงินได้นิติบุคคลให้แก่บริษัทที่จ้างผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งต้องมีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาท อย่างไรก็ตาม แรงงานสูงอายุกลุ่มนี้มีเพียง 3 แสนคน หรือร้อยละ 2.9 ของผู้สูงอายุทั้งประเทศ นโยบายนี้จึงเป็นเพียงแค่การช่วยเหลือแรงงานเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยโดยไม่ได้สนับสนุนให้มีการนำทักษะและประสบการณ์ของผู้สูงอายุมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างที่หลายประเทศทำกันเท่าใดนัก

3. การเพิ่มทักษะและจัดหางานให้เหมาะสมกับแรงงาน เป็นอีกนโยบายที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการหารายได้และยกระดับผลิตภาพของแรงงานในระยะยาว ซึ่งสามารถทำได้ทั้งการศึกษาในระบบและนอกระบบตลอดช่วงอายุ ซึ่งโดยมากมักได้รับความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ “Senior Work Program” ในประเทศญี่ปุ่น และ “Skills Future Program” ในประเทศสิงคโปร์ ที่ตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์พัฒนาทักษะเพิ่มเติม ควบคู่กับการจัดหางานที่เหมาะสมให้แก่แรงงาน สำหรับประเทศไทยขณะนี้ภาครัฐมีโครงการฝึกอบรมแรงงานสูงอายุเพื่อเพิ่มโอกาสในการประกอบอาชีพที่หลากหลายมากขึ้นและมีการคุ้มครองทางสังคมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้

4. การยกระดับคุณภาพชีวิต นับว่าเป็นอีกหนึ่งความจำเป็นที่จะต้องวางแผนตั้งแต่นานๆ โดยที่ภาครัฐมีส่วนสำคัญในการวางระบบโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของ

ผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดสรรรายได้และรายจ่ายอย่างสมดุล โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายได้หลังวัยเกษียณ ผ่านการจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ นอกจากนี้ภาคเอกชนก็มีส่วนช่วยพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อรองรับสังคมสูงวัย อาทิในประเทศเกาหลีใต้และประเทศญี่ปุ่นที่คิดค้นหุ่นยนต์สำหรับดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงหรืออยู่ในวัยทำงานสามารถกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานได้อย่างหมดห่วง รวมทั้งมีการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อให้ทุกวัยสามารถใช้ร่วมกันได้ (Universal Design) สำหรับประเทศไทย ยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกเหล่านี้ค่อนข้างจำกัดส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการทางการแพทย์ที่อยู่ไกลจากบ้าน หรือยังไม่มีรถโดยสารในการเดินทางไปต่างสถานที่ ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความยากลำบากในการเข้าถึงสวัสดิการจากส่วนกลาง

5. การมีส่วนร่วมและประสานงานของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน นับว่าเป็นอีกแนวทางที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้จะเห็นได้ชัดจากประเทศสิงคโปร์ที่มีแผนนโยบายแห่งชาติเพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยเริ่มวางแผนเตรียมตัวมานานกว่า 50 ปี และมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนนโยบายที่มีทิศทางสอดคล้องกันระหว่างกระทรวงต่างๆ ซึ่งเป็นนโยบายที่สำคัญอย่างมากที่ประเทศไทยต้องพัฒนาต่อไป ทั้งระบบบำนาญจะต้องยืดหยุ่นและสอดคล้องกับแนวโน้มนโยบายด้านแรงงาน ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไปยังภาวะการคลังในการดูแลสวัสดิการและรักษาพยาบาลอีกด้วย

### สถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันจัดอยู่ในภาวะสูงวัยของประชากรเป็นอันดับสองของอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์ สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงประชากรศาสตร์ของเรากำลังได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคตจนอาจกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ.2564 โดยในขณะนี้ทั้งภาคสังคมและภาครัฐก็ต่างให้ความสนใจสังคมสูงอายุกันอย่างจริงจังอีกทั้งยังเป็นที่คาดว่า พ.ศ.2561 นี้จะเป็นครั้งแรกที่ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยแซงหน้าประชากรเด็กอย่างใดก็ได้ จากการสำรวจของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่าประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุมานับตั้งแต่ พ.ศ.2548 โดยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 6.6 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าใน พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 20 และใน พ.ศ.2574 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 นอกจากนั้น จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุในแต่ละจังหวัดโดยกรมการปกครองใน พ.ศ.2559 พบว่า จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ อันดับที่ 1 จังหวัดกรุงเทพฯ มีจำนวนผู้สูงอายุ 936,856 ราย อันดับที่ 2 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 400,496 ราย อันดับที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 284,497 ราย อันดับที่ 4 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 276,209 ราย อันดับที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 240,522 ราย และสำหรับจังหวัด

ที่มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่สุดคือ จังหวัดระนอง จำนวน 23,543 ราย ขณะที่ด้านกรมการจัดหางานได้ระบุว่าตำแหน่งที่ต้องการผู้สูงอายุมากที่สุด คือ แรงงานด้านการผลิต เสมียนและพนักงานทั่วไป เจ้าหน้าที่สำนักงาน แรงงานประมง และพนักงานขาย ตามลำดับ

### แนวทางการรับมือกับปัญหาผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเป็นอีกหนึ่งประเทศในภูมิภาคอาเซียนที่มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก และเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ ประเทศไทยจำเป็นต้องเปลี่ยนความคิดซึ่งจากเดิมที่เคยมองว่าการที่ประเทศที่มีผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมากจะนำไปสู่การสร้างภาระให้กับระบบเศรษฐกิจสังคม และก่อให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านการผลิต การออมและการลงทุน รวมถึงภาระการเงินการคลังในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุนั้น ให้ปรับเปลี่ยนมุมมองเสียใหม่โดยสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองเห็นถึงโอกาสทางธุรกิจที่ในอนาคตตลาดกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จะกลายเป็นตลาดเป้าหมายสำคัญและจะไม่ใช่ว่าเพียงแค่ประเทศไทย เพราะทั้งอาเซียนที่ในอีกไม่ช้าจะเป็นสังคมสูงวัยก็จะเป็นตลาดรองรับขนาดใหญ่เช่นกัน

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังต้องมองว่ากลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้แท้จริงแล้ว ยังคงเป็นกลุ่มคนที่มีคุณค่าโดยในปัจจุบันสังคมไทยยังขาดความยืดหยุ่นเชิงโครงสร้างนโยบายที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถคงความกระฉับกระเฉงอย่างทั่วถึงในองค์กรต่างๆ ของระบบเศรษฐกิจ ทั้งที่จริงแล้วผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพ ความรู้ ความสามารถที่จะทำงานบางอย่างต่อไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่เกษียณแล้วได้ทำงานบางเวลาหรืองานอาสาสมัครที่ภาครัฐควรจ่ายค่าตอบแทนให้บ้าง รวมถึงการสร้างพื้นที่การแสดงออกที่ก่อให้เกิดค่าตอบแทนขึ้นมาก็นับว่าเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ชุมชน และประเทศชาติ นอกจากนี้ การมีพื้นที่แสดงออกสำหรับผู้สูงอายุโดยการจัดเป็นกิจกรรมที่เน้นสร้างคุณค่าไม่ใช่เพราะความสงสารจะยิ่งเป็นเรื่องที่ดีมากและก่อให้เกิดความยั่งยืน เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องใช้สมอง ต้องแก้โจทย์ ต้องฝึกฝน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขายังมีประโยชน์กับสังคม เพราะหากปล่อยร่างกายกับสมองไว้นิ่งๆ ก็จะทำให้เสื่อมสภาพรวดเร็ว อย่างเช่นในประเทศญี่ปุ่นที่มีการจ้างงานรอบสองสำหรับผู้สูงวัยในบริษัทใหญ่ๆ โดยมีการทำสัญญาหลายรูปแบบ เช่น ปีต่อปี ซึ่งแม้ว่าจะไม่ใช่พนักงานประจำแต่แรงงานสูงวัยก็ยังมีส่วนช่วยให้เกิดผลิตภาพเป็นบวก ไม่ใช่ศูนย์ ยังพอมีรายได้และได้ใช้งานสมอง หรือในระดับท้องถิ่น ถ้าไปตามร้านสะดวกซื้อตอนนี้เห็นพนักงานร้านเป็นคนญี่ปุ่นรุ่นตารุ่นยายมาทำงานร่วมกับคนหนุ่มสาวมากขึ้น ขณะที่ด้านการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดีก็สำคัญ โดยที่คนญี่ปุ่นมักหาอะไรทำอยู่ตลอดเวลาหลังเกษียณ หากไม่หางานทำเป็นกิจจะลักษณะก็หากิจกรรมทำ ไม่ว่าจะเป็นการเริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่ เช่น เข้าชมรมชงชา ทำกิจกรรมอาสาสมัครไปจนถึงการออกกำลังกายอย่างจริงจัง ดังนั้น ธุรกิจด้านสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นจึงแพร่หลายเนื่องจากมีตลาดของคนสูงวัย ทั้งหมดนี้เกิดจากการสร้างความตระหนักของชุมชน

ท้องถิ่นและบรรยากาศทางสังคมที่ปลูกฝังมาโดยตลอดว่า แม้เข้าสู่วัยชราก็อย่าอยู่เฉย ไม่อย่างนั้นโรคสมองเสื่อมจะถามหา ดังนั้น เมื่อไรก็ตามที่พวกเขาารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าก็ย่อมจะส่งผลต่อองค์รวมต่อร่างกาย จิตใจ สุขภาพเขาทั้งหมด และยิ่งหากว่าผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้มากเท่าไรก็ยิ่งเป็นผลดีต่อตัวเขาเอง อีกทั้งยังสามารถแบ่งเบาภาระเรื่องการรักษาพยาบาล สาธารณูปโภคต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้รัฐบาลรับภาระลดลงในขณะที่ยังคงมีแรงงานที่มีศักยภาพช่วยให้เศรษฐกิจเติบโตต่อไปได้

### ข้อเสนอแนะในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ

1. สร้างโอกาสการจ้างงานและเพิ่มความมั่นคงทางการเงิน ด้วยการสนับสนุนการจ้างงานที่ยืดหยุ่นการศึกษาตลอดชีวิต และโอกาสในการฝึกอบรมซ้ำ เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของแรงงานผู้สูงอายุในตลาดแรงงานและเพิ่มรายได้ระยะยาว
2. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสังคมขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านสุขภาพที่เข้าถึงง่าย สะดวกและด้านคมนาคมขนส่งที่ควรจะมี ความเหมาะสมและเป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ
3. การกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อรองรับและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุอย่างจริงจัง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ และปลอดภัยจากอุบัติเหตุยามเมื่อต้องอยู่ลำพัง ดังเช่นประเทศญี่ปุ่นที่มีการเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมผู้สูงอายุโดยมีนวัตกรรมอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุมากมายออกมา ซึ่งไม่เพียงแต่ประโยชน์ และความคุ้มค่าที่ได้รับแต่ยังได้ดีไซน์แบบที่สวยงามบวกกับความคิดสร้างสรรค์ที่ทันสมัย ง่ายต่อการใช้งานให้กับผู้สูงอายุ
4. การสร้างการรับรู้ให้กับผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก รวมทั้งประชาชนทั่วไป เพื่อให้ทราบถึงสิทธิประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชน ท้องถิ่น
5. ส่งเสริมศักยภาพและเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุที่มีความรู้ ความชำนาญ ความเชี่ยวชาญในวิชาชีพสาขาต่างๆ ตลอดจนพื้นที่การแสดงออกให้กับผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นด้านนวัตกรรม เทคโนโลยี ดนตรี ศิลปะ กีฬา ภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งนอกจากจะช่วยเพิ่มศักยภาพ ยังเป็นการสร้างความสำคัญ คุณค่า และความภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุ รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับวัยหนุ่มสาวที่ดีขึ้น
6. ส่งเสริมการพัฒนางานวิจัยเปรียบเทียบกรณีศึกษาเรื่องผู้สูงอายุในประเทศต่างๆ ให้มีความทันสมัยทันต่อเหตุการณ์ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานวิชาการ นโยบาย และการวิเคราะห์แนวโน้มของอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภาวะประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น มักไม่หยุดนิ่งและมีความแตกต่างกันออกไปตามปัจจัยสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ ดังนั้น การศึกษาวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องจึงเป็นเรื่องที่ละเลยไม่ได้

7. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เพื่อสร้างความตระหนักถึงการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และผลกระทบในด้านต่างๆ เพื่อให้สังคมเกิดความพร้อมในทุกมิติทั้งผู้ประกอบการ ตัวบุคคล แรงงาน ครอบครัวและสถาบันต่างๆ

## เอกสารวิชาการเรื่องภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

กล่าวถึงนโยบายด้านอาหารและโภชนาการจากอดีตถึงปัจจุบัน รวมถึงแนวโน้มของปัญหาโภชนาการในอนาคตการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้สูงอายุ รวมถึงการดำเนินการเพื่อแก้ไข ป้องกันปัญหาด้านอาหารและโภชนาการในผู้สูงอายุ

## เอกสารวิชาการเรื่องยุทธศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกาย และสุขภาพ

1. ยุทธศาสตร์กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสองประการที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ อาหารและกิจกรรมทางกาย ซึ่งช่วยเสริมเติมความสมบูรณ์แก่การปฏิบัติงานที่ดำเนินมาอย่างยาวนานและสืบทอดขององค์การอนามัยโลกและประเทศต่างๆ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ อาทิ ภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (under nutrition) การขาดสารอาหารปริมาณน้อย (micronutrient deficiencies) และการเลี้ยงดูทารกและเด็กเล็ก

2. อาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการขาดกิจกรรมทางกายจึงจัดอยู่ในกลุ่มสาเหตุนำ (leading causes) ของโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานประเภทที่ 2 และโรคมะเร็งบางชนิด และส่งผลให้ภาระโรครวม การตายและความพิการเพิ่มขึ้น โรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการขาดกิจกรรมทางกาย เช่น ฟันผุและกระดูกพรุน เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย

3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและภาวะสูงวัยของประชากรจะมีผลกระทบต่อแบบแผนการเจ็บป่วยและการตายค่อนข้างมาก ดังนั้นประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมากจะเผชิญกับภาระโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มมากขึ้นในขณะเดียวกันยังต้องเผชิญกับภาระโรคติดต่อที่ยังคงมีอยู่ต่อไป นอกจากนั้นในมิติความเป็นมนุษย์ การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและศักยภาพในการปฏิบัติกิจวัตร (functional capacity) ของประชากรสูงอายุที่กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้นจะเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความต้องการและต้นทุนการให้บริการสุขภาพ

4. รัฐบาล มีบทบาทเป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้ปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตตนเองหรือภาวะแวดล้อม (empowers) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยให้เกิดการ

ตัดสินใจเชิงบวกที่เพิ่มคุณค่าแก่ชีวิตด้วยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และแบบแผนการมีกิจกรรมทางกาย

#### 5. ยุทธศาสตร์โลกมีวัตถุประสงค์หลัก 4 ประการ

5.1 เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อซึ่งมีสาเหตุมาจากการบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการขาดกิจกรรมทางกายโดยผ่านปฏิบัติการทางสาธารณสุข (public health action) ที่จำเป็นรวมทั้งมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5.2 เพื่อเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจโดยรวมถึงอิทธิพลของอาหารและกิจกรรมทางกายที่มีผลต่อสุขภาพและผลกระทบเชิงบวกจากมาตรการแทรกแซงด้วยการป้องกัน

5.3 เพื่อสนับสนุนการพัฒนา เสริมสร้างความเข้มแข็งและการนำไปปฏิบัติในเรื่องนโยบายและแผนปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงอาหารและเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายทั้งในระดับโลก ภูมิภาค ประเทศและชุมชน ซึ่งมีความยั่งยืนและเบ็ดเสร็จและดึงดูดให้ทุกภาคส่วนเข้าร่วมอย่างกระฉับกระเฉง เช่น ประชาสังคม ภาคเอกชนและสื่อ

5.4 เพื่อติดตามข้อมูลเชิงวิทยาศาสตร์และอิทธิพลหลักที่มีผลต่ออาหารและกิจกรรมทางกาย เพื่อสนับสนุนการวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง รวมถึงการประเมินผลมาตรการแทรกแซง และเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับทรัพยากรมนุษย์ที่จำเป็นในเรื่องดังกล่าวเพื่อยกระดับและคงไว้ซึ่งสุขภาพ

6. ในเรื่องอาหารขอแนะนำสำหรับระดับประชากรและปัจเจกบุคคลควรจะรวมเรื่องต่อไปนี้

6.1 ทำให้เกิดความสมดุลของพลังงาน (energy balance) และน้ำหนักที่เหมาะสมกับสุขภาพ

6.2 จำกัดพลังงานที่จะได้รับจากไขมันทั้งหมด (total fats) และเปลี่ยนการบริโภคจากไขมันอิ่มตัว (saturated fats) ไปเป็นไขมันไม่อิ่มตัว (unsaturated fats) ตลอดจนการกำจัดกรดไขมันทรานส์ (trans-fatty acids)

6.3 เพิ่มการบริโภคผลไม้ ผัก ถั่ว (legumes) เมล็ดธัญพืช (whole grains) และผลไม้เปลือกแข็ง(nuts)

6.4 จำกัดการบริโภคน้ำตาล(free sugars)

6.5 จำกัดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) จากแหล่งต่างๆ และแน่ใจว่าเป็นเกลือไอโอดีน

7. บทบาทของรัฐบาลมีความสำคัญยิ่งในการบรรลุถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรด้านสาธารณสุขรัฐบาลมีบทบาทพื้นฐานในการขับเคลื่อนและการจัดการเพื่อริเริ่มและพัฒนายุทธศาสตร์

ด้านอาหารกิจกรรมทางกายและสุขภาพ และสร้างความมั่นใจว่ายุทธศาสตร์ได้ถูกนำไปปฏิบัติพร้อมกับการติดตามผลกระทบในระยะยาว

8. กระทรวงสุขภาพ (สำหรับประเทศไทยคือกระทรวงสาธารณสุข) มีหน้าที่รับผิดชอบสำคัญในการอำนวยความสะดวกและประสานความช่วยเหลือจากกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ องค์กรช่วยเหลือซึ่งควรประสานงานประกอบด้วยกระทรวงและสถาบันของรัฐที่รับผิดชอบนโยบายด้านอาหาร การเกษตร วิจัยร่น นันทนาการ กีฬา การศึกษา พาณิชยและอุตสาหกรรม การเงิน การคมนาคม สื่อสารมวลชน กิจกรรมทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และการผังเมือง

9. ยุทธศาสตร์ นโยบาย และแผนปฏิบัติการระดับชาติจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง การสนับสนุนควรอยู่ในรูป การออกกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ โครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม การนำแผนงานไปปฏิบัติ เงินทุนที่พอเพียง การติดตามผลและการประเมินผล รวมทั้งการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

10. รัฐบาลควรให้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้องและพอเพียง รัฐบาลจำเป็นต้องพิจารณาปฏิบัติการที่จะมีผลทำให้ข่าวสารพอเพียงกับผู้บริโภคเพื่อให้พวกเขามีทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพอย่างสะดวก และสร้างความมั่นใจว่ามีแผนงานส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่เหมาะสมอย่างพอเพียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งข่าวสารสำหรับผู้บริโภคควรจะต้องเหมาะสมกับระดับการรู้หนังสือ อุปสรรคของการสื่อสารและวัฒนธรรมท้องถิ่น และประชากรทุกภาคส่วนสามารถเข้าใจได้ ในบางประเทศแผนงานส่งเสริมสุขภาพได้ออกแบบมาให้ทำหน้าที่ดังกล่าวและควรใช้สำหรับการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและกิจกรรมทางกาย รัฐบาลบางประเทศได้ออกกฎหมายบังคับใช้ ทำให้มั่นใจว่าข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงมีพอเพียงถึงผู้บริโภค ทำให้ผู้บริโภคเหล่านั้นมีทางเลือกที่หลากหลายถึงเรื่องราวที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของพวกเขา ในบางกรณีปฏิบัติการอาจจะต้องเป็นไปตามนโยบายรัฐบาล รัฐบาลควรเลือกปฏิบัติการที่เหมาะสมและผสมผสานสอดคล้องกับศักยภาพของประเทศและลักษณะทางระบาดวิทยาซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

11. นโยบายด้านเกษตรและอาหารระดับชาติควรมีความสอดคล้องกับการป้องกันและการส่งเสริมด้านสาธารณสุข ที่จำเป็น รัฐบาลควรไตร่ตรองถึงนโยบายที่เอื้ออำนวยต่อการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ นโยบายด้านอาหารและโภชนาการควรครอบคลุมถึงความปลอดภัยด้านอาหารและความมั่นคงด้านอาหารที่ยั่งยืนด้วยเช่นกัน ในด้านอุปสงค์อาหารควรสนับสนุนให้รัฐบาลตรวจสอบนโยบายด้านเกษตรและอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

12. รัฐบาลควรลงทุนระบบการเฝ้าระวัง การวิจัย และการประเมินผล การตรวจสอบติดตามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างต่อเนื่องและในระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น ตลอดช่วงเวลา ข้อมูลดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์ถึงความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสามารถนำมาเป็นเหตุผลสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลง นโยบายและยุทธศาสตร์ รัฐบาลอาจสามารถสร้างลงบนระบบที่มีอยู่



แล้วทั้งในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาค เริ่มแรกควรให้ความสำคัญเน้นหนักกับตัวชี้วัดมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับโดยชุมชนทางวิทยาศาสตร์ทั่วไป เช่น เครื่องมือวัดกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง ตัวชี้วัดหรือองค์ประกอบด้านอาหารที่คัดสรรแล้ว และกับน้ำหนักตัว เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในระดับโลก ข้อมูลซึ่งให้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงแบบแผน และความแปรปรวนภายในประเทศจะเป็นประโยชน์ในการแนะนำปฏิบัติการของชุมชน ถ้าเป็นไปได้แหล่งข้อมูลอื่นควรจะนำมาใช้ด้วยตัวอย่างเช่น จากการศึกษา การคมนาคม การเกษตร และส่วนอื่นๆ

13. องค์การอนามัยโลกด้วยการประสานความร่วมมือกับองค์การชำนาญพิเศษแห่งสหประชาชาติอื่น จะเป็นผู้นำ ให้ข้อเสนอแนะที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และให้การชี้แนะสนับสนุนสำหรับปฏิบัติการในระดับนานาชาติเพื่อปรับปรุงเรื่องการบริโภคอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับหลักการที่เสนอแนะและข้อเสนอแนะที่บรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์โลก

14. องค์การอนามัยโลกจะให้การสนับสนุนการนำแผนงานไปปฏิบัติตามที่ประเทศสมาชิกได้ร้องขอและจะมุ่งเน้นประเด็นกว้างๆ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

14.1 ช่วยในการวางกรอบ เสริมสร้างความเข้มแข็ง และพัฒนานโยบายระดับภูมิภาคและระดับประเทศให้ทันสมัยในเรื่องอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเชิงบูรณาการ

14.2 ช่วยในการยกร่างแนวทางปฏิบัติการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายระดับชาติ รวมทั้งพัฒนาให้ทันสมัยและการนำไปสู่การปฏิบัติ ด้วยการร่วมมือกับองค์กรระดับประเทศและดึงเอาความรู้รวมทั้งประสบการณ์ระดับโลกที่มีอยู่มาใช้

14.3 ให้การแนะนำกับประเทศสมาชิกในการจัดทำแนวทางปฏิบัติ บรรทัดฐานมาตรฐาน และมาตรการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกันนโยบายซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์โลก

14.4 แสวงหาและเผยแพร่ข่าวสารด้านมาตรการแทรกแซงที่มีหลักฐานยืนยันนโยบายและโครงสร้าง ซึ่งมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสมของชุมชนและประเทศทั้งหลาย

14.5 ให้การสนับสนุนทางวิชาการอย่างเหมาะสม เพื่อสร้างศักยภาพระดับชาติในการวางแผนและการนำยุทธศาสตร์ระดับชาติไปสู่การปฏิบัติตลอดจนการดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น

14.6 ให้การสนับสนุนรูปแบบและวิธีการ (models and methods) เพื่อให้มาตรการแทรกแซงด้านอาหารและกิจกรรมทางกายประกอบเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพเชิงบูรณาการ

14.7 ส่งเสริมและให้การสนับสนุนการฝึกอบรมผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและวิถีชีวิตที่ กระฉับกระเฉงทั้งในหลักสูตรที่มีอยู่แล้วหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ ในฐานะที่เป็นส่วนสำคัญของหลักสูตร

14.8 ให้คำแนะนำและสนับสนุนประเทศสมาชิก ใช้วิธีการเฝ้าระวังและเครื่องมือการประเมินอย่างรวดเร็วที่มีมาตรฐาน (เช่น STEPwise approach ขององค์การอนามัยโลกในการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ) เพื่อที่จะวัดความเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวของความเสี่ยง เช่น แบบแผนการบริโภค โภชนาการ และกิจกรรมทางกาย และเพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน แนวโน้ม และผลกระทบของมาตรการแทรกแซง องค์การอนามัยโลกด้วยความร่วมมือจากองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) จะให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกในการสร้างระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการระดับชาติ และเชื่อมต่อกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปริมาณสารอาหารของอาหาร

14.9 ให้คำแนะนำประเทศสมาชิกถึงหนทางการร่วมมืออย่างสร้างสรรค์กับกลุ่มอุตสาหกรรมที่เหมาะสม

## บทความเรื่องซากุ เมืองต้นแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

กล่าวถึงเมืองซากุ ในเขตจังหวัดนากาโน ประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเป็นเมืองที่ประชากรมีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาวที่สุดในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีเคล็ดลับความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งการปฏิรูปด้านการแพทย์ โภชนาการ และการบริการด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ

## บทความเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตยุคใหม่ในญี่ปุ่น

กล่าวถึงพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในปัจจุบันส่งผลให้เกิดโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากวิถีชีวิตที่มีความสะดวกสบาย รวดเร็ว รีบเร่ง และการใช้ชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เพราะการดำเนินชีวิตประจำวันที่คุ้นเคยหลายอย่างล้วนส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ทั้งสิ้น ทั้งเรื่องพฤติกรรมการรับประทานอาหารจานด่วน (Fast food) อาหารที่ไขมันสูง อาหารหวาน อาหารเค็ม พฤติกรรมการนอนที่ไม่เพียงพอ การนอนดึก การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และความเครียด ทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคระบบทางเดินหายใจ ท้ายสุดก็จะก่อให้เกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดซึ่งพบเป็นอันดับหนึ่งของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น

โรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตในยุคใหม่ปัจจุบันเรียกว่า Lifestyle related disease หรือ Non-communicable disease (NCDs) ซึ่ง World Health Organization (WHO) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดต่อเนื่องยาวนานและมีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้าๆ โดยกลุ่มโรคที่พบหลักๆ คือ

โรคระบบทางหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวานทั่วโลกพบมีผู้เสียชีวิตจาก NCDs ถึง 38 ล้านคนต่อปี และส่วนใหญ่ก็เสียชีวิตตั้งแต่อายุน้อย ในขณะที่ประเทศไทยพบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงประมาณ 3.1 แสนคนต่อปี คิดเป็น 73%ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมดและมากกว่าครึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจถึง 2 แสนล้านบาทต่อปี ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่ก่อให้เกิดโรคนั้นสามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตยุคใหม่ การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็มจัด และเพิ่มผักผลไม้ในมื้ออาหาร ออกกำลังกาย ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ อารมณ์ดี คิดบวก ไม่เครียด พักผ่อนให้เพียงพอ ประเทศญี่ปุ่นนั้นถือได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งในประเทศอันดับต้นๆ ของโลกที่เต็มไปด้วยผู้สูงอายุ และมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก โดยมีผู้ที่อายุมากกว่า 100 ปี อยู่ถึง 54,000 คน โดยมีเคล็ดลับการมีอายุยืนยาวคือ จะต้องไม่ทำอะไรเกินตัว ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเหล้า กินดี อยู่ดี และมีความสุขกับชีวิต จากตารางชีวิตฉบับย่อปี 2013 อายุขัยเฉลี่ยของคนญี่ปุ่นคือ ผู้ชายอายุ 80.21 ปี และผู้หญิงอายุ 86.61 ปี และอายุคาดหวังของการมีสุขภาพดีโดยผู้ชายอายุ 73 ปี และผู้หญิงอายุ 78 ปี ซึ่งถือว่าสูงมากในระดับต้นๆ ของโลก อีกทั้งอาหาร การดำเนินชีวิต วิธีการออกกำลังกายที่มีความเป็นเอกลักษณ์ ดังนั้นประเทศญี่ปุ่นจึงเป็นสถานที่ที่น่าสนใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตในยุคใหม่ในปัจจุบัน (Lifestyle-Related Prevention Course) เป็นอย่างยิ่ง

## แนวความคิดเรื่องโภชนาการกับสุขภาพ

อาหารและโภชนาการ เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ถ้าเรามีภาวะโภชนาการที่ดีก็จะช่วยเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ตรงกันข้ามหากเราได้รับสารอาหารที่มากหรือน้อยเกินไปย่อมก่อให้เกิดภาวะโภชนาการเกินหรือภาวะทุพโภชนาการขึ้นได้ การได้เรียนรู้ถึงหลักการบริโภคอาหารและโภชนาการตามหลักโภชนบัญญัติ จะทำให้มนุษย์เราสามารถเลือกบริโภคอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว การเลือกบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมกับวัย จะมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์ แข็งแรงสมวัย

### ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโภชนาการ

คนเรามีสุขภาพที่ดีได้นั้น การรับประทานอาหารนับเป็นปัจจัยอันดับแรกๆ เราจึงจำเป็นต้องมีความรู้ทางด้านโภชนาการและอาหาร เพื่อจะได้เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้สัดส่วนที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย อันเป็นการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้ห่างไกลจากโรคภัยไข้เจ็บ

### ความหมายของโภชนาการ

อาหาร หมายถึง สิ่งที่รับประทานแล้วมีประโยชน์ ต่อร่างกายอาจอยู่ในรูปของเหลวหรือของแข็งก็ได้ ดังนั้น หากสิ่งใดที่ได้รับประทานเข้าไปแล้ว ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ และอาจก่อให้เกิดโทษแก่ร่างกายได้นั้น เราจะไม่จัดว่าเป็นอาหาร เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สารปรุงแต่งอาหาร หรือ ผงชูรส เป็นต้น

โภชนาการ หมายถึง เนื้อหาวิชาการที่เป็นข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ซึ่งเรียกว่าวิทยาศาสตร์กับอาหาร โดยเป็นความสัมพันธ์ระหว่างอาหารกับกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจริญเติบโต เช่น การจัดแบ่งประเภท และประโยชน์ของสารอาหาร การเปลี่ยนแปลงของอาหารที่รับประทานเข้าไป เป็นต้น

ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาพหรือสภาวะของร่างกาย อันเนื่องมาจากการบริโภคอาหาร ซึ่งร่างกายนำอาหารที่ได้รับไปใช้เพื่อความเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ตลอดจนช่วยให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานได้ตามปกติ โดยมีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา สิ่งแวดล้อม ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม รูปแบบการบริโภคอาหาร ตลอดจนสภาพร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

### ประเภทของภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ แบ่งออกเป็นภาวะโภชนาการที่ดีเมื่อได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งมีทั้งภาวะโภชนาการต่ำและภาวะโภชนาการเกิน เนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้มีสุขภาพที่ไม่ดีได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ภาวะโภชนาการที่ดี

คือการที่ร่างกายได้บริโภคอาหารในปริมาณที่เพียงพอถูกสัดส่วน หลากหลายเหมาะสม และครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ทำให้สามารถนำสารอาหารที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้มีสมรรถภาพร่างกายที่ดี

2. ภาวะโภชนาการที่ไม่ดีหรือภาวะทุพโภชนาการ หมายถึง การที่ร่างกายบริโภคอาหารในลักษณะที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ทั้งในด้านปริมาณและสัดส่วน ทำให้ร่างกายเกิดภาวะโภชนาการที่ไม่ดีขึ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น

ภาวะโภชนาการต่ำ หรือภาวะขาดสารอาหาร หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการบริโภคอาหารไม่เพียงพอ หรือได้รับสารอาหารไม่ครบตามความต้องการของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง อาจก่อให้เกิดโรค หรือมีความต้านทานต่อโรคต่างๆ ได้น้อย เจ็บป่วยได้

ภาวะโภชนาการเกิน หมายถึง ภาวะที่เกิดจากการบริโภคอาหารหรือสารอาหารที่เกินต่อความต้องการของร่างกาย เช่น บริโภคอาหารที่ให้พลังงานเกินกว่าที่ร่างกายจะใช้ ร่างกาย

จึงเกิดการสะสมพลังงานเหล่านั้นไว้ในรูปของไขมันทำให้เกิดโรคอ้วน หรือหมายรวมถึงการได้รับวิตามินบางชนิดมากเกินไป ก็อาจสะสมจนก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้เช่นกัน เช่น วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี วิตามินเค

### ปัญหาการเกิดโรคจากภาวะทุพโภชนาการ

อาหารและโภชนาการเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมาก การเลือกบริโภคอาหารที่ดีมีประโยชน์ และถูกต้อง ย่อมมีผลดีต่อร่างกาย แต่ถ้าเลือกบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ย่อมก่อให้เกิดโรคต่างๆ และมีโทษร่างกายได้ ซึ่งโรคที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการสามารถแบ่งออกได้เป็น โรคภาวะโภชนาการเกิน และโรคภาวะโภชนาการต่ำ ดังนี้

1. โรคอ้วน เป็นโรคหนึ่งซึ่งเกิดจากภาวะโภชนาการเกินส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขข้ออักเสบ โรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ เป็นต้น

#### 1.1 สาเหตุ

1.1.1 รับประทานอาหารมากเกินไปที่ร่างกายต้องการ รวมไปถึงการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารฟาสต์ฟู้ด รับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไปความต้องการของร่างกาย หรือการรับประทานอาหารหวานจัด เช่น น้ำอัดลม ขนมเค้ก ขนมหวานต่างๆ

1.1.2 ขาดการออกกำลังกาย เมื่อร่างกายไม่ได้มีการใช้พลังงาน สารอาหารต่างๆ ที่เรารับประทานเข้าไปจึงแปรเปลี่ยนเป็นไขมันไปสะสมอยู่ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

1.1.3 พันธุกรรม มีงานวิจัยพบว่า หากบิดามารดา คนใดคนหนึ่งหรือทั้ง 2 คนเป็นโรคอ้วน มีโอกาสที่จะทำให้บุตรมีโอกาสเป็นโรคอ้วนสูงกว่าเด็กปกติ

1.1.4 ความผิดปกติของร่างกาย บางครั้งโรคอ้วนอาจเกิดจากความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ที่อยู่ในร่างกาย โดยต่อมไทรอยด์นี้จะผลิตฮอร์โมน “ไทรอกซิน” ซึ่งถ้าต่อมไทรอยด์ผิดปกติ ฮอร์โมนจะถูกผลิตออกมาน้อย จะทำให้ร่างกายเผาผลาญพลังงานได้ไม่ดี เกิดการสะสมไขมันไว้มาก เกิดโรคอ้วนได้

#### 1.2 การลดความอ้วน

1.2.1 ลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน

1.2.2 ลดปริมาณอาหารในแต่ละมื้อลง แต่ยังคงรับประทานให้ครบ 5 หมู่

1.2.3 ไม่รับประทานจุบจิบ

1.2.4 ไม่ดื่ม หรือรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม ขนมรสหวานจัด

1.2.5 อาหารมื่อเย็นเป็นมื่อที่มักจะรับประทานเกินกว่าที่ร่างกายจะนำไปใช้ได้หมด ดังนั้น ควรลดปริมาณอาหารมื่อเย็นลง และงดรับประทานมื่อดึก

1.2.6 อาจรับประทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น ทดแทนข้าว แป้ง ขนมหวาน โดยต้องเลือกผลไม้ที่รสไม่หวานจัด (ผลไม้บางชนิดมีแป้งและน้ำตาลสูง ควรงดรับประทาน เช่น สับปะรดทุเรียน ขนุน กัลยณัฏฐา)

1.2.7 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อเร่งการเผาผลาญไขมันส่วนเกินออกไป โดยออกกำลังกายให้หัวใจเต้นแรงกว่าปกติต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

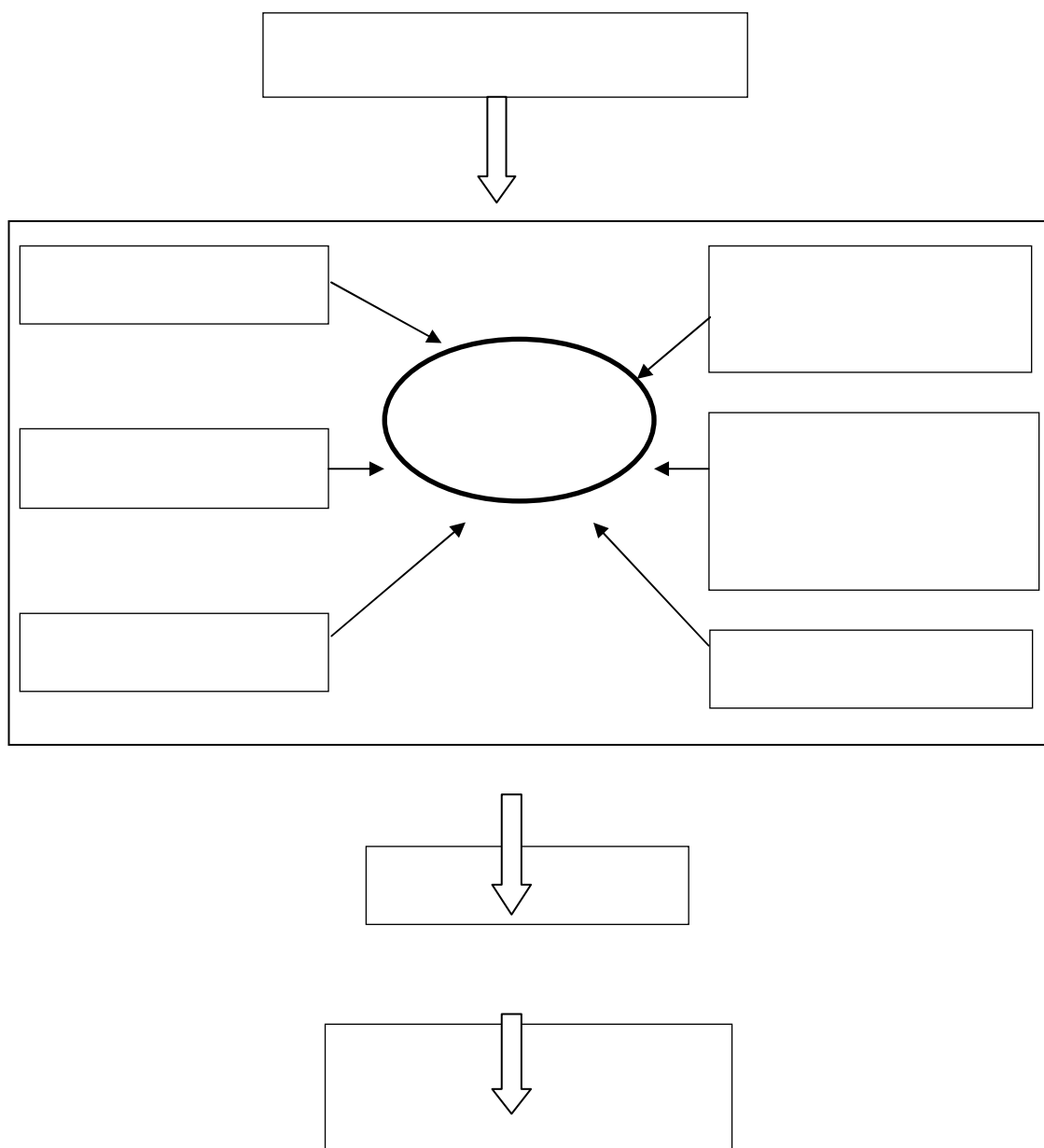
2. โรคขาดสารอาหาร เป็นโรคที่เกิดจากภาวะโภชนาการต่ำ ซึ่งมีสาเหตุจากการขาดสารอาหาร

### โภชนบัญญัติ 9 ประการ

จากผลเสียของภาวะทุพโภชนาการข้างต้น ทำให้หน่วยงานของรัฐ กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เชิญนักวิชาการด้านโภชนาการจากสถาบันต่างๆ มาระดมความรู้ แสดงความคิดเห็น และรวบรวมข้อมูลต่างๆ นำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะในการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย เรียกว่า “ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการ” มีรายละเอียดดังนี้

1. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนัก
2. รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื่อ
3. รับประทานพืชผักให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ
4. รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และเมล็ดถั่วแห้งเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
6. รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดและเค็มจัด
8. รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

### กรอบแนวคิดของการวิจัย



## สรุป

จากแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารวิชาการดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้ข้อสรุปเบื้องต้นว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สภาพร่างกายเสื่อมลง มีการสลายของเซลล์ในร่างกายมากกว่าการสร้าง ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย รวมทั้งการเผาผลาญพลังงานลดลง มักมีปัญหาทั้งด้านการเจ็บป่วยเรื้อรังและด้านโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย ส่วนผู้ที่เจ็บป่วยอยู่แล้วก็จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะติดเชื้อสูงนำไปสู่ความล้มเหลวของการรักษา และส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแล อันส่งผลให้เกิดปัญหาในการพัฒนาประเทศตามมา

และจากข้อมูลสถานการณ์ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ แนวโน้มของปัญหา อุปสรรคต่างๆ รวมถึงแนวทางการดำเนินการแก้ไข และส่งเสริมโภชนาการในผู้สูงอายุที่รวบรวมได้จากแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย และเอกสารวิชาการดังกล่าวทำให้ได้เห็นรายละเอียด ความเป็นมาของปัญหา และความสำคัญในการดำเนินการศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวถือเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่นำมาใช้วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ ดังที่จะได้กล่าวรายละเอียดในหัวข้อถัดไป



## บทที่ 3

### สถานะด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

#### สถานะด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ

##### ภาพรวมของสถานการณ์ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

ปัจจุบันพบว่าการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนในเกือบทุกประเทศ องค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้ในปัจจุบัน (2003) โลกของเรามีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อยู่ประมาณ 580 ล้านคน โดยประมาณ 350 ล้านคน (61%) เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดว่าในปี 2020 จำนวนประชากรผู้สูงอายุในโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,000 ล้านคน โดย 710 ล้านคน (71%) จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชากร ทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น กล่าวคือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในพ.ศ.2540 เพศชาย 66.6 ปี หญิง 71.7 ปี ใน พ.ศ.2545 เพศชายเพิ่มขึ้นเป็น 69.9 ปี หญิงเพิ่มขึ้นเป็น 74.9 ปี ขณะเดียวกันจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีจำนวน 5 ล้านคน และใน พ.ศ.2545 เพิ่มขึ้นเป็น 5.8 ล้านคน การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนี้ ย่อมมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการบริการทางการแพทย์มากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสื่อมโทรมลงจากขบวนการความชรา ซึ่งพบว่าปัญหาทางสุขภาพของประชาชนก็เปลี่ยนแปลงไปจากปัญหาโรคติดเชื้อในอดีต มาเป็นโรคไม่ติดต่อในปัจจุบัน ซึ่งโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมากคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ไขมันเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคอัมพาต และโรคอัลไซเมอร์

นอกจากประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ปัญหาทางสุขภาพแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม และเศรษฐกิจอย่างมากอีกด้วย โดยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจที่เน้นหนักด้านเกษตรกรรมมาเป็นอุตสาหกรรม และการค้าเชิงพาณิชย์มากขึ้น จึงทำให้เกิดความไม่เสมอภาคของการกระจายรายได้ของประชากร ในขณะเดียวกันโครงสร้างทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะสังคมในชนบทได้เปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้มีการย้ายถิ่นมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงจากชีวิตที่เรียบง่ายมาเป็นแบบชีวิตที่เร่งรีบในเมือง ผลทั้งหมดจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อระบบอาหารตั้งแต่การผลิต การกระจาย การบริโภค ทำให้ระดับการบริโภคขยายตัวสูงขึ้นและโครงสร้างการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ปัญหาทางโภชนาการจากในอดีตที่ผ่านมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับการขาดสารอาหารเป็นส่วนใหญ่ ที่สำคัญ

คือ การขาดโปรตีนและพลังงานในทารก เด็กวัยก่อนเรียน วัยเรียน หญิงมีครรภ์ และหญิงให้นมบุตร โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงมีครรภ์และให้นมบุตร การขาดไอโอดีนในเขตจังหวัดภาคเหนือและบางส่วนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางและการวิตามินกับแร่ธาตุอื่นๆ ซึ่งการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ได้เริ่มต้นอย่างจริงจังมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) และได้ผลชัดเจนในแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 (2525-2529) โดยเน้นการแก้ไขปัญหาการขาดสารอาหารในกลุ่มเด็กและแม่วัยเจริญพันธุ์ ทำให้การขาดโปรตีนและพลังงานในเด็กวัยก่อนเรียนลดลงจากร้อยละ 31 เหลือเพียงร้อยละ 20 ซึ่งเป็นการขาดในระยะเริ่มแรกและอัตราการตายของแม่วัยเจริญพันธุ์มีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยก็ยังคงต้องรับภาระปัญหาภาวะทุพโภชนาการจากการขาดสารอาหารที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ ในกลุ่มคนที่กินไม่พอเพราะความยากจน และยังต้องรับภาระกับโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอาหารที่กำลังเป็นปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ในทุกเพศทุกวัย จากการกินไม่เป็นคือ กินไม่ได้สัดส่วนของสารอาหารและกินไม่ถูกสุขอนามัย จะเห็นได้ว่าปัญหาทางโภชนาการส่งผลกระทบต่อได้ในทุกๆวัย ตลอดจนวงจรชีวิตมนุษย์ ตั้งแต่วัยทารกเด็ก วัยรุ่น หนุ่มสาววัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ วัยผู้ใหญ่ และเข้าสู่วัยสูงอายุ ถ้ามีความไม่เพียงพอในด้านอาหาร อนามัย และการดูแลก็จะเกิดผู้สูงอายุที่ขาดสารอาหารเรื้อรังมีสุขภาพด้อย อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตสูง

จากพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก็มีผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ที่เรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือพิการไร้ความสามารถจากการป่วยเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการตรวจรักษาและพยาบาล และยังทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร้คุณภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังและติดตามโภชนาการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในเขตชนบท เขตเมือง และเขตอุตสาหกรรมด้วย

จากการศึกษาพบว่าได้มีการสำรวจเพื่อประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุจากหลายหน่วยงานได้แก่

1. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการศึกษาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุจากภาคต่างๆ ของประเทศ จาก 6 จังหวัดและกรุงเทพมหานครจำนวน 386 คน ในปี พ.ศ.2533 พบว่า ร้อยละ 45 มีน้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 18 เป็นโรคอ้วน และร้อยละ 37 มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ จากการตรวจเลือดพบว่าร้อยละ 16 มีโคเลสเตอรอลสูง โดยพบว่าผู้สูงอายุ ที่อาศัยในสถานพักฟื้นคนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร มีภาวะโคเลสเตอรอลสูงที่สุด ร้อยละ 12 มีไตรกลีเซอไรด์สูง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านพักทักษิณและศูนย์บริการคนชราจังหวัดยะลา มีภาวะไตรกลีเซอไรด์สูงที่สุด ร้อยละ 8 เป็นโรคเบาหวานโดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือและชมรมผู้สูงอายุค่ายนวมินทรราชินี จังหวัดชลบุรีเป็นโรคเบาหวาน

สูงที่สุด และร้อยละ 30 พบว่าเป็นโรคโลหิตจาง โดยพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดมหาสารคามเป็นโรคโลหิตจางสูงที่สุด

สำหรับการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2529 และครั้งที่ 4 พ.ศ.2538 พบว่าอัตราความชุกของโรคอ้วนในประเทศไทย มีอัตราเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุในช่วงเวลา 9 ปี กลุ่มที่มีอัตราเพิ่มสูงสุด ได้แก่ กลุ่ม อายุ 40-49 ปี จากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 40.2 รองลงมา ได้แก่กลุ่มอายุ 20-29 ปี จากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 20.4 สำหรับ 3 อันดับแรกของกลุ่มอายุที่มีอัตราความชุกสูงในการสำรวจครั้งที่ 4 พ.ศ.2538 ได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.2 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 35 และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 29.8 และจากการสำรวจภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน พ.ศ.2535 ของกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคคลวัยทำงานอายุ 30-60 ปี จำแนกตามกลุ่มผู้บริหารและผู้ใช้แรงงาน สำรวจทั้งภาครัฐและเอกชน 4 จังหวัดใหญ่ของประเทศไทย คือ นครราชสีมา เชียงใหม่ สงขลา และกรุงเทพฯ พบว่าบุคคลวัยทำงานจะอ้วนขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นและผู้ทำงานในระดับบริหารจะระวังดูแลน้ำหนักตัวได้สมส่วนมากกว่าบุคคลที่ใช้แรงงาน

ส่วนการสำรวจภาวะโภชนาการทางชีวเคมี ในพ.ศ.2538 พบความชุกของโรคโลหิตจางมากที่สุดและผู้สูงอายุ โดยพบผู้สูงอายุชายร้อยละ 51.9 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 45.8 พบมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือในทุกกลุ่มอายุ

การประเมินภาวะโลหิตจางโดยใช้ค่าฮีมาโตคริตเป็นเกณฑ์ ได้ข้อสรุปว่าผู้ที่อยู่ในภาวะโลหิตจางจะมีค่าฮีมาโตคริต ต่ำกว่าที่กำหนดคือผู้สูงอายุหญิงที่ 36 % ผู้สูงอายุชายที่ 39 % พบความชุกของโรคโลหิตจางมากที่สุดและผู้สูงอายุ โดยพบในผู้สูงอายุชายร้อยละ 45.3 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 40.7 ซึ่งพบมากที่สุด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าซีรัมโปรตีนรวมเป็นเกณฑ์ โดยกำหนดระดับปกติของซีรัมโปรตีนรวมมีค่าระหว่าง 6.2-8.1 กรัม/เดซิลิตร พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าซีรัมโปรตีนรวมต่ำกว่าระดับปกติ ร้อยละ 2.2 โดยผู้สูงอายุหญิงพบมากที่สุดในภาคกลาง ส่วนผู้สูงอายุชายพบมากที่สุดในภาคเหนือ มีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้งในเขตเมืองและชนบท

สำหรับการประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้ค่าซีรัมอัลบูมินเป็นเกณฑ์ โดยกำหนดระดับปกติมีค่าระหว่าง 3.5-5.1 กรัม/เดซิลิตร พบว่าผู้สูงอายุมีค่าซีรัมอัลบูมินต่ำกว่าระดับปกติมากที่สุดถึงร้อยละ 4.7 พบในเขตชนบทมากกว่าในเมือง

จากผลการสำรวจภาวะการบริโภคอาหารจากการสำรวจที่ผ่านมา 4 ครั้ง ในพ.ศ. 2503,2513,2529,2538 พลังงานที่ได้รับส่วนใหญ่ได้จากข้าว มีการบริโภคโปรตีนและไขมันที่มากขึ้น แต่ก็ยังมีการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่มากเกินไปเล็กน้อยส่วนแร่ธาตุ ที่ได้ไม่เพียงพอตลอดทั้ง 4 ครั้ง คือ แคลเซียม ส่วนเหล็กได้รับมากขึ้นจาก 10 มก. ใน พ.ศ.2503 เป็น 18.1 ม. ใน พ.ศ.2538

กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ยังได้ทำการศึกษาระดับภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย ที่มีอายุระหว่าง 55-74 ปี โดยสุ่มตัวอย่างจาก 8 จังหวัดใน 4 ภาคของประเทศไทย จำนวน 2,455 คน ระหว่างเดือนกันยายน 2539 และกุมภาพันธ์ 2540 พบว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 60.4 ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม. ขึ้นไปร้อยละ 22.9

ผลการตรวจชีวเคมีในเลือด พบผู้สูงอายุที่มีภาวะโคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 40.3 ภาวะไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 20.8 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ร้อยละ 10.1 ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง ร้อยละ 21.3 ภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 18.4 และภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ร้อยละ 0.7 ส่วนผลการตรวจร่างกาย พบโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ 5 โรค คือ เหนืออ้วน เสบ ความดันโลหิตสูง โลหิตจาง คอพอกธรรมดา และปากนกกระจอก

นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาพฤติกรรมโภชนาการของผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดราชบุรี พิษณุโลก อุตรธานี และพัทลุง จำนวน 452 คน พบว่าผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 มีสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 85 บริโภคอาหารครบ 3 มื้อ ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดีว่าการกินอาหารครบ 5 หมู่ และบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการจะส่งผลให้มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องอาหารที่ควรบริโภคหรือหลีกเลี่ยง แต่ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายของคำว่า “การส่งเสริมโภชนาการ” ผู้สูงอายุต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ อาหารป้องกันโรค

2. มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุไทย ภายใต้โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรในเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย 4 ภาค ภาคละประมาณ 500 คน ในปี 2542-2543 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะ protein clergy malnutrition (ค่าดัชนีมวลกาย เท่ากับหรือต่ำกว่า 18.5 กก./ม) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชายและหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน จะพบว่าผู้สูงอายุชายในกลุ่มอายุ 60-69 ปี จะมีภาวะ protein clergy malnutrition มากกว่าในหญิงเสมอ ผู้สูงอายุหญิงมีความชุกของภาวะทุพโภชนาการในลักษณะนี้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นเกือบทุกภาค ในขณะที่ผู้สูงอายุชายไม่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่ชัดเจน ยกเว้นเฉพาะที่ภาคใต้

ส่วนการประเมินภาวะโภชนาการโดยการวัดส่วนประกอบต่างๆ ของร่างกายพบว่าผู้สูงอายุหญิงที่อยู่ในกลุ่มอายุยิ่งมาก จะยังมีความสมบูรณ์ของภาวะโภชนาการน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุน้อยกว่า และผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นจะมีการสะสมของไขมันในร่างกายลดลงหรือปราศจากภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วน

การประเมินภาวะโภชนาการโดยการตรวจทางโลหิตวิทยา โดยดูความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) พบว่าในเขตภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ได้ผลเหมือนกัน คือไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอายุทั้งในชายและหญิง ส่วนผลการศึกษาที่จังหวัดลำปาง พบว่า ในผู้สูงอายุชายระดับความเข้มข้นของเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70 ปี หรือมากกว่า ส่วนในผู้สูงอายุหญิง ความเข้มข้นของเลือดจะแตกต่างกันเฉพาะระหว่างกลุ่มอายุ 60-69 ปีและกลุ่มอายุ 80 ปี หรือมากกว่า และตรวจจำนวน Lymphocyte Count พบว่าการเปลี่ยนแปลงลดลงเมื่ออายุมากขึ้น เฉพาะในหญิงระหว่างกลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70 ปี หรือมากกว่า

การประเมินภาวะโภชนาการโดยการตรวจทางชีวเคมี พบว่าระดับ albumin globulin และ glucose ส่วนใหญ่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงตามอายุทั้งในผู้สูงอายุชายและหญิง ยกเว้น ค่า serum albumin ในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น แต่ถ้าเป็นเขตภาคเหนือที่ประชาชนมีฐานะยากจนจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในชายและหญิง ส่วนระดับไขมันในเลือด serum cholesterol, triglyceride, low entity lipoprotein และ high density lipoprotein ล้วนไม่มีความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ ทั้งในชายและหญิง

การเปรียบเทียบระดับวิตามินชนิดต่างๆ ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง วิตามินบีสิบสอง โฟเลต วิตามินซี และวิตามินอี ระหว่างกลุ่มอายุต่างๆ ทั้งในผู้สูงอายุชายและหญิง พบว่าระดับวิตามินต่างๆ ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันและไม่มีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ยกเว้นในเขตเมืองของภาคอีสานที่ผู้สูงอายุหญิงมีระดับวิตามินบีสิบสองและวิตามินซีในกลุ่มอายุ 70-79 ปี จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยระดับวิตามินทั้งสองในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปกลับสูงขึ้น

3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ได้ทำการสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุทุกภาค รวม 16 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 4,729 คน ในพ.ศ.2545 โดยการเปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงตามค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass index : BMI) ซึ่งค่ามาตรฐานอยู่ระหว่าง 18.5-25 กก./ม พบว่าผู้สูงอายุมีค่า BMI ต่ำกว่ามาตรฐาน (ผอม; <18.5 กก./ม) ร้อยละ 16.9 โดยพบในภาคเหนือมากกว่าภาคอื่น ผู้สูงอายุที่มีค่า BMI เกินกว่ามาตรฐานที่เริ่มอ้วน (>25 กก./ม) ร้อยละ 20.4 ผู้สูงอายุที่มี BMI เกินกว่ามาตรฐานที่อยู่ในภาวะอ้วน (30.0-39.9 กก./ม) พบร้อยละ 4.3 โดยภาคกลางมีผู้สูงอายุที่เริ่มอ้วนและอยู่ในภาวะอ้วนมากกว่าภาคอื่นๆ ส่วนค่า BMI เกินกว่ามาตรฐานจนเข้าสู่โรคอ้วน (>40 กก./ม) พบเพียงร้อยละ 0.3 คงเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคกลางภาคอื่นๆ ไม่พบโรคอ้วน

4. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ทำการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย ในพ.ศ.2539 พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง และสำรวจถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ทั้งหมด 16 โรค ในช่วง 6 เดือนก่อน โรคที่ได้รับรายงานว่าเป็นสูงสุดคือ ปวดหลัง-ปวดเอว ร้อยละ 68 รองลงมาคือ ไขข้ออักเสบ ร้อยละ 40 ความดันโลหิตสูง และโรคกระเพาะ ร้อยละ 21.8 เท่ากัน โรคหัวใจ ร้อยละ 13.4 ต้อกระจกตา ร้อยละ 11.5 ต้อเนื้อตา ร้อยละ 10.4 ส่วนโรคอื่นๆ มีน้อยลงตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจ เบาหวาน ต้อกระจกตา อัมพาต/อัมพฤกษ์ ซึ่งเป็นโรคที่ค่อนข้างสัมพันธ์ฐานะทางเศรษฐกิจหรือความเจริญพบว่าผู้สูงอายุในเมืองรวมทั้งกรุงเทพฯ เป็นมากกว่าในชนบท

5. Oster erg stern, 1982 ได้ทำการศึกษาคนอายุ 70 ปี พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ร่วมทดสอบกล่าวว่าไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ทุกชนิด และร้อยละ 30 กล่าวว่าความสามารถในการเคี้ยวไม่ดี สัดส่วนของผู้ที่มีความสามารถในการเคี้ยวจะลดลงในกลุ่มที่มีระดับฟันไม่สมบูรณ์สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 เพศ สัดส่วนของผู้ที่เข้าร่วมที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ จะเพิ่มขึ้นตามการ

สูญเสียฟันจำนวนมากและไม่ได้รับการใส่ฟันปลอมทดแทนหรือมีการใส่ฟันปลอมทดแทนแต่ไม่สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทั้ง 2 เพศ สารอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอ ได้แก่ โปรตีน เหล็ก โทอะมินและไรโบฟลาวิน ตาม ลำดับ การขาดสารอาหารจะสูงในกลุ่มที่ไม่มีฟันมากกว่าผู้ที่มีฟันธรรมชาติและสูงสุดในหญิงที่สูญเสียฟันทั้งปาก

6. Eke Lund, 1989 ได้ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป พบว่าร้อยละ 57.3 สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ร้อยละ 41.0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ทุกชนิด ผู้ที่มีฟันปลอมร้อยละ 29.7 ประสบปัญหาเกี่ยวกับฟันปลอมขณะรับประทานอาหาร เนื่องจากสภาพของฟันทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารทุกชนิดที่พวกเขาต้องการรับประทาน เมื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ประเมินความสามารถในการเคี้ยว พบว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับจำนวนฟันธรรมชาติ โดยการสูญเสียฟัน ถึง 7 ซี่ไม่มีผลในการเคี้ยวจะลดลงมากกว่าในรายที่ใส่ฟันปลอม

7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศ ใน พ.ศ.2537 โดยการศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยการให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง พบว่าร้อยละ 48.1 เคี้ยวได้ไม่ค่อยดี

8. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ ได้ทำการสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ในประเทศไทย พ.ศ.2538 พบว่าผู้สูงอายุรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่รับประทานอาหารผักเป็นประจำ ร้อยละ 73.5 รองลงมาคือ ผลไม้ เนื้อสัตว์ และปลา ต้มมันร้อยละ 18.6 ต้มชา กาแฟ ร้อยละ 12.0 ต้มน้ำอัดลมร้อยละ 3.6 ออกกำลังกายทุกวัน ร้อยละ 44.1

9. วรรณรุ่งริศา ทำการศึกษาระบบโภชนาการและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีความพิการ พ.ศ. 2539 ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ระหว่างเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2538 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีความพิการมีความพิการมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีความพิการ และเมื่อเปรียบเทียบข้อกำหนดสารอาหารที่คนไทยควรได้รับประจำวัน จำนวนของกลุ่มที่มีความพิการได้รับโปรตีน, แคลเซียม, วิตามินบี 2 และวิตามินซีน้อยกว่า 2 ใน 3 ของ RDA ทำให้ทราบว่าภาวะพิการมีผลกระทบต่อ การได้รับสารอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัญหาต่างๆ ที่กระทบต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ที่ยังเป็นปัญหาในกลุ่มของผู้สูงอายุ

### **ภาพรวมของปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ**

#### **ภาวะการขาดสารอาหาร**

เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย มีผลทำให้ความต้องการสารอาหารเปลี่ยนไป ความสามารถในการรับรสและกลืนลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นจะพบมากในผู้ที่มี

อายุ 70 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงในช่องปากและฟัน เกิดโรครากฟันได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุเคี้ยวอาหารลำบาก เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น

1. โรคขาดโปรตีนและแคลอรี (Protein-calorie malnutrition) พบโรคนี้มากในผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากไม่มีเงินซื้ออาหารบางชนิดที่มีราคาแพง เช่น เนื้อสัตว์ ขาดความรู้ในเรื่องอาหารการกินทดแทนอาหารเนื้อสัตว์ ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร เพราะเป็นวัยที่สูญเสียฟัน และเกิดปัญหาในช่องปาก ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีน้ำหนักลดลง ผู้สูงอายุไทยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการในอัตราที่สูง ร้อยละ 30-53 มีดัชนีมวลกาย ต่ำกว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร้อยละ 16 กินอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 34 ไม่รับประทานผักทุกวัน

2. โรคโลหิตจาง (Anemia) เกิดจากผู้สูงอายุได้รับธาตุเหล็กจากอาหารไม่เพียงพอ ประกอบกับการดูดซึมธาตุเหล็กลดลง ได้รับอาหารที่ช่วย การดูดซึมไม่เพียงพอ เช่น ผลไม้ที่ให้วิตามินซี เมื่อร่างกายได้รับธาตุเหล็กไม่เพียงพอเป็นเวลานานจะทำให้เกิดโรคโลหิตจางได้ ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นอัตราการเกิดโรคโลหิตจางจะสูงตามด้วย

จากการสำรวจอาหารและโภชนาการของประเทศไทย พ.ศ.2538 ผลสำรวจภาวะโลหิตจาง โดยใช้ค่าฮีโมโกลบินเป็นเกณฑ์ตามองค์การอนามัยโลกกำหนด พบความชุกของโรคโลหิตจางมากที่สุดเป็นผู้สูงอายุ โดยพบในผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 51.9 ผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 45.8

จากการศึกษาของประเสริฐ อัสสันตชัย พบว่าผู้สูงอายุชายมีระดับ hematocrit สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามในกลุ่มที่มีอายุมากๆ ความแตกต่างระหว่างเพศอาจไม่ชัดเจน

3. โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เป็นปัญหาที่พบมากขึ้นในประเทศที่ประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุสตรีซึ่งมีแนวโน้มเกิดโรคกระดูกพรุนมากกว่าผู้สูงอายุชาย ปัญหาสุขภาพที่ตามมาได้แก่ ปวดกระดูกเฉพาะเวลานอน กระดูกเปราะและหักง่ายเพราะโครงสร้างไม่แข็งแรงพอที่จะรับน้ำหนักได้บริเวณที่เกิดกระดูกหักพบว่ามักจะเกิดบริเวณที่เป็นโรคกระดูกพรุนบ่อยๆ นอกจากนี้โรคกระดูกพรุนยังก่อให้เกิดปัญหากระดูกสันหลังทรุดหรือหัก กระดูกข้อมือหัก และกระดูกสะโพกหักเนื่องจากการหกล้มเป็นต้น โดยในแต่ละปีพบผู้ที่กระดูกสะโพกหักจากทั่วโลกประมาณจาก 1.7 ล้านคนในปี 1990 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นประมาณ 6.3 ล้านคนในปี 2050 ในหญิงที่มีกระดูกสะโพกหักมีประมาณ 80% เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการหักจากกระดูกพรุนอย่างน้อย 30-40% ซึ่งในขณะที่เพศชายเสี่ยงเพียง 13% การที่ผู้หญิงเสี่ยงมากขึ้น เพราะว่าผู้หญิงจะสูญเสีย bone loss accelerates หลังจากหมดประจำเดือน การป้องกันที่เป็นไปได้คือการให้การรักษาด้วย ฮอร์โมน หลังหมดประจำเดือน ปัจจัยอีกอันที่สำคัญคือ การบริโภคอาหาร แต่ขึ้นกับกิจกรรมและการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับกระดูกพรุน การเพิ่มมวลกระดูกโดยการป้องกันการสูญเสียแร่ธาตุ ที่ใช้

ในการเสริมสร้างกระดูกส่วนที่สำคัญคือต้องได้รับแคลเซียมที่เพียงพอร่วมกับการออกกำลังกายซึ่งจะต้องเริ่มมาตั้งแต่ในวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

### ภาวะโภชนาการเกิน

ปัญหาภาวะโภชนาการเกินเป็นปัญหาใหม่ที่กำลังคุกคามประชากรไทยโดยเฉพาะในเด็กนักเรียน และเด็กรุ่นที่จะส่งผลกระทบต่อวัยหนุ่มสาวและวัยสูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น อัตราเมตาบอลิซึมในร่างกายลดลงและกิจกรรมต่างๆ ลดลงด้วยทำให้ความต้องการพลังงานลดลง แต่ผู้สูงอายุมิได้ลดอาหารลง ผู้สูงอายุบางคนชอบกินอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล เนื่องจากมีลักษณะอ่อนนุ่มและเคี้ยวง่าย บางคนก็กินมากขึ้น แต่ขาดการออกกำลังกาย ทำให้ได้พลังงานเกินความต้องการ เกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น

1. โรคอ้วน (Obesity) เป็นโรคทางโภชนาการที่สำคัญ ทางกรมแพทย์ถือว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งซึ่งเกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหาร โดยเฉพาะพลังงานเข้าไปมาก เกินกว่าที่ร่างกายจะสามารถใช้ได้หมด ทำให้เหลือพลังงานเก็บสะสมไว้ในร่างกายในรูปไขมันมากขึ้น ร่างกายคนเราจะมีไขมันเพื่อสำรองเป็นอาหาร ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายและเปรียบเสมือนเบาะกันการกระแทกหากมีปริมาณไขมันมากเกินไป 20% จะทำให้เกิดโรคอ้วน จากการสำรวจปริมาณการได้รับสารอาหารทั้งประเทศของกรมอนามัย ใน พ.ศ.2521 และ 2538 พบแนวโน้มว่าคนไทยบริโภคไขมันเพิ่มขึ้น โดยคนในเขตเมืองบริโภคไขมันมากกว่าในเขตชนบท และมากกว่าในอดีตมาก ทั้งนี้การบริโภคไขมันในเขตชนบท และบริโภคโปรตีนจากสัตว์ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และในการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538 พบอัตราความชุกของโรคอ้วนสูงสุดในกลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 40.2 มีอัตราเพิ่มสูงกว่ากลุ่มอื่นจากร้อยละ 19.1 ใน พ.ศ.2529 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 35 และกลุ่มอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 29.8

ในปัจจุบัน พบว่า เด็กไทยเป็นโรคอ้วนกันมาก จากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กนักเรียนระดับประถมศึกษา เขตเมือง ในจังหวัดทุกภาค พบว่า มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 13.6 จากจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 9,252 คน นอกจากนี้ ยังพบว่า เด็กที่อ้วนตั้งแต่เล็ก จะมีโอกาสเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน ถึงร้อยละ 25 หรือ 1 ใน 4 แต่ถ้าอ้วนตั้งแต่วัยรุ่น ก็จะโตเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วนร้อยละ 75 หรือ 3 ใน 4 โรคอ้วนนอกจากจะเป็นปัญหาสุขภาพเด็กและเยาวชนไทยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุอีกด้วย และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทย

2. โรคเบาหวาน (Diabetes) พบได้ประมาณ 3.5 เปอร์เซ็นต์ของคนทั่วไป ทุกเพศและทุกวัย แต่จะพบมากในกลุ่มคนอายุ 40 ปีขึ้นไป คนที่อยู่ในเขตเมืองจะมีโอกาสเป็นมากกว่าคนในชนบทเมื่ออายุมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดโรคนี้จะมากขึ้นตามอายุ การเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุเนื่องมาจากประสิทธิภาพการเผาผลาญกลูโคสต่ำลงกว่าวัยหนุ่มสาว เป็นผลมาจากปัจจัย 2 ประการ คือตับอ่อนหลั่งอินซูลินซึ่งเป็นฮอร์โมนลดน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดน้อยลง และ



เนื้อเยื่อต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน จากการสำรวจการเจ็บป่วยเรื้อรังของประชากร วัย 50 ปีขึ้นไปพบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 5.4 ในเขตเมืองซึ่งเป็นมากกว่าเขตชนบทถึง 3 เท่า และเพศหญิงเป็นมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า เช่นเดียวกับผลการสำรวจ NHES1 และ SWET จากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2544 พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.9 ได้รับการรักษาและควบคุมโรคได้ ร้อยละ 93.1

3. โรคความดันโลหิตสูง มักเกิดในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน ในช่วงแรกที่เป็นมักจะไม่มีอาการแสดงให้เห็น ในระยะปานกลางอาจมีอาการบ้าง เช่น หัวใจเต้นแรง ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน หอบเหนื่อย อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ คือ โรคอัมพาตครึ่งซีก ภาวะไตวายเรื้อรัง โรคเกี่ยวกับตา และเกิดภาวะหัวใจวาย จากการศึกษาระบาดวิทยาผู้สูงอายุในประเทศไทย เรื่องสถานะทางสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 15.9 และจากการสำรวจคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2544 พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 14.0 ได้รับการรักษาและควบคุมได้ร้อยละ 90.9

4. ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ คือโรคเส้นเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในประเทศไทยได้มีการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนไทยทุกกลุ่มอายุ ใน พ.ศ.2534 ครอบคลุมพื้นที่ 17 จังหวัด (รวมกรุงเทพมหานคร)พบว่าภาวะโคเลสเตอรอลสูงกว่า 200 มก./ดล. มีถึงร้อยละ 11.3 และจากการสำรวจภาวะโภชนาการของพนักงานออมสินที่มีอายุ 60 ปี พ.ศ. 2529-2530 โดยการตรวจไขมันในเลือด พบว่าร้อยละ 63 มีโคเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 23 มีไตรกลีเซอไรด์สูง ร้อยละ 64 มีแอล ดี แอลโคเลสเตอรอลสูง และ เอช ดี แอลโคเลสเตอรอลต่ำร้อยละ 11 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ กรณีศึกษาในจังหวัดฉะเชิงเทรา ที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะโภชนาการเกินโดยการตรวจเลือดพบไตรกลีเซอไรด์สูงกว่าปกติร้อยละ 16.6โคเลสเตอรอลสูงกว่าปกติร้อยละ 46 และ แอล-ดี-แอลโคเลสเตอรอลสูงกว่าปกติร้อยละ 43.6

### ภาวะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ

คนเราเมื่ออายุมากขึ้นย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะทางด้านร่างกายที่ปรากฏความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ แต่จะมากน้อยเพียงใดก็ขึ้นอยู่กับวิถีการดำเนินชีวิต การดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและกรรมพันธุ์ของแต่ละคน การดูแลสุขภาพที่ดีและถูกสุขลักษณะ ตั้งแต่ต้นจะช่วยลดโอกาสเกิดโรค หรือลดปัญหาทางสุขภาพที่มักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุดังเช่นปัญหาทางด้านโภชนาการที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญด้วยสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ดังนี้

1. การรับรสเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น การทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรส กลิ่น และสัมผัสจะน้อยลง ตุ่มรับรสมีขนาดและจำนวนลดลง โดยที่ตุ่มรับรสทางด้านหน้าซึ่งเป็นตุ่มรับรสหวานและเค็มจะได้รับผลกระทบก่อนตุ่มรับรสทางด้านหลังซึ่งรับรสขม และเปรี้ยวจะ

ได้รับผลกระทบตามมา ดังนั้นจึงทำให้มีความไวต่อการรับรสหรือเปรี้ยวได้มากกว่า โดยที่จะรับความรู้สึกต่อรสหวานและเค็มน้อยลง การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับตุ่มรับรสนี้จะเริ่มต้นโดยเฉลี่ยเมื่ออายุประมาณ 70 ปี

2. การทำงานของระบบทางเดินอาหารการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบทางเดินอาหารของผู้สูงอายุนั้นพบว่าการเปลี่ยนแปลงมาก เริ่มตั้งแต่ผู้สูงอายุฟันไม่ดีหรือไม่มีฟัน ทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่ดี ทำให้ได้รับปริมาณและชนิดของอาหารลดลงน้อยลง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่ในบางรายก็มักจะกินอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต (แป้ง) ที่เคี้ยวง่าย ทำให้เกิดภาวะหรือโรคอ้วนได้ นอกจากนี้การทำงานของต่อมน้ำลายในปากก็ลดลงด้วย ทำให้การผลิตน้ำลายลดลง มีผลให้การบดเคี้ยว การกลืนเป็นไปไม่ดี การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลงกระเพาะอาหารจะย่อยช้าลง และการดูดซึมน้ำก็เป็นไปไม่ดี การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลงกระเพาะอาหารย่อยช้าลง และการดูดซึมน้ำก็เป็นไปได้ไม่ดี จึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการท้องอืด มีแก๊สในกระเพาะลำไส้มาก ผู้สูงอายุจะกินได้น้อย เนื่องจากรู้สึกว่าการเคี้ยวอาหารยังเต็มอยู่ การผลิตน้ำย่อยที่มีความเป็นกรด (hydrochloric acid) และน้ำย่อยอื่นๆ ที่ช่วยย่อยจะน้อยลง การที่มีการหลั่งน้ำย่อยที่มีความเป็นกรด(hydrochloric acid) ลดลงทำให้การดูดซึมน้ำของร่างกาย

3. การกระหายน้ำลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการขาดน้ำในร่างกายได้ ถ้ามีความไม่สมดุลของปริมาณ น้ำที่ผู้สูงอายุได้รับกับปริมาณที่ขับออกจากร่างกาย ซึ่งมีกลไกผ่านทาง antidiuretic hormone (ADH) และหน้าที่ของไต การกระหายน้ำและการหลั่งADH ถูกควบคุมโดย hypothalamic osmoreceptorsซึ่งไวต่อการที่เซลล์ขาดน้ำแต่ในผู้สูงอายุอัตราการกรองที่ได้และอัตราการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลงรวมทั้งมีการตอบสนองต่อภาวะการขาดน้ำได้ลดลง และปัญหาส่วนใหญ่ก็คือผู้สูงอายุมักจะดื่มน้ำได้น้อย บางคนทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ จะทำให้เกิดการขาดน้ำในร่างกายได้

4. การสูญเสียของมวลกล้ามเนื้อ (lean body mass)เซลล์กล้ามเนื้อจะมีการเผาผลาญลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้มีการสะสมโปรตีนของร่างกายลดลงแต่ปริมาณไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจะเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอัตรา เมตาบอลิซึมพื้นฐาน (basal metabolism)และกิจกรรมการใช้พลังงานลดลง

5. การสูญเสียมวลกระดูก (bone mass)ผู้สูงอายุจะมีมวลกระดูกลดลงประมาณร้อยละ 3-5 สำหรับทุกๆ 10 ปี เริ่มต้นที่อายุ 40 ปี การลดลงของมวลกระดูกมีผลทำให้เกิดการเปราะแตกหักของกระดูกได้ง่ายมากขึ้น

### **ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้สูงอายุ**

อาหารเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของสิ่งมีชีวิตทุกชนิด ร่างกายของคนเราจะเจริญเติบโตมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ได้ก็ต่อเมื่อเราบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยที่อาหารที่เราบริโภคนั้นจะต้องสะอาด ไม่มีสารพิษปนเปื้อนจากวัตถุเจือปนอาหาร สารปนเปื้อน สารปนปลอมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย แต่ถ้าได้รับอาหารไม่ครบถ้วน หรือในปริมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย คุณภาพอาหารไม่ดีพอ ก็จะทำให้เกิดภาวะการขาดสารอาหาร หรือเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ตามมาได้ ฉะนั้นร่างกายของคนเราจึงประกอบขึ้นจากอาหารที่เราบริโภคนั่นเอง ดังคำกล่าวที่ว่า you are what you eat การบริโภคอาหารที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพ นับตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยชราซึ่งเป็นความจำเป็นที่จะต้องศึกษาให้เข้าใจถึงความต้องการสารอาหารในแต่ละวัย เนื่องจากปริมาณความต้องการสารอาหารในแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน ความต้องการสารอาหารในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับผลของการเปลี่ยนแปลงจาก กระบวนการชราหรือสถานะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการชราจะเกิดขึ้นกับทุกคนเมื่ออายุมากขึ้น แต่จะเกิดในอัตราที่แตกต่างกัน และอัตราการเปลี่ยนแปลงยังได้รับอิทธิพลจากโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นได้ตลอดชีวิต ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะมีความต้องการสารอาหารมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ต้องการสารอาหารเพียงเพื่อการดำรงสุขภาพและป้องกันโรคเท่านั้น

### ปริมาณความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุ

พลังงานคือความสามารถในการทำงาน คนจะได้พลังงานจากพืชและสัตว์ที่เป็นอาหาร ซึ่งได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน สารอาหารเมื่อถูกดูดซึมและเปลี่ยนแปลงไปตามกระบวนการเมตาบอลิซึม (metabolism) ก็ทำให้เกิดพลังงานได้หลายการศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุต้องการพลังงานจากอาหารลดลง อันเนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราพลังงานขั้นพื้นฐาน (basal metabolism rate ;BMR) และกิจกรรมการใช้พลังงานลดลง

คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันซึ่งที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทยได้กำหนดความต้องการพลังงานที่ต้องการในผู้ใหญ่ชาย-หญิง โดยคำนึงถึงค่าพลังงานที่ต้องการพื้นฐานและพลังงานที่ต้องการเพื่อการประกอบกิจกรรม ดังนี้

ปริมาณพลังงานที่ต้องการในหนึ่งวัน(กิโลแคลอรี)=พลังงานที่ต้องการขั้นพื้นฐาน (BMR) Xค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรม(BMR factor)

ตารางที่ 3-1 ค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรมของผู้ใหญ่ชาย หญิง ตามประเภทของกิจกรรม

เพศ	ค่าคงที่ตามประเภทของกิจกรรม
-----	-----------------------------

	งานเบา	งานหนักปานกลาง	งานหนัก
ชาย	1.55	1.78	2.10
หญิง	1.56	1.64	1.82

ที่มา : คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวัน ที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532

ตารางที่ 3-2 พลังงานที่ต้องการในหนึ่งวันของผู้ใหญ่ชาย หญิง ที่ประกอบกิจกรรมประเภทงานหนักปานกลาง

เพศ	อายุ (ปี)	น้ำหนัก ตัว (กก.)	พลังงานที่ ต้องการ ขั้นพื้นฐาน (กิโลแคลอรี/กก.)	ค่าคงที่ ตามประเภท ของ กิจกรรม	พลังงาน ที่ กำหนด	
					กิโลแคลอรี	(กิโลจูล)
ชาย	20-29	58	27.0	1.78	2,800	11,700
	30-35	58	26.8	1.78	2,750	11,700
	60+	58	21.9	1.78	2,250	9,400
หญิง	20-29	50	24.6	1.64	2,000	8,350
	30-35	50	25.3	1.64	2,000*	8,350
	60+	50	22.4	1.64	1,850	7,750

ค่าที่ได้จากการคำนวณคือ 2,075 กิโลแคลอรี เมื่อปรับกับขนาดและส่วนประกอบของร่างกายคนไทยสมควรกำหนด 2,000 กิโลแคลอรี

ที่มา : คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวัน ที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532

องค์การอนามัยโลก แนะนำความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุในช่วงประมาณ  $1.4-1.8 \times \text{BMR}$  ในการที่จะคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวและระดับประเภทของกิจกรรมที่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ผลของความต้องการพลังงานอาจสูงขึ้นกว่านี้ก็ได้ขึ้นกับความต้องการที่จะใช้เพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย

### ปริมาณความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุ

1. โปรตีนเป็นสารสำคัญเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของเซลล์ แหล่งสำคัญของโปรตีนคือ กรดอะมิโน ซึ่งมีหน้าที่สร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่างๆ สร้างโปรตีนที่ทำหน้าที่ควบคุมการทำงานต่างๆ ภายในร่างกาย เช่น น้ำย่อย ฮอรโมน สารภูมิคุ้มกัน และโปรตีนชนิดต่างๆ ในร่างกาย รักษาดุลของน้ำและกรดต่างในร่างกาย ช่วยขจัดสารพิษบางอย่าง นอกจากนี้ยังให้พลังงาน ถ้าร่างกายได้รับพลังงานจากอาหารคาร์โบไฮเดรตและไขมันไม่พอ จะใช้พลังงานจากโปรตีน 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี และถ้าได้รับโปรตีนจากอาหารไม่เพียงพอ จะทำให้ขาดโปรตีนที่จะทำหน้าที่อื่นๆ ในร่างกายได้

ปริมาณของโปรตีนที่แต่ละบุคคลต้องการจะเท่ากับปริมาณน้อยที่สุดที่ร่างกายสามารถรักษาสสมดุลของไนโตรเจนที่สูญเสียออกจากร่างกาย และเพื่อรักษาสภาพสมดุลของพลังงาน การกำหนดค่าความต้องการโปรตีนของแต่ละบุคคลได้จากค่าเฉลี่ยความต้องการโปรตีนในกลุ่มอายุ และเพศเดียวกันที่มีขนาดของร่างกายและการประกอบกิจกรรม ใกล้เคียงกัน แล้วนำมาปรับเพื่อกำหนดปริมาณของโปรตีนที่ปลอดภัยสำหรับการบริโภค ปริมาณความต้องการโปรตีนในผู้สูงอายุที่ควรได้รับในแต่ละบุคคลถูกคาดว่าจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น เนื่องจากการที่มีมวลกล้ามเนื้อลดลง (lean body mass) แต่ยังมีหลายการศึกษาพบว่าความต้องการโปรตีนในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ทั่วป่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้โปรตีนประมาณ 0.9-1.1 กรัม/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และมีภาวะทุพพลภาพ หรือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มีการติดเชื้อได้รับการผ่าตัด ได้รับบาดเจ็บต่างๆ จะมีความต้องการโปรตีนเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ เพื่อที่จะดำรงสถานะสมดุลของไนโตรเจน อาหารที่ให้โปรตีนคุณภาพดี ควรได้จากไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ ปลา ทั้งนี้เพื่อให้ได้ กรดอะมิโน ที่จำเป็นครบ ผู้สูงอายุไม่ควรได้รับอาหารโปรตีนสูงเกินไป เนื่องจากอาจทำให้เกิดการย่อยและดูดซึมอาหารไม่ดี และเป็นภาระต่อไตในการขับถ่ายของเสียไนโตรเจน

2. คาร์โบไฮเดรตเป็นสารอาหารหลักที่สำคัญในการให้พลังงาน ในการทำกิจกรรมต่างๆ คาร์โบไฮเดรตพบในอาหารหลักที่คนในเอเชียบริโภคในปริมาณที่มาก มีหน้าที่เป็นแหล่งผลิตพลังงาน นอกเหนือไปจากโปรตีนและไขมัน คาร์โบไฮเดรต 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรตในอาหารเกือบทั้งหมดใช้เป็นแหล่งพลังงาน หลายหน่วยงานเฉพาะ United States Department of

Agriculture(USDA),AmericanHeart Assa ฯลฯ ได้ให้ข้อเสนอแนะปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่ผู้สูงอายุควรได้รับในวันหนึ่งๆ ควรเป็นร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหารซึ่งคิดเป็นคาร์โบไฮเดรตประมาณ 300-400 กรัม นอกจากนี้แนะนำให้ไม่ควรได้รับต่ำกว่า 50-100 กรัม/วัน เพื่อป้องกันภาวะดีโอสีส

จากข้อแนะนำในการบริโภคของชาวอเมริกัน แนะนำควรบริโภคแป้งและใยอาหารให้พอเพียงหลีกเลี่ยงการบริโภคน้ำตาลที่มาก ควรบริโภคเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าว ธัญพืช ขนมปัง ฯลฯ มากกว่าน้ำตาลเชิงเดี่ยว(simple sugar) เนื่องจากการศึกษาต่างๆ พบว่าน้ำตาลโดยเฉพาะซูโครส ก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะดื้อต่ออินซูลิน

นอกจากนี้ปัญหา lactose intolerance อาจเกิดได้ในผู้สูงอายุบางราย จากระดับของเอนไซม์แลคเตสใน ลำไส้เล็กที่ลดลงในผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการดื่มนมเป็นประจำทำให้เกิดท้องอืดหรือท้องเดิน ซึ่งเป็นผลจากร่างกายไม่สามารถย่อยคาร์โบไฮเดรตที่เป็นน้ำตาลแลคโตสได้

ส่วนใยอาหารปัจจุบันยังไม่มีข้อกำหนดปริมาณใยอาหารที่ควรบริโภคในแต่ละวันอย่างแน่นอน ทั้งนี้เนื่องจากพืชต่างชนิดกันมีปริมาณและชนิดของใยอาหารที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามการบริโภคใยอาหารเป็นประจำ จะเป็นผลดีต่อสุขภาพผู้สูงอายุควรกินอาหารที่มีใยอาหารสูงซึ่งมีมากใน ผัก ผลไม้ ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช เป็นต้น เพราะช่วยให้ผู้สูงอายุขับถ่ายได้ดีขึ้น หลายหน่วยงานแนะนำให้บริโภคใยอาหารอยู่ในช่วงประมาณ 20-35 กรัม/วัน สำหรับคนไทยยังไม่มีหน่วยงานใดกำหนดปริมาณใยอาหารที่ควรบริโภค แต่จากการศึกษาของประสาทศรี ภูวเสถียร และคณะ ในปี พ.ศ.2532 ได้ทำการศึกษาค้นคนไทยในเขตกรุงเทพฯ ที่รับประทานอาหารทั้งที่มาจากพืชและสัตว์พบว่าบริโภคใยอาหารโดยเฉลี่ยวันละ 35 กรัม

3. ไขมันมีความสำคัญต่อร่างกาย 3 ประการคือเป็นแหล่งพลังงาน ให้กรดไขมันจำเป็นและให้วิตามินที่ละลายไขมัน (fat soluble vitamin) ไขมันที่ให้กรดไขมันจำเป็นและวิตามินจะอยู่ในอาหารบางชนิดและคิดเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณไขมันที่บริโภคกันอยู่ทั่วไปในปัจจุบันยังไม่ทราบปริมาณไขมันที่ร่างกายต้องการ ดังนั้นปริมาณไขมันที่แนะนำให้รับประทานจึงยังไม่จำกัดตายตัวไม่เหมือนกับโปรตีนและวิตามิน ผู้สูงอายุควรได้รับประทานไขมันลดลงเนื่องจากมีความต้องการพลังงานลดลง องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าผู้สูงอายุไม่ควรบริโภคปริมาณไขมันเกินกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด ในการบริโภคกรดไขมันอิ่มตัว(ไขมันของสัตว์) ควรบริโภคเพียงเล็กน้อย หรือไม่เกินร้อยละ 8 ของพลังงานทั้งหมดและกรดไขมันไม่อิ่มตัว อย่างน้อยที่สุดร้อยละ 1-2 ของพลังงานทั้งหมด เพื่อป้องกันการขาดกรดไขมันจำเป็น

ในประเทศไทยเรายังมิได้กำหนดปริมาณไขมันที่ควรรับประทานแต่นักโภชนาการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าควรบริโภคไขมันไม่น้อยกว่าร้อยละ 20-25 ของพลังงานทั้งหมด และเน้นเรื่องการกินไขมันพวกที่ไม่อิ่มตัวสูง (ไขมันจากพืช) ให้มากกว่าไขมันประเภทอื่นเพื่อป้องกันอันตราย

ที่อาจจะเกิดขึ้นกับหัวใจและหลอดเลือด อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องเข้มงวดกับการลดการบริโภคไขมันจนมากเกินไป เพราะไขมันในอาหารมีส่วนช่วยให้อาหารนุ่มลื่นอร่อยน่ารับประทาน การลดปริมาณไขมันมากเกินไปอาจทำให้ผู้สูงอายุกินอาหารไม่อร่อยและเบื่ออาหาร อาจจะทำให้เป็นผลเสียต่อสุขภาพ มากกว่า นอกจากนี้มีการศึกษาที่พบว่าประชากรสูงอายุที่มีระดับโคเลสเตอรอลต่ำกว่าปกติค่อนข้างมากจะมีอันตรายสูง

4. วิตามินและแร่ธาตุเป็นสารอาหารจำพวกหนึ่งที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตให้เป็นปกติเป็นกลุ่มของสารอินทรีย์ แม้ว่าร่างกายจะมีความต้องการวิตามินบางตัวในปริมาณไม่มากแต่วิตามินทุกตัวมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะทำหน้าที่เป็นโคเอนไซม์(copenzyme) ซึ่งช่วยให้น้ำย่อยทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ คือทำหน้าที่เป็นตัวเร่งให้เกิดปฏิกิริยาเคมีภายในเซลล์ของสิ่งมีชีวิต วิตามินจะช่วยให้เปลี่ยนไขมันและคาร์โบไฮเดรต เป็นพลังงานและช่วยในการสร้างกระดูกและเนื้อเยื่อ แต่วิตามินจะไม่ให้พลังงานหรือเป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อใดๆ

แร่ธาตุก็เช่นกันนับว่ามีความสำคัญต่อร่างกายที่จะขาดเสียไม่ได้ในการดำเนินชีวิตอยู่เป็นปกติ ทำหน้าที่เป็นส่วนประกอบของเซลล์ เนื้อเยื่อกระดูกหรือทำหน้าที่เป็นโคแฟกเตอร์ในปฏิกิริยาต่างๆในร่างกาย

วิตามินกับแร่ธาตุแตกต่างกันตรงที่วิตามินเป็นอินทรีย์สารซึ่งถูกทำลายได้ง่ายเมื่อถูกกับความร้อนหรือถูกอากาศ ทำให้เกิดการออกซิเดชัน ส่วนแร่ธาตุเป็นพวกอนินทรีย์สาร ซึ่งไม่เสียเมื่อถูกกับความร้อน

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาขาดวิตามินและแร่ธาตุบางตัวได้จากการที่ผู้สูงอายุรับประทานอาหารน้อยลงและประสิทธิภาพการดูดซึมสารอาหารในลำไส้ลดลง รวมทั้งการสูญเสียสารอาหารต่างๆ จากการเป็นโรคเรื้อรัง วิตามินที่พบว่าผู้สูงอายุมักจะขาดคือ วิตามินบี 12 ส่วนแร่ธาตุที่มักบกพร่องหรือมีปัญหาคือ ธาตุเหล็ก และแคลเซียม สำหรับความต้องการแคลเซียมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการลดลงของมวลกระดูกเร็วกว่าที่ควรจะเป็น ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัม/วัน โดยปริมาณที่องค์การอนามัยโลก แนะนำคือ 800-1200 มิลลิกรัม/วัน และจะต้องได้รับวิตามินดีอย่างเพียงพอด้วย เพื่อช่วยทำให้การดูดซึมแคลเซียมดีขึ้น

จึงควรจัดอาหารให้ผู้สูงอายุมีความหลากหลายและในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับวิตามินและแร่ธาตุอยู่ในภาวะสมดุล

5. น้ำเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อม เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความรู้สึกระหายน้ำลดลงเนื่องจาก มีความไวต่อความเข้มข้นของพลาสมาลดลง และมีการเสื่อมสภาพของไตในการที่จะปรับปัสสาวะให้เข้มข้นปริมาณน้ำในร่างกายก็จะน้อยลง นอกจากนี้บางคนมีปัญหาทางสุขภาพและภาวะทุพพลภาพที่ทำให้ไม่สามารถดื่มน้ำได้อย่างมีอิสระตามต้องการ สาเหตุเหล่านี้เป็นผลมาจากกระบวนการชราและโรคหรือข้อจำกัดทางสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาส

ที่จะขาดน้ำได้ง่าย ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหามากมาย เช่น ท้องผูก ภาวะแคลเซียมในเลือดสูง ปัสสาวะลดลง และเกิดภาวะสับสนได้ง่าย เป็นต้น ดังนั้นควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำและของเหลวอื่นๆ ที่เหมาะสมอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัวหนึ่ง กิโลกรัมหรือไม่ควรต่ำกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน

### ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวัน(Recommended Dietary Allowances; RDA)

เป็นมาตรฐานอาหารที่จัดสร้างขึ้น บางประเทศใช้เรียกชื่อที่แตกต่างกันไป แต่ล้วนมีจุดมุ่งหมายในการใช้ประโยชน์ตรงกันทั้งสิ้น สอดคล้องกับคำนิยามของ FAO/WHO 1970และคณะกรรมการอาหารและโภชนาการแห่งชาติ Food and Nutrition Board NAS/NRC สหรัฐอเมริกา 1980 ซึ่งได้ให้ความหมายของ RDA หรือ RDI ว่าหมายถึงการกำหนดปริมาณของสารอาหารชนิดต่างๆที่จำเป็นต้องได้รับจากอาหารบริโภคประจำวันอย่างพอเพียงกับความต้องการทางสรีรวิทยาของร่างกายของบุคคลปกติทั่วไปในกลุ่มประชากรเพื่อให้ดำรงสุขภาพอนามัยอย่างสมบูรณ์

สำหรับประเทศไทยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ จัดทำเป็นมาตรฐานอาหารและโภชนาการของประเทศ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีภาวะโภชนาการที่ดี ของคนไทย เรียกชื่อว่า ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันของคนไทย(Recap, coded Daily Dietary Allowances for ใช้คำย่อว่า RDA โดย RDA นี้มีข้อจำกัดในการใช้คือ

1. ใช้สำหรับบุคคลที่อยู่ในสภาวะปกติเท่านั้น ไม่มีอาการเจ็บป่วย เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยย่อมทำให้ความต้องการสารอาหารของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป

2. ปริมาณสารอาหารตามข้อกำหนด RDA ไม่ได้พิจารณากำหนดขึ้นเป็นความต้องการอาหารของบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ได้กำหนดให้เป็นปริมาณที่พอเพียงให้บุคคลในกลุ่มประชากรได้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เนื่องจากมีความแตกต่างกันอย่างมากในระหว่างบุคคลทั้งในด้านโครงสร้างขนาดของร่างกาย ตลอดจนลักษณะอื่นๆ ตามชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นตัวกำหนดของแต่ละบุคคล เป็นผลให้ความต้องการสารอาหารประจำวันของบุคคลในกลุ่มมีความแปรปรวนแตกต่างกันมาก ดังนั้นข้อกำหนด RDA จึงได้กำหนดปริมาณสารอาหารต่างๆ ไว้สูงเกินกว่าค่าเฉลี่ยความต้องการสารอาหารประจำวันบุคคลเป็นส่วนใหญ่ เป็นการเพิ่มปริมาณสารอาหารเพื่อประกันความพอเพียงให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็นทุกชนิด ยกเว้นการกำหนดปริมาณความต้องการพลังงานจากอาหารบริโภคทั้งหมด ซึ่งจะกำหนดให้อยู่ในระดับพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย โดยให้มีความแตกต่างของความต้องการระหว่างบุคคลในกลุ่มในช่วงน้อยกว่าสารอาหารชนิดอื่นๆ เพื่อป้องกันปัญหาของการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นของกลุ่มประชากร



ตารางที่ 3-3ข้อกำหนดสารอาหารที่ผู้สูงอายุไทย (อายุ 60+ ปี) ควรได้รับในแต่ละวัน

สารอาหาร	ชาย	หญิง
พลังงาน (กิโลแคลอรี)	2,250	1,850
โปรตีน (กรัม/น้ำหนักตัวกิโลกรัม)	.88*	.88*
วิตามินเอ (มคก.อาร์อี)	700	700
ดี (มคก.อาร์อี)	5	5
อี (มก.อัลฟาทีอี)	10	8
ซี (มก.)	60	60
บี 1 Thiamin(มก.)	1.2	1.0
บี 2 Riboflavin (มก.)	1.4	1.2
Niacin (มก.เอ็นอี)	16	13
Vit B6 (มก.)	2.2	2.0
Folacin(มคก.)	175	150
Vit B12 (มคก.)	2.0	2.0
แร่ธาตุแคลเซียม	800	800
ฟอสฟอรัส (มก.)	800	800
แมกนีเซียม (มก.)	350	300
เหล็ก (มก.)	10	10
สังกะสี (มก.)	15	15
ไอโอดีน (มคก.)	150	150

ที่มา : คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวัน ที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532  
คำนวณจากน้ำหนักตัวเฉลี่ย ชาย 58 กิโลกรัม หญิง 50 กิโลกรัม

## การประเมินสถานะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุมีหลายวิธี เช่น การประเมินด้วยสายตา การวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การวัดเส้นรอบแขน การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การหาค่าดัชนีมวลกาย การวัด Triceps skinfold และ Subscapular skinfold ในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุแบบง่าย ได้แก่

### 1. วิธีการประเมินด้วยสายตา

วิธีที่ใช้ประเมินเฉพาะในกรณีที่ผู้สูงอายุผอมมากๆ น้ำหนักตัวน้อย หรือผู้สูงอายุที่อ้วนมากๆ จะเห็นได้ชัด มองดูด้วยสายตาก็จะรู้ว่า “อ้วนมาก” ลักษณะของภาวะอ้วน มี 3 ลักษณะคือ

- 1.1. มีรูปร่างคล้ายผลแอปเปิล คือมีไขมันสะสมบริเวณส่วนบนของร่างกาย บริเวณท้องกลางลำตัว
- 1.2. มีรูปร่างคล้ายลูกแพร์ มีไขมันสะสมบริเวณส่วนล่างของร่างกาย ขาหนีบ สะโพกและตามแขนขา
- 1.3. มีรูปร่างคล้ายผลส้ม คือ อ้วนกลมทั้งตัว

### 2. การชั่งน้ำหนักและการวัดส่วนสูง

2.1 แบ่งตามขนาดโครงร่าง โดยนำค่าของน้ำหนักตัวที่ได้และส่วนสูงมาดูจากตารางเปรียบเทียบดังนี้

ตารางที่ 3-4แสดงการเปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักที่ควรจะเป็นในชายอายุ 25ปีขึ้นไป

ความสูง / ซม.	โครงสร้าง		
	เล็ก / กก.	กลาง / กก.	ใหญ่ / กก.
155 - 156	49 - 52	51 - 54	53 - 56
157 - 159	51 - 54	53 - 55	54 - 57
160 - 161	52 - 55	54 - 56	55 - 58
162 - 164	53 - 57	56 - 59	57 - 60
165 - 166	55 - 58	58 - 61	60 - 63
167 - 169	56 - 59	59 - 62	63 - 65
170 - 171	57 - 60	60 - 63	64 - 67
172 - 174	59 - 61	63 - 66	65 - 69
175 - 176	62 - 63	65 - 68	67 - 70
177 - 179	63 - 66	66 - 69	68 - 75

180 - 181	64 - 67	68 - 70	70 - 74
-----------	---------	---------	---------

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย

ตารางที่ 3-5 แสดงการเปรียบเทียบส่วนสูงและน้ำหนักที่ควรจะเป็นในหญิงอายุ 25 ปีขึ้นไป

ความสูง / ซม.	โครงสร้าง		
	เล็ก / กก.	กลาง / กก.	ใหญ่ / กก.
145 - 146	42 - 44	43 - 46	45 - 48
147 - 149	43 - 45	44 - 47	46 - 49
150 - 151	44 - 46	46 - 49	48 - 51
152 - 154	45 - 47	47 - 50	49 - 52
155 - 156	46 - 48	48 - 51	50 - 54
157 - 159	47 - 49	49 - 52	51 - 55
160 - 161	48 - 50	50 - 53	52 - 56
162 - 164	50 - 52	52 - 55	54 - 58
165 - 166	52 - 54	54 - 57	56 - 60
167 - 169	54 - 56	56 - 59	58 - 62
170 - 171	55 - 58	58 - 61	60 - 63

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย

2.2. การใช้ดัชนีมวลกาย (BMI หรือ Body Mass Index) คำนวณค่าได้ดังนี้

$$\text{ค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ส่วนสูง (เมตร)<sup>2</sup>

ตารางที่ 3-6 แสดงค่าดัชนีมวลกาย ของภาวะอ้วนและภาวะผอม

	ค่า ดัชนีมวลกาย (กก. / ม <sup>2</sup> )
ภาวะผอม	
ระดับ 3	< 16.0
ระดับ 2	16.0 - 16.9
ระดับ 1	17.0 - 18.4

ค่าปกติ	18.5 – 24.9
ภาวะอ้วน	
น้ำหนักตัวเกิน	25.0 – 29.9
อ้วน	30 – 39.9
อ้วนที่มีพยาธิสภาพ	≥40

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย

ตารางที่ 3-7 แสดงค่าดัชนีมวลกายตามน้ำหนักและส่วนสูง

ส่วนสูง ( ซม.)	BMI 18.5 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI 25 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI 30 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI 40 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)
140	36.3	49.0	58.8	78.4
141	36.8	49.7	59.6	79.5
142	37.3	50.4	60.4	80.6
143	37.8	51.1	61.3	81.8
144	38.4	51.8	62.2	82.9
145	38.9	52.6	63.0	84.1
146	39.4	53.3	63.9	85.3
147	39.9	54.0	64.8	86.4
148	40.5	54.8	65.7	87.6
149	41.0	55.5	66.6	88.8
150	41.6	56.2	67.5	90.0
151	42.2	57.0	68.4	91.2
152	42.7	57.7	69.3	92.4
153	43.3	58.5	70.2	93.6
154	43.9	59.3	71.1	94.9
155	44.4	60.1	72.1	96.1
156	45.0	60.8	73.0	97.3

157	45.6	61.6	73.9	98.6
158	46.2	62.4	74.9	99.8
159	46.8	63.2	75.8	101.1
160	47.4	64.0	76.8	102.4

ตารางที่ 3-7 แสดงค่าดัชนีมวลกายตามน้ำหนักและส่วนสูง (ต่อ)

ส่วนสูง ( ซม.)	BMI 18.5 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI 25 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI 30 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	BMI 40 น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)
161	47.9	64.8	77.7	103.6
162	48.5	65.6	78.7	104.9
163	49.1	66.4	79.7	106.3
164	49.7	67.2	80.6	107.6
165	50.3	68.1	81.7	108.9
166	50.9	68.9	82.7	110.2
167	51.6	69.7	83.7	111.5
168	52.2	70.6	84.7	112.9
169	52.8	71.4	85.7	114.2
170	53.5	72.2	86.7	115.6
171	54.1	73.1	87.7	116.9
172	54.7	73.9	88.7	118.3
173	55.4	74.8	89.8	119.7

174	56.0	75.7	90.8	121.1
175	56.6	76.6	91.8	122.5
176	57.3	77.4	92.9	123.9
177	57.9	78.3	93.5	125.3
178	59.3	79.2	95.0	126.9
179	59.6	80.1	96.1	128.2
180	59.9	81	97.2	129.6

ที่มา : กองโภชนาการ กรมอนามัย

ถ้าพบว่าค่าดัชนีมวลกายสูงกว่ามาตรฐาน หมายถึงอ้วนไปต้องแก้ไขโดย

1. ลดปริมาณอาหารพวก ข้าว แป้ง น้ำตาล และไขมัน เช่น ขนมหวาน และ อาหาร  
ทอดต่างๆ

2. เลือกกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา
3. หากกินอาหารปกติ 3 มื้อ ระหว่างมื้อควรงดอาหารว่าง
4. อย่างนั่งหรือนอนทันทีหลังกินอาหารโดยเฉพาะมื้อเย็น
5. ออกกำลังกายให้พอเหมาะกับวัยสูงอายุ

ถ้าดัชนีมวลกายต่ำกว่ามาตรฐาน หมายถึงผอมไป ต้องแก้ไขโดย

1. เพิ่มปริมาณอาหาร
2. เพิ่มอาหารระหว่างมื้อและกินก่อนนอน
3. กินอาหารจากการผัดและทอดมากขึ้น
4. ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน

### 3. การใช้ขนาดของรอบเอว

ตารางที่ 3-8 แสดงการเปรียบเทียบเพศในการใช้ขนาดของรอบเอวประเมินภาวะอ้วน

เพศ	ขนาดรอบเอว	
	เริ่มอ้วน	อ้วนมาก
ชาย	≥94 ซม. (37 นิ้ว)	≥102 ซม. (40 นิ้ว)
หญิง	≥80 ซม. (32 นิ้ว)	≥88 ซม. (35 นิ้ว)

≥=มากกว่าหรือเท่ากับ

ที่มา : กองโภชนาการ กองอนามัย

#### 4. การใช้สัดส่วนของรอบเอวหารด้วยรอบสะโพก

ควรจะน้อยกว่า 0.85 ถ้ามากกว่า 0.85 แสดงว่าอ้วน

#### การดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกเพศทุกวัย มีความต้องการอาหารเหมือนกัน แตต่างกันที่ปริมาณการมีภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ คุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ในโลกปัจจุบันที่มีความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างไม่หยุดยั้ง ความก้าวหน้าทางการแพทย์สามารถช่วยให้ชีวิตมนุษย์ยืนยาวขึ้น แต่ก็มีปัจจัยหลายอย่างที่เข้ามาบั่นทอนสุขภาพของคนเราให้เสื่อมถอยก่อนถึงวัยอันสมควร เช่นวิถีการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรม การกินการบริโภคอาหารขยะ (Junk food : เป็นคำรวมที่ใช้เรียกอหารปรุงสำเร็จหลายๆ อย่าง ตั้งแต่ แฮมเบอเกอร์ มันฝรั่งทอดกรอบ น้ำอัดลม ลูกกวาด บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป) มีมากขึ้นตามการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ โดยเฉพาะประชาชนในเขตเมือง ทำให้ขาดสารอาหารที่สำคัญ เช่นวิตามินซี วิตามินบี 2 เหล็ก โฟเลต ได้อย่างน้อย แต่ให้พลังงานไขมันและเกลือโซเดียมมาก นอกจากนี้การดื่มสุรา การสูบบุหรี่และเสพสารเสพติดก็ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรมด้วย คนเราสามารถเลือกที่จะมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยการดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง โดยปรับพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ จะเห็นว่าเมื่อเริ่มต้นชีวิตจากทารกสู่วัยเรียน วัยหนุ่มสาว ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในที่สุดเมื่อเข้าสู่วัยชราสภาพร่างกายจะเสื่อมโทรมลงทำให้เกิดปัญหาในหลายๆ ด้านตามมา และในอนาคต กลุ่มประชากรวัยสูงอายุซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2553 จะมีถึง 7.6 ล้านคน จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนี้จำเป็นที่จะต้องให้ความสนใจในการดูแลด้านอาหารและโภชนาการเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ มีสุขภาพแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคม และมีความสุขตามอัตภาพในบั้นปลายของชีวิต

การดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การมุ่งเน้นแสวงหาอาหารเพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว ไม่อาจแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการได้สำเร็จ จำเป็นต้องดูแลด้านอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ ซึ่งจะมีส่วนช่วยผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี แม้วัยสูงอายุจะเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่ก็ไม่ควรละเลย ยังต้องให้ความสำคัญในการดูแลมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ไม่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง และไม่เกิดพิษจากอาหารที่ได้รับ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุถึงจะได้รับอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ต้องคำนึงถึงสภาพร่างกายที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ ในเรื่องของระบบการย่อย การดูดซึม ต้องให้ความสนใจกับคุณภาพของอาหารที่จะให้ผู้สูงอายุกินเพื่อให้ร่างกายสามารถดูดซึมไปใช้มาก

ที่สุด นอกจากนี้สัดส่วนของอาหารก็เป็นสิ่งสำคัญ เช่นอาหารที่ให้พลังงานมาก ปริมาณที่ให้ก็ควรลดลงตามวัย หากผู้สูงอายุกินอาหารได้น้อย ต้องเพิ่มมื้ออาหารให้มากขึ้นที่สำคัญอาหารนั้นต้องมีคุณภาพ นอกจากนี้ควรดูแลเรื่องอาหารเสริม สำหรับผู้สูงอายุด้วยเพื่อจะได้ไม่สูญเสียเงินโดยไม่จำเป็น เพราะในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีความสนใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มักจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับอาหารสุขภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุจะหาซื้ออาหารเสริมต่างๆ มาบริโภค นอกจากนี้ความไม่สบายใจ ความวิตกกังวลของผู้สูงอายุก็มีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ด้วย

### แนวทางการดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ

1. กินอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวันและดื่มน้ำให้เพียงพอผู้สูงอายุควรกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย อยู่ในสัดส่วนที่ถูกต้องเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เพื่อป้องกันการขาดสารอาหารต่างๆ ช่วยลดปัญหาโรคขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ เช่น โรคโลหิตจางจากการขาดเหล็ก โรคเหน็บชาจากการขาดวิตามินบีหนึ่ง โรคนิ้วในกระเพาะปัสสาวะจากการขาดฟอสฟอรัส โรคกระดูกพรุน เป็นต้น

1.1 กินใน 1 วัน ประมาณ 6 ซ้อนกินข้าว สำหรับไข่กินไม่เกิน 3 ฟองต่อ สัปดาห์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีโคเลสเตอรอลสูง ควรดไขมันอิ่มตัว ควรดไขมันทรานส์ วันละ 1 แก้ว

1.2 อาหารหมู่ที่ 2 ข้าว แป้ง น้ำตาลเป็นอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ควรลดปริมาณลง โดยเฉพาะลดการบริโภคน้ำตาลทราย เพราะผู้สูงอายุใช้พลังงานน้อยลง ถ้าไม่ลดจะทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นปริมาณที่ควรกินใน 1 วัน ควรกินอาหารประเภทข้าว แป้ง ประมาณ 8 ทัพพี เป็นอาหารประเภทข้าวมีอะล 2 ทัพพี สลับกับอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน เป็นบางมื้อ

1.3 อาหารหมู่ที่ 3 ผักต่างๆเป็นอาหารที่ให้วิตามินและเกลือแร่ ช่วยบำรุงสุขภาพ และเพิ่มความต้านทานโรค ทำให้ร่างกายได้ประโยชน์จากสารอาหารต่างๆ ได้เต็มที่ นอกจากนี้ยังมีเส้นใยช่วยระบบขับถ่ายทำให้ท้องไม่ผูกปริมาณที่ผู้สูงอายุควรกินใน 1 วัน ประมาณ 4 ทัพพี หรือกินได้ไม่จำกัด

1.4 อาหารหมู่ที่ 4 ผลไม้ต่างๆเป็นอาหารที่ให้วิตามินและเกลือแร่ มีประโยชน์ เช่นเดียวกับผักปริมาณที่แนะนำให้กินใน 1 วัน คือ 3 ส่วน (ผลไม้ 1 ส่วน ได้แก่ ส้มเขียวหวาน 1 ผล หรือ แก้วน้ำว่า 1 ผล เงาะ 4 ผล หรือผลไม้ใหญ่ที่หั่นเป็นชิ้นพอดีคำ ได้แก่ มะละกอ สับปะรด หรือ แตงโมประมาณ 6-8คำ)

1.5 อาหารหมู่ที่ 5 ไขมันเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูงและย่อยยาก ผู้สูงอายุจึงควรจำกัดปริมาณไขมันไม่ควรบริโภคเกินกว่าร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด ควรกินไขมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันข้าวโพดปริมาณที่แนะนำให้กินไม่ควรเกิน 5 ช้อนชา หรือ ช้อนกาแฟ ต่อวัน ลดการกินอาหารที่มีไขมันสูง



นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรจืดมน้ำให้เพียงพอด้วยอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ทั้งนี้เพื่อช่วยให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายอยู่ในสมดุลทำงานได้ตามปกติ ซึ่งผู้สูงอายุอาจจะได้รับน้ำจากการดื่มน้ำตามปกติ หรือน้ำที่แทรกอยู่ในอาหารทั้ง 5 หมู่ก็ได้ เช่น แกงจืด หรือซุปรุ่นๆ จะช่วยกระตุ้นความอยากอาหารได้ หรือจากการดื่มน้ำผลไม้ ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำอย่างเพียงพอได้

2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพราะน้ำหนักตัวเป็นเครื่องชี้วัดภาวะสุขภาพดี เมื่อมีอายุมากขึ้นความต้องการพลังงานจากอาหารจะลดลงแต่มีการสะสมของไขมันได้มากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุควรกินอาหารให้ได้พลังงานที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ลักษณะกิจกรรมและการออกกำลังกาย และควรชั่งน้ำหนักตัวอย่างน้อยเดือนละครั้ง

3. กินอาหารไขมันพอประมาณผู้ที่กินอาหารที่ให้ไขมันมากจะเสี่ยงต่อการมีไขมันประเภทโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์สูงในเลือด และอาจเป็นโรคอ้วน แต่ถ้าวรับประทานน้อยเกินไปก็จะได้พลังงานและกรดไขมันจำเป็นไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุไม่ควรบริโภคปริมาณไขมันอิ่มตัว (ไขมันจากสัตว์) จะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด จึงควรบริโภคให้น้อยลงหรือไม่เกินร้อยละ 8 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหาร

4. ลดการรับประทานน้ำตาลแม้ว่าสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต มีความจำเป็นต่อร่างกายมาก แต่ชนิดของสารอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตที่ย่อยแล้วให้กลูโคสที่สำคัญคือน้ำตาลหรือซูโครส (Sucrose) ซึ่งประกอบด้วยกลูโคสและฟรุคโตส กลับเป็นสารที่สามารถก่อให้เกิดโทษได้ ถ้าบริโภคในปริมาณที่มากเกินไป ผู้สูงอายุจึงควรกินอาหารคาร์โบไฮเดรตในรูปของน้ำตาลเพียงเล็กน้อยไม่ควรกินอาหารที่หวานจัดแต่ให้บริโภคข้าวและแป้ง ซึ่งเป็นสารคาร์โบไฮเดรตที่มีส่วนประกอบโมเลกุลซับซ้อน (Complex carbohydrate) ให้มากขึ้น

5. ควรกินอาหารที่ให้ใยอาหารมากขึ้นใยอาหารคือส่วนของพืชโดยเฉพาะผนังเซลล์ซึ่งน้ำย่อยในลำไส้ของมนุษย์ไม่สามารถย่อยได้ แต่อาจถูกย่อยได้บ้างโดยเชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่ตามปกติในลำไส้มนุษย์ ใยอาหารมีลักษณะเป็นกากมากและผ่านกระเพาะได้ช้า ทำให้รู้สึกอิ่มนาน สามารถจับสารต่างๆ ได้แก่ น้ำดี สารพิษต่างๆ โคเลสเตอรอล และสามารถดึงน้ำไว้ในลำไส้ได้เป็นจำนวนมาก จึงเป็นการเพิ่มปริมาณอุจจาระในลำไส้ และเกิดการกระตุ้นให้มีการถ่ายอุจจาระอย่างสม่ำเสมอ เป็นการลดโอกาสที่สารพิษต่างๆ จะสัมผัสกับผนังลำไส้ อาหารที่ให้ใยอาหารได้แก่ ผัก ผลไม้ ธัญพืช เมล็ดพืชต่างๆ ข้าว และแป้ง ยกเว้นน้ำตาล

6. ลดการกินเกลือและอาหารที่มีโซเดียมมากเกลือเป็นแหล่งอาหารที่ให้โซเดียมที่สำคัญ ร่างกายต้องการโซเดียมประมาณ 500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือ 1/4 ช้อนชา ซึ่งมีการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า คนที่กินโซเดียมมากมักมีความดันโลหิตสูงมากกว่าคนที่กินโซเดียมน้อย ดังนั้นผู้สูงอายุไม่ควรที่จะกินอาหารที่เค็มจัด ซึ่งเรามากจะได้รับสารอาหารโซเดียมจากเกลือโดยตรงหรือจาก

เครื่องปรุงรสที่ใส่เกลือ เช่น น้ำปลา เต้าเจี้ยว ปลาร้า กะปิ ในการประกอบอาหารอยู่แล้ว ซึ่งไม่ควรจะเพิ่มปริมาณเกลืออีกในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว นอกจากนี้เรายังได้รับเกลือจากอาหารถนอมบางชนิด เช่น ผักกาดดอง ไข่เค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น

7. หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสารก่อมะเร็งการกินอาหารที่ถูกต้อง สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน มีส่วนช่วยป้องกันโรคมะเร็งได้ มีข้อมูลการวิจัยในหลายประเทศพบความสัมพันธ์ระหว่างไขมันในอาหารกับโรคมะเร็ง จึงควรจำกัดปริมาณไขมันที่กิน นอกจากนี้ไม่ควรกินอาหารที่ไหม้เกรียมอาหารที่มีความชื้น และระมัดระวังการกินอาหารที่ใส่สี และสารเคมีที่ไม่ใช่สำหรับผสมอาหาร

8. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์การที่ร่างกายได้รับแอลกอฮอล์ แม้แอลกอฮอล์จะเผาผลาญให้พลังงานได้ แต่ผลที่ได้ไม่คุ้มค่ากับอันตรายที่ได้รับ เพราะการดื่มในปริมาณที่มากมายมีผลทำให้การทำงานของสมองและระบบประสาทช้าลง ทำให้เกิดความประมาท และระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดพลาดได้ง่าย ตลอดจนปฏิกิริยาตอบสนองทำงานช้าลง ส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย โดยพบว่าอุบัติเหตุในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพระยะยาวในระดับสูงถึงร้อยละ 16 ของภาวะทุพพลภาพระยะยาวทั้งหมด นอกจากนี้ในคนที่ติดเหล้ามักเกิดโรคขาดสารอาหารได้ เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคขาดวิตามินและแร่ธาตุ และถ้าดื่มไปนานๆ ตับจะถูกทำลายยิ่งทำให้การขาดสารอาหารรุนแรงมากขึ้น และมักจะเป็นโรคตับแข็งควบคู่กันไปด้วย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุไทยยังดื่มสุรา ร้อยละ 23 โดยเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุชาย

#### 9. การปฏิบัติตนด้านอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ

9.1. ไม่สูบบุหรี่เพราะการสูบบุหรี่นอกจากจะบั่นทอนสุขภาพของตนเองแล้วยังทำลายสุขภาพของคนรอบข้างด้วย นอกจากนี้ยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในแต่ละปีพบว่าการสูบบุหรี่ทำให้คนไทยเสียชีวิตจำนวนมากถึง 42,000 คน และพบว่าผู้สูงอายุไทยยังสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 27 ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ และมีการส่งเสริมค่านิยมการไม่สูบบุหรี่ ทำให้อัตราการสูบบุหรี่ของคนไทยลดลง

9.2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอผู้สูงอายุควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะมีประโยชน์อย่างมากในการรักษาสุขภาพ คือช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดไขมันส่วนเกินในร่างกาย เพิ่มระดับเอชดีแอล-โคเลสเตอรอลในกระแสเลือด ช่วยลดความดันโลหิต ช่วยให้คลื่นไฟฟ้าของหัวใจเดินทางได้ดีขึ้น ทำให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและทางเดินหายใจ และยังช่วยให้ร่างกายมีความสามารถปรับตัวต่อภาวะความเครียด และวิกฤติการณ์ต่างๆ ได้ดีกว่าคนที่ไม่ได้ออกกำลังกาย การออกกำลังกายตามปกติจะเป็นรูปแบบใดก็ได้ดังนี้

9.2.1. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (flexibility training) เป็นการยืดแขน-ขาองตัว บิดหมุนร่างกายหรือการรำมวยจีน

9.2.2. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง (strength training) ประเภทที่เสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และลดการสูญเสียมวลกระดูก เช่น การยกน้ำหนักอย่างเบาๆ หรือการวิดพื้น

9.2.3. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular endurance exercise) เป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิค (aerobic training) ซึ่งจะมีการใช้กล้ามเนื้อหลายๆ มัดไปพร้อมกัน และมีช่วงเกร็งและผ่อน เป็นจังหวะสลับ เช่น การเดิน วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น

### การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

การเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุจะแตกต่างจากวัยอื่นๆ จะต้องคำนึงถึงลักษณะของอาหาร ความอ่อนนุ่ม รสชาติของอาหาร นอกจากนี้ต้องดูในเรื่องการกระจายมือของอาหารด้วยการเตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุมีข้อแนะนำดังนี้

1. ควรแบ่งมื้ออาหารของผู้สูงอายุให้มากกว่า 3 มื้อ โดยแบ่งออกเป็น มื้อเช้า กลางวัน เย็น อาหารว่าง มื้อสาย บ่าย และ อาหารว่างก่อนนอน เพื่อช่วยแก้ปัญหาแน่นท้องหลังกินอาหาร และจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณอาหารที่เพียงพอกับความต้องการ เวลาอาหารของผู้สูงอายุก็มีความสำคัญด้วย ผู้สูงอายุกินอาหารได้น้อย จึงหิวเร็ว การจัดอาหารให้กินมากกว่า 3 มื้อ/วัน จึงเป็นสิ่งที่ควรพิจารณา การปล่อยให้ผู้สูงอายุรู้สึกหิวเป็นเวลานานมีผลต่อสภาพจิตใจและกินน้อยลงได้ หากเพิ่มอาหารว่างตอนสาย บ่าย และก่อนนอนในปริมาณที่ไม่มากนัก จะช่วยให้ไม่หิวบ่อย และสามารถบริโภคอาหารได้ดีขึ้น

2. การประกอบอาหารจากเนื้อสัตว์ อาจจะใช้ให้วิธีบดหรือสับให้ละเอียดหรือเคี้ยวให้เปื่อย ถ้าผู้สูงอายุมีน้ำหนักเกิน และมีปัญหาเรื่องของไขมันในหลอดเลือดสูง ควรกินอาหารที่มีไขมันน้อย เช่น เนื้อสันใน หมูไม่ติดมัน เนื้อไก่ไม่มีหนัง ปลาทุกชนิด (ยกเว้นปลาสวาย) หลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยวิธีการทอด หรือ โดยเฉพาะอาหารประเภทปลา เพราะมีกรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ปัจจุบันปลาเป็นอาหารที่นิยมบริโภคกันมาก เนื่องจากมีราคาไม่แพงมากหาได้ง่ายมีหลายชนิด และเนื้อปลายังมีโปรตีนที่มีคุณภาพดี และมีปริมาณไขมันโดยเฉลี่ยน้อยกว่าเนื้อสัตว์ประเภทอื่น กรดไขมันชนิดไม่อิ่มตัวเป็นกรดไขมันที่มีอยู่ในกลุ่มโอเมก้า 3 ซึ่งมีอยู่ในอาหารประเภทปลาทะเลเท่านั้น นอกจากนี้ปลายังมีธาตุไอโอดีน ที่ให้คุณค่าทางโภชนาการสูงกว่าโปรตีนจากเนื้อสัตว์ชนิดอื่น ย่อยง่าย จึงเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

3. การเตรียมอาหารประเภทผักให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องของการขับถ่าย ท้องจะผูก ควรจะกินผักให้มากทุกมื้อ เพราะในผักใบเขียวและผักอื่นๆ ให้สารอาหารจำพวก

วิตามินและเกลือแร่ ผักยังมีกากและใยอาหารซึ่งจะช่วยลดระดับน้ำตาลในคนอ้วน และช่วยในการขับถ่ายได้ดี แต่การกินผักของผู้สูงอายุมักจะมีปัญหา อุปสรรคในเรื่องของฟัน ฉะนั้นการหุงต้มผักอาจจะต้องใช้เวลาอย่างมากขึ้น เพราะจะทำให้ผักเปื่อย นุ่ม หรืออาจจะใช้วิธีหั่นละเอียด หรือบดเป็นซूप ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้กินผักทุกวัน และป้องกันการขาดวิตามินและเกลือแร่ในร่างกายได้ เช่น ใบตำลึง ผักโขม ผักบุ้ง ฟักทอง ฟักเขียว ผักกาดขาว กะหล่ำปลี ฯลฯ

4. ผลไม้ผู้สูงอายุควรกินผลไม้ทุกวัน ทุกมื้อและพยายามกินให้หลากหลายชนิดไม่ซ้ำกัน จะทำให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน ผลไม้มีมากมายเช่นเดียวกับผักผลไม้ที่มีเส้นใยอ่อนนุ่ม ผู้สูงอายุสามารถกินสดๆ ได้ เช่น แตงโม มะละกอ ฝรั่ง ส้ม ชมพู่ พุทรา ฯลฯ ถ้าเส้นใยหยาบ เช่น สับปะรด อาจจะปั่นเป็นน้ำสับปะรดได้ ผลไม้เชื่อมต่างๆ กินได้ แต่ควรให้ในปริมาณน้อยๆ แต่ถ้าในกรณีที่มีปัญหาเรื่องโรคเบาหวาน โรคอ้วน ควรงดผลไม้รสหวานจัด เช่น ทูเรียน ขนุน ละมุด ลำไย ควรหลีกเลี่ยงน้ำอัดลม น้ำผลไม้กระป๋อง ดื่มน้ำผลไม้สดจะดีกว่า

5. รสชาติสีกลิ่นของอาหาร เป็นสิ่งช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความอยากอาหารเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้ควรตกแต่งให้อาหารมีสีสันเพื่อให้ดูแตกต่างกันออกไปอาจใช้สีของผักช่วยในการจัดจะทำให้ชวนกิน

6. อาหารที่จัดให้ผู้สูงอายุไม่ควรมีรสจัดมากนัก เช่น เปรี้ยวจัด เค็มจัด หรือหวานจัด ไม่ควรใส่เครื่องเทศมากเกินไป อาหารควรมีรสกลางๆ ที่ไม่ทำให้เกิดความผิดปกติของการย่อยและการขับถ่าย

7. อุณหภูมิของอาหาร อาหารร้อนๆ ทำให้น้ำรับประทานและมีรสชาติดีกว่าอาหารที่เย็นจัด และทำให้กินอาหารได้มากขึ้น จึงควรเสิร์ฟอาหารในขณะที่ยังร้อน หรืออุ่นให้ร้อนก่อนเสิร์ฟ

8. กินอาหารสะอาดปราศจากการปนเปื้อน ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องอาหารการกินควรมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยในอาหาร เพราะปัญหานี้จะพบมากขึ้น ควรเลือกซื้ออาหารสดสะอาด ล้างผักให้สะอาดก่อนปรุงอาหาร เก็บอาหารที่ปรุงสุกปิดฝาให้มิดชิด หรือเลือกซื้ออาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสีสดฉูดฉาด และอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ

9. ไม่ควรจัดอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ แอลกอฮอล์เป็นสารเสพติดที่บั่นทอนสุขภาพ ทำให้การทำงานของระบบประสาทและสมองช้าลงมักก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เป็นตัวพาสารพิษเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ยิ่งเป็นผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอก็จะยิ่งเป็นอันตรายมากขึ้นด้วย คนที่ติดแอลกอฮอล์มักจะขาดวิตามิน และแร่ธาตุที่จำเป็นต่อร่างกาย และมักจะเป็นโรคตับแข็ง

10. สร้างบรรยากาศในการกินอาหาร เป็นการดูแลผู้สูงอายุทางด้านจิตใจที่จะส่งผลต่อภาวะโภชนาการ การปล่อยให้ผู้สูงอายุให้กินอาหารคนเดียวทำให้รู้สึกเหงา กินอาหารได้น้อย และไม่อร่อย จึงไม่ควรให้ผู้สูงอายุกินอาหารลำพังคนเดียว การที่มีลูกหลานนั่งคุยเป็นเพื่อน หรือร่วมกิน

อาหารด้วยกัน ย่อมทำให้บรรยากาศในการกินอาหารนั้นอบอุ่นไม่เงียบเหงาและรู้สึกว่าจะถูกทอดทิ้ง การเปลี่ยนสถานที่กินอาหาร โดยพาผู้สูงอายุไปกินอาหารนอกบ้านบ้างเป็นครั้งคราวร่วมกับครอบครัว เป็นการเปลี่ยนบรรยากาศที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุสดชื่นจิตใจสบายและกินอาหารได้มากขึ้น

## ความสำคัญของสถานะโภชนาการผู้สูงอายุที่มีต่อการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร (Demographic Change) กำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญระดับโลก หลายประเทศเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ ในขณะที่บางประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีข้อมูลคาดการณ์ว่าประเทศเหล่านั้นกำลังจะเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้

ส่วนประเทศไทยในปัจจุบันมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 16 ซึ่งถือเป็นอันดับที่ 2 ของกลุ่มอาเซียน โดยไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Aged Society) มาตั้งแต่ปีพ.ศ.2548 คาดว่าจะเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในปีพ.ศ.2578 ซึ่งเมื่อถึงวันนั้นจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ทั้งนี้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประชากรของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงมาโดยตลอด แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเร่งที่เร็วขึ้น

การที่สังคมไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ย่อมเป็นภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแล อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศตามมามากเนื่องจากกำลังแรงงานซึ่งเป็นปัจจัยการผลิตที่สำคัญลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ไม่มีรายได้จะต้องใช้จ่ายจากเงินออมซึ่งอาจไม่เพียงพอแก่การดำรงชีพ อีกทั้งปัญหาด้านสุขภาพ เหล่านี้ล้วนแต่ทำให้ภาครัฐต้องจัดงบประมาณเพื่อดูแลเพิ่มขึ้นในทุกๆปี

สำหรับปัญหาสุขภาพนั้น พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาทั้งด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง และด้านโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการอันเกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ทั้งนี้การบริโภคอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการชะลอความเสื่อมตามอายุ ภาวะทุพโภชนาการส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะติดเชื้อสูง นำไปสู่ความล้มเหลวของการรักษา และส่งผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งถ้าหากภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก อันจะส่งผลดีต่อภาพรวมของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย

นอกจากนี้ในปัจจุบันหลายประเทศเริ่มมีมุมมอง และทัศนคติที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก จากที่เคยมองว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นการบริโภค การออม การลงทุน และการคลังของ

ประเทศ ไปจนถึงภาคการผลิตที่ได้รับผลโดยตรงจากการลดลงของกำลังแรงงาน แต่กลับมองว่าหากสามารถดูแลประชากรผู้สูงอายุในด้านอาหารและโภชนาการได้อย่างเหมาะสมแล้ว นอกจากจะประหยัดงบประมาณในการดูแลและรักษาพยาบาลผู้สูงอายุได้เป็นจำนวนมากแล้ว ยังเป็นการสร้างโอกาสและความท้าทายทางเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นที่คาดว่ากลุ่มผู้สูงอายุเหล่านั้นท้ายที่สุดแล้วจะกลายมาเป็นกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อและมีบทบาทสำคัญต่อภาคธุรกิจสินค้าและบริการต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มธุรกิจอาหารเพื่อสุขภาพ ธุรกิจท่องเที่ยว ธุรกิจการแพทย์ ฯลฯ อีกทั้งยังมองเห็นความสำคัญของการจ้างงานผู้สูงอายุที่มีทักษะ ประสบการณ์ และศักยภาพพอที่จะยังอยู่ในวงจรการทำงานได้ ซึ่งในอนาคตอาจจะกลายมาเป็นหนึ่งในแรงขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศที่จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแรงงาน และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้อีกด้วย

## ปัญหา และอุปสรรคของการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

### ปัญหาและอุปสรรคอันสืบเนื่องมาจากปัจจัยภายในของผู้สูงอายุ

1. ปัญหาทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหารที่ทำให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการ เช่น ปริมาณฟันที่มีน้อยลง ทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ต่อมาน้ำลายขับน้ำลายออกมาน้อย ไม่พอเพียงที่จะช่วยคลุกเคล้าอาหาร ประสาทกล้ามเนื้อที่ควบคุมการกลืนก็จะทำงานน้อยลง ทำให้กลืนอาหารได้ลำบาก นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณน้ำย่อยต่างๆ ลดลง ทำให้อาหารย่อยได้ไม่ดี มีอาการท้องอืด ตับและตับอ่อนเสื่อม มีผลต่อระบบขับถ่ายในผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามปกติ เกิดท้องผูกได้ง่าย เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวน้อยลง และไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

นอกจากนี้ยังพบว่าความเสื่อมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหารก็มีส่วนทำให้ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลงได้ เช่น ความเสื่อมของ ตา จมูก ทำให้ประสาทสัมผัสของการรับรู้ในการกินอาหารลดลงอาจเกิดการขาดสารอาหารได้ปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการสูญเสียฟันส่งผลให้การเลือกรับประทานอาหารของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปและรับประทานอาหารได้น้อยลงโดยเฉพาะอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เนื่องจากเคี้ยวได้ยาก ปัญหาการรับรู้กลิ่นและรสชาติของอาหารของผู้สูงอายุลดลง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความอยากรับประทานอาหารน้อยลง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการหุงหาอาหารลำบาก จึงรับประทานอาหารที่เตรียมง่าย ๆ ไม่กี่ชนิด

2. ปัญหาทางด้านจิตใจ อันสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การพลัดพราก การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา หดหู่หากบุตรหลานไม่เอาใจใส่ หรือถูกทอดทิ้ง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ทำงานในตำแหน่งหน้าที่การงานสูง มีลูกน้องหรือคน

รู้จักไปมาหาสู่กันเป็นประจำ เมื่อเกษียณจากงานที่ทำอยู่ ภาระงานและอำนาจต่างๆ ที่เคยมีอยู่หมดไป คนที่เคยไปมาหาสู่ลดจำนวนลงถ้าเป็นคนที่ยึดติดในลาภยศ อำนาจหน้าที่ อาจจะทำให้เกิดความหงุดหงิดเสียดย่อมไม่สามารถยอมรับความเปลี่ยนแปลงเหล่านั้น ประกอบกับครอบครัวในปัจจุบัน ไม่ได้อยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่เช่นในอดีต ที่มีพ่อ แม่ ลูกหลานหลายๆ คนอยู่ร่วมกัน การแยกครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ลำพัง ต้องช่วยตนเองทุกด้านรวมถึงการกินอยู่ด้วย หรือถ้าอยู่รวมกันก็อาจจะถูกทอดทิ้งในตอนกลางวัน เพราะต่างก็ออกไปทำงานนอกบ้าน การถูกทอดทิ้งไม่มีใครดูแลมีผลถึงสภาพของจิตใจและการยอมรับอาหารของผู้สูงอายุได้และเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุตามมา

3. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และสถานภาพทางสังคมเมื่ออายุมากขึ้นการทำงานเพื่อหารายได้ลดลง เช่น ข้าราชการที่เกษียณอายุเมื่อ 60 ปี ถ้าไม่มีการเตรียมการหางานอดิเรกทำ ก็กลายเป็นคนว่างงาน รายได้น้อยลง เงินบำนาญที่ได้รับอาจลดลงจากเงินเดือนที่เคยได้รับเป็นประจำ ความเปลี่ยนแปลงทางการเงิน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ต้องอดออม ถ้ามีเงินออมสะสมอยู่บ้างปัญหาเช่นนี้อาจไม่เกิดจากรายได้ที่ลดลงเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพิจารณาใช้เงินอย่างประหยัด เนื่องจากกลัวรายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย การซื้ออาหารมารับประทานก็พยายามหาของถูก ประกอบกับสายตาที่มองไม่ค่อยเห็น ก็จะไม่สามารถเลือกอาหารที่มีคุณภาพดีได้ ถ้าอาหารที่เก็บไว้บูดเสียหากกินเข้าไปอาจเกิดปัญหาท้องเสียได้ด้วย อาหารที่ซื้อมารับประทานจึงต้องทั้งคุณภาพและปริมาณ เป็นปัญหาทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

4. ปัญหาภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่และพฤติกรรมกรรมการบริโภคก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ นั้นพบว่า มีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีมาก่อน เช่น เป็นโรคอ้วนมีไขมันสูงในเลือด ความดันโลหิตสูง ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อเนื่องถึงในวัยสูงอายุได้ด้วย ถ้าได้มีการดูแลรักษามาอย่างต่อเนื่อง ก็จะสามารถบรรเทาหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรคได้ระดับหนึ่ง แต่ก็พบว่ามักจะไม่ได้ได้รับความสนใจหรือได้รับการรักษา ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ อาการต่างๆ ของโรคจะรุนแรงมากขึ้น มีโรคแทรกได้ง่าย การรักษาต้องใช้เวลา เพราะร่างกายอยู่ในภาวะที่อ่อนแอ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมตลอดเวลา ดังนั้นปัญหาทางโภชนาการสำหรับวัยสูงอายุจึงขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการเดิมที่เป็นอยู่ด้วย นอกจากนี้ บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุแต่ละคนที่เป็นอยู่ ก็เป็นตัวกำหนดให้ทราบถึงภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุแต่ละคนในอนาคตได้อีกทางหนึ่ง เช่น ชอบอาหารที่มีรสหวาน ชอบอาหารที่มีไขมันสูง หรือชอบกินอาหารที่มีรสเค็มจัด สิ่งเหล่านี้นับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลายอย่างและถ้าไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งจะปฏิบัติแต่สิ่งที่เคยชิน ยึดมั่นถือมั่น ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่ายๆ ดังนั้น โอกาสที่จะเกิดปัญหาทุโภชนาการจึงเกิดขึ้นได้ในอนาคต

5. ปัญหาจากการขาดความรู้ทางด้านโภชนาการผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ให้ความสนใจทางด้านโภชนาการและหาความรู้เพิ่มทางด้านโภชนาการเมื่อมีอายุมากขึ้น แหล่งความรู้มีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ถ้าหากได้รับความรู้ที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะคำบอกเล่าที่ไม่สามารถหาคำตอบได้ หรือผลการทดลองทางการแพทย์มาสนับสนุน การโฆษณาชวนเชื่อต่างๆ อาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาทางโภชนาการได้ในระยะยาว ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุเปิดใจกว้างรับฟังความคิดเห็น ยอมรับในข่าวสารต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบัน และนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง ย่อมจะเป็นทางหนึ่งในการช่วยรักษาสุขภาพให้แข็งแรงได้

ในเรื่องอาหารการกิน มีทั้งปัญหาการกินไม่ได้ ไม่เพียงพอและกินมากเกินไป ในประเทศไทยผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดภาวะทุพโภชนาการในอัตราที่สูง ปัญหาทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร (Under-nutrition) เช่น การขาดธาตุเหล็ก การขาดแคลเซียม และวิตามินต่างๆ ส่วนปัญหาภาวะโภชนาการเกิน คือ ผู้สูงอายุได้สารอาหารบางอย่างมากเกินไปไม่ถูกส่วนหรือได้ไม่ครบ 5 หมู่ เกิดปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ไขมันอุดตันในหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

### ปัญหาและอุปสรรคอันสืบเนื่องมาจากปัจจัยภายนอกของผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของโรค ซึ่งเกิดขึ้นอย่างชัดเจนในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนาจำนวนมาก ภาระจากโรคไม่ติดต่อทั่วทั้งโลกได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2544 โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการตายเกือบร้อยละ 60 ของการตายทั้งปี จำนวน 56 ล้านคน และเป็นร้อยละ 47 ของภาระโรครวม

2. อาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการขาดกิจกรรมทางกายอันเป็นสาเหตุนำ (Leading causes) ของโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานประเภทที่ 2 และโรคมะเร็งบางชนิด และส่งผลให้ภาระโรครวม การตายและความพิการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการขาดกิจกรรมทางกาย เช่น ฟันผุและกระดูกพรุน อันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยที่มีอยู่อย่างแพร่หลาย

### 3. การดำเนินการของภาครัฐ

3.1 ขาดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียอื่น เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้ปัจเจกบุคคลครอบครัวและชุมชนมีความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตตนเอง หรือภาวะแวดล้อม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อช่วยให้เกิดการตัดสินใจเชิงบวกที่เพิ่มคุณค่าแก่ชีวิตด้วยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และแบบแผนการมีกิจกรรมทางกาย



3.2 ขาดการริเริ่มทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสม เพื่อขับเคลื่อนและพัฒนา ยุทธศาสตร์ด้านอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ และสร้างความมั่นใจว่ายุทธศาสตร์ได้ถูกนำไป ปฏิบัติพร้อมกับการติดตามผลกระทบในระยะยาว

3.3 ขาดการเร่งรัดในการจัดตั้งกลไกประสานงานระดับชาติเพื่ออำนวยความสะดวกและประสานความช่วยเหลือจากกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ให้ประสานงานกันอย่างเป็นระบบ อันประกอบด้วยกระทรวงและสถาบันของรัฐที่รับผิดชอบนโยบาย ด้านสุขภาพ อาหาร การเกษตร วัยรุ่น นันทนาการ กีฬา การศึกษา พาณิชยกรรมและอุตสาหกรรม การเงิน การคมนาคม สื่อสารมวลชน กิจกรรมทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และการผังเมือง

3.4 ขาดการให้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้องและพอเพียง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย มีทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพอย่างสะดวก และสร้างความมั่นใจว่ามีแผนงานส่งเสริมสุขภาพและ สุขศึกษาที่เหมาะสมอย่างพอเพียง

3.5 ขาดการหารือ ปรีกษากับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องนโยบาย การอภิปราย สาธารณะอย่างกว้างขวางและการมีส่วนร่วมในการยกร่างนโยบาย เพื่อให้นโยบายได้รับการยอมรับ และมีประสิทธิผล

3.6 ขาดการลงทุนในระบบการเฝ้าระวัง การวิจัย และการประเมินผล การตรวจสอบ ติดตามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างต่อเนื่องและในระยะยาว

3.7 การให้งบประมาณสนับสนุนแผนงานระดับชาติยังมีไม่เพียงพอ

#### 4. การดำเนินการของภาคเอกชน

4.1 ขาดการร่วมมือประสานงานกับภาครัฐในการแสดงบทบาทที่มีความรับผิดชอบ และชี้แนะสนับสนุนวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ

4.2 ขาดการพัฒนาทางเลือกที่มีคุณค่าทางโภชนาการและดีต่อสุขภาพรวมทั้งราคา ที่สามารถจ่ายได้แก่ผู้บริโภค

4.3 ขาดการพิจารณานำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ๆ ที่มีคุณค่าทางโภชนาการดีกว่า

4.4 ขาดการให้ข่าวสารที่เข้าใจได้ง่ายและพอเพียงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และคุณค่า ทางโภชนาการแก่ผู้บริโภค

4.5 ขาดการช่วยเหลือในการพัฒนาและนำแผนงานต่างๆไปสู่การปฏิบัติ

## สรุป

ภาพรวมของสถานการณ์ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบันพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งจำนวน และสัดส่วนในเกือบทุกประเทศ โดยประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีโครงสร้างทางประชากร

ที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น แต่การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนี้ย่อมมีผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ และการบริการทางการแพทย์ เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสื่อมโทรมลงจากระบบการความชรา ขณะเดียวกันโครงสร้างทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะสังคมในชนบทได้เปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบอาหารตั้งแต่การผลิต การกระจาย การบริโภค และโครงสร้างการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา ทั้งจากการขาดสารอาหาร และการบริโภคอาหารเกินความจำเป็น นอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก็มีผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ที่เรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเมตาบอลิก ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือพิการไร้ความสามารถจากการป่วยเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการตรวจรักษาและพยาบาล และยังทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร้คุณภาพทั้งนี้ปัญหาด้านโภชนาการของผู้สูงอายุมักจะมาจากภาวะการขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะความเสี่ยงจากอวัยวะต่างๆ

การที่สังคมไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ย่อมเป็นภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแล อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศตามมาซึ่งถ้าหากภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังเป็นการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นที่ยอมรับว่ากลุ่มผู้สูงอายุเหล่านั้น ท้ายที่สุดแล้วจะกลายมาเป็นกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อและมีบทบาทสำคัญต่อภาคธุรกิจสินค้าและบริการต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มธุรกิจอาหารเพื่อสุขภาพ ธุรกิจท่องเที่ยว ธุรกิจการแพทย์ ฯลฯ นอกจากนี้ยังสามารถจ้างงานผู้สูงอายุที่มีทักษะ ประสบการณ์ และศักยภาพพอที่จะยังอยู่ในวงจรการทำงานได้ ซึ่งในอนาคตอาจจะกลายมาเป็นหนึ่งในแรงขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศที่จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแรงงาน และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้ อันจะส่งผลดีต่อภาพรวมของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย

สำหรับปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริมโภชนาการของผู้สูงอายุ จากการศึกษาข้อมูลพบว่า มีทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในของตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินส่วนบุคคล สถานภาพทางสังคม พฤติกรรมการบริโภค และการขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ และปัญหาที่เกิดจากปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพและแบบแผนของโรค และอาหารในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และการส่งเสริมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

## บทที่ 4

### แนวทางการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

#### แนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในต่างประเทศ

เป็นที่ทราบกันดีว่า หนึ่งในต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพคือประเทศญี่ปุ่น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้กรณีศึกษาของเมืองซากุ จังหวัดนากาโนในส่วนเฉพาะที่เกี่ยวกับโภชนาการ มาเป็นตัวแทนของแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในระดับประเทศ และใช้กรณีขององค์การอนามัยโลกในส่วนเฉพาะที่เกี่ยวกับโภชนาการมาเป็นตัวแทนของแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในระดับโลก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### แนวทางของประเทศญี่ปุ่น

###### 1. การรับประทานอาหาร

1.1 ใช้วิถีชีวิตทางธรรมชาติเป็นหลัก ซึ่งดีต่อสุขภาพ โดยอาหารญี่ปุ่นจะสอดคล้องกับธรรมชาติทั้ง 4 ฤดูกาล วัตถุดิบมีความหลากหลาย เช่น ฤดูหนาวจะรับประทานอาหารที่มีปูเป็นส่วนประกอบ และผลไม้ เช่น ส้ม ฤดูใบไม้ผลิจะรับประทานหมึกตัวเล็กๆ หน่อไม้สด ฤดูร้อนจะรับประทานปลาไหล ผัก และฤดูใบไม้เปลี่ยนสีจะรับประทานปลาซาบะ เห็ดมาชิทะเกะ เป็นต้น อีกทั้งยังมีอาหารที่รับประทานตามเทศกาลต่างๆ มากมาย เช่น วันโทจิ จะรับประทานฟักทองเพื่อเป็นการต้อนรับเข้าสู่ฤดูหนาว เป็นต้น

1.2 ลดความเค็มในอาหาร เนื่องจากในอาหารญี่ปุ่นจะมีแคลเซียม (Calcium) น้อย เพราะในอดีตไม่ได้ใช้นมเป็นหลักในการทำอาหาร และในญี่ปุ่นมีเกลือแกง (Sodium chloride) ที่มาก มักพบในเครื่องชูรส เช่น เต้าหู้ (Miso) และซีอิ๊ว (Shoyu) เป็นต้น ซึ่งหากรับประทานอาหารที่มีเกลือแกงเป็นเวลานานก็จะส่งผลทำให้เกิด Hypertension, Cardiomegaly, Cardiovascular disease, Kidney disease, Stomach cancer และ Osteoporosis เป็นต้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การบริโภคเกลือแกงไม่เกิน 5 กรัมต่อวันซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดมาตรฐานการรับเกลือแกงจากอาหารของคนญี่ปุ่น ในปี 2015 ให้ผู้ชายบริโภคไม่เกิน 8 กรัมต่อวัน และผู้หญิงบริโภคไม่เกิน 7 กรัมต่อวัน แต่จากสถิติในปี 2010 ผู้ชายบริโภคเกลือ 11.3 กรัมต่อวันและผู้หญิงบริโภค 9.6 กรัมต่อวันซึ่งยังถือว่าอยู่ในระดับสูง ความยากของการลดเกลือ คือ ประเพณีการรับประทานอาหารเค็มของคนญี่ปุ่น การชินกับการรับประทานเกลือทำให้ต้องบริโภคเกลือมากขึ้นเรื่อยๆ และปริมาณเกลือที่มองไม่เห็นในอาหาร โดยหลากหลายอาหารต่างๆ ในประเทศญี่ปุ่นนั้นจะบอกแค่ปริมาณโซเดียม แต่ไม่ได้บอกปริมาณเกลือแกงด้วยเหตุนี้จึงมีการดำเนินการเพื่อลดความเค็มในอาหารดังนี้

1.2.1 ออกกฎหมายเกี่ยวกับการระบุปริมาณเกลือแกงในทุกฉลากแทนการบอกแค่ปริมาณโซเดียม

1.2.2 สอนวิชาเกี่ยวกับโภชนาการซึ่งสอนตั้งแต่ในวัยเด็กโดยให้เด็กไปเก็บผัก เกี่ยวข้าวแล้วมาทำอาหารเอง และกระตุ้นสอนแม่บ้านเกี่ยวกับการทำอาหารที่มีการลดเกลือแกง

1.2.3 รมณรงค์การติดโปสเตอร์เพื่อการบริโภคเกลือที่ลดลง พบว่าในอาหารมื้อเช้าของคนญี่ปุ่น 1 มื้อนั้นจะมีเกลือแกงอยู่ 5.3 กรัม ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงมากเกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ประเทศญี่ปุ่นจึงได้คิดเครื่องใช้ประจำวันที่มีประโยชน์เพื่อลดปริมาณเกลือแกง เช่น สเปรย์ซีอิ๊ว ภาชนะซีอิ๊วที่เป็นหยด และเครื่องวัดเกลือที่สามารถใช้วัดปริมาณเกลือในอาหารได้

1.2.4 เน้นการรับประทานอาหารธรรมชาติแทนรสเค็ม เช่น เปรี้ยว เผ็ด ขม เลือกวัตถุดิบสดตามฤดูกาล ซึ่งจะได้รสชาติที่อร่อยจากธรรมชาติโดยไม่ต้องเพิ่มความเค็มลงไปอีก

1.2.5 รมัตรวังการบริโภคอาหารสำเร็จรูป

2. การตรวจสุขภาพ ซึ่งมีหลากหลายประเภทในญี่ปุ่น เช่น การตรวจสุขภาพที่โรงเรียน บริษัท และการตรวจสุขภาพแบบพิเศษ ซึ่งการตรวจสุขภาพแบบพิเศษนั้นจะตรวจในผู้ที่มีกรรมธรรม์ประกันการรักษายาบาลที่มีอายุ 40 ถึง 74 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2008 เพื่อคัดสรรบุคคลที่จำเป็นต่อการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตในยุคใหม่ ตรงข้ามกับในอดีตที่เป็นการตรวจสุขภาพแบบ “พบเร็ว รักษาเร็ว” เพื่อค้นหาส่วนที่ไม่ดี การตรวจนี้จะเน้นโรคอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) มีการตรวจที่เข้มงวดมากขึ้น เน้นการให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้ที่เข้าข่ายโรคอ้วนลงพุง ถ้าสามารถป้องกันก็จะสามารถลดค่ารักษายาบาลได้ ซึ่งอัตราส่วนโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตในยุคใหม่นั้นมีค่ารักษายาบาลคิดเป็นประมาณ 1 ใน 3 ของค่ารักษายาบาลของประชาชน โรคอ้วนลงพุงมักเกิดขึ้นกับชายและหญิงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (ในชายพบ 1 คนใน 2 คน ในหญิงจะพบ 1 คนใน 5 คน) โดยการตรวจนั้นจะประกอบด้วย การวัดรอบท้อง ระดับน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือด (ไตรกลีเซอไรด์, HDL, Cholesterol) ความดันโลหิต ประวัติการสูบบุหรี่ เป็นต้น ซึ่งการให้ความรู้นี้จะดูจากผลการตรวจสุขภาพที่เปลี่ยนไปในแต่ละครั้ง ดูทั้งจากในอดีตและการพยากรณ์ในอนาคต แล้วให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ให้แรงบันดาลใจ ส่วนการนำไปปฏิบัตินั้นให้ผู้รับบริการกำหนดด้วยตนเอง ขึ้นกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งโรคอ้วนลงพุงนั้นจะมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสิ่งที่ต้องการลดนั้นคือไขมันในอวัยวะภายในก็คือการลดหน้าท้อง ซึ่งการป้องกันที่สำคัญคือจะต้องควบคุมทั้งอาหารและออกกำลังกาย จึงจะสามารถป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตในยุคใหม่ และได้คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความสุข

3. การออกกำลังกาย มีทั้งที่เป็นการออกกำลังกายทั่วไปแบบง่ายๆ ทั้งการอบอุ่นร่างกาย การวิ่งเหยาะๆ การคลายอุ่น ฯลฯ และการออกกำลังกายในสระว่ายน้ำ ในโรงยิม เป็นต้น

ซึ่งจะมีสถานดูแลผู้สูงอายุพิเศษที่จะดูแลผู้สูงอายุทั้ง day care, Short term care และ Long term care โดยเป็นที่พักแบบห้องเดี่ยว มีพยาบาลดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และจะมีแพทย์เข้ามาตรวจดูแลด้วย โดยที่น่าสนใจคือห้องอาบน้ำของผู้สูงอายุ ที่มีอุปกรณ์ช่วยผู้สูงอายุอาบน้ำที่มีความทันสมัย สามารถปรับ ย้ายและยกได้อย่างสะดวกสบาย ทำให้สามารถช่วยลดการลื่นหกล้มของผู้สูงอายุในห้องน้ำได้

### แนวทางขององค์การอนามัยโลก

#### 1. ด้านการบริโภคระดับบุคคล

- 1.1 ทำให้เกิดความสมดุลของพลังงาน และน้ำหนักที่เหมาะสมกับสุขภาพ
- 1.2 จำกัดพลังงานที่จะได้รับจากไขมันทั้งหมด และเปลี่ยนการบริโภคจากไขมันอิ่มตัว (saturated fats) ไปเป็นไขมันไม่อิ่มตัว (unsaturated fats) ตลอดจนการจำกัดกรดไขมันทรานส์ (trans-fatty acids)
- 1.3 เพิ่มการบริโภคผลไม้ ผัก ถั่ว (legumes) เมล็ดธัญพืช (whole grains) และผลไม้เปลือกแข็ง(nuts)

#### 1.4 จำกัดการบริโภคน้ำตาล(free sugars)

#### 1.5 จำกัดการบริโภคเกลือ (โซเดียม) จากแหล่งต่างๆ

#### 2. ด้านบทบาทของภาครัฐในแต่ละประเทศ

2.1 รัฐบาลต้องมีบทบาทพื้นฐานในการขับเคลื่อนและการจัดการเพื่อริเริ่มและพัฒนายุทธศาสตร์ด้านอาหารกิจกรรมทางกายและสุขภาพ และสร้างความมั่นใจว่ายุทธศาสตร์ได้ถูกนำไปปฏิบัติพร้อมกับการติดตามผลกระทบในระยะยาว

2.2 กระทรวงสุขภาพ (สำหรับประเทศไทยคือกระทรวงสาธารณสุข) มีหน้าที่รับผิดชอบสำคัญในการอำนวยความสะดวกและประสานความช่วยเหลือจากกระทรวงและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ องค์กรช่วยเหลือซึ่งควรประสานงานประกอบด้วยกระทรวงและสถาบันของรัฐที่รับผิดชอบนโยบายด้าน อาหาร การเกษตร วิทยุ โทรคมนาคม การศึกษา พาณิชยกรรม การเงิน การคมนาคม สื่อสารมวลชน กิจกรรมทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และการผังเมือง

2.3 ยุทธศาสตร์ นโยบาย และแผนปฏิบัติการระดับชาติจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างกว้างขวาง การสนับสนุนควรอยู่ในรูปของการออกกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ โครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม การนำแผนงานไปปฏิบัติเงินทุนที่พอเพียง การติดตามผลและการประเมินผล รวมทั้งการวิจัยอย่างต่อเนื่อง

2.4 รัฐบาลควรให้ข่าวสารข้อมูลที่ถูกต้องและพอเพียง รัฐบาลจำเป็นต้องพิจารณาปฏิบัติการที่จะมีผลทำให้ข่าวสารพอเพียงกับผู้บริโภคเพื่อให้พวกเขามีทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพอย่างสะดวก และสร้างความมั่นใจว่ามีแผนงานส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษาที่เหมาะสมอย่างพอเพียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งข่าวสารสำหรับผู้บริโภคควรจะต้องเหมาะสมกับระดับการรู้หนังสือ อุปสรรคของการ

สื่อสารและวัฒนธรรมท้องถิ่น และประชากรทุกภาคส่วนสามารถเข้าใจได้ ในบางประเทศแผนงานส่งเสริมสุขภาพได้ออกแบบมาให้ทำหน้าที่ดังกล่าวและควรใช้สำหรับการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับอาหารและกิจกรรมทางกาย รัฐบาลบางประเทศได้ออกกฎหมายบังคับใช้ ทำให้มั่นใจว่าข่าวสารที่เป็นข้อเท็จจริงมีพอเพียงถึงผู้บริโภค ทำให้ผู้บริโภคเหล่านั้นมีทางเลือกที่หลากหลายถึงเรื่องราวที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของพวกเขา ในบางกรณีปฏิบัติการอาจจะต้องเป็นไปตามนโยบายรัฐบาล รัฐบาลควรเลือกปฏิบัติการที่เหมาะสมและผสมผสานสอดคล้องกับศักยภาพของประเทศและลักษณะทางระบาดวิทยาซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

2.5 นโยบายด้านเกษตรและอาหารระดับชาติควรมีความสอดคล้องกับการป้องกันและการส่งเสริมด้านสาธารณสุขที่จำเป็น รัฐบาลควรไตร่ตรองถึงนโยบายที่เอื้ออำนวยต่อการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ นโยบายด้านอาหารและโภชนาการควรครอบคลุมถึงความปลอดภัยด้านอาหารและความมั่นคงด้านอาหารที่ยั่งยืนด้วยเช่นกัน ในด้านอุปสงค์อาหารควรสนับสนุนให้รัฐบาลตรวจสอบนโยบายด้านเกษตรและอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

2.6 รัฐบาลควรลงทุนระบบการเฝ้าระวัง การวิจัย และการประเมินผล การตรวจสอบติดตามปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอย่างต่อเนื่องและในระยะยาวข้อมูลดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์ถึงความเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยง ซึ่งสามารถนำมาเป็นเหตุผลสนับสนุนในการเปลี่ยนแปลง นโยบายและยุทธศาสตร์ รัฐบาลอาจสามารถสร้างลงบนระบบที่มีอยู่แล้วทั้งในระดับประเทศหรือระดับภูมิภาค เริ่มแรกควรให้ความสำคัญเน้นหนักกับตัวชี้วัดมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับโดยชุมชนทางวิทยาศาสตร์ทั่วไป เช่น เครื่องมือวัดกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง ตัวชี้วัดหรือองค์ประกอบด้านอาหารที่คัดสรรแล้ว และกับน้ำหนักตัว เพื่อที่จะรวบรวมข้อมูลเชิงเปรียบเทียบในระดับโลก ข้อมูลซึ่งให้ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงแบบแผน และความแปรปรวนภายในประเทศจะเป็นประโยชน์ในการแนะนำปฏิบัติการของชุมชน ถ้าเป็นไปได้แหล่งข้อมูลอื่นควรจะนำมาใช้ด้วย ตัวอย่างเช่น จากการศึกษา การคมนาคม การเกษตร และส่วนอื่นๆ

### 3. ด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ

3.1 องค์การอนามัยโลกด้วยการประสานความร่วมมือกับองค์การชำนาญพิเศษแห่งสหประชาชาติอื่นๆ จะเป็นผู้นำ ให้ข้อเสนอแนะที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และให้การชี้แนะสนับสนุนสำหรับปฏิบัติการในระดับนานาชาติเพื่อปรับปรุงเรื่องการบริโภคอาหารและการเพิ่มกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับหลักการที่เสนอแนะและข้อเสนอแนะที่บรรจุอยู่ในยุทธศาสตร์โลก

3.2 องค์การอนามัยโลกจะให้การสนับสนุนการนำแผนงานไปปฏิบัติตามที่ประเทศสมาชิกได้ร้องขอและจะมุ่งเน้นประเด็นกว้างๆ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

3.2.1 ช่วยในการวางกรอบ เสริมสร้างความเข้มแข็ง และพัฒนานโยบายระดับภูมิภาคและระดับประเทศให้ทันสมัยในเรื่องอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเชิงบูรณาการ

3.2.2 ช่วยในการยกร่างแนวทางปฏิบัติการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายระดับชาติ รวมทั้งพัฒนาให้ทันสมัยและการนำไปสู่การปฏิบัติ ด้วยการร่วมมือกับองค์กรระดับประเทศและดึงเอาความรู้รวมทั้งประสบการณ์ระดับโลกที่มีอยู่มาใช้

3.2.3 ให้คำแนะนำกับประเทศสมาชิกในการจัดทำแนวทางปฏิบัติ บรรทัดฐานมาตรฐาน และมาตรการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์โลก

3.2.4 แสวงหาและเผยแพร่ข่าวสารด้านมาตรการแทรกแซงที่มีหลักฐานยืนยัน นโยบายและโครงสร้าง ซึ่งมีประสิทธิผลในการส่งเสริมอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกายในระดับที่เหมาะสมของชุมชนและประเทศทั้งหลาย

3.2.5 ให้การสนับสนุนทางวิชาการอย่างเหมาะสม เพื่อสร้างศักยภาพระดับชาติในการวางแผนและการนำยุทธศาสตร์ระดับชาติไปสู่การปฏิบัติตลอดจนการดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น

3.2.6 ให้การสนับสนุนรูปแบบและวิธีการ (models and methods) เพื่อให้มาตรการแทรกแซงด้านอาหารและกิจกรรมทางกายประกอบเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพเชิงบูรณาการ

3.2.7 ส่งเสริมและให้การสนับสนุนการฝึกอบรมผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในเรื่องอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและวิถีชีวิตที่กระฉับกระเฉงทั้งในหลักสูตรที่มีอยู่แล้วหรือการอบรมเชิงปฏิบัติการที่จัดขึ้นโดยเฉพาะ ในฐานะที่เป็นส่วนสำคัญของหลักสูตร

3.2.8 ให้คำแนะนำและสนับสนุนประเทศสมาชิก ใช้วิธีการเฝ้าระวังและเครื่องมือการประเมินอย่างรวดเร็วที่มีมาตรฐาน เพื่อที่จะวัดความเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวของความเสี่ยง เช่น แบบแผนการบริโภค โภชนาการ และกิจกรรมทางกาย และเพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน แนวโน้ม และผลกระทบของมาตรการแทรกแซง องค์การอนามัยโลกด้วยความร่วมมือจากองค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) จะให้การสนับสนุนประเทศสมาชิกในการสร้างระบบเฝ้าระวังทางโภชนาการระดับชาติ และเชื่อมต่อกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปริมาณสารอาหาร

3.2.9 ให้คำแนะนำประเทศสมาชิกถึงหนทางการร่วมมืออย่างสร้างสรรค์กับกลุ่มอุตสาหกรรมที่เหมาะสม

## แนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย

### แนวทางการส่งเสริมในภาพรวม

มาตรการในการแก้ไข ป้องกันภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งการส่งเสริมปรับปรุง โภชนาการผู้สูงอายุให้ดีขึ้นนั้น จะดำเนินการทั้งในระดับบุคคลและชุมชน โดยมีกลไกที่สำคัญคือ

#### 1. การแก้ไข ป้องกันปัญหาและส่งเสริมภาวะโภชนาการในระดับบุคคล

1.1 สร้างความมั่นคงทางอาหารในครัวเรือนโดยต้องมีความพอเพียงครอบคลุมทั้งด้าน ปริมาณ คุณภาพ และอาหารที่สะอาดปลอดภัย

1.2 ส่งเสริมให้มีกิจกรรมด้านโภชนาการร่วมกันเพื่อสร้างสุขภาพให้แข็งแรง

1.3 พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านโภชนาการของบุคคลในครอบครัว

1.4 ส่งเสริมให้มีการดูแลธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม ให้มีความสมดุลเพื่อสร้างความ มั่นคงทางอาหาร

#### 2. การแก้ไข ป้องกันปัญหาและส่งเสริมภาวะโภชนาการในระดับชุมชน

หัวใจสำคัญในการแก้ไขและป้องกันปัญหาทุพโภชนาการ มีความจำเป็นที่จะต้อง สร้างความเข้มแข็งให้กับคนในชุมชน ท้องถิ่น ทั้งในเขตเมืองและในชนบท เน้นการมีส่วนร่วมให้มากที่สุด โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินการตัดสินใจและรับผิดชอบ ส่วนกลางเป็นผู้สนับสนุนองค์ความรู้ เพื่อให้ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองทางด้านอาหารได้ โดยภาครัฐมีนโยบายเกื้อหนุน ดังนี้

2.1 ส่งเสริมการให้ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ และ ประชากรในชุมชน โดยพัฒนาองค์ความรู้ให้เท่าทันสถานการณ์โลก และเทคโนโลยีใหม่ๆ โดยต้องไม่ ละทิ้งวัฒนธรรมภูมิปัญญาเดิม ซึ่งสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ของท้องถิ่นในการปฏิบัติที่ สอดคล้องกันทั้งที่เป็นผู้บริโภค และผู้ผลิต/ผู้ประกอบการอาหาร

2.2 ส่งเสริมการจัดการฐานทรัพยากรของชุมชน เช่น นโยบายอุดหนุนการเกษตร นโยบายเพิ่มมูลค่าวัตถุดิบอาหาร เป็นต้น

2.3 ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและ โภชนาการอย่างทั่วถึงและทันยุคสมัย

2.4 ส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการถ่ายทอด-แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านอาหารและโภชนาการซึ่งกันและกัน

#### 2.5 พัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะทางโภชนาการในชุมชน

#### แนวทางการส่งเสริมรายโครงการ

1. โครงการดูแลแบบไร้รอยต่อ เป็นบริการที่มีลักษณะ “เชื่อมโยงบริการใน สถานพยาบาลไปจนถึงบ้านผู้สูงอายุ” มีนัยสำคัญต่อการตอบสนองการเจ็บป่วยเฉียบพลันแทรกซ้อน จากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่กล่าวมา ซึ่งหมายถึง บริการที่คนไข้หรือผู้ใช้บริการสุขภาพได้รับอย่าง ต่อเนื่องจนความต้องการของพวกเขาได้รับการตอบสนองเต็มตามศักยภาพของระบบบริการสุขภาพ ที่ดำรงอยู่ ไม่ว่าจุดตั้งต้นของการใช้บริการจะเป็นสถานพยาบาลลักษณะใด



ในปี 2558 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโครงการ “ทีมหมอบรรเทา” (Family care team) เพื่อเป็นระบบการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ทีมหมอบรรเทาจะดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกที่จะเดินทางไปยังสถานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง ทีมหมอบรรเทาประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบสหวิชาชีพ มีทั้งบุคลากรที่อยู่ในหน่วยบริการใกล้บ้าน และที่อยู่ในโรงพยาบาล ชุมชนหรือจังหวัด เช่น แพทย์ พยาบาล นักการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด รวมทั้งอาสาสมัครในชุมชน ทีมหมอบรรเทา มีใช้แต่เพียงรองรับผู้ป่วยอยู่ตามสถานบริการอย่างเดียว หากแต่ยังมีบทบาทเชิงรุกด้วยการเคลื่อนที่เข้าไปหาประชาชนถึงที่บ้านและชุมชน ทีมหมอบรรเทาจะมีข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จึงสามารถช่วยดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวประจักษ์พยาน

ในปี 2559 รัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จำนวน 600 ล้านบาท สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สปสช. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานตามเป้าหมายปี 2559 ที่จะดูแลสุขภาพที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ให้ได้ 100,000 รายทั่วประเทศ (ครอบคลุมร้อยละ 10 ของกลุ่มเป้าหมาย) โครงการนี้จัดให้มีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข หรือ Care manager และ ผู้ช่วยเหลือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือ Caregiver ที่ผ่านการอบรมและขึ้นทะเบียนแล้ว

2. โครงการฝึกอบรม โดยกรมอนามัยได้มีการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรม Care manager และ Caregiver มาตั้งแต่ปี 2558 เพื่อเสริมระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้ทั่วถึงยิ่งขึ้นไปอีกในปี 2559 มีผู้มีความสนใจและผ่านการอบรมตามหลักสูตรนี้เป็น Care Manager แล้ว 3,252 คน รวมกับจำนวนที่ผลิตไว้แล้วในปี 2558 อีก 551 คนเป็น 3,803 คน และมีผู้มีความสนใจและผ่านการอบรมเป็น Caregiver ไปแล้วทั้งหมด 27,696 คน

3. โครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบล Long Term Care ประจำปี 2560 กรมอนามัยมีนโยบายดำเนินการระบบสร้างเสริมสุขภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวซึ่งมีชุมชนเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การวางแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการประกอบด้วย Care Manager และ Care Giver ร่วมกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการจัดทำ Care Plan ในการดูแลสุขภาพรายบุคคล มุ่งเน้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ทั้งนี้มีเป้าหมายสำคัญคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ไห้กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม ติดบ้าน ยังคงแข็งแรงไม่เจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

4. โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ในปี 2560 ประชากรในสังคมยังมีอายุสูงขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมเพิ่มจำนวนมากขึ้น และจะเป็นปัญหาหนักขึ้นสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง จากรายงานองค์การ Alzheimer's Disease International ในปี พ.ศ.2553 ได้ประเมินว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 35 ล้านคน สำหรับประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก็เพิ่มมากขึ้น กรมอนามัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงได้จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาทักษะกาย ใจ ผู้สูงวัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

บุคลากรในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการนำนโยบายสู่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ จะนำคู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” (สำหรับเจ้าหน้าที่และสำหรับประชาชน) เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาทักษะทางกาย ใจ รวมทั้งนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่ทันสมัยมาใช้ในการเผยแพร่องค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ การเฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วย Digital Application “สูงวัย สมองดี” ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย มีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง รักษาหรือได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว

5. โครงการฟันเทียมพระราชทานและการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุปัญหาการไม่มีฟันธรรมชาติเหลืออยู่ในช่องปากเพียงพอกับการบดเคี้ยวอาหาร เป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุจากกระแสพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ความว่า “เวลาไม่มีฟัน กินอะไรก็ไม่อร่อย ทำให้ไม่มีความสุข จิตใจก็ไม่สบาย ร่างกายก็ไม่แข็งแรง” และจากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุปี 2555 พบผู้สูงอายุ สูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี่ ร้อยละ 83 สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 7.2 ด้วยโครงการฟันเทียมพระราชทานที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 ทำให้ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องใส่ฟันทั้งปากลดลงเหลือร้อยละ 2.5 แต่หากคิดเป็นจำนวน ก็ยังคงสูงถึง 250,000 คน นอกจากนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ยังมีฟันแท้ ยังพบปัญหาฟันผุ รากฟันผุ โรคปริทันต์ ฟันสึก และสภาวะในช่องปากอื่นที่เสี่ยงต่อการสูญเสียฟันอยู่ รวมทั้งยังมีพฤติกรรมดูแลอนามัยช่องปากไม่เหมาะสม และเข้าไม่ถึงบริการเพื่อการเก็บรักษาฟัน ดังนั้นผู้สูงอายุไทย กลุ่มที่สูญเสียฟันจำเป็นต้องรับบริการใส่ฟันเทียมโดยเฉพาะฟันเทียมทั้งปากทดแทน ส่วนกลุ่มที่มีฟัน ต้องสามารถเข้าถึงมาตรการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากอย่างเหมาะสม เพื่อลดการสูญเสียฟันควบคู่กันไป

6. โครงการทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565สืบเนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการแก้ปัญหาการสูญเสียฟัน ซึ่งเป็นปัญหาเร่งด่วนภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทานฯ มาระยะเวลาหนึ่งแล้ว แต่ผู้สูงอายุยังมีประเด็นปัญหาช่องปากอื่นอีก รวม 7 ประเด็น ได้แก่

- 6.1 การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน
- 6.2 ฟันผุและรากฟันผุ
- 6.3 โรคปริทันต์
- 6.4 แผล มะเร็งช่องปาก
- 6.5 สภาวะน้ำลายแห้ง
- 6.6 ฟันสึก
- 6.7 สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบ

ซึ่งการแก้ปัญหาในภาพรวมของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จำเป็นที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ต้องวางแผนและบูรณาการทำงานร่วมกันจึงได้มีการจัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 ขึ้นนำเสนอ ครม. ซึ่งคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในหลักการเมื่อวันที่ 6 มกราคม 2558 โดยกระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนราชการหลักในการบริหารแผนงานเป้าหมายของแผนงาน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ 4 คู่สบฟันหลัง) และมีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งในโครงการฯ ดังกล่าวมุ่งให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้อย่างมีคุณภาพเพิ่มมากขึ้น และมีการพัฒนาระบบ กลไก พัฒนาศักยภาพบุคลากร รวมถึงเรื่องของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ และประชาชน โดยเฉพาะชุมชนและท้องถิ่น

## ผลการศึกษาบทสัมภาษณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ

จากการศึกษาบทสัมภาษณ์ของผู้ทรงคุณวุฒิด้านโภชนาการจำนวน 5 ท่าน ทั้งที่เป็นนักโภชนาการ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้ข้อสรุปโดยสังเขปดังนี้

1. จากการให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ลิลลี่ ชัยสมพงษ์, สัมภาษณ์, 27 มกราคม 2559) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรดูแลควบคู่กันไปในด้านโภชนาการ กายภาพบำบัด การรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และสภาพจิตใจ โดยต้องเน้นการดูแลแต่เนิ่นๆ ก่อนที่ผู้สูงอายุจะประสบปัญหา และควรรวมปัญหา และข้อมูลทั้งหมดอยู่ที่หมอเพียงท่านเดียว จากนั้นให้หมอต่านนี้เป็นผู้คุมภาพรวมและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

2. จากการให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในหัวข้อเรื่อง การมีสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุ (ธินา ธีรเทพวรกุล, สัมภาษณ์, 6 ตุลาคม 2560)ได้กล่าวไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุว่า

จะเริ่มมีสมองที่ช้าลง พันเสื่อมสภาพ การรับรสน้อยลง รวมถึงมีความเสื่อมทางกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งแนวทางการดูแลประกอบด้วย

2.1 การปรับสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ เช่น จัดของใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบ จัดแสงสว่างให้มีย่างเพียงพอ รวมถึงการจัดห้องน้ำให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยต่อการใช้งานของผู้สูงอายุ

2.2 ทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ลดแป้ง น้ำตาล ไขมัน และของเค็ม แต่เน้นผักผลไม้ และอาหารที่มีกากใย ย่อยง่ายมากขึ้น

2.3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยเน้นการบริหารบริเวณข้อต่อต่างๆ อย่างค่อยเป็นค่อยไป พักเป็นระยะๆ แต่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2.4 ตรวจสุขภาพเป็นประจำ

3. จากการให้สัมภาษณ์ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในหัวข้อเรื่อง การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ (ศรัณย์ อินทกุล, สัมภาษณ์, 29 พฤศจิกายน 2556) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ทำให้เกิดความเสี่ยงด้านสุขภาพประกอบด้วย ลักษณะทางพันธุกรรม รูปแบบการใช้ชีวิต และความเสื่อมทางกายภาพ ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุอยากมีสุขภาพดีจะต้องมีเป้าหมายในการดูแลตนเองที่ชัดเจน จากนั้นจึงหาหนทางให้บรรลุเป้าหมายโดย

3.1 ต้องคอยสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของตนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3.2 ดูแลตนเอง โดยทางด้านร่างกายต้องหมั่นออกกำลังกาย ฟันฟู รักษาในกรณี que ใช้ได้ป่วย และตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำ ส่วนทางด้านจิตใจ ให้รู้จักฝึกธรรมะ และรู้จักเข้าสังคม

4. จากการให้สัมภาษณ์ของนักโภชนาการผู้มีประสบการณ์ ในหัวข้อเรื่อง โภชนาบำบัดเพื่อให้มีสุขภาพดี (ไกร มาศพิมล, สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2557) ได้กล่าวถึงประเด็นการบริโภคให้มีสุขภาพดีดังนี้

4.1 อาหารคือยาที่ดีที่สุด

4.2 ตัวของเราคือหมอที่ดีที่สุด

4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเรามากที่สุดคือ อาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์

4.4 พฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคคือ การบริโภคน้ำตาล ของเค็ม และการบริโภคอาหารที่มีการแปรรูปหลากหลายขั้นตอน

4.5 การกินให้มีสุขภาพดีต้องทำตรงข้ามกับข้อ 4.4 อีกทั้งกินอาหารให้ครบ 5 หมู่ กินผัก ผลไม้ และไข่ให้มาก และดื่มน้ำเปล่าที่สะอาดและมีอุณหภูมิห้องให้เพียงพอประมาณวันละ 2 ลิตร

5. จากการให้สัมภาษณ์ของนักโภชนาการผู้มีประสบการณ์ ในหัวข้อเรื่อง เคล็ดลับหนุ่มกว่าวัย กายใจแข็งแรง (สง่า ดามาพงษ์, สัมภาษณ์, 17 กันยายน 2559) ได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพที่ดี ต้องมีแรงจูงใจให้ทำอย่างต่อเนื่อง และมีวินัย โดยมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

5.1 กินให้เป็น เน้น Clean Food ซึ่งก็คืออาหารครบ 5 หมู่ ที่ใกล้เคียงธรรมชาติ ขั้นตอนการแปรรูปน้อย สะอาด ไม่หวาน มัน หรือเค็มจนเกินไป

5.2 เข้านอนแต่หัวค่ำ และตื่นเช้าเฉลี่ยวันละ 6-8 ชั่วโมง

5.3 ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

5.4 จัดการกับอารมณ์ตนเองด้วยการฝึกธรรมะ

5.5 ดูแลภาพลักษณ์ภายนอกให้เหมาะสมกับวัยและโครงสร้างร่างกาย

## ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการพบปะ พูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ทรงคุณวุฒิในแวดวง โภชนาการผู้สูงอายุ อีกทั้งศึกษาเพิ่มเติมจากแผนยุทธศาสตร์ บวรวิจัย ตำรา งานเขียน บทความ และ เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพิ่มเติมสำหรับแนวทางการส่งเสริม โภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย ตามรายละเอียดดังนี้

### ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในระดับบุคคล

1. กินอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวันและดื่มน้ำให้เพียงพอ
2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. กินอาหารไขมันพอประมาณ
4. ลดการรับประทานน้ำตาล
5. ควรกินอาหารที่ให้ใยอาหารมากขึ้น
6. ลดการกินเกลือและอาหารที่มีโซเดียมมาก
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสารก่อมะเร็ง
8. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
9. ไม่สูบบุหรี่
10. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
11. ทำจิตใจให้สบายไม่ตึงเครียด
12. การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ
  - 12.1 ควรแบ่งมื้ออาหารของผู้สูงอายุให้มากกว่า 3 มื้อ
  - 12.2 การประกอบอาหารจากเนื้อสัตว์ อาจจะใช้ให้วิธีบดหรือสับให้ละเอียดหรือ

เคี้ยวให้เปื่อย

- 12.3 ควรกินผักให้มากทุกมื้อ
- 12.4 ควรกินผลไม้ทุกวัน ทุกมื้อและพยายามกินให้หลากหลายชนิด
- 12.5 ควรตกแต่งให้อาหารมีสีสันเพื่อให้ดูแตกต่างกันออกไป
- 12.6 อาหารที่จัดให้ผู้สูงอายุไม่ควรมีรสจัดมากนัก
- 12.7 ควรเสิร์ฟอาหารในขณะที่ยังร้อน หรืออุ่นให้ร้อนก่อนเสิร์ฟ
- 12.8 กินอาหารสะอาดปราศจากการปนเปื้อน
- 12.9 สร้างบรรยากาศที่ดีในการกินอาหาร

### ข้อเสนอแนะแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในระดับนโยบาย

การแก้ไขปัญหา อีกทั้งส่งเสริมด้านอาหารและโภชนาการที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุต้องมีหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ร่วมกันดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นงานสำคัญที่ถือเป็นการวางรากฐานทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดีและอายุยืน โดยมีข้อเสนอแนะแยกออกเป็น 4 ด้านดังต่อไปนี้

#### 1. ด้านการพัฒนาระบบการให้บริการ

1.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อเพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการโดยโดยจัดบริการโดยอาสาสมัคร หรือสาธารณะตามระดับการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ หรือการอาศัยอย่างโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจดำเนินการได้หลายช่องทางตามบริบทของพื้นที่ เช่น อาจส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หรือใช้ระบบคุ้มครองบริการโดยอาสาสมัคร

1.2 เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานพยาบาลโดยเฉพาะการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน

1.3 พัฒนาระบบสารสนเทศให้สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงได้แม่นยำและทันสมัย เพราะระบบสารสนเทศเป็นหัวใจของการพัฒนา

1.4 เพิ่มนวัตกรรมด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม การทำงานของบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปพร้อมกับการรักษาพยาบาลทุกช่วงระยะ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เมื่อหายจากความเจ็บป่วยแล้วยังสามารถกลับไปดำเนินกิจวัตรประจำวันได้เหมือนหรือใกล้เคียงกับก่อนการเจ็บป่วย

1.5 การจัดบริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) เพื่อปิดช่องว่างระหว่างการดูแลคนไข้ในที่มีภาวะเฉียบพลัน กับการดูแลที่บ้าน ปัจจุบันผู้สูงอายุที่ป่วยเข้าโรงพยาบาลด้วยภาวะเฉียบพลันแทรกซ้อนจากภาวะเรื้อรังได้กลายเป็นภาระอย่างหนักแก่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ทั่วประเทศ เช่น คนไข้หลอดเลือดสมองแตกเฉียบพลัน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้ว โรงพยาบาลไม่สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เพราะสภาพที่บ้านไม่มีความพร้อม ทำให้คนไข้ลักษณะนี้ต้องนอนโรงพยาบาลนานเกินจำเป็น ก่อให้เกิดภาวะแออัดและด้อยคุณภาพในการดูแลคนไข้ในของโรงพยาบาลต่างๆ ถ้ามี

บริการกึ่งเฉียบพลันในโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลเอกชนรับดูแลผู้สูงอายุหรือคนไข้ลักษณะนี้ ไม่เพียงจะช่วยแก้ปัญหาความแออัดของบริการคนไข้ในดังกล่าวแล้วยังจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุและทำให้การดูแลระยะยาวที่บ้านมีความพร้อมมากยิ่งขึ้น

## 2. ด้านการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.1 จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรด้านอายุรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician) เพิ่มขึ้น อีกทั้งส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ทุกสาขาวิชา พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอนามัยอื่นๆ ที่มีอยู่เดิมให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนเพื่อเพิ่มเติม (ไม่ใช่เพียงสอดแทรก) ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเข้าไปในหลักสูตรปริญญาตรีของหลักสูตรต่างๆ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

2.2 ส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองตั้งแต่วัยเยาว์เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในอนาคต

2.3 จัดให้มีการอบรม หรือสัมมนาบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพิ่มขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามประเมินผลเป็นประจำทุกเดือนเพื่อทราบถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขต่อไป

## 3. ด้านการพัฒนาสถานที่รองรับการดูแลผู้สูงอายุ

3.1 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.1.1 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงอยู่ในที่อยู่อาศัยเดิม ในครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่คุ้นชิน โดยปรับปรุงสถานที่ และสิ่งก่อสร้างทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้านให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ

3.1.2 สนับสนุนคนในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น ให้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

3.1.3 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างกลไกเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุ เช่น มีระบบอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน

3.1.4 ส่งเสริมให้ชุมชนปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และจัดบริการสาธารณะ โดยเฉพาะการขนส่งสาธารณะที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตระหว่างภายในและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ

3.1.5 ยกระดับมาตรฐานของที่อยู่อาศัย ไม่ว่าจะดำเนินการโดยรัฐหรือเอกชน สำหรับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องไปอยู่ในที่อยู่อาศัยใหม่

3.2 จัดบริการและทำเลของสถานพยาบาลโดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ จัดรถเข็นรับผู้สูงอายุ จัดห้องน้ำเฉพาะ จัดบริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ ตำแหน่งเดียวในโรงพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ เป็นต้น

#### 4. ด้านการพัฒนาปัจจัยสนับสนุน

4.1 ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสมเพื่อลดผลข้างเคียงจากยาอันเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งในการเข้านอนโรงพยาบาล

4.2 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคมควรได้รับการเน้นหนักด้วยการยกระดับระบบขนส่งโดยสาร การเข้าถึงพื้นที่สีเขียวอย่างทั่วถึง ตลอดจนความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และระบบบริการปฐมภูมิ

4.3 กำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าของนโยบายและแผนที่ใช้ประโยชน์ได้จริงเชื่อถือได้ เพื่อบรรณข้อมูลสำหรับสร้างตัวชี้วัดที่มีความสอดคล้องระหว่างดัชนีกับเป้าหมาย

4.4 ใช้ประโยชน์จากสถานพยาบาลเอกชน ตั้งแต่ปี 2550 ถึงปัจจุบัน ความร่วมมือกับสถานพยาบาลเอกชนทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการผ่าตัดต่อกระดูกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถ้าสามารถขยายความร่วมมือลักษณะนี้ไปสู่การบริการดูแลระยะยาวซึ่งต้องการการบูรณาการ และความต่อเนื่องในการให้บริการมากกว่าการผ่าตัดต่อกระดูก ก็จะช่วยประโยชน์แก่ผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะ เมื่อคำนึงถึงแนวโน้มการเคลื่อนย้ายประชากรสู่เขตเมืองที่มากขึ้น การคิดค้นนวัตกรรมทางการบริหารจัดการ และนวัตกรรมทางการเงินการคลังเพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองจะยิ่งมีความสำคัญมากขึ้น

4.5 ให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการแก่ผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุตรหลาน ญาติ หรือผู้ดูแล เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและผู้สูงอายุที่มีภาวะความเจ็บป่วยจะมีโอกาสเกิดพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสบุตรหลานและญาติ และผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะความเจ็บป่วยตามลำดับ

4.6 ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานโภชนาการและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ เช่น เทศบาล สำนักงานสาธารณสุข เป็นต้น ควรให้ความสำคัญแก่แหล่งอาหารที่ผู้สูงอายุนำมาบริโภค อาทิเช่น ตลาดในหมู่บ้านที่เป็นแหล่งกระจายอาหารที่สำคัญควรมีอาหารที่เพียงพอ มีประโยชน์ทางโภชนาการ และหลากหลายให้แก่ผู้บริโภคได้เลือกหาขณะที่ผู้สูงอายุบางส่วนปลูกพืชผักรับประทานเองและหามาจากแหล่งธรรมชาติในท้องถิ่น จึงควรส่งเสริมการปลูกพืชผักสวนครัวและการเลี้ยงสัตว์ตลอดจนรณรงค์การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่น เพื่อทำให้มีวัตถุดิบมาบริโภคได้เพียงพอและยั่งยืน

### สรุป

หนึ่งในต้นแบบการดูแลโภชนาการผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเน้นการดูแลด้านอาหาร การตรวจสุขภาพ และการออกกำลังกาย ส่วนขององค์การอนามัยโลกก็จะมีลักษณะคล้ายกัน หากแต่เน้นบทบาทของภาครัฐที่ต้องเป็นผู้นำในการดึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุก



ระดับมาทำการขับเคลื่อนงานดังกล่าว พร้อมๆไปกับการประสานงานกับภาครัฐของประเทศอื่นๆเพื่อ เชื่อมโยงงานการส่งเสริมโภชนาการในระดับโลกให้ประสบความสำเร็จ

สำหรับแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแล โดยในภาพรวมมีมาตรการส่งเสริมทั้งใน ระดับบุคคลและระดับชุมชน อีกทั้งมีการส่งเสริมในระดับโครงการย่อยอีกมากมาย

จากการศึกษาบทสัมภาษณ์จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านโภชนาการจำนวน 5 ท่าน ได้แนวทาง ในการดูแลและส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ให้ดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน ความเครียด และหมั่นตรวจสุขภาพ

ส่วนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ พบว่าต้องมีหน่วยงาน ภาครัฐดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะกระบวนการส่งเสริมภาวะโภชนาการเป็นงานสำคัญที่ถือเป็น การวางรากฐานทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้นทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องร่วมมือ ร่วม ใจกันในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุทุกคนมีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง ให้สามารถ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดีและอายุยืน ทั้งนี้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจะต้อง เป็นแกนหลักในการสนับสนุน ส่งเสริมและให้ความรู้ในเรื่องอาหาร และโภชนาการ เพื่อสร้างเสริม สุขภาพ และเพื่อการป้องกันรักษาโรค ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี ทำให้สามารถทำ ประโยชน์สร้างสรรค์เศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างเต็มที่ และไม่เป็นการต่อต้านสังคม โดยสรุป สารสำคัญของข้อเสนอแนะได้ดังต่อไปนี้

#### ในระดับบุคคล

1. กินอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวันและดื่มน้ำให้เพียงพอ
2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. กินอาหารไขมันพอประมาณ
4. ลดการรับประทานน้ำตาล
5. ควรกินอาหารที่ให้ใยอาหารมากขึ้น
6. ลดการกินเกลือและอาหารที่มีโซเดียมมาก
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสารก่อมะเร็ง
8. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
9. ไม่สูบบุหรี่
10. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
11. ทำจิตใจให้สบายไม่ตึงเครียด
12. เตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามหลักโภชนาการ

#### ในระดับนโยบาย

1. ด้านการพัฒนาระบบการให้บริการ
  - 1.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
  - 1.2 เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานพยาบาล
  - 1.3 พัฒนาระบบสารสนเทศ
  - 1.4 เพิ่มนวัตกรรมด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม
  - 1.5 จัดให้มีการให้บริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care)
2. ด้านการพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้อง
  - 2.1 จะต้องมีการบุคลากรด้านอายุรแพทยศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician) เพิ่มขึ้น อีกทั้งส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ทุกสาขาวิชา พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอนามัยอื่นๆ ที่มีอยู่เดิมให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
  - 2.2 ส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของตนตั้งแต่วัยเยาว์เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในอนาคต
  - 2.3 จัดให้มีการอบรม หรือสัมมนาบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง
3. ด้านการพัฒนาสถานที่รองรับการดูแลผู้สูงอายุ
  - 3.1 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
  - 3.2 จัดบริการและทำเลของสถานพยาบาลโดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ
4. ด้านการพัฒนาระบบปัจจัยสนับสนุน
  - 4.1 ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม
  - 4.2 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคมควรได้รับการเน้นหนักด้วยการยกระดับระบบขนส่งโดยสาร การเข้าถึงพื้นที่อย่างทั่วถึง
  - 4.3 กำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าของนโยบายและแผนที่ใช้ประโยชน์ได้จริง
  - 4.4 ร่วมมือกับสถานพยาบาลเอกชน
  - 4.5 ให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการแก่ผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง
  - 4.6 ให้ความสำคัญแก่แหล่งอาหารที่ผู้สูงอายุนำมาบริโภค

## บทที่ 5

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### สรุป

ภาพรวมของสถานการณ์ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยมีแนวโน้มว่าประชากรโลกจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนในเกือบทุกประเทศ โดยประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่มีโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบทางการแพทย์และสาธารณสุข ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น แต่การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนี้ ย่อมมีผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจ และการบริการทางการแพทย์ เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสื่อมโทรมลงจากระบบการความชรา ขณะเดียวกันโครงสร้างทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะสังคมในชนบทได้เปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบอาหารตั้งแต่การผลิต การกระจาย การบริโภค และโครงสร้างการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้ปัญหาทางโภชนาการตามมา ทั้งจากการขาดสารอาหาร และการบริโภคอาหารเกินความจำเป็นนอกจากนี้พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก็มีผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ที่เรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับอาหาร เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือพิการไร้ความสามารถจากการป่วยเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการตรวจรักษาและพยาบาล และยังทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร้คุณภาพทั้งนี้ปัญหาด้านโภชนาการของผู้สูงอายุมักจะมาจากภาวะการขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะความเสื่อมจากอวัยวะต่างๆ

การที่สังคมไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ย่อมเป็นภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแล อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศตามมาซึ่งถ้าหากภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก อีกทั้งยังเป็นการสร้างโอกาสทางเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นที่คาดว่ากลุ่มผู้สูงอายุเหล่านั้น ท้ายที่สุดแล้วจะกลายมาเป็นกลุ่มลูกค้าที่มีกำลังซื้อและมีบทบาทสำคัญต่อภาคธุรกิจสินค้าและบริการต่างๆ มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มธุรกิจอาหารเพื่อสุขภาพ ธุรกิจท่องเที่ยว ธุรกิจการแพทย์ ฯลฯ นอกจากนี้ยังสามารถจ้างงานผู้สูงอายุที่มีทักษะ ประสบการณ์ และศักยภาพพอที่จะยังอยู่ในวงจรการทำงานได้ ซึ่งในอนาคตอาจจะกลายมาเป็นหนึ่งในแรงขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศที่จะช่วยลดปัญหา

การขาดแคลนแรงงาน และลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้ อันจะส่งผลดีต่อภาพรวมของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย

จากการพบปะ พูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่มีประสบการณ์ในแวดวงการบริหารจัดการด้านโภชนาการผู้สูงอายุ อีกทั้งศึกษาเพิ่มเติมจากแผนยุทธศาสตร์ ตำรา งานเขียนบทความ และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อสรุปถึงปัจจัยหลักที่เป็นปัญหา อุปสรรค และแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ โดยพบว่า ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น มีทั้งจากปัจจัยภายในของตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ ฐานะทางการเงินส่วนบุคคล สถานภาพทางสังคม พฤติกรรมการบริโภค และการขาดความรู้ทางด้านโภชนาการ และปัญหาที่เกิดจากปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพและแบบแผนของโรค และอาหารในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และการส่งเสริมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

หนึ่งในต้นแบบการดูแลโภชนาการผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือประเทศญี่ปุ่น ซึ่งเน้นการดูแลด้านอาหาร การตรวจสุขภาพ และการออกกำลังกาย ส่วนขององค์การอนามัยโลกก็จะมีลักษณะคล้ายกัน หากแต่นับบทบาทของภาครัฐที่ต้องเป็นผู้นำในการดึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมาทำการขับเคลื่อนงานดังกล่าว พร้อมๆไปกับการประสานงานกับภาครัฐของประเทศอื่นๆ เพื่อเชื่อมโยงงานการส่งเสริมโภชนาการในระดับโลกให้ประสบความสำเร็จ

สำหรับแนวทางการดูแลด้านโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย จะมีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแล โดยในภาพรวมมีมาตรการส่งเสริมทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน อีกทั้งมีการส่งเสริมในระดับโครงการย่อยอีกมากมาย

ส่วนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ พบว่าต้องมีหน่วยงานภาครัฐดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะกระบวนการส่งเสริมภาวะโภชนาการเป็นงานสำคัญที่ต้องเป็น การวางรากฐานทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้นทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องร่วมมือร่วมใจกันในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุทุกคนมีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของตนเอง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดีและอายุยืน ทั้งนี้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะต้องเป็นแกนหลักในการสนับสนุน ส่งเสริมและให้ความรู้ในเรื่องอาหาร และโภชนาการ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อการป้องกันรักษาโรค ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี ทำให้สามารถทำประโยชน์ สร้างสรรค์เศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างเต็มที่ และไม่เป็นภาระต่อสังคม โดยสรุปสาระสำคัญของข้อเสนอแนะได้ดังต่อไปนี้

#### ในระดับบุคคล

1. กินอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวันและดื่มน้ำให้เพียงพอ
2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. กินอาหารไขมันพอประมาณ

4. ลดการรับประทานน้ำตาล
5. ควบคุมอาหารที่ให้ใยอาหารมากขึ้น
6. ลดการกินเกลือและอาหารที่มีโซเดียมมาก
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสารก่อมะเร็ง
8. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
9. ไม่สูบบุหรี่
10. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
11. ทำจิตใจให้สบายไม่ตึงเครียด
12. เตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามหลักโภชนาการ

### ในระดับนโยบาย

1. ด้านการพัฒนาระบบการให้บริการ
  - 1.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
  - 1.2 เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานพยาบาล
  - 1.3 พัฒนาระบบสารสนเทศ
  - 1.4 เพิ่มนวัตกรรมด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม
  - 1.5 จัดให้มีการให้บริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate Care)
2. ด้านการพัฒนาศูนย์บริการที่เกี่ยวข้อง
  - 2.1 จะต้องมีการพัฒนาศูนย์บริการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician) เพิ่มขึ้น อีกทั้งส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ทุกสาขาวิชา พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอนามัยอื่นๆ ที่มีอยู่เดิม ให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
  - 2.2 ส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของตนเองตั้งแต่วัยเยาว์เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในอนาคต
  - 2.3 จัดให้มีการอบรม หรือสัมมนาบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง
3. ด้านการพัฒนาศูนย์บริการดูแลผู้สูงอายุ
  - 3.1 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี
  - 3.2 จัดบริการและทำเลของสถานพยาบาลโดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ
4. ด้านการพัฒนาระบบบริการ
  - 4.1 ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม
  - 4.2 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคมควรได้รับการเน้นหนักด้วยการยกระดับระบบขนส่งโดยสาร การเข้าถึงพื้นที่อย่างทั่วถึง

- 4.3 กำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าของนโยบายและแผนที่ใช้ประโยชน์ได้จริง
- 4.4 ร่วมมือกับสถานพยาบาลเอกชน
- 4.5 ให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการแก่ผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง
- 4.6 ให้ความสำคัญแก่แหล่งอาหารที่ผู้สูงอายุนำมาบริโภค

## ข้อเสนอแนะ

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการกำกับการดำเนินการในด้านต่างๆ เพื่อส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ สื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะอย่างเร่งด่วน ทัวถึง และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และการดำเนินมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีความราบรื่นดังรายละเอียดต่อไปนี้
  - 1.1 ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาจัดทำเป็นข้อมูลสำหรับประชาสัมพันธ์
  - 1.2 กำหนดกลยุทธ์ด้านการประชาสัมพันธ์ในเชิงข้อเท็จจริง สร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ เพื่อให้มีผลงานด้านประชาสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับของประชาชน และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งการจัดทำจดหมายข่าว และการนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ
  - 1.3 จัดทำและปรับปรุงแผนงานด้านประชาสัมพันธ์อยู่เสมอ เพื่อให้มีความทันสมัย และอยู่บนบรรทัดฐานของความเป็นจริง
  - 1.4 ให้มีข้อมูล และเครือข่ายด้านสื่อสารมวลชนสัมพันธ์ที่ทำงานร่วมกับองค์กรในพื้นที่ มีการประสานงานกันทั้งในรูปแบบงานเขียน งานวิเคราะห์ งานเผยแพร่ และกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่ดีในบริบทของสื่อมวลชนสัมพันธ์ เพื่อให้องค์กรมีเครือข่ายที่กว้างขวาง
  - 1.5 พัฒนาระบบการเขียนข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้มีความพร้อมที่จะเผยแพร่สู่สาธารณชน และมีความพร้อมในการให้ข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงานภายนอก และผู้สนใจ
  - 1.6 ติดตามและประเมินข่าวประจำวัน รวมถึงมีข้อพิจารณาเสนอแนะ วิธีการขยายผล และการแก้ไขสถานการณ์อย่างเหมาะสมเพื่อนำเสนอผู้บริหาร
  - 1.7 เมื่อมีข่าวเชิงลบ หรือการให้ข้อมูลเท็จ ให้จัดการแก้ไขปัญหาในเชิงบูรณาการอย่างทันที ไม่ควรปล่อยให้ข่าวดังกล่าวเกิดความเสียหาย
  - 1.8 ให้มีการรวบรวม ประเมินผลการทำงาน และเสนอแนะว่าควรทำอะไร เพื่อปรับปรุงการบริหาร และการทำงานให้มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

2. ภาครัฐควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรรองรับเทคโนโลยีใหม่ๆ และ การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการอย่างจริงจัง เพื่อให้มีขีดความสามารถในการสนับสนุนงาน ด้านการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

2.1 ควรปรับองค์กรที่มีลักษณะรวมศูนย์และมีขนาดใหญ่ (Monolithic Organization) จากที่เน้นหน้าที่การดำเนินงานหรือเน้นทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน (Input Perspective) เป็นองค์กรแบบที่เน้นธุรกิจตลาดหรือเน้นผลงาน (Output Perspective) และการ ปรับรูปแบบองค์กรให้เป็นบริษัท (Corporatization) และในบางกรณีอาจรวมถึงการแปรรูป รัฐวิสาหกิจให้เอกชนมีส่วนร่วม

2.2 ควรปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของภาคเอกชน

2.3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อรองรับการดำเนินงานตามข้อ 2.1

3. การวิจัยครั้งนี้ เน้นการศึกษากระบวนการ และรูปแบบเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ประเด็นทางด้านโภชนาการเพื่อผู้สูงอายุเท่านั้น หากมีการศึกษาในครั้งต่อไป ผู้วิจัยเห็นควรที่จะขยาย กรอบของการศึกษาให้ครอบคลุมถึงประเด็นทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา ที่เกี่ยวข้องกับ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย เช่น

3.1 ทางด้านเศรษฐกิจ ควรศึกษาถึงการสร้างโอกาสการจ้างงาน และเพิ่มความ มั่นคงทางการเงินให้แก่ผู้สูงอายุ การฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะ และกระตุ้นการมีส่วนร่วมของแรงงาน ผู้สูงอายุในตลาดแรงงาน การขยายอายุการเกษียณ การจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ เป็นต้น

3.2 ทางด้านสังคม ควรศึกษาถึงแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิต เช่น การจัด พื้นที่แสดงออกสำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสังคมขั้นพื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัย เป็นต้น

3.3 ทางด้านจิตวิทยา ควรศึกษาถึงการปรับเปลี่ยนแนวคิด และทัศนคติการใช้ชีวิต ของตัวผู้สูงอายุให้มองเห็นคุณค่าในตนเองในการที่จะมีชีวิตอยู่ และมีหน้าที่ต่อสังคม ขณะเดียวกันก็ ต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติของคนหนุ่มสาวให้มองเห็นถึงคุณค่า และประสบการณ์ที่มีค่าของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกัน

## บรรณานุกรม

### หนังสือ

- นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร (วปอ.) รุ่นที่ 58. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2561 - 2580 ฉบับสำหรับเผยแพร่. กรุงเทพฯ : บริษัท ราไทยเพลส จำกัด, 2558
- เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, สถาบัน. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2547.
- ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ, กอง. ยุทธศาสตร์โลกด้านอาหาร กิจกรรมทางกายและสุขภาพ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2550.

### วารสาร

- จินตนา สุวิทวัส. “ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ”. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 2554.
- นวนิตย์ จันทร์ชุม. “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร”. วารสารสภาการพยาบาล, 2556

### รายงานการวิจัย

- สุพรรณิ พฤกษา. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ”.  
รายงานการวิจัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, 2559.

### ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

- ชวศา แก้วอนันต์. “โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://tci.thaijo.org>, 2561
- ไทยรัฐฉบับพิมพ์. “ซากู เมืองต้นแบบดูแลผู้สูงอายุมีคุณภาพ” .(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :  
<http://www.thairath.co.th>, 2560.
- นพดล สาระฆัง. “ทฤษฎีทางชีววิทยาผู้สูงอายุ” .(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.ptu.ac.th>, 2556.
- นพดล สาระฆัง. “ทฤษฎีทางจิตวิทยาผู้สูงอายุ” .(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.ptu.ac.th>, 2556.
- นพดล สาระฆัง. “ทฤษฎีทางสังคมวิทยาผู้สูงอายุ” .(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.ptu.ac.th>, 2556.
- ภิญญา เจริญสุข. “การป้องกันโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตยุคใหม่ในประเทศญี่ปุ่น”. (ออนไลน์). เข้าถึง  
ได้จาก : <http://www.tci-thaijo.org>, 2559.



เลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, สำนักงาน. “สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย” .

(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :<http://www.parliament.go.th/librally>, 2561.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. “โภชนาการกับสุขภาพ” .(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.thairath.co.th>, 2562.

## ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ : นายธวัชชัย รัตนะพิสิฐ

วัน เดือน ปีเกิด : 6 พฤษภาคม พ.ศ. 2511

การศึกษา : มัธยมศึกษาตอนปลาย แผนกวิทย์ - คณิตฯ จากโรงเรียนเตรียมอุดมศึกษา  
: ประกาศนียบัตรภาษาจีนชั้นสูง จาก JINAN UNIVERSITY GUANGZHOU, CHINA  
: ปริญญาตรี คณะเศรษฐศาสตร์ จาก KANSAI UNIVERSITY OSAKA, JAPAN  
: ปริญญาโทรัฐประศาสนศาสตร์ จาก สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์(NIDA)

### ประวัติการทำงานโดยย่อ

- : กรรมการผู้จัดการบริษัทพี.เอฟ.พี. เทรดิงจำกัด
- : กรรมการผู้จัดการบริษัทที.พี. แปซิฟิกจำกัด
- : กรรมการผู้จัดการบริษัทพี.เอฟ.พี. อินเตอร์ฟู้ดส์จำกัด
- : กรรมการ /รองกรรมการผู้จัดการบริษัทแปซิฟิกแปรรูปสัตว์น้ำ จำกัด
- : กรรมการ /รองกรรมการผู้จัดการบริษัทอุตสาหกรรมปลาแปซิฟิก จำกัด
- : ประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัดสงขลา
- : คณะกรรมการสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
- : คณะกรรมการ กลุ่มอุตสาหกรรมอาหาร สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
- : คณะกรรมการบริหาร สมาคมอาหารแช่เยือกแข็งไทย
- : คณะกรรมการบริหารและประธานคณะกรรมการซูริมิและผลิตภัณฑ์ปลา  
สมาคมอาหารแช่เยือกแข็งไทย

ตำแหน่งปัจจุบันกรรมการบริษัท แปซิฟิกแปรรูปสัตว์น้ำ จำกัด (มหาชน)

# สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แนวทางการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาวะของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัย นายธวัชชัย รัตนะพิสิฐ หลักสูตร วปอ.รุ่นที่ 61

ตำแหน่ง กรรมการ บริษัท แปซิฟิกแปรรูปสัตว์น้ำ จำกัด

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรกำลังเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญระดับโลก ทุกประเทศเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ ปีพ.ศ.2548 ทั้งนี้ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาประชากรของประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นในอัตราที่ลดลงมาโดยตลอด แต่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มด้วยอัตราเร่งที่เร็วขึ้น ซึ่งเป็นภาระของภาครัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแล อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศตามมาเนื่องจากต้องจัดงบประมาณเพื่อดูแลเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี

สำหรับปัญหาสุขภาพนั้น พบว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาทั้งด้านการเจ็บป่วยเรื้อรัง และด้านโภชนาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการมักส่งผลให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น รวมถึงระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งถ้าหากภาครัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และการดูแลผู้สูงอายุลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สามารถประหยัดงบประมาณได้เป็นจำนวนมาก อันจะส่งผลดีต่อภาพรวมของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทยด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะทำการศึกษาถึงปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดในการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาสถานะโภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน
- ศึกษาปัญหา และอุปสรรคในสถานะโภชนาการของผู้สูงอายุ
- เสนอแนวทางการส่งเสริมโภชนาการต่อผู้สูงอายุของไทย

## ขอบเขตของการวิจัย

### 1. ขอบเขตด้านเนื้อหา

1.1. การวิจัยนี้เน้นการศึกษากระบวนการ และรูปแบบเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางด้านโภชนาการเพื่อผู้สูงอายุเท่านั้น

1.2. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในเชิงแนวคิด และหลักการ โดยจะไม่ลงลึกในรายละเอียดการปฏิบัติ

### 2. ขอบเขตด้านประชากร

ผู้วิจัยจะทำการศึกษากับกลุ่มเป้าหมายเชิงลึกของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในแวดวงการบริหารจัดการด้านโภชนาการผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยนักโภชนาการ จำนวน 2 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

### 3. ขอบเขตด้านเวลา

ผู้วิจัยจะดำเนินการรวบรวมข้อมูลทั้งข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิในช่วงเวลาดังแต่เดือนตุลาคม 2561 - เมษายน 2562

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ร่วมกับการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีดำเนินการดังนี้

### 1. การรวบรวมข้อมูล

1.1. ข้อมูลทุติยภูมิ เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร บทความ หนังสือ ตำราทางวิชาการ ทฤษฎี และรายงานต่างๆที่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการศึกษา

1.2. ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลที่รวบรวมมาจากการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ที่มีประสบการณ์ในแวดวงการบริหารจัดการด้านโภชนาการผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยนักโภชนาการ จำนวน 2 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

2. การจัดระเบียบข้อมูล เมื่อรวบรวมข้อมูลดังกล่าวได้แล้ว จากนั้นจะนำข้อมูลมาจัดระเบียบและตรวจสอบตามขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อที่จะเตรียมข้อมูลไว้สำหรับการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

3. การวิเคราะห์ข้อมูล จะดำเนินการด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์เปรียบเทียบรวมถึงการสังเคราะห์ข้อมูล ทฤษฎี และหลักการต่างๆ

4. การนำเสนอข้อมูล จะนำเสนอข้อมูลแบบรายงานวิจัยเชิงพรรณนา และวิเคราะห์  
นำเสนอแนวคิดใหม่ๆ จากการวิจัย

## ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 สรุปได้ว่าภาพรวมของสถานการณ์ด้าน  
โภชนาการของผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร โดยมีแนวโน้มว่า  
ประชากรโลกจะมีผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนในเกือบทุกประเทศ โดยประเทศไทยก็เป็น  
ประเทศหนึ่งที่มีโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป อันเป็นผลมาจากการพัฒนาระบบทาง  
การแพทย์และสาธารณสุข ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชากรทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น  
แต่การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนี้ ย่อมมีผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการบริการทาง  
การแพทย์ เนื่องมาจากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เสื่อมโทรมลงจากระบบการความชรา ขณะเดียวกัน  
โครงสร้างทางสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตของคนไทยส่วนใหญ่ โดยเฉพาะสังคมในชนบทได้  
เปลี่ยนแปลงมาเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อระบบอาหารตั้งแต่การผลิต การกระจาย  
การบริโภค และโครงสร้างการบริโภคเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา ทั้งจากการ  
ขาดสารอาหาร และการบริโภคอาหารเกินความจำเป็นนอกจากนี้พฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง  
และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ก็มีผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อ ที่เรื้อรังที่เกี่ยวข้อง  
กับอาหาร เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือพิการ  
ไร้ความสามารถจากการป่วยเรื้อรัง ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายที่สูงมากในการตรวจรักษา  
และพยาบาล และยังทำให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างไร้คุณภาพทั้งนี้ปัญหาด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ  
มักจะมาจากภาวะการขาดสารอาหาร ภาวะโภชนาการเกิน และภาวะความเสี่ยงจากอวัยวะต่างๆ

2. ผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 สรุปได้ว่าปัญหาและอุปสรรคของการส่งเสริม  
โภชนาการของผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในของตัวผู้สูงอายุเอง เช่น ปัญหาทางด้านร่างกาย  
จิตใจ ฐานะทางการเงินส่วนบุคคล สถานภาพทางสังคม พฤติกรรมการบริโภค และการขาดความรู้  
ทางด้านโภชนาการ และปัญหาที่เกิดจากปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงสภาพและ  
แบบแผนของโรค และอาหารในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่ปัจจุบัน และการส่งเสริมของหน่วยงาน  
ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ผลการวิจัยที่ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 สรุปได้ว่าหนึ่งในต้นแบบการดูแลโภชนาการ  
ผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือประเทศญี่ปุ่นซึ่งเน้นการดูแลด้านอาหาร การตรวจสุขภาพ และ  
การออกกำลังกาย ส่วนขององค์การอนามัยโลกก็จะมีลักษณะคล้ายกัน หากแต่เน้นบทบาทของ  
ภาครัฐที่ต้องเป็นผู้นำในการดึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับมาทำการขับเคลื่อนงานดังกล่าว พร้อมๆ

ไปกับการประสานงานกับภาครัฐของประเทศอื่นๆเพื่อเชื่อมโยงงานการส่งเสริมโภชนาการในระดับโลกให้ประสบความสำเร็จ

สำหรับแนวทางการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุในประเทศไทย ต้องมีหน่วยงานภาครัฐดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพราะกระบวนการส่งเสริมภาวะโภชนาการเป็นงานสำคัญที่ถือเป็นการวางรากฐานทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ดังนั้นทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องร่วมมือร่วมใจกันในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุทุกคนมีการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพดีและอายุยืน ทั้งนี้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจะต้องเป็นแกนหลักในการสนับสนุน ส่งเสริมและให้ความรู้ในเรื่องอาหาร และโภชนาการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และเพื่อการป้องกันรักษาโรค ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดีสามารถทำประโยชน์ สร้างสรรค์เศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้อย่างเต็มที่ และไม่เป็นการระดมสังคม โดยสรุปสาระสำคัญของการส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุได้ดังต่อไปนี้

#### ในระดับบุคคล

1. กินอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ทุกวันและดื่มน้ำให้เพียงพอ
2. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. กินอาหารไขมันพอประมาณ
4. ลดการรับประทานน้ำตาล
5. ควรกินอาหารที่ให้ใยอาหารมากขึ้น
6. ลดการกินเกลือและอาหารที่มีโซเดียมมาก
7. หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นสารก่อมะเร็ง
8. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
9. ไม่สูบบุหรี่
10. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
11. ทำจิตใจให้สบายไม่ตึงเครียด
12. เตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมตามหลักโภชนาการ

#### ในระดับนโยบาย

1. ด้านการพัฒนาระบบการให้บริการ
  - 1.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
  - 1.2 เพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุนอกสถานพยาบาล
  - 1.3 พัฒนาระบบสารสนเทศ
  - 1.4 เพิ่มนวัตกรรมด้านการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม
  - 1.5 จัดให้มีการให้บริการกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care)

## 2. ด้านการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.1 จะต้องมีการพัฒนาบุคลากรด้านอายุรแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatrician) เพิ่มขึ้น อีกทั้งส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์ทุกสาขาวิชา พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอนามัยอื่นๆ ที่มีอยู่เดิมให้มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

2.2 ส่งเสริมให้ประชาชนเริ่มสร้างเสริมและดูแลสุขภาพของตนตั้งแต่วัยเยาว์เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีในอนาคต

2.3 จัดให้มีการอบรม หรือสัมมนาบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง

## 3. ด้านการพัฒนาสถานที่รองรับการดูแลผู้สูงอายุ

3.1 สนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในที่อยู่อาศัยที่ช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2 จัดบริการและทำเลของสถานพยาบาลโดยให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ

## 4. ด้านการพัฒนาปัจจัยสนับสนุน

4.1 ส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม

4.2 การออกกำลังกายและกิจกรรมทางสังคมควรได้รับการเน้นหนักด้วยการยกระดับระบบขนส่งโดยสาร การเข้าถึงพื้นที่อย่างทั่วถึง

4.3 กำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าของนโยบายและแผนที่ใช้ประโยชน์ได้จริง

4.4 ร่วมมือกับสถานพยาบาลเอกชน

4.5 ให้ความสำคัญกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการแก่ผู้สูงอายุ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

4.6 ให้ความสำคัญแก่แหล่งอาหารที่ผู้สูงอายุนำมาบริโภค

## ข้อเสนอแนะ

1. ภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ สื่อสารข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะอย่างเร่งด่วนทั่วถึง และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และการดำเนินมาตรการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีความราบรื่นดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1. ศึกษา และวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการส่งเสริมโภชนาการเพื่อสุขภาวะของผู้สูงอายุโดยรวมอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำมาจัดทำเป็นข้อมูลสำหรับประชาสัมพันธ์

1.2. กำหนดกลยุทธ์ด้านการประชาสัมพันธ์ในเชิงข้อเท็จจริง สร้างสรรค์และเป็นประโยชน์ เพื่อให้มีผลงานด้านประชาสัมพันธ์ที่เป็นที่ยอมรับของประชาชน และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งการจัดทำจดหมายข่าว และการนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ

1.3. จัดทำและปรับปรุงแผนงานด้านประชาสัมพันธ์อยู่เสมอ เพื่อให้มีความทันสมัยและอยู่บนบรรทัดฐานของความเป็นจริง

1.4. ให้มีข้อมูล และเครือข่ายด้านสื่อสารมวลชนสัมพันธ์ที่ทำงานร่วมกับองค์กรในพื้นที่ มีการประสานงานกันทั้งในรูปแบบงานเขียน งานวิเคราะห์ งานเผยแพร่ และกิจกรรมการมีส่วนร่วมที่ดี ในบริบทของสื่อมวลชนสัมพันธ์ เพื่อให้องค์กรมีเครือข่ายที่กว้างขวาง

1.5. พัฒนาระบบการเขียนข้อมูล ข่าวสารที่เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้มีความพร้อมที่จะเผยแพร่สู่สาธารณชน และมีความพร้อมในการให้ข้อมูลข่าวสารกับหน่วยงาน ภายนอก และผู้สนใจ

1.6. ติดตามและประเมินข่าวประจำวัน รวมถึงมีข้อพิจารณาเสนอแนะ วิธีการขยายผล และการแก้ไขสถานการณ์อย่างเหมาะสมเพื่อนำเสนอผู้บริหาร

1.7. เมื่อมีข่าวเชิงลบ หรือการให้ข้อมูลเท็จ ให้จัดการแก้ไขปัญหาในเชิงบูรณาการอย่าง ทันที ไม่ควรปล่อยให้ข่าวดังจนเกิดความเสียหาย

1.8. ให้มีการรวบรวม ประเมินผลการทำงาน และเสนอแนะว่าควรทำอะไร เพื่อปรับปรุง การบริหาร และการทำงานให้มีความรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

2. ภาครัฐควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรรองรับเทคโนโลยีใหม่ๆ และการ พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการอย่างจริงจัง เพื่อให้มีขีดความสามารถในการสนับสนุนงานด้านการ ส่งเสริมโภชนาการผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

2.1 ควรปรับองค์กรที่มีลักษณะรวมศูนย์และมีขนาดใหญ่ (Monolithic Organization) จากที่เน้นหน้าที่การดำเนินงานหรือเน้นทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงาน (Input Perspective) เป็นองค์กร แบบที่เน้นธุรกิจตลาดหรือเน้นผลงาน (Output Perspective) และการปรับรูปแบบองค์กรให้เป็นบริษัท (Corporatization) และในบางกรณีอาจรวมถึงการแปรรูปรัฐวิสาหกิจให้เอกชนมีส่วนร่วม

2.2 ควรปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการดำเนินงานของภาคเอกชน

2.3 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อรองรับการดำเนินงานตามข้อ 2.1