

นิพนธ์ต้นฉบับ

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก⁽¹⁾, สิรินาถ ชาวแขก⁽²⁾, พนิดา มงคลดี⁽³⁾, พัชรธิดา ทิณรัตน์⁽³⁾ และเปรมฤทัย พวงเพชร⁽⁴⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 15 ธันวาคม 2559

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 30 มีนาคม 2560

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ: พยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร
(โทรศัพท์: 084-3761058
E-mail: pramot_computer@hotmail.com)

(2) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระรามเก้า
กรุงเทพมหานคร

(3) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
กรุงเทพมหานคร

(4) พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลกรุงเทพ
กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุ ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 392 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มในระดับปานกลาง (รสปกติ) ร้อยละ 59.2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มระดับปานกลาง (รสปกติ) ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ประกอบด้วย มีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร ($r=.154$) การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหารได้คำนึงถึงความอร่อย รสชาติถูกปาก ($r=.144$)

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, อาหารเค็ม, ผู้สูงอายุ

Original Article

Salty Eating Behavior of Aging in Bang-Plad District, Bangkok

Pramote Thangkratok⁽¹⁾, Sirinart Chaokak⁽²⁾, Panida Mongkoldee⁽³⁾, Patcharatida Pinrat⁽³⁾
and Premruethai Puangpetch⁽⁴⁾

Received Date: December 15, 2016

Accepted Date: March 30, 2017

Abstract

The objective of this the cross-sectional survey was to explain the salty eating behavior of aging in Bang-Plad district, Bangkok, Thailand. The studied samples were 392 persons. Questionnaires constructed by researcher were used to collect data. The data were then analyzed in terms of means percentages and standard deviations. In addition, Pearson's product moment correlation was also applied in this study.

The results were as follows: The salty eating behavior of aging was at moderate level (Good taste) about 59.2 %. Predisposing factors including garnish prepare for cook. ($r=.154$) and prepare food and buy food should consider delicious ($r=.144$) were associated with salty eating behavior at moderate level (Good taste) of aging statistically significant at 0.01.

Keywords: Eating Behavior, Salty Eating, Aging

(1) **Corresponding author:**

Registered Nurse of Bangkok Heart
Hospital, Bangkok, Thailand
(Tel: 084-3761058

E-mail:

pramot_computer@hotmail.com)

(2) Registered Nurse of Praram 9 Hospital,
Bangkok, Thailand

(3) Registered Nurse of Bumrungrad
International Hospital, Bangkok,
Thailand

(4) Registered Nurse of Bangkok Hospital,
Bangkok, Thailand

บทนำ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นไปในทางที่เสื่อมถอย และจะเกิดขึ้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้ คือ ความเสื่อมโทรมและสึกหรอ การเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (Boyce & Shone, 2006) โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจน คือ การเสื่อมของประสาทสัมผัส เช่น ประสาทการรับรสที่ลิ้น ส่งผลให้การรับรสของอาหารเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การรับรสต่อยประสิทธิภาพลง ทำให้ผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารรสจัดขึ้น โดยเฉพาะอาหารรสเค็ม (Linda, 2016)

อาหารเค็ม หมายถึง อาหารที่มีเกลือโซเดียมเกิน 2,400 มิลลิกรัมต่อวัน (He, Burnier, & Macgregor, 2011) หรือเท่ากับเกลือ 1 ช้อนชา น้ำหนักประมาณ 5 กรัม เกลือโซเดียมเป็นสารอาหารในหมู่แร่ธาตุ ซึ่งรู้จักกันในรูปของเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) ซึ่งมีอยู่ในอาหารทุกชนิด แม้แต่อาหารที่ไม่ได้เติมเกลือ เช่น นม ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อสัตว์ที่เป็นอาหารทะเลจะมีโซเดียมมากกว่าสัตว์บกและปลาน้ำจืด อาหารหมักดอง ปลาเค็ม ไข่เค็ม อาหารกระป๋อง อาหารตากแห้ง เครื่องปรุงรสที่ใช้เกลือโซเดียมเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำปลา กะปิ ซอสปรุงรส ซีอิ๊ว เต้าเจี้ยว ปลาร้า เป็นต้น (Sriussadaporn & Nitiyanant, 2005)

การรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงเป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด (Eugene et al., 2013), (Hajeong et al., 2014) หากร่างกายได้รับเกลือโซเดียมเกินกว่าร่างกายที่ควรได้รับ ไตจะทำงานหนักในการขับเกลือโซเดียมส่วนเกินออกทางปัสสาวะ แต่หากไม่สามารถขับออกได้หมดเกลือโซเดียมก็จะคั่งและจะดึงน้ำไว้ในร่างกาย ทำให้มีปริมาณของเหลวไหลเวียนในร่างกายมากผิดปกติ ส่งผลให้แรงดันในหลอดเลือดสูงขึ้น และทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น (Strazzullo et al., 2012) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ภาวะการทำงานของไตเสื่อมลง ส่งผลให้การขับเกลือโซเดียมออกจากร่างกายได้น้อย อาจทำให้อาการของโรคที่เป็นอยู่มีความรุนแรงมากกว่าคนปกติ จากการศึกษาพบว่า คนที่รับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงเป็นประจำเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้

ความดันโลหิตสูงมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต(He & MacGregor, 2010)

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคเกลือโซเดียมของประชากรในประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบว่า ประชากรส่วนใหญ่รับประทานเกลือโซเดียมวันละ 9–12 กรัมต่อวัน (He, Burnier, & Macgregor, 2011) ซึ่งเป็นปริมาณที่อันตรายต่อสุขภาพ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ประชากรบริโภคโซเดียมน้อยกว่า 5 กรัมต่อวัน (Mohan & Campbell, 2009) ประมาณ 1,942 มิลลิกรัม (84.4 มิลลิสมมูล) ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า การลดการบริโภคเกลือลงเหลือเพียง 3 กรัมต่อวัน จะมีประโยชน์ในการลดความดันโลหิตและป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดียิ่งขึ้น (He, Li, & Macgregor, 2013)

จากการศึกษาสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประชากรไทย (Sringanyuang, Wongjinda, & Apichanakulchai, 2007) พบว่ายังไม่สามารถให้ข้อมูลที่เป็นตัวเลขที่ชัดเจนเกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียมของประชากรที่ศึกษาได้ อันเนื่องมาจากความซับซ้อนของแบบแผนการบริโภค ประเภทของอาหารที่บริโภค และความยากลำบากในการเก็บข้อมูลในชุมชน ดังนั้นปัญหาการบริโภคอาหารเค็มจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จำเป็นต้องศึกษาวิจัย โดยใช้แนวคิดวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร (Sringanyuang, Wongjinda, & Apichanakulchai, 2007) เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของอาหาร บทบาทหน้าที่ทางสังคมของอาหาร โดยเลือกศึกษาในผู้สูงอายุ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่มีการพัฒนาเป็นสังคมผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุนับวันยิ่งเพิ่มมากขึ้น การดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงนับว่าเป็นภารกิจที่สำคัญ อีกทั้งการให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของทุกภาคส่วน ในการที่จะยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ (Silpasuwan, 2015) และผลจากการศึกษาวิจัยนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจากการบริโภคอาหารเค็มในผู้สูงอายุต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารเค็มของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ เดือน มีนาคม 2555 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีรายชื่อในทะเบียนบ้านของเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร จำนวน 18,879 คน (Bureau of Registration Administration, 2016)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ เดือน มีนาคม 2555 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่จริงในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรการคำนวณของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) โดยคำนวณจากสูตร

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (18,879 คน)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (0.05)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ($p=0.5$)

จากการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 377 คณะผู้วิจัยจึงกำหนดจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 392 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ จากจำนวนประชากรทั้งหมด 18,879 คน

การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ 2 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 เป็นการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน โดยใช้แขวงเป็นตัวแบ่งชั้นภูมิ ขั้นที่ 2 เป็นการสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม โดยการสุ่มมา 2 ชุมชนในแต่ละแขวง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ได้แก่ การเตรียมอาหารของครอบครัว บุคคลที่รับผิดชอบในการเตรียมอาหารภายในครอบครัว รสชาติอาหารที่นำมารับประทานในครอบครัว พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายในครอบครัว การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหาร และการเตรียมอาหารสำหรับเด็กและผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม จำนวน 17 ข้อลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ ค่าคะแนน 3

ปฏิบัติบางครั้ง ค่าคะแนน 2

ไม่เคยปฏิบัติเลย ค่าคะแนน 1

การแปลความหมายคะแนนโดยใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้

คะแนน 39.68–51 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มอยู่ในระดับสูง

คะแนน 28.34–39.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนน 17–28.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบเครื่องมือ ด้วยวิธีการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยที่มอจารย์ผู้สอนและผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและโภชนาการจำนวน 3 ท่าน และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try-out) กับผู้สูงอายุในเขตบางพลัดจำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยคั้งนี้คณะผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ (Frequency distribution) ค่าร้อยละ (Percentage distribution) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต ผู้วิจัยให้ความสำคัญในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยชี้แจงความสำคัญ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form) และสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาขณะที่ยังดำเนินการวิจัย และผู้วิจัยจะปกปิดข้อมูลของประชากรที่เป็นรายบุคคลไว้เป็นความลับ และจะเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.9) เป็นเพศหญิง อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 64.8) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 60.7) รองลงมาคือหม้าย (ร้อยละ 23.2) ส่วนอาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 35.7) รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 34.7) และรายได้ครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือ 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 32.1)

ข้อมูลการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวเตรียมอาหารเองบ้างมี ซื้อบ้างมี (ร้อยละ 46.2) รองลงมาคือเตรียมอาหารเองทุกมี (ร้อยละ 33.7) รสอาหารที่รับประทานในครอบครัวส่วนใหญ่ รับประทานรสอาหารพอเหมาะ (ร้อยละ 66.3) พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายในครอบครัวพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร (ร้อยละ 53.6) และส่วนใหญ่เตรียมอาหารหรือซื้ออาหารจะคำนึงถึงความอร่อย รสถูกปาก (ร้อยละ 86.0) (ตารางที่ 1)

ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 392 คน ในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มอยู่ในระดับปานกลาง (รสปกติ) ร้อยละ 59.2 ระดับต่ำ (รสจืด) ร้อยละ 36.5 และระดับสูง (รสเค็ม) ร้อยละ 4.3 (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มระดับปานกลาง (รสปกติ) ของผู้สูงอายุที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประกอบด้วย

มีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร ($r=.154$) การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหารได้คำนึงถึงความอร่อย รสชาติถูกปาก ($r=.144$) (ตารางที่ 3)

บทสรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลางแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสปกติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับรายงานการสำรวจปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร เช่น การสำรวจปริมาณโซเดียมคลอไรด์ที่คนไทยได้รับ โดยกองโภชนาการ กรมอนามัย ร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลใน พ.ศ. 2550 ซึ่งเผยว่าปริมาณโซเดียมเฉลี่ยที่คนไทยบริโภค สูงถึง 4,351.7 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน นอกจากการสำรวจดังกล่าวแล้วยังมีการสำรวจปริมาณโซเดียมจากปัสสาวะ โดยในรายงานการศึกษาของลือชัย ศรีเงินยวง (Sringsanyuang, Wongjinda, & Apichanakulchai, 2007) ระบุว่าปริมาณโซเดียมที่ตรวจพบจากปัสสาวะในกลุ่มประชากรที่สำรวจ มีค่ามัธยฐานของปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมงเท่ากับ 2,955.5 มิลลิกรัมต่อวัน โดยพบว่าร้อยละ 87.5 ของตัวอย่างมีค่าสูง 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน ในขณะที่ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (Aekplakorn, 2011) ที่ใช้วิธีการสำรวจโดยซักประวัติการบริโภคอาหารย้อนหลัง 24 ชั่วโมง โดยข้อมูลที่ได้อีกคือกลุ่มประชากรส่วนใหญ่บริโภคเกลือและโซเดียมเฉลี่ย 3,264 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน ซึ่งจากผลการสำรวจดังกล่าวพบว่ามีการใช้เครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณโซเดียมที่แตกต่างกัน ทำให้ผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน ดังนั้นควรมีการวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของเครื่องมือที่ใช้วัดปริมาณโซเดียมในกลุ่มประชากรที่แตกต่างให้มีความแม่นยำ

จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสปกติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและใส่ใจในการเลือกบริโภคอาหาร และภาคส่วนต่างๆ ก็เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมถึงการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารที่ง่ายและสะดวกมากขึ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกบริโภค

อาหารได้อย่างเหมาะสม

จากการศึกษายังพบข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มระดับปานกลาง (รสปกติ) ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหารโดยคำนึงถึงความอร่อย รสชาติถูกปาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทวีศิลป์ ศรีอักษร (Sriugsorn, 2009) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่ปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งได้แก่พฤติกรรมการเติมน้ำตาล น้ำปลาในอาหาร และพฤติกรรมการรับประทานอาหารรสจัด ซึ่งจากพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารรสจัดได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเฝ้าระวังและหาแนวทางส่งเสริมและป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ (Srinyang, Wongjinda, & Apichanakulchai, 2007) ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น กะปิ ปลาเค็ม ปลาร้า หลีกเลี่ยงการเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสในการปรุงอาหารหรือในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ควรเลือกรับประทานอาหารที่โซเดียมต่ำ เช่น ผักและผลไม้สด หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูปที่มีโซเดียมสูง โดยสามารถดูปริมาณโซเดียมได้จากฉลากโภชนาการ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้รับประทานจืดลง ซึ่งในช่วงแรกอาจทำให้รู้สึกไม่อร่อยเพราะความเคยชิน ดังนั้น

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W. (2011). *Report of public health thailand on physical examination 4th year 2551-2*. Nonthaburi: The Graphic System Printing.
- Boyce, J. M., & Shone, G. R. (2006). Effects of ageing on smell and taste. *Postgraduate Medical Journal*, *82*(966), 239-241.
- Bureau of Registration Administration. (2016). *Statistics official registration*. Retrieved January 10, 2016, from <http://stat.bora.dopa.go.th>
- Eugene, S., Ha-Jung, R., Jinah, H., Soo, Y. K., & Eun-Jung, C. (2013). Dietary sodium intake in young Korean adults and its relationship with eating frequency and taste preference. *Nutrition Research and Practice*, *7*(3), 192-198.
- Hajeong, L., Hyun-Jeong, C., Eunjin, B., Yong, C. K., Suhnggwon, K., & Ho, J. C. (2014). Not Salt Taste Perception but Self-Reported Salt Eating Habit Predicts Actual Salt Intake. *Journal of Korean Medical Science*, *29*(Suppl2), S91-S96.
- He, F. J. & MacGregor, G. A. (2010). Reducing population salt intake worldwide: From evidence to implementation. *Progress in Cardiovascular Diseases*, *52*(5), 363-382.
- He, F. J., Burnier, M., & Macgregor, G. A. (2011). Nutrition in cardiovascular disease: Salt in hypertension and heart failure. *European Heart Journal*, *32*(24), 3073-3080.
- He, F. J., Li, J., & Macgregor, G. A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomized trials. *BMJ*, *3*(346), f1325.

ครอบครัวหรือผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริม และให้กำลังใจ

ข้อเสนอแนะ

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเกี่ยวกับประสาทสัมผัสการรับรสในผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมเกิน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา อีกทั้งยังส่งเสริมอาการของโรคให้รุนแรงมากขึ้น ซึ่งผลจากการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ และโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้เช่นกัน และจากผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหารโดยคำนึงถึงความอร่อย รสชาติถูกปาก ซึ่งข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้ในการจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุจัดเตรียมหรือเลือกซื้ออาหารโดยคำนึงถึงหลักโภชนาการมากกว่ารสชาติที่ชอบรับประทาน รณรงค์ไม่ให้จัดเตรียมชุดเครื่องปรุงไว้บนโต๊ะอาหารสำหรับการปรุงอาหาร ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารรสจืดลง ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kriengsinyos, W. (2012). *Reduce sodium prolong life*. Bangkok: WVO Office of Printing Mill.
- Linda, P. (2016). *Effects of Aging on the Mouth*. Retrieved January 10, 2016, from <https://www.merckmanuals.com>
- Mohan, S., & Campbell, N. R. (2009). Salt and high blood pressure. *Clinical Science*, 117(1), 1-11.
- Silpasuwan, P. (2015). Seniors and life safety: Challenges of Thai Society. *Journal of Public Health*, 45(3), 225-229.
- Sringanyuang, L., Wongjinda, T., & Apichanakulchai, T. (2007). *The consumption of sodium in Thailand: A quantitative study*. Bangkok: Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health.
- Sriugsorn, T. (2009). Factors affecting food consumption behavior of elderly in Bangkok Metropolis. *Journal of Sports Science and Health*, 10(3), 57-65.
- Sriussadaporn, S., & Nitiyanant, W. (2005). *Diabetes mellitus*. Bangkok: Ruenkaew Printing.
- Strazzullo, P., D'Elia, L., Cairella, G., Scalfi, L., & Schiano C. M. (2012). Recommending salt intake reduction to the hypertensive patient: More than just lip service. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 19(2), 59-64.

ตารางที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร (n=392)

การบริโภคอาหาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. การเตรียมอาหารของครอบครัว		
- ครอบครัวเตรียมอาหารเองทุกมื้อ	132	33.6
- ครอบครัวซื้ออาหารมารับประทานเป็นประจำ	79	20.2
- ครอบครัวเตรียมอาหารเองบางมื้อ ซื้อบางมื้อ	181	46.2
2. รสชาติอาหารที่นำมารับประทานในครอบครัว		
- รสจืด	41	10.5
- รสพอเหมาะ	260	66.3
- รสเค็ม	91	23.2
3. พฤติกรรมการรับประทานอาหารภายในครอบครัว		
- มีชุดเครื่องปรุงวางบนโต๊ะอาหารเพื่อปรุงรสตลอดเวลา	72	18.3
- มีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร	210	53.6
- ไม่ได้เตรียมเครื่องปรุงรสอาหาร	110	28.1
4. การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหารได้คำนึงถึงเรื่องต่างๆ ดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- การมีประโยชน์ต่อร่างกาย	266	67.9
- ความอร่อย รสชาติถูกปาก	337	86.0
- การไม่ก่อให้เกิดโรคต่อร่างกาย	160	40.8
- ได้คุณค่าทางอาหารครบถ้วน	58	14.8
- ได้อาหารครบ 5 หมู่	95	24.2
- ราคา	174	44.4
5. การเตรียมอาหารสำหรับเด็กและผู้สูงอายุ		
- มีการเตรียมอาหารร่วมกัน	318	81.1
- มีการแยกกันของอาหารเด็กและผู้สูงอายุ	62	15.8
- อื่นๆ (ไม่มีเด็ก อยู่คนเดียว)	12	3.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม(n=392)

พฤติกรรมการบริโภค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม		
ระดับต่ำ (รสจืด)	143	36.5
ระดับปานกลาง(รสปกติ)	232	59.2
ระดับสูง(รสเค็ม)	17	4.3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มระดับปานกลาง (รสปกติ) ของผู้สูงอายุ (n=392)

การบริโภคอาหาร	r	p-value
มีชุดเครื่องปรุงเตรียมไว้สำหรับการปรุงอาหาร	0.154	0.01
การเตรียมอาหารหรือซื้ออาหารได้คำนึงถึงความอร่อย รสชาติถูกปาก	0.144	0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05