

# พฤติกรรมกรบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

## Food Consumption Behaviors and Nutritional Status in Older Persons with Stroke

สุชารีณี	ศรีสวัสดิ์ *	Sucharinee	Srisawat *
ทศพร	คำผลศิริ **	Tosaporn	Kumpolsiri **
ศิริรัตน์	ปานอุทัย ***	Sririrat	Panuthai ***

### บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้มีภาวะโภชนาการดีขึ้น การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดเก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) แบบบันทึกภาวะโภชนาการ เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ทางสถิติก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สเปียร์สัน

### ผลการศึกษาพบว่า

1. การศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60.23 อายุเฉลี่ย 69.85 ปีค่าดัชนีมวลกายก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ1ร้อยละ 40.92
2. ค่าเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมกรบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X}$ =50.51, S.D.= 6.68)
3. ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ซึ่งพิจารณาจากค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ( $\bar{X}$ =25.54 กิโลกรัมต่อตารางเมตร, S.D.= 3.66)
4. พฤติกรรมกรบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับปานกลาง ( $r = -0.32$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.01$

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมกรบริโภคอาหาร, ภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ, โรคหลอดเลือดสมอง

\* ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่  
Corresponding Author, Professional Nurse, Chiangmai Neurological Hospital, srisawat\_2@hotmail.com  
\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University  
\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University  
วันที่รับบทความ 27 มกราคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 17 เมษายน 2561 วันตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2561

## Abstract

Older persons who are stroke survivors should have appropriate food consumption behaviors to improve their nutritional status. This research aimed to describe the relationship between food consumption behaviors and nutritional status in older persons who are stroke survivors. The sample consisted of 88 older persons with stroke survivors receiving care from outpatient clinic, Chiang Mai Neurological Hospital. The sample was purposively selected based on the eligibility criteria. Data were collected using: 1) the demographic data and clinical characteristics form; 2) food consumption behaviors in older persons who suffered from stroke questionnaire; and 3) a nutritional status record form. Research instruments were tested for validity and reliability. They had a statistically acceptable value before data collection. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's correlation coefficient.

### The results revealed that:

1. The overall was men (60.23%) and mean age 69.85 years. The nutritional status of participants before diagnosis with stroke was obesity level 1 (40.92%).
2. The overall mean score of food consumption behaviors were very appropriate ( $\bar{X}$ =50.51, S.D. = 6.68).
3. The nutritional status of participants was obesity level 1 indicated by the mean score of body mass index ( $\bar{X}$ =25.54 kg/m<sup>2</sup>, S.D. = 3.66).
4. Food consumption behaviors showed a moderately negative significant relationship with nutritional status ( $r = -0.32, p < 0.01$ )

**Keywords:** *Food consumption behaviors, Nutritional status, Older Adults, Stroke*

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน พบว่าอุบัติการณ์การป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกพบ 142 ต่อแสนประชากร ในเพศชายพบ 133 ต่อแสนประชากรและเพศหญิงพบ 99 ต่อแสนประชากร (Fergin, Norrvig, & Mensah, 2017) เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุพบว่าโรคหลอดเลือดสมองพบมากในผู้สูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 1,250-1,796 ต่อแสนประชากรในกลุ่มอายุ 75-84 ปี และ 1,628-2,234 ต่อแสนประชากร ในกลุ่มอายุ 85 ปี (Engstad, Engstad, Viitanen, & Ellekjaer, 2012) ส่วนประเทศไทย อัตราป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมองในภาพรวมเพิ่มขึ้น

จาก 255.85 ต่อแสนประชากรในปี 2550 เป็น 352.30 ต่อแสนประชากรในปี 2557 (Bureau of Non Communicable Disease Ministry of Public Health, 2015) ในกลุ่มผู้สูงอายุจากการสำรวจพบว่าในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 1,818.8 ต่อแสนประชากรในเพศชาย และ 1,180.1 ต่อแสนประชากร ในเพศหญิง (Pipat-jaturon, Tidtean, & Wutchotwanitgit, 2015) และในจำนวนที่รอดชีวิตร้อยละ 50 ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง

โรคหลอดเลือดสมองตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ภาวะที่ระบบไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการถูกรบกวน โดยมีสาเหตุ

มาจากการที่หลอดเลือดเกิดการฉีกขาดหรือมีการอุดตัน ทำให้สมองขาดออกซิเจนและสารอาหาร เกิดความเสียหายต่อเนื้อเยื่อสมอง (World Health Organization [WHO], 2013) โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือด (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) และเนื่องจากกระบวนการชราภาพ (aging process) ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมถอยลง ซึ่งในกลุ่มที่ชราภาพมาก (very old) มีความรุนแรงของโรคมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าถึง 2.7 เท่า และทำให้มีโอกาสเกิดความพิการอย่างถาวรถึง 2.1 เท่า เมื่อจำหน่ายออกนอกโรงพยาบาลพบว่าในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปมีโอกาสเสียชีวิตใน 5 ปี ถึงร้อยละ 91.6 (Kammersgaard, Jorgensen, Reithj, Nakayama, Pedersen, & Olsen, 2004) โดยอาการแสดงที่พบได้แก่ แขน ขาอ่อนแรง การทรงตัวไม่ดี มีความบกพร่องด้านการรับรู้และด้านสติปัญญา การสูญเสียการรับความรู้สึก การรับรสชาติ กลืน ตลอดจนภาวะกลืนลำบาก (Westergren, Ohlsson, & Hallberg, 2001) ส่งผลต่อความสามารถในการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะโภชนาการ หมายถึง สภาวะทางสุขภาพที่มีอิทธิพลมาจากอาหารที่ได้รับ ดูดซึม และสะสมในร่างกาย ตลอดจนการนำสารอาหารไปใช้ (Thomas, 2017) โดยภาวะโภชนาการแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ภาวะโภชนาการปกติ (normal nutrition) และภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) ซึ่งภาวะทุพโภชนาการประกอบด้วย ภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน (undernutrition) เกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหารในปริมาณที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ และภาวะโภชนาการเกินมาตรฐาน (overnutrition) คือภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย (Julkragka, 2012) ในต่างประเทศพบว่าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทั้งชนิดเลือดออก

ในสมองและชนิดขาดเลือด พบว่ามีภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานร้อยละ 8.2-33 โดยประเมินจากค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Ying, Harith, Ahmad, & Mukhali, 2019) ส่วนภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานโดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบร้อยละ 16 (FOOD Trial Collaboration, 2003) จะเห็นได้ว่าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบได้ทั้งภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐานและภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะโภชนาการต่ำกว่ามาตรฐาน ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ แผลกดทับ บาดแผลหายช้า ภูมิคุ้มกันร่างกายที่ต่ำลง ส่งผลให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูร่างกาย ระยะการนอนโรงพยาบาลยาวนาน และเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น (Gomes, Emery, & Weekes, 2016) ส่วนภาวะโภชนาการเกินกว่ามาตรฐานโดยมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการมาตรฐาน (Kariasa, Nurachmah, & Koestoer, 2019) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านจะต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ภาวะโภชนาการจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดภาวะพร่องโภชนาการได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ความสามารถในการประกอบอาหารและการรับประทานอาหารด้วยตนเองลดลงด้วย 2) ภาวะกลืนลำบากเกิดจากกล้ามเนื้อในการเคี้ยวและการกลืนอ่อนแรงส่งผลให้ได้รับอาหารน้อยลง (National Stroke Association, 2014) 3) การอาศัยอยู่เพียงลำพัง ทำให้ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการจัดหาอาหารและการรับประทานอาหาร

จึงทำให้เกิดภาวะพร่องโภชนาการได้ (Brownie, 2006) 4) ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย ทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง (Chai, Chu, Chow, & Shum, 2008) 5) พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการ ดังการศึกษาของ Wongkachit & Navicharern (2015) พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับดีสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยมากมายที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ แต่เนื่องจากปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่สามารถจัดการและเปลี่ยนแปลงได้ด้วยตัวผู้ป่วยเอง และมีผลต่อภาวะโภชนาการโดยตรง ดังนั้นหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี จะส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดีด้วย

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารซึ่งประกอบไปด้วย ชนิด ความถี่ ปริมาณ และลักษณะอาหารที่บริโภค (Dongina, 2017) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และหลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (American Stroke Association, 2016) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เลือกรับประทานอาหารชนิดที่มีไขมันสูงพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ (Mangat, Grewal, Singh, Kaur, Jyotsna, & Pandian, 2013) ด้านความถี่ ควรมีการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุมือหลัก 3 มื้อ และมีอาหารระหว่างมื้อเป็นมื้อเล็กๆ อีก 2 มื้อ ซึ่งมีอาหารมีความสัมพันธ์กับกับโรคอ้วนและระดับคอเลสเตอรอลอันเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (St-Onge et al., 2017) ส่วนปริมาณอาหารที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน และลักษณะอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองควรมีลักษณะเคี้ยวง่ายและมีส่วนประกอบของน้ำ ซึ่งจะช่วยลดการเกิดการสำลักอาหารและได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (Steele et al., 2015) ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีได้ ต้องคำนึงถึง ชนิด ความถี่ ปริมาณ และลักษณะอาหารที่บริโภคหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีทำให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดีด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการ พบว่ามีการศึกษาในต่างประเทศที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานอาหารได้เอง ภาวะพึ่งพิงที่ได้รับอาหารทางสายยาง และกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการให้อาหารทางสายยางมีระดับของเซรั่มอัลบูมิน น้ำหนัก และสัดส่วนของร่างกายลดลง ดังนั้นพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Unosson, Anna-Christina, Bjurulf, Schenck, & Larsson, 1994) ในประเทศไทยมีการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความเหมาะสมปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กันในทางบวกในระดับต่ำกับกับค่าดัชนีมวลกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Dongina, 2017) ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มดังกล่าวไม่สามารถนำไปอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ เนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักมีความพิการหลงเหลือ ได้แก่ แขน ขาอ่อนแรง กลืนลำบาก มีความบกพร่องด้านสติปัญญา และการพูด อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมและส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลประกอบการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด

สมองดีขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างไร
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่อย่างไร

### กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังจากรอดชีวิต ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวไม่สามารถเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพได้หรือมีภาวะกลืนลำบากทำให้รับประทานอาหารได้น้อยหรือมีภาวะซึมเศร้าซึ่งจะส่งผลให้ความอยากหรือความต้องการอาหารลดลง ความบกพร่องดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยภาวะโภชนาการเป็นสภาวะหรือสุขภาพของร่างกายที่เป็นผลจากอาหารที่ร่างกายได้รับและถูกสะสมไว้ในร่างกาย ซึ่งสามารถประเมินได้จากค่าดัชนี มวลกาย การมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมนั้นประกอบด้วย ชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง ความถี่ของอาหารที่บริโภค ลักษณะของอาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม กลืนได้ง่าย ทำให้ได้รับสารอาหารในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับประโยชน์จากสารอาหารและนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้สูงอายุโรค

หลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ทำให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจะช่วยให้มีภาวะโภชนาการปกติตามมา

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (significant level) 0.05 อำนาจการทดสอบ (power) 0.8 ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลางเท่ากับ 0.30 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 88 ราย (Polit & Beck, 2001) เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2561 สำหรับกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกตามเกณฑ์ ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- 1) มีระดับสติปัญญาและการรับรู้ดี โดยประเมินจากแบบทดสอบสติปัญญา Mental Status Questionnaire (MSQ) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peack (1960) แปลเป็นภาษาไทยโดย Intarasombut (1996) จำนวน 10 ข้อ โดยต้องมีระดับคะแนน 8 คะแนนขึ้นไป
- 2) สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเลือกบริโภคอาหารได้ด้วยตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างได้
- 3) ไม่ได้รับอาหารทางสายยาง
- 4) เป็นผู้ที่มีสื่อสารภาษาไทยด้วยการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียนได้
- 5) เป็นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป
- 6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง 2) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของ Duangjina et al. (อ้างใน Duangjina, 2017) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ แบ่งเป็นชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง 9 ข้อ ความถี่ในการบริโภคอาหาร 1 ข้อ ปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน 7 ข้อ และลักษณะอาหารที่บริโภค 7 ข้อ คะแนนรวมเท่ากับ 72 คะแนน แบ่งเป็นช่วงคะแนน ได้แก่ 0-24 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม 25-48 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมปานกลาง และ 49-72 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความเหมาะสมมาก โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ทำการค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (correlation coefficient) เท่ากับ 0.88 และ 3) แบบบันทึกภาวะโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยการวัดสัดส่วนร่างกายซึ่งพัฒนาโดย Jawasit, Jitjang, & Bunjong (2012) เพื่อนำไปหาค่าดัชนีมวลกาย (BMI) โดยจำแนกระดับของภาวะโภชนาการเป็น 5 ระดับ (Office of the Health Promotion Foundation (2012) เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผู้วิจัยใช้สายวัดมาจากวัสดุแบบไฟเบอร์กลาส (fiberglass) แถบวัดสีขาว ตัวหนังสือสีดำ ลักษณะสายวัดต้องไม่หักพับงอมีหน่วยการวัดเป็นเซนติเมตร จำนวน 3 ครั้ง บันทึกผลเป็นมิลลิเมตร ตรวจสอบความแม่นยำด้วยการวัดความยาวของเทปวัดผู้วิจัยทำการตรวจสอบด้วยแท่งยาวที่ใช้ในการเปรียบเทียบ (โดยปกติคือ 150 ซม.) ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความแม่นยำของสายวัดสี่ปีต่อครั้ง (Tolonen, Kuulasmaa, & Laatikainen, 2002) ทำการวัดเทียบกับผู้เชี่ยวชาญในอาสาสมัครจำนวน 10 คน วัดคนละ 3 ครั้งแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยจากนั้นนำค่าเฉลี่ยที่ได้มาเทียบกับผู้เชี่ยวชาญที่ทำกรวัดในคนเดียวกับกับผู้วิจัย (inter-rater

reliability) (Polit & Beck, 2001) โดยค่าที่ยอมรับได้คือความตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญได้เท่ากับ 1.0 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลภายหลังโครงการวิจัยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2561-EXP001 และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการสัมภาษณ์เป็นเวลา 30 นาที และทำการวัดสัดส่วนร่างกาย ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการระบุตัวตนของผู้ป่วย และมีผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลเพียงผู้เดียว เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2561 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

## ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 60.23 อายุเฉลี่ย 69.85 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายก่อนได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ร้อยละ 40.92 รองลงมาอยู่ในระดับสมส่วน ร้อยละ 26.13 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 88)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	60.23
หญิง	35	39.77
อายุ (ปี) (range 60-88 ปี, = 69.85, S.D.= 7.22)		
60-69	47	53.40
70-79	28	31.82
> 80	13	14.78
ค่าดัชนีมวลกายก่อนได้รับการวินิจฉัย (kg/m <sup>2</sup> ) ( $\bar{X}$ = 25.64, S.D. = 3.58)		
18.5-22.99 (สมส่วน)	23	26.13
23-24.99 (ท้วม)	17	19.32
25-29.99 (อ้วนระดับ 1)	36	40.92
> 30 (อ้วนอันตราย)	12	13.63

2. ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยรวมอยู่ในระดับ เหมาะสมมาก ( $\bar{X}$  = 50.51, S.D.= 6.68) ดังแสดง ในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยรวม และรายด้าน (n = 88)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน แบบวัด	ช่วงคะแนน จริง	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร				
โดยรวม	0.00-72.00	30.00-65.00	50.51 (6.68)	เหมาะสมมาก
รายด้าน				
ชนิด	0.00-27.00	8.00-25.00	17.12 (3.55)	เหมาะสมปานกลาง
ความถี่	0.00-3.00	0.00-3.00	1.03 (1.20)	เหมาะสมปานกลาง
ปริมาณ	0.00-21.00	7.00-21.00	16.09 (2.78)	เหมาะสมมาก
ลักษณะ	0.00-21.00	12.00-20.00	16.28 (2.13)	เหมาะสมมาก

3. ดัชนีมวลกายโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายโดยรวมอยู่ที่อ้วน ระดับ 1 ( $\bar{X}$  = 25.54, S.D.= 3.66) ภาวะโภชนาการในการ ศึกษาครั้งนี้ประเมินด้วยดัชนีมวลกาย โดยทำการแบ่ง เป็น 5 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.83 มีภาวะอ้วนระดับ 1 รองลงอยู่ในระดับท้วมร้อยละ 18.18

และภาวะอ้วนอันตราย ร้อยละ 13.65 ตามลำดับ      ดังแสดงในตารางที่ 3  
ส่วนภาวะโภชนาการปกติพบเพียงร้อยละ 25.00

**ตารางที่ 3** ช่วงดัชนีมวลกาย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของดัชนีมวลกาย (n = 88)

ตัวแปร	ช่วงดัชนีมวลกาย	$\bar{X}$ (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ)
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	18.90-35.47	25.54 (3.66)	88 (100.00)
BMI 18.5-22.99 (สมส่วน)	18.90-22.92	20.98 (4.48)	22 (25.00)
BMI 23-24.99 (ท้วม)	23.02-25.22	24.07 (0.78)	16 (18.18)
BMI 25-29.99 (อ้วนระดับ 1)	25.21-29.61	27.04 (1.31)	38 (56.83)
BMI > 30 (อ้วนอันตราย)	30.01-35.47	31.23 (1.59)	12 (13.65)

4. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.32$ ,  $p < 0.01$ )

#### การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาสอดคล้องตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาครั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 50.51$ , S.D. = 6.68) (ดังตารางที่ 3) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี มีการเลือกชนิดอาหารที่บริโภคที่เหมาะสม รวมทั้งมีการบริโภคอาหารครบ 3 มื้อหลักในปริมาณที่เหมาะสม และมีการเลือกลักษณะอาหารในการบริโภคอาหารที่เคี้ยวง่าย และมีน้ำเป็นส่วนประกอบ จากพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Duangjina (2017) ที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 36.80$ , SD = 7.07) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว

ร่วมด้วย โดยพบร้อยละ 73.87 ซึ่งมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 50.39$ , SD = 6.49) จากเหตุดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกบริโภคอาหาร ทั้งชนิดอาหาร ความถี่ ปริมาณ และลักษณะอาหาร เพื่อควบคุมโรคประจำตัว โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซ้ำด้วยการรักษาทางยาและการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ผลการศึกษาพบว่าการควบคุมการบริโภคอาหาร ซึ่งพบว่ามีหากมีการจำกัดปริมาณโซเดียม บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง อาหารที่มีรสหวานจัด เค็มจัด นอกจากจะสามารถควบคุมโรคร่วมได้ ยังสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำได้ด้วย (Sarikaya, Ferro, & Arnold, 2015) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร ร้อยละ 45.45 ซึ่งมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 50.50$ , SD = 6.50) จึงมีคนช่วยจัดหาอาหารให้บริโภคอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kullberg (2009) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุเพศชายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคพาร์กินสัน ข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม มีการบริโภคอาหารเพียง 2 มื้อ เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุ



โรคเรื้อรังที่มีผู้ดูแลในการจัดหาอาหารให้รับประทานครบทั้ง 3 มื้อ รวมไปถึงสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีร้อยละ 67.04 โดยมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 49.95$ ,  $SD = 6.80$ ) ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความต้องการที่จะจัดหาอาหารที่มีคุณภาพให้กับกลุ่มตัวอย่างส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ดี นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 77.27 มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ( $\bar{X} = 50.66$ ,  $SD = 6.90$ ) ทำให้มีการเข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพเกิดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

## 2. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.83 มีภาวะอ้วนระดับ 1 รองลงอยู่ในระดับท้วมร้อยละ 18.18 และภาวะอ้วนอันตราย ร้อยละ 13.65 ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการปกติพบเพียงร้อยละ 25.00 แตกต่างจากการศึกษาของ Duangjina (20117) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติเนื่องจากความอ้วนเกิดจากปัจจัยหลายประการ โดยมีการศึกษาพบว่าการใช้ยาบางชนิด ได้แก่ ยาต้านการซึมเศร้า และ ยาสเตียรอยด์ มีผลทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินได้ (Coggins, 2018) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับยาในกลุ่มที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ ยาต้านการซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในระดับท้วม ( $\bar{X} = 24.90$ ,  $S.D. = 4.44$ ) รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญและไม่ได้ประกอบอาชีพ รวมทั้งมีผู้ดูแลทำงานบ้านให้ ทำให้มีกิจกรรมทางกายและอัตราการเผาผลาญพลังงานลดลงเกิดการสะสมตามส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น รวมไปถึงโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังใช้ระยะเวลาในการรักษายาวนานทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายสูงหากมีรายได้ไม่เพียงพอส่งผลให้เข้าถึงอาหารที่มีคุณภาพลดลง (Seesawang & Rungnoe, 2015)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Heart and stroke foundation (2013) พบว่าการที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีส่งผลให้ไม่สามารถจัดหาหรือเข้าถึงอาหารที่จำเป็นในการดำรงชีวิต แต่กลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 77.27 และมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 ( $\bar{X} = 25.64$ ,  $S.D. = 3.21$ ) ทำให้มีกำลังในการซื้ออาหารมารับประทานจึงทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเรื่องกลิ่นลำบากจึงทำให้รับประทานอาหารได้ดี โดยมีภาวะโภชนาการอยู่ในระดับอ้วนระดับ 1 เช่นเดียวกัน ( $\bar{X} = 25.56$ ,  $S.D. = 3.57$ ) แต่เนื่องจากมีการใช้พลังงานและมีอัตราการเผาผลาญลดลงเกิดการสะสมในร่างกายทำให้มีภาวะโภชนาการเกินมาตรฐานได้

## 3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะโภชนาการในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.32$ ,  $p < 0.01$ ) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมสัมพันธ์กับค่าดัชนีมวลกายที่ไม่เพิ่มขึ้น โดยภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.83 มีภาวะอ้วนระดับ 1 รองลงอยู่ในระดับท้วมร้อยละ 18.18 และภาวะอ้วนอันตราย ร้อยละ 13.65 ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการปกติพบเพียงร้อยละ 25.00 ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีความเหมาะสม ทั้งชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง ความถี่ในการบริโภคอาหาร ปริมาณอาหารที่เหมาะสมในผู้สูงอายุควรได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน และลักษณะอาหารที่ควรบริโภคที่มีความอ่อนนุ่มสามารถเคี้ยวและกลืนได้ง่าย (American Stroke Association, 2005) ซึ่งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะช่วยให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และสามารถนำสารอาหารที่ได้รับไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้น้ำหนักลดลง

ปรับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ ทำให้ค่าดัชนีมวลกายไม่สูงส่งผลให้มีภาวะโภชนาการดี

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อมูลจากการวิจัยใช้เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในการให้ความรู้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะในด้านด้านชนิดอาหารที่ควรบริโภคและควรหลีกเลี่ยง และด้านความถี่ในการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการ เพื่อให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและมีภาวะโภชนาการที่ดี

ด้านการศึกษา สามารถนำองค์ความรู้จากการวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในการให้ความรู้แก่นักการศึกษาทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสมและภาวะโภชนาการที่ดี

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ เพิ่มเติมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ระดับไขมันในเลือด การออกกำลังกาย เป็นต้น

2. ควรมีศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนชนบทหรือกึ่งเมือง เนื่องจากอาจมีความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ซึ่งอาจมีผลต่อการกำหนดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการได้

3. ควรมีการนำองค์ความรู้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล

4. เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดังนั้นควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย

### ข้อจำกัดในการวิจัย

เครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีข้อจำกัดด้านของลักษณะอาหารที่บริโภคซึ่งเหมาะสำหรับผู้ที่มีการกลืนลำบากร่วมด้วย และด้านความถี่ในการบริโภคอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุที่มีการกลืนลำบากมีการบริโภคอาหารต่อมื้อได้น้อยจึงต้องรับประทานอาหาร 5-6 มื้อต่อวัน เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่ในกลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะกลืนลำบาก จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารได้

### เอกสารอ้างอิง

- American Stroke Association, (2005). *Nourishing good eating habits*. Retrieved June 23, 2017, from [https://www.strokeassociation.org/idc/.../stroke.../ucm\\_313262.pdf](https://www.strokeassociation.org/idc/.../stroke.../ucm_313262.pdf)
- American Stroke Association. (2016). *Nutrition tips for stroke survivors*. Retrieved from [http://www.strokeassociation.org/Strokeorg/lifeafterstroke/healthylivingafterstroke/nutrition/nutrition-tips-for-stroke-survivors\\_UCM\\_308569\\_subhomepage.jsp](http://www.strokeassociation.org/Strokeorg/lifeafterstroke/healthylivingafterstroke/nutrition/nutrition-tips-for-stroke-survivors_UCM_308569_subhomepage.jsp)
- Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 110-118. doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00557
- Bureau of Non Communicable Disease Ministry of Public Health. (2015). *Annual report 2014*. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King.

- Chai, J., Chu, F. C. S., Chow, T. W., & Shum, N. C. (2008). Prevalence of malnutrition and its risk factors in stroke patients residing in an infirmary. *Singapore Medical Journal*, 49(4), 290-296.
- Coggins, M. D. (2018). *Steroid-related risks*. Retrieved from <http://www.todayseriatricmedicine.com/archive/0714p8.shtml>
- Dongina, T. (2017). *Food consumption behaviors and nutritional status in older persons with dependency*, Master of Nursing Science (Gerontological Nursing). Graduate student Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (In Thai)
- Engstad, T., Engstad, T. T., Viitanen, M., & Ellekjaer, H. (2012). Epidemiology of stroke in the elderly in the nordic countries. incidence, survival, prevalence and risk factors. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), 121-126.
- Fergin, V., Norrving, B., & Mensah, G. (2017). Global burden of stroke. *Circulation Research*, 120(3), 439-448.
- FOOD Trial Collaboration. (2003). Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: Observational data from the food trial. *Stroke*, 34(6), 1450-1456. doi: 10.1161/01.STR.0000074037.49197.8C
- Gomes, F., Emery, P. W., & Weekes, C. E. (2016). Risk of malnutrition is an independent predictor of mortality, length of hospital stay, and hospitalization costs in stroke patients. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 25(4), 799-806.
- Hart and stroke foundation. (2013). *Access to affordable, healthy and nutritious food*. Retrieved from <http://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/2017-position-statements/accessto-affordablehealthy-nutritiousfoods-ps-eng.ashx?la=en>
- Intarasombut, P. (1996). Assessment of health status in elderly. *Ramathibodi Nursing Journal*.
- Jawasit, W., Jitjang, A., & Bunjong, A. (2012). *Development of food consumption guideline for good nutritional status in the elderly (research report)*. Nakhon Pathom: Institute of Nutrition, Mahidol University.
- Julkragka, S. (2012). *Basic of nutrition*. (Edition 8). Bangkok: Kasetsart University.
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117(4), 326-328.
- Kammersgaard, L. P., Jorgensen, H. S., Reithj, J., Nakayama, H., Pedersen, P. M., & Olsen, T. S. (2004). Short-and long-term prognosis for very old stroke patients. the copenhagen stroke study. *Age and Ageing*, 33(2), 149-154
- Kariasa, I. M., Nurachmah, E., & Koestoer, R. A. (2019). Analysis of participants' characteristics and risk factors for stroke recurrence. *Enfermeria clinica*, 29, 286-290.
- Kullberg, K. (2009). *Food in older men with somatic diseases: Eating habits and approaches to food-related activities* (Dissertation for the Degree of Licentiate of Philosophy). Uppsala University, Sweden.

- Mangat, A., Grewal, D., Singh, R., Kaur, P., Jyotsna, R., & Pandian, J. D. (2013). Dietary patterns in stroke patients in northwest India. *Nutritional Neuroscience, 16*(6), 288-292. doi:10.1179/1476830513Y.0000000058
- National Stroke Association. (2014). *Diet and nutrition*. Retrieve June 21, 2017, from <http://www.stroke.org/we-can-help/stroke-survivors/living-stroke/rehabilitation/diet-and-nutrition>
- Office of the Health Promotion Foundation (2012). *Overweight and obesity*. Retrieved from [http://www.thaihealth.or.th/Content/20399-Overweight and obesity.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/20399-Overweight%20and%20obesity.html)
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2001). *Nursing research: Method appraisal, and utilization* (5<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincott.
- Pipatjaturon, N., Tidtean, W., & Wutchotwanitgit, G. (2015). Standardized morbidity rate of cerebrovascular disease, 2<sup>nd</sup> health region, Thailand, 2014. *Weekly Epidemiological Surveillance Report, 47*(15), 225-239.
- Sarikaya, H., Ferro, J., & Arnold, M. (2015). Stroke prevention-medical and lifestyle measures. *European Neurology, 73*(3-4), 150-157.
- Steele, C., Alsanei, W., Ayanikalath, S., Barbon, C., Chen, J., Cichero, J, ... Wang, H. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: A systematic review. *Dysphagia: Dedicated to Advancing the Art and Science of Deglutology, 30*(1), 22-26. Doi:10.1007/s00455-014-9578-x
- Seesawang, J., & Rungnoe, N. (2015). Nursing care for stroke patients: strategies towards patient-centered care. *Journal of Nursing Science, 34*(3), 10-18.
- St-Onge, M. P., Ard, J., Baskin, M. L., Chiuve, S. E., Johnson, H. M., Kris-Etherton, P., & Varady, K. (2017). Meal timing and frequency: Implications for cardiovascular disease prevention: A scientific statement from the American heart association. *Circulation, 135*(9), e96-e121. doi: 10.1161/ CIR. 0000000000000476
- Thomas, S. (2017). What Does *Nutritional Status Mean?*. Retrieved from <https://www.livestrong.com/article/416044-nutrition-diet-for-elderly-people-over-60>
- Tolonen, H., Kuulasmaa, K., & Laatikainen, L. (2002). *Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys*. Retrieved from [www.thl.fi/publications/ehrm/product2/part\\_iii5.htm](http://www.thl.fi/publications/ehrm/product2/part_iii5.htm)
- Unosson, M., Ek, A. C., Bjurulf, P., Schenck, H., & Larsson, J. (1994). Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke, 25*(2), 366-371.
- Westergren, A., Ohlsson, O., & Hallberg, I. (2001). Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *Journal of Advanced Nursing, 35*(3), 416-426. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01884
- World Health Organization. (2013). *Cerebrovascular accident*. Retrieved June 21, 2017, from [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en)

Wongkachit, C., & Navicharern, R. (2015). Factors related to eating behaviors in stroke patients. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 27*(3), 80-92.

Ying, C. Y., Harith, S., Ahmad, A., & Mukhali, H. B. (2019). Factors Associated With Post-stroke Nutritional Status in Stroke Survivors under Rehabilitation. *Indian Journal of Public Health Research & Development, 10*(4).