

แนวทางการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน

Guidelines for weight control for the elderly

มนัญญา คำชะริระพิทักษ์^{1*} และ เบญจพรณ บรูว์วัฒน์²

Manunya Khamwachiraphitak and Benjawan Brurawat

¹คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

²งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

*ผู้เขียนหลัก (Corresponding Author) Email: manunya@vru.ac.th

Received: August 15,2023

Revised: September 12,2023

Accepted: September 30,2023

บทคัดย่อ

ปัจจุบันแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมีจำนวนเพิ่มขึ้น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดน้ำหนักและให้สอดคล้องกับข้อจำกัดของโรคต่างๆที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนสามารถใช้ธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นเครื่องมือหลัก บริโภคในสัดส่วนสารอาหาร คาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน เท่ากับ 50:20:30 ใช้แนวทางเสริมด้วยผลิตภัณฑ์กลุ่มโยเกิร์ตมาประกอบอาหารเสริมในอาหารและเครื่องดื่ม ควบคู่กับข้อปฏิบัติโภชนบัญญัติ 9 ประการ เน้นการรับประทานผัก ประเภท ก. และเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ไขมันต่ำ หรือร่วมกับการใช้อาหารแนวเดช และคาร์โบไฮเดรตที่ค่าไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำร่วมด้วย การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สำหรับเสริมอาหารรวมถึงส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักส่งเสริมและสร้างภูมิคุ้มกันโรค เช่น โปรตีนเวย์ โปรตีนไข่ขาวผง รวมถึงส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วยโปรไบโอติกส์พรีไบโอติกส์เพื่อเสริมในอาหารและเครื่องดื่ม เช่น ผักผง อินนูลินช่วยลดน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุโดยนำไปเป็นผสมลงเป็นส่วนประกอบของอาหารและเครื่องดื่มสำหรับผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การควบคุมน้ำหนัก, แนวทาง

Abstract

Nowadays, the elderly tend to be overweight and obese. It is therefore important to eat a proper diet for the elderly in order to lose weight and comply with the limitations of the associated diseases. In order to obtain complete nutrition, the nutrition flag for the elderly can be used as the main tool. Consume a ratio of nutrients, carbohydrates, proteins and fats, equal to 50:20:30. Choosing products for dietary supplements and health promotion to control weight, promote and build immunity, such as whey protein, egg white protein powder. Including promoting the work of the body's immune system

with probiotics and prebiotics to supplement in food and beverages such as vegetable powder, inulin, which helps reduce weight for the elderly by mixing it into Ingredients of food and drinks for the elderly.

Keywords: Elderly, Weight Control, Guidelines

บทนำ

ภาวะน้ำหนักเกินในผู้สูงอายุเป็นอีกโรคหนึ่งที่ผู้สูงอายุควรเฝ้าระวัง เนื่องจากจะเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมา โรคอ้วนเป็นภาวะที่ร่างกายมีไขมันมากเกินไปจนก่อให้เกิดความจำเป็น เป็นปัจจัย เสี่ยงของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดและมะเร็ง โดยเฉพาะภาวะอ้วนลงพุงสัมพันธ์กับภาวะดื้ออินซูลิน โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2557 พบว่าทั่วโลกมีผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัวเกินประมาณ 1.9 พันล้านคน และเป็นโรคอ้วนอย่างน้อย 600 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 39 ของผู้ใหญ่ทั้งหมด (วิชาญ มีเครือรอด, 2563) ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อโดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคระบบข้อและกระดูก โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตลอดจนโรคมะเร็ง เป็นต้น กระทรวงสาธารณสุขได้ประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในปี 2558 พบว่าสาเหตุการตายของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจขาดเลือดโรคมะเร็งตับ โรคเบาหวาน ตามลำดับ (ธนกร ก้อนทอง, รุจิรา ดวงสงค์, 2562)

จากสถานการณ์ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีภาวะจากโรคอ้วนหรือดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ธนกร ก้อนทอง, รุจิรา ดวงสงค์, 2562) และจากระบบฐานข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2563 - 2565) ภาพรวมประเทศไทยพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ 43.1, 43.8 และ 44.4 (กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ, 2565) และผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในกลุ่มที่มีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) ทั้งยังมีระดับความดันโลหิต ไขมัน และน้ำตาลในเลือดสูง มักเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน และโรคหัวใจได้มากขึ้น ในประเทศไทยพบความชุกของโรคไขมันสะสมในตับที่ไม่ได้เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของโรคตับเรื้อรัง ปัจจุบัน NAFLD เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามอุบัติการณ์ของโรคอ้วนและเบาหวานที่เพิ่มขึ้น โดยพบความชุกเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58 ในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน และพบสูงถึงร้อยละ 91 ในผู้ป่วยโรคอ้วนระดับรุนแรง (ปิยะนุช จงสมิคร, 2559)

ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในผู้สูงอายุนี้จึงควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะขณะนี้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นอันดับ 3 ของโลก เป็นอันดับ 2 ของเอเชีย ปัจจุบันมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 75 ปี แต่ในปี 2568 อายุของคนไทยโดยประมาณ

จะอยู่ที่ 85 ปี (กลุ่มเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ, 2564) ทำให้ต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพการของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยควรสอดคล้องกับความเสี่ยงของการทำงานของอวัยวะต่างๆ เนื่องจากเมื่ออายุเพิ่มขึ้นกระบวนการความเสี่ยงจะเร็วขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จะลดน้อยลง โดยเหลือเพียงร้อยละ 70 เมื่ออายุ 50 ปี และจะลดต่ำลงเหลือแค่ร้อยละ 35 เมื่ออายุ 70 ปี (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564) โดยพบว่าแนวโน้มภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น รองลงมาเป็นผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลายตามลำดับ และจากสถานการณ์ทางสุขภาพ พบว่าร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุมีภาวะอ้วน ขณะที่ผู้สูงอายุวัยปลายมีปัญหาสุขภาพหลายโรค เช่น มากกว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุวัยปลายเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุวัยปลายเป็นโรคเบาหวาน (ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ, 2565) ดังนั้นการดูแลสุขภาพการของผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยอย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-69 ปี กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางคืออายุ 70-79 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายคืออายุ 80 ปีขึ้นไป และอาจมีปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับโภชนาการเกิน เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือหลอดเลือดในเลือดสูง เป็นต้น ดังนั้นหากปล่อยให้ผู้สูงอายุเผชิญกับโรคอ้วนเป็นเวลานาน อาจทำให้สุขภาพแย่ลง และส่งผลถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา และคุณภาพชีวิต

เนื้อเรื่อง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ

แบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยหลักคือ ปัจจัยภายในร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ เชื้อชาติและชาติพันธุ์ อายุ เพศ และปัจจัยภายนอกร่างกาย เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ (พิมพ์วิรา ละล้า และคณะ, 2565)

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากอายุที่มากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผลจากขบวนการความแก่ (Aging process) ซึ่งเป็นขบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกาย โดยเปลี่ยนแปลงนั้นจะเกิดขึ้นภายในร่างกายตั้งแต่ระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ จนถึงอวัยวะ โดยได้รับอิทธิพลของปัจจัยภายใน ได้แก่ พันธุกรรม และปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม วิธีการดำเนินชีวิต ความเครียด เป็นต้น (สุพรรณิ พุกษา, 2559) การเสื่อมสภาพของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายตามช่วงอายุที่มากขึ้น รวมไปถึงดัชนีมวลกาย (BMI) ที่เกินมาตรฐาน ซึ่งการมีภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนเป็นปัจจัยหนึ่งที่พฤติกรรมที่เร่งกระบวนการเกิดความเสี่ยงและสุขภาพ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564) และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2 เท่าในกลุ่มดัชนีมวลกาย เกินหรืออ้วน (ศรีพร รอดแก้ว และคณะ, 2564) การออกกำลังกายไม่สามารถทำได้เนื่องจากร่างกายที่อ้วนทำให้เคลื่อนไหวลำบาก (ธนากร ก้อนทอง, รุจิรา ดวงสงค์, 2562) ร่างกายสูญเสียกล้ามเนื้อ อาจ

มีความกังวลในการเคลื่อนไหว จึงเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง และออกกำลังกายน้อยลง การเผาผลาญพลังงานจึงน้อยลง

2. สภาพแวดล้อม ค่าครองชีพที่สูงขึ้น เงินเก็บหลักเกษียณไม่เพียงพอและใช้จ่ายในช่วงบั้นปลายชีวิต ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถลดน้อยลง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) เป็นผลให้การใช้ระยะเวลาในการนั่งหรือนอนมากเกินไป หรือการมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดและซึมเศร้า สภาพแวดล้อมที่ไม่ส่งเสริมให้กิจกรรมการเคลื่อนไหว อาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคอ้วนในผู้สูงอายุ

3. พฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ การบริโภคไม่เหมาะสม ทั้งในส่วนของบริโภคผักและผลไม้ น้อย บริโภคหวาน มัน เค็มมากเกินไป สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาก การออกกำลังกายไม่เพียงพอ และการมีอารมณ์ความเครียด เป็นต้น (WHO, 2017 อ้างใน ธนากร ก้อนทอง, รุจิรา ดวงสงค์, 2562) การบริโภคอาหารที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ อาหารที่มีให้พลังงานสูง อาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูง การรับประทานอาหารมื้อหนักในช่วงเย็นหรือใกล้เวลานอน (อุมพร นิมิตระกุล, 2560) ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารจึงมีส่วนทำให้เกิดลดเกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้ (สมนึก โตมะสูงเนิน, 2554) อย่างไรก็ตามยังพบว่า และ ธนากร ก้อนทอง, รุจิรา ดวงสงค์, 2562)

การควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ

การควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุอาจมีความยุ่งยากและซับซ้อนในการลดน้ำหนักเมื่อเทียบกับช่วงอายุอื่น ต้องให้ความสำคัญในเรื่องของสภาพร่างกายของแต่ละผู้สูงอายุแต่ละบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุนอกจากมีน้ำหนักที่เกินเกณฑ์แล้ว ด้วยวัยและการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของสภาพร่างกายจากที่กล่าวมาข้างต้น อาจทำให้มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย ดังนั้นการลดน้ำหนักที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ จึงต้องคำนึงถึงน้ำหนักคงอยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมกับสมดุลอื่นๆ เพื่อพียงสมรรถนะและความแข็งแรงของร่างกายตามวัย และการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุควรค่อยๆ เป็นค่อยๆ ไปและทำอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงพฤติกรรมการบริโภคจำเป็นต้องใส่ใจในการจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การเลือกเมนูอาหารที่เหมาะสม กับสภาพร่างกายและโรคที่เป็นอยู่ร่วมกับการเสริมการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมต่อวัย เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตัวและการเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับวัยผู้สูงอายุเพื่อควบคุมน้ำหนัก

1. การดูแลน้ำหนักตัวและรอบเอวให้เหมาะสม

ควบคุมน้ำหนักโดยตั้งเป้าหมายในการลดน้ำหนักที่เหมาะสม คือให้ดัชนีมวลกาย (BMI) และรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ค่าปกติ และสอดคล้องกับสภาพร่างกายและสุขภาพของผู้สูงอายุ การลดน้ำหนักที่เกินไปอาจไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) / ส่วนสูง (เมตร)²

BMI ปกติอยู่ในช่วง 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม. หากมากกว่า 23.0 กก./ตร.ม. แสดงว่าน้ำหนักเกิน และ รอบเอว (ซม.)ให้อยู่ในเกณฑ์ค่าปกติ คือ ไม่เกิน ค่าส่วนสูง (ซม.) หารด้วยสอง สำหรับคนๆนั้น โดยส่วนใหญ่ใช้ความสูงของผู้อายุมาคำนวณ BMI โดยตรง แต่กรณีภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของผู้สูงอายุโดยเฉพาะความสูงที่ลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น หรือมีข้อจำกัดในการยืน สามารถใช้การนำความยาวของส่วนแขน (Demi-span) มาใช้แทนความสูงเพื่อคำนวณเป็น BMI สำหรับผู้สูงอายุ (Arlappa, Qureshi, Ravikumar, Balakrishna, Qureshi, 2016; วสุนธรา รตโนภาส, 2565) โดยใช้สูตรสำหรับเพศชายคือ Height (cm) = 67.51 + (1.29 x demispan) – (0.12 x age) + 4.13 และสำหรับเพศหญิงคือ Height (cm) = 67.51 + (1.29 x demispan) – (0.12 x age) (Ngoh, Sakinah & Harsa Amylia, 2012)

2. บริโภคอาหารให้ครบห้าหมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และเพียงพอต่อความต้องการพลังงานต่อวัน

พลังงาน องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ผู้สูงอายุลดพลังงานในอาหารลงตามช่วงวัยของผู้สูงอายุ โดยเมื่ออายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานลงร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไปให้ลดพลังงานลงไปอีกเป็นร้อยละ 20 ของพลังงานที่ในวัยหนุ่มสาวของแต่ละคนนั้นต้องการ (สุวรรณ ชัยชนะ, 2562: 7) โดยปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 สำหรับผู้สูงอายุเพศชายอยู่ในช่วง 1,740-1,790 กิโลแคลอรีต่อวัน โปรตีน 56-59 กรัมต่อวัน และสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิงอยู่ในช่วง 1,540-1,560 กิโลแคลอรีต่อวัน โปรตีน 49-50 กรัมต่อวัน และได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรต และไขมันเท่ากับปริมาณร้อยละ 45-65 และ 20-35 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับต่อวัน ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ, 2563: 439,442) โดยกองโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ลดพลังงานลงโดยเฉลี่ย 100 กิโลแคลอรีต่ออายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น แต่ไม่ควรต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้รับวิตามินและเกลือแร่บางชนิดไม่เพียงพอ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมาก หรือเกินเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เพื่อเป็นการช่วยให้น้ำหนักตัวลดลงให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจึงควรลดพลังงานลงเช่นกัน

สารอาหารครบถ้วน บริโภคอาหารใน 1 วัน เพื่อให้ได้รับสารอาหารคาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน วิตามิน และ เกลือแร่ครบถ้วน และเพิ่มสิ่งจำเป็นอีก 2 กลุ่มคือ โยอาหาร และ น้ำของผู้สูงอายุ (ณัฐพัชร ชัยปกรณวงศ์, 2560: 36) ซึ่งจากปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุควรได้รับโยอาหารวันละ 25 กรัม(สำนักโภชนาการ, 2563: 409) และปริมาณน้ำอ้างอิงที่ผู้สูงอายุเพศชายและควรได้รับอยู่ในช่วง 1,750-3,150 มิลลิลิตรต่อวัน และ 1,550-2,625 มิลลิลิตรต่อวัน ตามลำดับ (สำนักโภชนาการ, 2563: 369)

สำหรับผู้สูงอายุทั่วไปแนะนำสัดส่วนสารอาหารคาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 50 : 20 : 30 ของพลังงานจากอาหารเช่นเดียวกับที่ใช้ในการจัดอาหารมาตรฐานของโรงพยาบาล และให้ใช้

“ธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ” ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564: 3) แสดงดังภาพที่ 1 และตารางที่ 1 โดยแนะนำให้ผู้สูงอายุควรกินอาหารให้มีความหลากหลาย ในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมตามธงโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วน แต่ไม่ได้มีโรคอื่นๆ ควรลดพลังงานลง เช่น จากเดิมควรได้รับพลังงานจากอาหาร 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ลดลงเป็น 1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน เพื่อให้ น้ำหนักค่อยๆ ลดลง เพื่อให้ อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยคงสัดส่วนของสารอาหาร สำหรับโปรตีนควรเลือกโปรตีนที่มีคุณภาพสูง (High Biological Value) ที่ย่อยง่ายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ไข่ขาว ไก่ ปลา เป็นต้น ร่วมกับข้อปฏิบัติการกินอาหารด้วยโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีภาวะโภชนาการที่ดี แข็งแรง และเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงพลังงานจากอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตประเภท น้ำตาล และแป้ง และ รวมถึงอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลสูง อาหารประเภททอด อาหารฟาสต์ฟู้ด รวมทั้งเนื้อสัตว์ติดมัน หนังสัตว์ ซึ่งมีปริมาณไขมันสูง อาหารทอดน้ำมันท่วม (Deep frying) เช่น ปาท่องโก๋ ก๋วยเตี๋ยวทอด มันทอด หมูสามชั้นทอด เนื่องจากอาหารเหล่านี้ย่อยยาก ทำให้ท้องอืด แน่นท้องได้ (ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง, 2565) เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุย่อยและดูดซึมไขมันได้น้อยลง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีไขมันต่ำ ควบคุมน้ำหนัก และออกกำลังกายสม่ำเสมอ สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต (ศรียพร รอดแก้ว และคณะ, 2564)



ภาพที่ 1 ธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มา: (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564: 3)

ตารางที่ 1 ปริมาณอาหารที่เหมาะสมต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุ

กลุ่มอาหาร	พลังงาน(กิโลแคลอรี) ต่อวัน		
	1,400 (กิจกรรมเบามาก)	1,600 (กิจกรรมเบา)	1,800 (กิจกรรมปานกลาง)
ข้าวแบ่ง (ทัพพี)	5	7	9
ผัก (ทัพพี)	4	4	4
ผลไม้ (ส่วน)	1	1	2
เนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)	6	7	8
ถั่วเมล็ดแห้ง (ช้อนกินข้าว)	1	1	1
นม (แก้ว)	2	2	2
น้ำ (แก้ว)	8	8	8
ไขมัน (ช้อนชา)	6	6	6
น้ำตาล (ช้อนชา)*	6	6	6
*หมวดข้าวแบ่ง ปรับมาเป็นน้ำตาลบางส่วน			

ที่มา : ธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ (2566)

โภชนบัญญัติ 9 ประการสำหรับผู้สูงอายุ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2564)

1. กินอาหารให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตาม ธงโภชนาการ และหมั่นดื่มน้ำหนักตัวและรอบเอว
2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อยสลับกับ อาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน เผือก มัน
3. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์เป็นประจำ
4. กินผักให้มาก กินผลไม้ประจำและหลากหลายสี หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด
5. ดื่มนมรสจืด และกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่น ๆ
6. หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด
7. กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และปรุงสุกใหม่
8. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน ร่วมกับมีโรคอื่นๆ ต้องคำนึงถึงสภาวะของร่างกายและระยะของโรคและสารอาหารที่เป็นข้อจำกัดของโรคนั้นๆด้วย และควรลดเครื่องปรุงรสที่ให้รสหวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีรสจัด ทุกชนิด การรับประทานอาหารที่มีรสหวานจัดจะเกิดอาการอ้วนน้ำตาลทำให้

รับประทานข้าวน้อยลง เช่น น้ำอัดลม น้ำหวานขนมไทย ขนมเค้ก และถ้ารับประทานอาหารรสเค็มจัด ทำให้มีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูง บวม น้ำ ไต ซึ่งจะมีมากในอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ไข่โป้ว เต้าหู้ยี้ เกี่ยมฉ่าย ไข่เค็ม ปลาเค็ม เป็นต้น (เกณิกา จันชนะกิจ, 2559) นอกจากนั้นยังช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น อ้วนลงพุง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไต หัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย สามารถใช้การรับประทานอาหารตามแนวแดชไดเอท (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet; DASH diet) โดยมีหลักในการรับประทานอาหาร คือรับประทานอาหารเช้าให้ถูกหลักโภชนาการ เน้นเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แร่ธาตุ เช่น แคลเซียม โพแทสเซียมและแมกนีเซียม จากประเภทผัก ผลไม้ นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม เครื่องปรุงรสที่มีโซเดียมสูงซึ่งผู้สูงอายุควรได้รับโซเดียมเพียง 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือประมาณ 1-2 ช้อนชา ลดไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและคอเลสเตอรอลลง (กองแพทย์ทางเลือก, 2563 และ ขนธิป สันติวงศ์, 2565)

สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนที่มีโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน) ร่วมด้วย ซึ่งมีภาวะดื้ออินซูลินดื้ออินซูลินสามารถหลั่งอินซูลินออกมาทำงานได้ แต่ประสิทธิภาพในการทำงานหรือการออกฤทธิ์ที่เซลล์ กล้ามเนื้อในการนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์เสื่อมไป และพบว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 บริโภคคาร์โบไฮเดรตหมวดข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นในการควบคุมการบริโภคคาร์โบไฮเดรตได้อย่างเหมาะสม ควรควบคุมปริมาณอาหารที่มีระดับดัชนีน้ำตาลและไกลซีมิกโหลดสูง เนื่องจากการศึกษา (วินัฐ ดวงแสนจันทร์ และคณะ, 2565) การลดน้ำหนักเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ ควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาหรือการบริโภคอาหารที่มีผลกระทบต่อน้ำตาลในเลือด ใช้หลักการจัดอาหารสำหรับโรคเบาหวาน โดยเน้นเพิ่มการรับประทานใยอาหารจากประเภทผักโดยเฉพาะผักประเภท ก. เช่น ผักกาดขาว ผักกาดเขียว ผักกาดหอม บวบ แตงกวา ตั้งโอ๋ ผักปวยเล้ง ฟักเขียว เป็นต้น ซึ่งเป็นกลุ่มที่บริโภคได้ไม่จำกัด และให้พลังงานต่ำมากหรืออาจกล่าวได้ว่าไม่ให้พลังงาน ร่วมกับเลือกรับประทานอาหารกลุ่มที่ให้คาร์โบไฮเดรตที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ (Low glycemic index) และเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน (complex carbohydrate) เช่น ข้าวกล้อง ถั่วเขียว ขนมปังโฮลวีท มักกะโรนี ถั่วดำ เป็นต้น ซึ่งมักเป็นอาหารที่มีปริมาณของใยอาหารสูง ช่วยชะลอการดูดซึมน้ำตาลในเลือดได้ดีและยังช่วยให้รู้สึกอิ่มท้องเร็ว การเพิ่มใยอาหารโดยเฉพาะใยอาหารชนิดละลายน้ำ เพื่อช่วยในการชะลอความเร็วในการย่อยพวกแป้ง และการดูดซึมน้ำตาลกลูโคส ดังนั้นอาหารที่มีใยอาหารสูง จะมีค่าดัชนีน้ำตาลที่ต่ำกว่าอาหารที่มีใยอาหารน้อย (มูลนิธิแม่ฟ้าหลวงในพระบรมราชูปถัมภ์, 2566) หลีกเลี่ยงโดยกินอาหารที่เป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน หรือมีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำจะทำให้ น้ำตาลไม่ขึ้นสูงมาก (ทิปัทสน์ ชุนทสวัสดิกุล, 2566)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนที่มีโรคไขมันในเลือดสูง และคอเลสเตอรอลสูงร่วมด้วยสามารถใช้หลักการตามธงโภชนาการของผู้สูงอายุ บริโภคไขมันไม่เกินร้อยละ 30 แบ่งเป็นไขมันอิ่มตัวไม่เกินร้อยละ 10 และคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยเน้นเพิ่มการรับประทานอาหารจากประเภทผักโดยเฉพาะผักประเภท ก. ซึ่งเป็นกลุ่มที่บริโภคได้ไม่จำกัด และให้พลังงานต่ำมากหรืออาจกล่าวว่าไม่ให้พลังงาน นมไขมันต่ำและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ลดการบริโภคอาหารผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง ขนมหวานและอาหารประเภทแป้ง กะทิ เบเกอรี่ อาหารทอด ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวมและเนื้อสัตว์ที่มีคอเลสเตอรอลสูง ลดการบริโภคไข่แดงในบางมื้อ สามารถบริโภคไข่ขาวได้

แนวคิดการทำ Intermittent Fasting (IF) ในผู้สูงอายุที่ต้องการลดน้ำหนักการทำ IF ควรคำนึงถึงความเหมาะสมในการทำและต้องปรึกษาแพทย์หรือนักโภชนาการก่อนเริ่มต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคอื่นๆร่วมด้วย เช่น ในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ซึ่งต้องควบคุมน้ำตาลในเลือดและสุขภาพอย่างเข้มงวด ปัจจุบันยังไม่ทราบประสิทธิภาพสัมพัทธ์ของวิธี IF ประเภทต่างๆ ในการส่งผลต่อพารามิเตอร์สุขภาพเมตาบอลิซึมและ/หรือลดการลุกลามของโรค ตลอดจนความปลอดภัยและความสามารถในการทนต่อโรคในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพหรือเป็นโรค เช่น ผู้ที่มีปัญหาทางตับ ไต หรือปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตามในอนาคตจำเป็นต้องมีศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการอดอาหารเป็นระยะๆ ประเภทต่างๆ ในผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น (Anton, Ezzati, Witt, McLaren, & Via, 2021)

เทคนิคในการดัดแปลงอาหารและจัดเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ (ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ, 2565) และ (ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง, 2565)

1. ดัดแปลงลักษณะอาหารให้เคี้ยวง่ายขึ้น เช่น หั่นชิ้นเล็กหรือสับละเอียด หรือปรุงให้มีลักษณะค่อนข้างเหลว เปื่อยนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย ไม่เผ็ดคอก อาหารประเภทผักต่างๆ ควรปรุง โดยวิธีการต้มหรือนึ่ง หลีกเลี่ยงการกินผักสดเพราะ จะทำให้เกิดแก๊สและท้องอืด
2. ปรับรสชาติ ตามความชอบของแต่ละคน ทั้งนี้ต้องคำนึงข้อจำกัดของโรคอื่นๆ ที่เป็นอยู่ด้วย เช่น หวานขึ้นเล็กน้อย หรือจัดลง หรือไม่ควรเค็มมาก และงดอาหารเผ็ดจัด รสจัด หรือมีเครื่องเทศมาก
3. สลับ ปรับเปลี่ยนเมนูให้มีความหลากหลาย
4. หลีกเลี่ยงการจัดเตรียมอาหารที่มีไขมันมาก อาหารประเภททอด รวมทั้งเนื้อสัตว์ติดมัน เนื่องจากร่างกายของผู้สูงอายุย่อยและดูดซึมไขมันได้น้อยลง ทำให้ท้องอืดและแน่นท้องได้
5. หลีกเลี่ยงการจัดเตรียมอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารแปรรูปชนิดต่างๆ และอาหารหมักดอง
6. ลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อ สามารถเพิ่มจำนวนมื้ออาหารแต่ลดพลังงานในแต่ละมื้อลงจากวันละ 3 มื้อ แบ่งเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อป้องกันการแน่นท้อง สามารถรับประทานได้หลากหลายขึ้น และจัดเวลารับประทานอาหารและช่องว่างอย่างตรงเวลา ซึ่งนอกจากประโยชน์ด้านการย่อยและดูดซึม

อาหารแล้วยังเพิ่มการตอบสนองต่ออินซูลินร่วมด้วย

7. จัดแต่งอาหารให้มีสีสันทากหลายและเสิร์ฟขณะที่ยังร้อนๆ ใหม่ๆ จะช่วยกระตุ้นน้ำย่อยได้ดีกว่า
8. ปรับเวลาอาหารมื้อหนักเป็นมื้อกลางวันหรือบ่าย แทนที่จะเป็นมื้อเย็น จะช่วยให้หลับสบายขึ้น
9. เลี่ยงน้ำชาหรือกาแฟ เพราะจะทำให้นอนไม่หลับตอนดึก

ตัวอย่างอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

ตัวอย่างอาหารที่จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามมาตรฐานอาหารในโรงพยาบาล มีการสัดส่วนของสารอาหารระหว่าง คาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 50 : 20 : 30 พลังงาน 1,500- (ภาพที่ 1) แบ่งอาหารเป็นผู้ป่วยประเภทอาหารธรรมดา (General Diet) ให้พลังงาน 1,800 กิโลแคลอรี ต่อวัน โดยใน 1 มื้อ ประกอบด้วย คาร์โบไฮเดรต 75 กรัม โปรตีน 30 กรัม ไขมัน 20 กรัม ให้พลังงาน 600 กิโลแคลอรี และอาหารผู้ป่วยประเภทอาหารอ่อน (Soft Diet) ให้พลังงาน 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน โดยใน 1 มื้อ ประกอบด้วย ให้คาร์โบไฮเดรต 62.5 กรัม โปรตีน 25 กรัม ไขมัน 16.6 กรัม ให้พลังงาน 500 กิโลแคลอรี และสำหรับการให้บริการอาหารสำหรับห้องพิเศษซึ่งมีรายการอาหารมากกว่าอาหารที่การบริการแบบผู้ป่วยห้องธรรมดาสามัญ 1 อย่างนั้น หากต้องจัดอาหารจำกัดพลังงาน การจัดอาหารที่เพิ่มเติมคือส่วนประกอบของอาหารที่ไม่ให้พลังงาน เช่น การนำผักมาประกอบเป็นอาหาร ซึ่งมีข้อดีคือให้ใยอาหาร วิตามิน เกลือแร่ และช่วยให้อิ่มท้อง ลักษณะอาหารรสไม่จัด ลักษณะการประกอบอาหารมีปริมาณไขมัน ไม่มาก ลักษณะอาหารเปียกหรืออ่อนนุ่ม

อาหารธรรมดา (1,800 กิโลแคลอรีต่อวัน)

มื้อเช้า ข้าวต้มปลาตอรี นมถั่วเหลือง

มื้อกลางวัน ข้าวสวย ผัดบวบใส่ไข่ แกงจืดไก่บดใส่แตงกวาและแครอท ส้มเขียวหวาน (กรณี

อาหารพิเศษ เพิ่ม 1 รายการคือ ปลาตุ๋นผัดพริกขิง)

มื้อเย็น ข้าวสวย ยำไก่แตงกวา มีสมันไก่ตุ๋นมันฝรั่ง (กรณีอาหารพิเศษ เพิ่ม 1 รายการคือ

ไก่บดผัดกวางตุ้งได้หัววัน)

อาหารอ่อน (1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน)

มื้อเช้า ข้าวต้มหมูบด นมถั่วเหลือง

มื้อกลางวัน ข้าวต้ม หมูบดตุ๋นผักต้ม ปลาบดต้มสมุนไพร ผลไม้ (กรณีอาหารพิเศษ เพิ่ม 1

รายการคือ ผัดผักไก่บด)

มื้อเย็น ข้าวต้ม ไก่บดผัดกวางตุ้งได้หัววัน ปลาต้มขมิ้นสมุนไพร ผลไม้(กรณีอาหารพิเศษ

เพิ่ม 1 รายการคือ ไก่บดผัดเห็ดฟาง)

อาหารผู้ป่วยประเภทอาหารธรรมดา (General Diet)



อาหารเช้า (พิเศษ)



อาหารเช้า (สามัญ)



อาหารเย็น (พิเศษ)



อาหารเย็น (สามัญ)

อาหารอ่อน (Soft Diet)



อาหารเช้า (พิเศษ)



อาหารเช้า (สามัญ)



อาหารกลางวัน (พิเศษ)



อาหารกลางวัน (สามัญ)



อาหารเย็น (พิเศษ)



อาหารเย็น (สามัญ)

ภาพที่ 1 แนวทางการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่ให้บริการในโรงพยาบาล

ที่มา: งานโภชนาการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เฉลิมพระเกียรติ (2566)

แนวทางการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อเสริมอาหารช่วยลดน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ถูกนำมาใช้เพื่อส่งเสริมและสร้างภูมิคุ้มกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุยุควิถีชีวิตใหม่ เช่น โปรตีน กรดอะมิโนจำเป็นครบถ้วน การส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย จุลินทรีย์สุขภาพโพรไบโอติกส์ และพรีไบโอติกส์ อาหารสำหรับจุลินทรีย์สุขภาพ (ทองใหม่ ทองสุก, 2565) และมีส่วนช่วยในการดูแลควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. โยอาหาร และผักผง โยอาหารซึ่งมีประโยชน์คือช่วยเสริมสร้างการทำงานของระบบย่อยอาหารและส่งเสริมการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ที่เป็นประโยชน์ ช่วยให้ท้องอืดโดยไม่เพิ่มพลังงาน ช่วยในการลดน้ำหนักในผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องฟันในการบดเคี้ยว เช่น ไซเลียมฮัสค์ (Psyllium Husk) สำหรับผักผงบางชนิดให้วิตามินและเกลือแร่ สารต้านอนุมูลอิสระสูงมากและยังมีโปรตีนสูง เช่น ผักเคล ผำ ผักโขม บล็อกเคอรี่ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปผสมในรูปแบบของเครื่องดื่มหรืออาหารได้

2. อินนูลิน (Inulin) และฟรุกโตโอลิโกแซคคาไรด์ (FOS) และอาหารที่มีอินนูลินส่วนประกอบอินนูลินและ FOS ซึ่งไม่สามารถย่อยหรือดูดซึมในระบบทางเดินอาหารได้ จึงทำให้มีคุณสมบัติคล้ายใยอาหารที่ละลายน้ำได้ (Soluble dietary fiber) ในธรรมชาติพบได้ในพืชหลายชนิด เช่น รากชิคอรี่ หัวอาร์ทิโชก หัวหอม หัวกระเทียม เห็ด กล้วย และหน่อไม้ฝรั่ง กระเทียมโทนหัวใหญ่ กระเทียมจีน กระเทียมไทย แก่นตะวัน เป็นต้น เป็นใยอาหารชนิดหนึ่งที่มีความสนใจอย่างมาก เพิ่มความอึดในร่างกาย ช่วยการขับถ่าย (ศิริพร ตันจ่อ และคณะ, 2012) อินนูลินและ FOS ยังมีคุณสมบัติเป็นพรีไบโอติก (Prebiotic) คือเป็นอาหารของจุลินทรีย์ในลำไส้ของมนุษย์ โดยเฉพาะจุลินทรีย์ที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย กระตุ้นการเจริญเติบโตและการทำงานของแบคทีเรียชนิดดีในทางเดินอาหาร ได้แก่ Lactobacillus และ Bifidobacteria นอกจากนี้อินนูลินยังเป็นใยอาหารสามารถบรรเทาอาการท้องผูกโดยการทำให้อุจจาระมีปริมาณมากขึ้นและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายได้ ปัจจุบันพบการผสมพรีไบโอติกในอาหารหลายชนิด

เช่น โยเกิร์ต นมเปรี้ยว เครื่องดื่ม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารลดน้ำหนัก กาแฟควบคุมน้ำหนัก รวมถึงอาหารทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุบางชนิด

3. โพรไบโอติกส์ คือจุลินทรีย์สุขภาพที่ดี ที่จะช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ที่ไม่ดีในลำไส้ สามารถช่วยให้สุขภาพของลำไส้ดีขึ้นและปรับสมดุลการขับถ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มักจะมีปัญหาเรบบขับถ่าย

4. ซินไบโอติก (Synbiotic) คือ การนำโพรไบโอติก (Probiotics) และพรีไบโอติก (Prebiotics) ผสมกันเข้าด้วยกัน การรับประทานซินไบโอติกจึงอาจช่วยให้โพรไบโอติกทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เมื่อรวมโพรไบโอติกและพรีไบโอติกไว้ในผลิตภัณฑ์อาหารเดียวกัน

5. เวย์โปรตีน และโปรตีนจากไข่ขาวผง เป็นโปรตีนที่สร้างกล้ามเนื้อได้ดีเหมาะกับผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องฟัน สามารถใช้เป็นโปรตีนเสริมทดแทนเนื้อสัตว์อื่นได้ เนื่องจากผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (ผู้สูงอายุตอนกลางและผู้สูงอายุตอนปลาย) จะเริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับฟันในการบดเคี้ยวอาหาร ทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ จึงหันไปรับประทานอาหารที่นุ่ม พอกแป้ง และน้ำตาล ซึ่งทำให้น้ำหนักเกินหรืออ้วนได้ง่าย นอกจากนั้นหากผู้สูงอายุรับประทานโปรตีนในสัดส่วนที่พอเหมาะ ยังช่วยรักษากล้ามเนื้อไม่ให้ลีบลงเร็ว ทำให้อยู่ท้อง อิ่มนานกว่าคาร์โบไฮเดรตด้วย ซึ่งทั้งเวย์โปรตีน และโปรตีนจากไข่ขาวผง สามารถนำไปเป็นผลผสมเป็นส่วนประกอบทั้งอาหารคาว อาหารว่าง เครื่องดื่มและอาหารหวานให้แก่ผู้สูงอายุได้

สรุป

ภาวะน้ำหนักเกิน หรืออ้วนในผู้สูงอายุ เป็นผลสืบเนื่องจากหลายปัจจัยทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และมักเป็นผลต่อเนื่องจากการดูแลตนเองก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การลดน้ำหนักในวัยนี้จึงต้องคำนึงถึงน้ำหนักลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ พร้อมกับสมดุลอื่นๆ เพื่อพุงสมรรถนะและความแข็งแรงของร่างกายตามวัย และการควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุควรค่อยๆ ลดและทำอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงพฤติกรรมบริโภคและสอดคล้องกับโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วย โดยใช้แนวทางบริโภคตามธงโภชนาการของผู้สูงอายุ แต่จำกัดพลังงานต่อวันลง โดยคงสัดส่วนของสารอาหารระหว่างคาร์โบไฮเดรต : โปรตีน : ไขมัน เท่ากับ 50 : 20 : 30 ควบคู่กับข้อปฏิบัติโภชนบัญญัติ 9 ประการ เน้นการรับประทานผัก ประเภท ก. และเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย ไขมันต่ำ หรือร่วมกับการใช้อาหารแนวแดช และคาร์โบไฮเดรตที่ค่าไกลซีมิกอินเดกซ์ต่ำร่วมด้วย โดยเฉพาะหากมีภาวะน้ำหนักเกินร่วมกับความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 และไขมันในเลือดสูง สามารถเลือกใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อส่งเสริมและสร้างภูมิคุ้มกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ เช่น โปรตีนเวย์ โปรตีนไข่ขาวผง รวมถึงส่งเสริมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วยโพรไบโอติกส์และอาหารสำหรับจุลินทรีย์สุขภาพ (พรีไบโอติกส์) เพื่อเสริมอาหารหลัก เช่น ผักผลไม้ ธัญพืช ช่วยลดน้ำหนักสำหรับผู้สูงอายุโดยนำไปเป็นผลผสมเป็นส่วนประกอบของอาหารและเครื่องดื่มสำหรับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ. (2565). *รายงานประจำปี 2565 เฝ้าระวังทางโภชนาการ . สำนักโภชนาการ กรมอนามัย*. สืบค้นจาก https://nutrition2.anamai.moph.go.th/web-upload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/202303/m_magazine/37955/4261/file_download/13affb4dde0d884d8536cb0096eeca9.pdf
- กลุ่มเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. (2564). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
- กองแพทย์ทางเลือก. (2563). *แดชไดเอท บำบัดโรคความดันโลหิตสูง*. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. บริษัท วี อินดี้ ดีไซน์ จำกัด.
- เกณิกา จันชนะกิจ. (2559). อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสาร Mahidol R2R e-Journal*. 3(2), 1-11.
- ชนาธิป สันติวงศ์. (2565). DASH Diet: อาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 16(1), 101-111.
- ณัฏฐพัชร ชัยปกรณ์วงศ์. (2560). *กินเป็นบำบัดโรค The Nutrition Talk*. บริษัท วีฟลัส กรุ๊ป(ไทยแลนด์) จำกัด. กรุงเทพฯ.
- ธงโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. (2566). สืบค้นจาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=194497&id=47224&reload=>,
- ธนากร ก้อนทอง, รุจิรา ดวงสงค์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคอ้วน ตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 12(3), 9-18.
- ทองใหม่ ทองสุก. (2565). โภชนาการสร้างภูมิคุ้มกันโรค NCDs ผู้สูงอายุยุควิถีชีวิตใหม่. *วารสารพุทธนวัตกรรมการบริหาร*. 3(1), 92-100.
- ทิปทัศน์ ชุณหสวัสดิกุล. (2566). *การรักษาเบาหวานด้วยธรรมชาติบำบัด เบาหวานคืออะไร*. กองการแพทย์ทางเลือก. สืบค้นจาก <https://thaicam.go.th/การรักษาเบาหวานด้วยธรรมชาติ/>
- ปิยะนุช จงสมักร. (2559). จุลินทรีย์ในลำไส้กับการเกิดโรคอ้วนและโรคไขมันสะสมในตับที่ไม่ได้เกิดจากแอลกอฮอล์. *Thai Bull Pharm Sci*. 11(2), 76-97.
- พิมพ์วิรา ละล้า, อภิชาติ ใจใหม่, และ กฤตพัทธ์ ผึกฝน. (2565). ภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุ: ผลกระทบและบทบาทพยาบาล. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*. 23(2), 13-27.
- ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. (2565). *โภชนาการในผู้สูงอายุ รับประทานอย่างไรถึง*

- จะดี. ศูนย์อายุรกรรม คลินิกผู้สูงอายุ. โรงพยาบาลนครธน. สืบค้นจาก [https://home.maefahluang.org/17514357/glycemic](https://www.nakornthon.com/article/detail/โภชนาการในผู้สูงอายุ รับประทานอย่างไรถึงจะได้ผลดีที่สุดแม่ฟ้าหลวงในพระบรมราชูปถัมภ์. (2566). Glycemic index หรือ ดัชนีน้ำตาล คืออะไร สำคัญต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างไร. สืบค้นจาก <a href=)
- วสุนธรา รตโนภาส. (2565). การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุในพื้นที่บริการของมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 8(4), 9-23.
- วิษณุ มีเครือรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกายและระดับ ความดันโลหิต ของบุคลากรสาธารณสุขอำเภอศรีมหาชัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 1(1), 70-85.
- วินัฐ ดวงแสนจันทร์, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, ณัฐธยาน์ สุวรรณคฤหาสน์, และ ณัฐพงศ์ โฆษขุนพันธ์. (2565). การบริโภคคาร์โบไฮเดรตและฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 49(3), 122-133.
- ศิริพร ตันจ่อ, ครรชิต จุดประสงศ์, ชัญญิตา ไชยโต, สนั่น จอกลอย. (2012). อินซูลินและฟรุกโตโอลิโกแซคคาไรด์ในแกนตะวันสายพันธุ์ต่างๆ. KKU Res. J. 17(11), 25-34.
- ศิริพร รอดแก้ว, อรทัย นนทเกตุ, และ เรวดี เพชรศิริสัณห์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 32(2), 120-130.
- ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ. (2565). คู่มือสุขสมวัย สำหรับการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). สืบค้นจาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/files/7/Manual/คู่มือนิทรรศการ%20สุขสมวัย.pdf>
- สมนึก โตเมสูงเนิน. (2554). ประสิทธิภาพของการส่งเสริมการบริโภคอาหารวัยผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์. 26(2), 309-317.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2563). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563. สืบค้นจาก <https://www.thaidietetics.org/wp-content/uploads/2020/04/dri2563.pdf>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2564). สู่วงัยกินอาหารอะไรดี ส่งเสริมสุขภาพของอวัยวะที่สำคัญ. สืบค้นจาก <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/206126>
- สุพรรณิ พลฤกษา. (2559). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
- สุวรรณา ชัยชนะ. (2562). อาหารผู้สูงอายุ. บริษัทสำนักพิมพ์แม่บ้าน. กรุงเทพฯ.
- อุมาพร นิมิตระกูล. (2560). การศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุตำบล

หนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
ล้านนา. 7(2), 63-70.

Anton, S., Ezzati, A., Witt, D., McLaren, C., and Via. P. (2021). The effects of intermittent
fasting regimens in middle-age and older adults: Current state of evidence.

Experimental Gerontology. 156, <https://doi.org/10.1016/j.exger.2021.111617>

Arlappa, N., Qureshi, I. A., Ravikumar, B. P., Balakrishna, N. and Qureshi, M. A. (2016).

Arm Span is an Alternative to Standing Height for Calculation of Body Mass

Index (BMI) amongst Older Adults. *International Journal of Nutrition*. 2(1),

DOI 10.14302/issn.2379-7835.ijn-15-903

Ngoh, HJ, Sakinah, H. and Harsa Amylia, MS. (2012). Development of Demi-span

Equations for Predicting Height among the Malaysian Elderly Development of

Demi-span Equations for Predicting Height among the Malaysian Elderly.

Mal J Nutr. 18(2), 149 – 159.