

บทที่ 2

วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วยโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าเอกสาร ตำราตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ระบบการบริการอาหารในโรงพยาบาล
2. ระบบการบริการอาหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด
3. อาหารในโรงพยาบาล
4. หลักการจัดอาหารเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอยากรับประทานอาหาร
5. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับอาหารของผู้ป่วย
6. ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยในโรงพยาบาล
7. กรอบแนวคิด

1. ระบบการบริการอาหารในโรงพยาบาล

ระบบการบริการอาหารในโรงพยาบาลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการดำเนินงานพัฒนางานฝ่ายโภชนาการ ขนาดของโรงพยาบาล งบประมาณ และนโยบายการดำเนินงาน แต่ทุกโรงพยาบาลมีจุดมุ่งหมายในการบริการอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล (รุจิรา สัมมะสุต, 2545) ดังนี้

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาหารรับประทานถูกต้องตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัด
- 2) เพื่อสนับสนุนการรักษาของแพทย์ในด้านอาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้อาหารบำบัดโรค และความต้องการสารอาหารของผู้ป่วย
- 3) เพื่อป้องกันอาการแทรกซ้อนหรือกลับเป็นใหม่สำหรับบางโรค
- 4) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยขณะรับการรักษา
- 5) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในเรื่องโภชนาการและอาหารที่รับประทานสามารถนำไปปฏิบัติในการดำเนินชีวิต

1.1 หลักการจัดบริการอาหารผู้ป่วย

หลักการจัดบริการอาหารต้องคำนึงถึงผู้ป่วย รวมถึงงบประมาณของโรงพยาบาล (รุจิรา สัมมะสุต, 2543) โดยมีหลักการจัดดังนี้

1.1.1 ความถูกต้อง (Accuracy) อาหารที่จัดมีสารอาหารตรงหรือใกล้เคียงกับที่แพทย์กำหนดมากที่สุด และโรคของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคไตจำกัดโซเดียม ปริมาณโปรตีน ฯลฯ

1.1.2 มีสารอาหารเพียงพอกับความต้องการ (Nutritional adequacy) อาหารของผู้ป่วยควรมีสารอาหารเพียงพอเพื่อรักษาภาวะโภชนาการที่ดีของผู้ป่วย

1.1.3 การยอมรับ (Acceptability) อาหารต้องเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยทั้งในด้านความอร่อย ลัทธิศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี นิสัยบริโภค ความชอบและไม่ชอบของผู้ป่วยแต่ละคน

1.1.4 ประหยัด (Economy) อาหารที่จัดเพื่อการบำบัดโรค ควรพยายามจัดโดยยึดหลักประหยัดค่าอาหารที่สุด โดยเฉพาะอาหารเพื่อการบำบัดโรค เพื่อมิให้เป็นภาระในทางการเงินของโรงพยาบาล

1.2 วิธีการบริการอาหารผู้ป่วย

การบริการอาหารในโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 วิธี (รุจิรา สัมมะสุต, 2543) คือ

1.2.1 การบริการแบบรวม (Centralized system) อาหารของผู้ป่วยทุกคนจะจัดที่ฝ่ายโภชนาการทั้งหมดผ่านการตรวจความถูกต้องจากนักโภชนาการเสียก่อน จึงจะลำเลียงไปบริการให้แก่ผู้ป่วยแต่ละคนที่หอผู้ป่วย รวมทั้งเก็บรวบรวมภาชนะทั้งหมดมาล้างทำความสะอาด ภายหลังจากที่ผู้ป่วยบริโภคเสร็จเรียบร้อยแล้ว

1.2.2 การบริการแบบกระจาย (Decentralized system) อาหารทั้งหมดของผู้ป่วยจะถูกลำเลียงไปหอผู้ป่วยเป็นหม้อๆ ทั้งข้าว กับข้าว และขนม การดักบริการทำโดยเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ของฝ่ายโภชนาการ แต่ในการปฏิบัติจริงนั้น เนื่องจากจำนวนเจ้าหน้าที่โภชนาการมีน้อยไม่สามารถติดตามไปควบคุมการบริการถึงหอผู้ป่วยทุกหอได้ จึงเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยที่จะดำเนินการเอง ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่ถูกต้องตามคำสั่งของแพทย์ เพราะเจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่ต้องบริการนั้น

1.2.3 การบริการแบบผสม (Mixed system) การบริการนี้ใช้ทั้งแบบรวมและกระจายร่วมกันขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้ควบคุม เช่นอาหารพิเศษหรืออาหารเฉพาะโรคบริการแบบรวม อาหารผู้ป่วยสามัญบริการแบบกระจาย เป็นต้น

1.3 ขั้นตอนการสั่งอาหารของผู้ป่วย

ผู้ป่วยใหม่ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการบริการอาหารเมื่อมีการสั่งอาหาร โดยแพทย์ผู้ทำการรักษา และคำสั่งนั้นจะถือเป็นคำสั่งแรกสำหรับผู้ป่วยรายนั้น ในการสั่งอาหารจะต้องบอกรายละเอียด (รุจิรา สัมมะสุต, 2538) ดังนี้

- 1.3.1 หอผู้ป่วย (Ward) ที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา
- 1.3.2 วันที่แพทย์เริ่มการสั่งอาหาร
- 1.3.3 ชื่อผู้ป่วย และเบอร์เตียงที่ผู้ป่วยนั้น ๆ นอน
- 1.3.4 ชื่อโรคที่เกี่ยวข้องกับการสั่งอาหารนั้น
- 1.3.5 ชนิดอาหารที่แพทย์กำหนด เช่น อาหารธรรมดา อาหารอ่อน เป็นต้น
- 1.3.6 ต้องแจ้งปริมาณของพลังงาน (Energy) คาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) ไขมัน (Fat) โปรตีน (Protein) หรือสารอาหารอื่น ๆ ที่ต้องการ ถ้าแตกต่างไปจากมาตรฐานอาหารที่ทางโรงพยาบาลกำหนดไว้
- 1.3.7 ในกรณีผู้ป่วยพิเศษ (Private patients) หรือผู้ป่วยสามัญต้องการรับประทานอาหารพิเศษ (ยินดีจ่ายเงินค่าอาหารเพิ่ม) ควรระบุในใบสั่งอาหารด้วย
- 1.3.8 ผู้ป่วยที่รับประทานอาหารพิเศษควรระบุในใบสั่งด้วยว่าต้องการรับประทานอาหารพิเศษราคาเท่าใด ในกรณีที่มิให้เลือกมากกว่าหนึ่ง
- 1.3.9 รายละเอียดอื่น ๆ ที่อาจจะมีสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น งดอาหารทะเล งดอาหารสัตว์ปีก เครื่องในสัตว์ หน่อไม้ งดเนื้อ เป็นต้น ควรระบุให้ทราบในใบสั่งอาหารด้วย

1.4 กระบวนการบริการอาหารผู้ป่วย

กระบวนการบริการอาหาร (Top-down flow chart) (หน่วยงานโภชนาการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2551) มีขั้นตอนกระบวนการดังนี้

- 1.4.1 การสั่งวัตถุดิบ สั่งซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารแบ่งเป็นอาหารสด ได้แก่ ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ อาหารแห้ง ได้แก่ เครื่องปรุงรส ข้าว เป็นต้น สั่งซื้อตามยอดจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลานั้นเป็นการประมาณ ทำใบสั่งซื้อตามระเบียบของฝ่ายพัสดุแล้วยื่นเสนอผู้บริหารล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน และส่งสำเนาให้ผู้ประมวล
- 1.4.2 การตรวจรับวัตถุดิบ มีหัวหน้าเวรและเจ้าหน้าที่ตรวจรับวัตถุดิบที่สั่งซื้อว่ามีคุณภาพตามลักษณะที่กำหนด และครบตามจำนวนปริมาณ โดยทำการชั่งน้ำหนักของวัตถุดิบ
- 1.4.3 การเตรียมอาหาร เจ้าหน้าที่เวรเตรียมอาหารตามขั้นตอนที่กำหนด และให้ตรงกับประเภทอาหารให้ครบตามจำนวนและปริมาณแล้วส่งหน่วยปรุง (แม่ครัว)
- 1.4.4 การปรุงอาหาร ตรวจสอบปริมาณอาหารสดที่ได้รับ แล้วทำการปรุงอาหารแต่ละประเภทตามเมนูที่กำหนด โดยแยกเป็นอาหารธรรมดา อาหารอ่อน อาหารเฉพาะโรค อาหารทางสายยาง อาหารเหลว

1.4.5 จัดอาหารลงภาชนะและนำส่งตามหอผู้ป่วย จัดอาหารแยกตามประเภทอาหารลงในภาชนะ และจัดอาหารให้ครบตามใบเบิกของแต่ละหอผู้ป่วย เมื่อถึงเวลาบริการอาหารที่กำหนด นำส่งหอผู้ป่วย

1.4.6 เก็บและล้างภาชนะ ตรวจสอบภาชนะอุปกรณ์ที่รับจากหอผู้ป่วยให้ครบถ้วน นำกลับ มาล้างตามขั้นตอนการล้าง นำไปตากหรือเช็ดให้แห้ง แล้วเก็บภาชนะให้เป็นระเบียบเป็นหมวดหมู่พร้อมใช้

2. ระบบการบริการอาหารโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีหอผู้ป่วยทั้งหมด 27 หอผู้ป่วย ปีพ.ศ.2550 มีผู้ป่วยในมารับบริการจำนวน 47,466 คน มีผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวันจำนวน 572 คน (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลร้อยเอ็ด) ฝ่ายโภชนาการเป็นหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้บริการแก่ผู้ป่วยด้านการให้บริการอาหาร มีจำนวนผู้ป่วยพิเศษและผู้ป่วยสามัญรวมทั้งสิ้นเฉลี่ย 500 คน/วัน

2.1 อาหารที่จัดบริการ

อาหารที่ฝ่ายโภชนาการจัดบริการในโรงพยาบาลแบ่งตามราคาอาหาร หรือห้องพัก (ห้องพิเศษ ห้องรวม) เป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.1.1 อาหารสามัญ ประกอบด้วยข้าวและก๋วยเตี๋ยว 2 ชนิดจัดใส่ถาดหลุม ไม่มีขนมและผลไม้

2.1.2 อาหารพิเศษ ประกอบด้วยข้าวและก๋วยเตี๋ยว 2 ชนิด จัดใส่ถ้วยชามสแตนเลสเป็นชุด มีเนื้อเพิ่มนมกับผลไม้ มีเนื้อเพิ่มขนม 1 อย่าง อาหารว่างมีบ๊ายเพิ่มนมและขนม 1 อย่าง มีเนื้อเพิ่มผลไม้ แต่รายการอาหารของอาหารพิเศษกับอาหารสามัญเหมือนกัน

2.2 อัตราค่าบริการอาหาร

อาหารพิเศษ 200 บาท/คน/วัน

อาหารสามัญ 40 บาท/คน/วัน

2.3 วิธีการบริการอาหาร

วิธีการบริการอาหารของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นวิธีการบริการแบบผสม อาหารมื้อเช้าใช้วิธีการบริการแบบกระจาย เนื่องจากมื้อเช้าเป็นข้าวต้มเครื่อง ก๋วยจั๊บใส่หม้อ แต่ถ้าอาหารเป็น

ข้าวต้มและกับข้าวต้มใช้วิธีการบริการแบบรวม ส่วนอาหารมือเที่ยง มือเย็นใช้วิธีการบริการแบบรวม

2.4 เวลาการบริการอาหาร

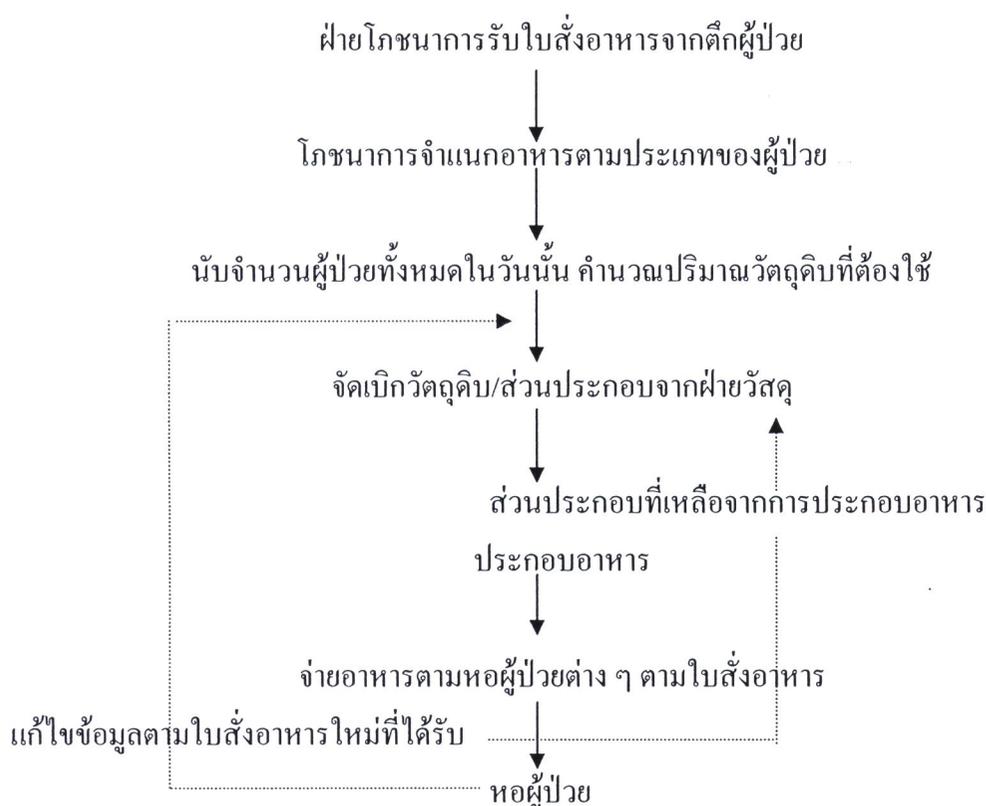
แต่ละมื้ออาหารจะมีช่วงเวลาในการเบิกอาหารของผู้ป่วย เวลาส่งอาหารตามหอผู้ป่วย จนถึงผู้ป่วย และเวลาเก็บถาดอาหารมาล้างที่ฝ่ายโภชนาการ

ตารางที่ 1 เวลาบริการอาหารในแต่ละมื้ออาหารของโรงพยาบาล

มื้ออาหาร	เวลาที่สามารถเบิกอาหาร	เวลาส่งอาหาร	เวลาเก็บถาดอาหาร
เช้า	06.00-07.00 น.	07.30 น.	08.30 น.
กลางวัน	ไม่เกิน 11.00 น.	11.30 น.	13.00 น.
อาหารว่าง (พิเศษ)	ไม่เกิน 13.00 น.	13.30 น.	-
เย็น	ไม่เกิน 16.30 น.	17.00 น.	18.00 น.

2.5 ขั้นตอนการปฏิบัติงานของฝ่ายโภชนาการ

งานฝ่ายโภชนาการโรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นหน่วยงานที่ให้บริการอาหารแก่ผู้ป่วย โดยแผนงานปฏิบัติงานในแต่ละวันดังแสดงในภาพที่ 1 โดยจะมีการรับจำนวนผู้ป่วยที่รับอาหารแต่ละชนิดจากตึกผู้ป่วยต่าง ๆ ฝ่ายโภชนาการจะทำการจำแนกชนิดของอาหารตามประเภทของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็นอาหารเฉพาะโรค อาหารธรรมดา อาหารทางสายยาง เมื่อทำการรวบรวมประเภทของอาหารตามชนิดของอาหารแล้วจะทำการคำนวณปริมาณวัตถุดิบที่ต้องใช้เป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหาร จากนั้นจึงทำการเบิกวัตถุดิบจากฝ่ายพัสดุ เพื่อนำไปประกอบอาหารตามรายการที่จัดเตรียมไว้ในแต่ละวัน โดยเน้นความสะดวกรวดเร็วในการประกอบอาหาร ในขั้นตอนนี้หากมีการแก้ไขจำนวนผู้ป่วยที่รับอาหารจะมีการโทรแจ้งจากตึกผู้ป่วยในการลดหรือเพิ่มจำนวน และการเปลี่ยนแปลงอาหารของผู้ป่วย โดยจะมีการลดหรือเพิ่มวัตถุดิบในขั้นตอนอีกครั้ง วัตถุดิบที่เหลือจากการประกอบอาหารจะนำไปเป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหารมื้อต่อไป เมื่อผ่านขั้นตอนการประกอบอาหารจะมีการจัดอาหารตามใบสั่งอาหารที่ได้รับจากตึกผู้ป่วย และส่งอาหารไปทางหอผู้ป่วย โดยแต่ละหอผู้ป่วยเจ้าหน้าที่เสิร์ฟอาหารให้ผู้ป่วยอาจเป็นเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนาการ พยาบาล หรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ ขึ้นอยู่กับการตกลงของฝ่ายโภชนาการกับหอผู้ป่วย เนื่องจากฝ่ายโภชนาการมีอัตรากำลังน้อย และเจ้าหน้าที่ 1 คน ส่งอาหารหลายหอผู้ป่วย



ภาพที่ 1 ขั้นตอนการปฏิบัติงานของฝ่ายโภชนาการ

3. อาหารในโรงพยาบาล

อาหารที่บริการให้ผู้ป่วยในโรงพยาบาลแบ่งประเภทตามลักษณะอาหาร และการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเป็นประเภทใหญ่ 2 ประเภทคือ อาหารที่ให้ทางระบบทางเดินอาหาร (Enteral nutrition) และอาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (Parenteral nutrition) (วิมลรัตน์ จงเจริญ, 2543)

3.1 อาหารที่ให้ทางระบบทางเดินอาหาร (Enteral nutrition)

แบ่งได้เป็นอาหารที่ให้ทางปาก และอาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร

3.1.1 อาหารที่ให้ทางปาก (Oral feeding) เป็นอาหารที่ผู้ป่วยสามารถเคี้ยว กลืน และรับประทานอาหารทางปากได้ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

3.1.1.1 อาหารทั่วไป (General diet) เป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยทั่วไป มีอาการไม่รุนแรงมากนัก อาหารประเภทนี้แบ่งออกตามลักษณะและความสามารถในการย่อยได้ 3 ชนิด (Mahan & Marian, 1992) ดังนี้



1) อาหารปกติ (Regular, normal diet) เป็นอาหารสมดุลได้สัดส่วน ให้พลังงานประมาณวันละ 1,600-2,200 กิโลแคลอรี มีโปรตีน 60-80 กรัม คาร์โบไฮเดรต 180-300 กรัม ไขมัน 80-100 กรัม ควรมีอาหารบำรุงร่างกายพวกเนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก ผลไม้ ผักสด และข้าวที่เสริมวิตามิน ไม่มีอาหารใดที่ห้ามแต่ควรเว้นอาหารที่ทำให้ท้องอืดหรือย่อยยาก เช่น ผักกะหล่ำปลี ผักกะหล่ำ และอาหารที่มีมันมาก เช่น กุนเชียง

2) อาหารอ่อน (Soft diet) ใช้ระยะสั้นช่วงที่ผู้ป่วยพักฟื้น อาหารมีลักษณะอ่อนนุ่มเพื่อย่อย เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย มีเส้นใยน้อยมาก ไม่มีกากแข็งหยาบ รสจืด ไม่มันจัด มีพลังงาน 1,800 – 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน แต่จะมากหรือน้อยกว่านี้ก็ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย เมื่อเกิดถึงกิจกรรม ส่วนสูง น้ำหนัก เพศ และอายุ อาหารอ่อนใช้กับผู้ป่วยต่อไปนี้

- ไม่สามารถเคี้ยวอาหาร ได้หรือเคี้ยวไม่ถนัด เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับโรคของช่องปาก เช่น เหงือกอักเสบ ฟันโยก หรือถอนฟันมาใหม่ ๆ มีแผลในช่องปาก เป็นต้น

- หลังผ่าตัดซึ่งกินอาหารน้ำมาระยะหนึ่งแล้วยังไม่สามารถกินอาหารธรรมดาที่เคี้ยวได้

- มีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร โรคอุจจาระร่วง โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ เพื่อไม่ให้มีการระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร

- อยู่ในระหว่างการพักฟื้นจากการเจ็บป่วย

3) อาหารเหลว (Liquid diet) เป็นอาหารที่จัดให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องการอาหารย่อยง่าย ไม่ต้องเคี้ยว ผู้ป่วยหลังผ่าตัด แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

(1) อาหารเหลวข้น (Full liquid diet) เป็นอาหารเหลวที่มีลักษณะข้น มีคุณค่าอาหารสูง ซึ่งอาจใช้เป็นเวลานานได้ (เพียงพอที่จะมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่ออกกำลังกายใดๆ ทั้งสิ้น) ให้พลังงาน 1,300 – 1,500 กิโลแคลอรี มีโปรตีน 45 กรัม ไขมัน 65 กรัม คาร์โบไฮเดรต 150 กรัม เช่น ข้าวเปียก ข้าวบด ครีมชุป เครื่องดื่มที่ใส่นม ครีม อาหารชนิดนี้ใช้กับผู้ป่วยต่อไปนี้ ไม่สามารถเคี้ยวหรือกลืนอาหารแข็งได้ เป็นแผลที่ปากหรือภายหลังผ่าตัดช่องปาก อุจจาระร่วง หลังผ่าตัด โรคกระเพาะอาหารอักเสบ รับอาหารเหลวใสมาระยะหนึ่งเปลี่ยนเป็นอาหารเหลวข้น

(2) อาหารเหลวใส (Clear liquid diet) เป็นอาหารที่มีลักษณะเป็นน้ำใส ไม่มีกากตะกอน ไม่ทำให้ระคายเคืองหรืออึดอัด ไม่กระตุ้นการทำงานของระบบทางเดินอาหาร มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ จึงไม่ควรกำหนดให้ผู้ป่วยกินนานเกินไป ควรใช้เวลา 1-2 วันเท่านั้น มีพลังงาน 400-500 กิโลแคลอรี คาร์โบไฮเดรต 100-200 กรัม โปรตีน 5-10 กรัม เช่น น้ำผลไม้กรอง น้ำชุปใส ใช้กับผู้ป่วยมีการอักเสบของลำไส้ อาเจียน อุจจาระร่วง เบื่ออาหาร ก่อน

และหลังผ่าตัด ระยะที่มีไข้สูง ทำการผ่าตัดลำไส้หรือทวารหนัก เมื่อไม่ต้องการให้อุจจาระในระยะเวลาหนึ่ง

3.1.1.2 อาหารเฉพาะโรค คัดแปลงจากอาหารธรรมดา เพื่อให้เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยแต่ละโรค

1) อาหารคัดแปลงพลังงาน

(1) อาหารพลังงานต่ำ (Low energy diet) เป็นอาหารที่ลดจำนวนพลังงานที่ได้ต่อวันให้น้อยกว่าปกติ ผู้ป่วยจะได้รับพลังงานไม่ต่ำกว่า 1,000 กิโลแคลอรีต่อวัน ควรเป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง (65-100 กรัม) แต่จะจำกัดคาร์โบไฮเดรต ไขมัน ลดอาหารที่มีน้ำตาลหรืออาหารหวานจัด ใช้ในกรณีผู้ป่วยโรคอ้วน น้ำหนักมากกว่าปกติ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเก๊าต์ ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักก่อนผ่าตัด

(2) อาหารพลังงานสูง (High energy diet) เป็นอาหารที่จัดให้มีปริมาณของพลังงานประจำวันสูงกว่าความต้องการของร่างกายในขณะปกติ เพื่อให้น้ำหนักเพิ่มจากเดิม หรือเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่เปลี่ยนไป เช่น หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมลูก คนผอม วัณโรค เป็นต้น

2) อาหารคัดแปลงไขมัน

(1) อาหารลดไขมัน (Low fat diet) กำหนดไขมันในอาหารให้น้อยกว่าปกติ โดยกำหนดให้ประมาณ 10-15 กรัมของพลังงานทั้งหมด สำหรับผู้ที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูง

(2) อาหารไขมันสูง (High fat diet) กำหนดคาร์โบไฮเดรตเหลือ 10 - 30 กรัม โปรตีนให้ตามปกติ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเพิ่มน้ำหนัก

3) อาหารคัดแปลงโปรตีน

(1) อาหารที่มีโปรตีนต่ำ (Low protein diet) สำหรับผู้ป่วยไต (ที่ไม่มีการล้างไต) โรคตับ Protein free diet

(2) อาหารที่มีโปรตีนสูง (High protein diet) สำหรับผู้ป่วยโรคไต (ที่ทำกรล้างไต) ผู้ป่วยที่โดนไฟไหม้ (burn)

(3) อาหารจำกัดพิวรีน (Purine restricted) อาหารที่มีพิวรีนต่ำมักมีไขมันต่ำ เพราะไขมันมักขัดขวางการขับถ่ายกรดยูริกในปัสสาวะเหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเก้านต์ ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคอ้วน หรือน้ำหนักมากเกินไป ควรจำกัดพลังงานด้วย จดเว้น เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ และเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

4) อาหารเปลี่ยนแปลงปริมาณ โซเดียม

(1) อาหารลดโซเดียม (Low sodium diet) สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ ครรภ์เป็นพิษ

(2) อาหารเพิ่มโซเดียม (High sodium diet) สำหรับผู้ป่วยโรคไตที่มีการล้างไต

2.1.2 อาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร (Tube feeding) คืออาหารที่มีลักษณะเหลวพอที่จะไหลผ่านสายให้อาหารได้สะดวก เป็นวิธีการให้อาหารแก่ผู้ป่วยในรายที่ไม่สามารถให้อาหารทางปากได้ และการทำงานของระบบทางเดินอาหารยังอยู่ในเกณฑ์ดี การให้อาหารทางสายให้อาหารแก่ผู้ป่วยสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้น หรือบรรเทาอาการป่วยได้บ้าง ช่วยให้ผู้ป่วยมีความต้านทานเพียงพอที่จะต่อสู้กับโรคหรือทนต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของโรคได้ดีขึ้น (วลัย อินทร์พรชัย, 2540)

3.2 อาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ (Parenteral nutrition)

ผู้ป่วยที่สมควรได้รับอาหารทางหลอดเลือดดำ คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารหรือได้รับอาหารทางสายให้อาหารได้ และผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางเดินอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาหารที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ควรเป็นสารอาหารที่ร่างกายได้รับครบถ้วนและเพียงพอความต้องการของร่างกาย มีทั้งหมด 6 ชนิด ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ สารอาหารที่ให้จะต้องอยู่ในสภาพที่ร่างกายนำไปใช้ประโยชน์ได้และไม่มีอันตรายต่อผู้ป่วย

อาหารในโรงพยาบาลมีหลายประเภทขึ้นอยู่กับลักษณะอาหาร และการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาอาหารอ่อน (มือเช้า) และอาหารปกติ (Normal diet) ซึ่งเป็นอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปาก และเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วยทั่วไป มีอาการไม่รุนแรงมากนัก

4. หลักการจัดอาหารเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความอยากรับประทานอาหาร

ความอยากอาหาร (Appetite) เป็นกลไกตามธรรมชาติ เพื่อให้ร่างกายได้รับอาหารและทำหน้าที่ได้ตามปกติ ปัจจัยภายในที่เกี่ยวข้องกับความอยากอาหาร ได้แก่ ค่อมไฮโปทาลามัสเป็นศูนย์กลางควบคุมความหิวและความอิ่ม ฮอร์โมนเส้นประสาท การหลั่งน้ำย่อย และระดับน้ำตาลในเลือด โดยความแตกต่างระหว่างน้ำตาลในเลือดแดงและเส้นเลือดดำมีมากประมาณ 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป จะรู้สึกอิ่ม ถ้าน้ำตาลในเลือดแดงเท่ากับในเลือดดำ หรือสูงกว่าเล็กน้อย ความแตกต่างใกล้ 0

จะรู้สึกหิว (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2544) และความอยากอาหารเป็นความรู้สึกที่พึงพอใจ เกิดจากสภาพจิตใจมากกว่าทางสรีรร่างกาย ความอยากอาหารที่จะได้รับอาหารที่พึงพอใจในรูปรส กลิ่น สี ลักษณะอาหาร (วศินา จันทรศิริ, 2539) ความอยากอาหารเกิดขึ้นจากประสบการณ์ของการรับประทานอาหารที่ผ่านมาในอดีต มีความสัมพันธ์กับชนิดอาหารที่เคยรับประทาน ทำให้เป็นนิสัยในการบริโภคอาหารอาจเกิดจากรู้สึกในรสสัมผัส กลิ่น ลักษณะสัมผัส เมื่อรับประทานอาหารก็อยากรับประทานอาหารที่ชอบ หรือดีรสชาติ ทำให้มีผลต่อการยอมรับหรือไม่ยอมรับอาหาร หากผู้ป่วยรับประทานอาหารตามใจตนเองอาจทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยเช่นกัน คือน้ำหนักเพิ่มขึ้น หรือเกิดโรคแทรกซ้อน หรือโรคกำเริบ ดังปรากฏในผู้ป่วยโรคเบาหวาน (รัศมี คันธเสวี, 2550)

ความอยากอาหารเป็นสิ่งที่ช่วยตัดสินใจในการรับประทานอาหาร ความรู้สึกอยากหรือไม่อยากรับประทานอาหารของผู้ป่วยแต่ละคนมีผลมาจากสาเหตุต่าง ๆ กัน จากการศึกษาของ Stanga et al. (2003) โดยการสอบถามความรู้สึกอยากอาหารของผู้ป่วยเป็นความอยากอาหารที่บ้าน เปรียบเทียบกับที่โรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 มีความอยากอาหารน้อยลงกว่าที่บ้าน ผู้ป่วยร้อยละ 38 มีความอยากอาหารเหมือนที่บ้าน ผู้ป่วยร้อยละ 6 มีความอยากอาหารมากกว่าที่บ้าน และผู้ป่วยร้อยละ 6 ไม่มีความอยากอาหาร ส่วนปริมาณอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 28 รับประทานอาหารที่บริการหมด ผู้ป่วยร้อยละ 48 รับประทานอาหารปริมาณมาก และผู้ป่วยร้อยละ 22 รับประทานอาหารเพียงบางส่วน เมื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความอยากอาหารกับปริมาณอาหารพบว่าความอยากอาหารมีความสัมพันธ์กับปริมาณสัดส่วนการรับประทานอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.019$)

การจัดอาหารบริการให้แก่ผู้ป่วยบ่อยครั้งพบว่าผู้จัดอาหารพยายามจัดอาหารให้นำรับประทานเพียงใดก็ตาม มักไม่ถูกใจผู้ป่วย เนื่องจากความอยากอาหารลดลง หรือรสชาติอาหารเปลี่ยนไป ไม่คุ้นเคยเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ฉะนั้น การที่ผู้จัดอาหารจะได้พบกับผู้ป่วย เพื่อถามความพอใจว่าผู้ป่วยต้องการรับประทานอาหารชนิดใด รสชาติอย่างไร ไม่ต้องการให้มีอะไรในอาหาร หรืองดเว้นอาหารอะไรบ้าง เพื่อจะได้นำมาจัดคัดแปลงในการประกอบอาหารและจัดอาหารให้ถูกใจผู้ป่วย การได้พบกับผู้ป่วยไม่สิ้นสุดเพียงครั้งแรกเท่านั้น ควรติดตามคุณภาพของการจัดอาหาร ด้วยว่าผู้ป่วยรับประทานได้หรือไม่ การติดตามและการใส่ใจในการรับประทานอาหารของผู้ป่วยมีผลด้านจิตใจอย่างมาก ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้นตามลำดับ (รัศมี คันธเสวี, 2550) การจัดอาหารเพื่อส่งเสริมความอยากรับประทานอาหารของผู้ป่วยยึดหลักการจัดอาหารดังนี้

4.1 ประสาทสัมผัสทางตา

เมื่อนำอาหารไปบริการแก่ผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่ออาหารเมื่อได้สัมผัสทางตาก็คือ

4.1.1 สีสีนของอาหาร สีของอาหารเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยได้สัมผัสทางตาก่อนที่รับประทานอาหาร และบอกถึงความน่ารับประทานของอาหาร สีของอาหารจะเห็นได้จากส่วนผสมของอาหาร เช่น พวักผัก เนื้อสัตว์ น้ำแกง อาหารเมื่อปรุงสุกทำให้สีสีนของอาหารเปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงของสีในอาหารนั้นมีทั้งน่ารับประทานและไม่น่ารับประทาน เช่น สารสีคลอโรฟิลล์ไม่ทนต่อความร้อน เมื่อนำมาหุงต้มนาน ๆ สีเขียวจะเปลี่ยนเป็นสีม่วงมะกอกแล้วในที่สุดเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล เนื้อสัตว์เมื่อปรุงสุกสีแดงในเนื้อสัตว์จะเปลี่ยนเป็นสีชมพู แล้วเป็นสีน้ำตาล (ศิริลักษณ์ สีนชวาลัย, 2544) ส่วนการจัดอาหาร ถ้าจัดอาหารที่มีสีเดียวกันหมดทั้งสำรับจะทำให้ดูไม่น่าสนใจ และไม่กระตุ้นความอยากรับประทานอาหาร เช่น สีเขียวทั้งหมดของแกงจืดผักตำลึง ผักผักกวางตุ้ง ลอดช่องใบเตย เป็นต้น อาหารจึงควรจัดให้มีสีสีนที่กลมกลืนกันอย่างเหมาะสม และควรเป็นสีตามธรรมชาติของอาหารนั้นหรือเกิดจากการใช้ผักตกแต่ง เช่น แกงจืดผักกาดขาว ผักพริกขิง ถั่วฝักยาว สังขยาฟักทอง ซึ่งเป็นอาหารธรรมชาติที่มีทั้งสีขาว-เหลืองของแกง สีแดงและเขียวของผัก สีเหลืองและน้ำตาลของขนม อาหารที่มีความแตกต่างกันในถาดอาหารเช่นนี้ จะช่วยกระตุ้นประสาทสัมผัสทางตาของผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกอยากรับประทานอาหารได้บ้าง บางครั้งจำเป็นต้องใช้สีผสมอาหารช่วยด้วยก็ควรใช้อย่างถูกต้องในปริมาณที่ไม่มากเกินไป

4.1.2 ปริมาณอาหารที่จัดให้ คนที่มีความเบื่ออาหาร ถ้าเห็นอาหารในภาชนะมีปริมาณมากจะทำให้รู้สึกเบื่อ และไม่อยากรับประทานมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ในการจัดบริการอาหารให้แก่ผู้ป่วยจึงไม่ควรตักอาหารมากจนเต็มภาชนะใส่อาหาร ทำให้หกเลอะเทอะหรือไม่สามารถจัดให้ดูสวยงามได้ ควรตักอาหารในปริมาณที่พอเหมาะกับภาชนะไม่มากจนเกินไป จะทำให้อาหารนั้นน่าดูและน่ารับประทานยิ่งขึ้น

4.1.3 ลักษณะและการจัดอาหาร อาหารแต่ละชนิดจะมีลักษณะเฉพาะที่จะทำให้น่ารับประทาน และถ้าผิดไปจากลักษณะที่ควรเป็นจะทำให้ความน่ารับประทานลดลง เช่น ปลาควรจะเป็นชิ้น ๆ หรือเป็นตัว เนื้อไม่หลุดหายไปเหลือแต่ก้าง เนื้อสัตว์ที่อยู่ในหม้อรวมกันเป็นจำนวนมาก ถ้าถูกตักหรือคนหลาย ๆ ครั้งจะทำให้ละ ไม่เป็นชิ้น หรือผักที่ต้องรับประทานสดก็ควรจะสดจริง ๆ ไม่เหี่ยวหรือแก่ เป็นต้น ผู้จัดอาหารจะต้องพยายามศึกษาหาวิธีการที่จะคงรูปลักษณะของอาหารแต่ละชนิดไว้ เพื่อช่วยให้อาหารมีความน่ารับประทานมากยิ่งขึ้น

การจัดอาหารเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะทำให้อาหารนั้นดูน่ารับประทานหรือผู้พบเห็นอาหารเกิดความรู้สึกอยากรับประทาน การจัดบริการอาหารจำนวนมากทำให้ต้องแข่งกับเวลา รีบ ๆ ตัก

รับๆ จัดให้เสร็จให้ครบตามจำนวนผู้ป่วยและบริการให้ทันเวลา บ่อยครั้งจึงพบว่าการจัดอาหารนั้นขาดความพิถีพิถัน ขาดการตกแต่ง ประดับประดาให้ดูสวยงาม แต่จะต้องตักอาหารในลักษณะส้อมๆ ปริมาณมากเกินไปบ้าง น้อยเกินไปบ้างหรือบางครั้งมีแต่ผักไม่มีเนื้อสัตว์ เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น ผู้ป่วยที่รับถาดอาหารนั้นก็เกิดความรู้สึกหงุดหงิด ไม่สนใจอาหาร และไม่ยอมรับประทานอาหารมากยิ่งขึ้น การจัดอาหารจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความเอาใจใส่ อาหารบางอย่างอาจจะต้องมีการจัดเรียงหรือตกแต่ง เพื่อให้เกิดสีสันสวยงามทำให้น่ารับประทาน และกระตุ้นความรู้สึกอยากรับประทานอาหารได้

4.2 ประสาทสัมผัสทางจมูก

สิ่งที่จมูกสัมผัสได้จากอาหารคือ กลิ่น เป็นตัวกระตุ้นน้ำย่อย และทำให้เกิดความรู้สึกอยากรับประทานอาหาร อาหารแต่ละชนิดมีกลิ่นแตกต่างกัน อาหารบางอย่างมีกลิ่นที่ผู้ป่วยชอบหรือไม่ชอบ กลิ่นไม่ชอบทำให้เกิดอาการระคายเคือง คัดจมูกได้ ผู้ป่วยแต่ละคนก็มีความชอบกลิ่นอาหารแตกต่างกันไป ผู้จัดอาหารหรือนักกำหนดอาหารควรได้เรียนรู้ และสังเกตการยอมรับอาหารของผู้ป่วยด้วย เพื่อจะได้จัดและตัดแปลงอาหารนั้นให้เป็นไปตามความชอบของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ชอบกลิ่นกระเทียมเจียว ก็ไม่ควรจัดอาหารที่มีกระเทียมเจียวให้ หรือลดการใส่กระเทียมเจียวในอาหารนั้น เป็นต้น กลิ่นอาหารที่มักจะทำให้เกิดปัญหาและผู้ป่วยไม่ชอบ ได้แก่ กลิ่นคาวของเนื้อสัตว์ ไข่ ปลาเค็ม ผักที่ไม่สุก ผักช้ำ เป็นต้น ผู้จัดอาหารจะต้องควบคุมการเตรียมและหาวิธีที่จะไม่ให้เกิดกลิ่นที่ไม่ต้องการ และนับเป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้ประสาทสัมผัสทางจมูกดีขึ้นและกระตุ้นความรู้สึกของผู้ป่วยให้อยากรับประทานอาหาร

4.3 ประสาทสัมผัสทางปาก

ในปากมีลิ้นซึ่งมีปุ่มรับรสพื้นฐาน 4 อย่าง คือ หวาน เค็ม เปรี้ยว ขม รสชาติเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเลือกรับประทานอาหาร และเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากหรือน้อย ความเจ็บป่วยมีส่วนทำให้ประสาทของการรับรสเปลี่ยนแปลงไปด้วย บางคนเคยชอบรสเปรี้ยวอาจจะเปลี่ยนเป็นไม่ชอบ หรือเคยไม่ชอบรสหวานกลับเปลี่ยน เป็นชอบเมื่อป่วย การเปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้อาหารนั้นมีรสชาติไม่ถูกปาก เกิดความหงุดหงิด ไม่พอใจและไม่ยอมรับประทานอาหารได้ การปรับปรุงรสชาติให้เป็นที่พอใจแก่ผู้ป่วยทุกคนเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก เนื่องจากรสชาติของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน เกิดจากความคุ้นเคย เช่นอาหารท้องถิ่นหรือคนที่เคยได้รับประทานอาหารที่มีรสชาติไม่ก็อย่างมักจะ ไม่ยอมรับรสชาติใหม่ๆ หรือรสชาติอื่นในอาหาร ดังนั้นผู้จัดอาหารจะต้องคอยติดตามผลการบริโภคอาหารของผู้ป่วย และหาวิธีที่จะตัดแปลง

ปรับปรุงรสชาติของอาหารให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนมากอาหารผู้ป่วยจะต้องพยายามให้มีรสกลางๆ ไม่เค็มจัด เผ็ดจัด หรือเปรี้ยวจัด เพื่อจะได้สามารถปรุงแต่ง หรือ คัดแปลงได้ง่ายขึ้น

นอกจากรสชาติอาหารแล้ว เนื้อสัมผัส เช่นความนุ่ม ความเปื่อย ความกรอบของอาหาร เป็นลักษณะหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากหรือไม่อยากรับประทานอาหารนั้น เนื้อสัมผัสของอาหารจะมีลักษณะอย่างไรนั้น ส่วนใหญ่ขึ้นกับธรรมชาติ และสัดส่วนตัวของเครื่องปรุง เวลาและ อุณหภูมิในการหุงต้ม เช่น เนื้อตุ๋น ผู้ป่วยหวังที่จะให้เนื้อนุ่ม เปื่อย แต่กลับเป็นเนื้อที่เหนียวเต็มไปด้วยเอ็น เคี้ยวไม่ได้ หรือสลัดผักสดที่ผู้ป่วยหวังจะได้รับประทานผักที่สด กรอบ และมีรสหวานตามธรรมชาติของผัก กลับเป็นผักเหี่ยวที่เก็บไว้นาน ไม่มีทั้งความกรอบและความหวาน เป็นต้น

4.4 หลักการจัดด้านอื่น ๆ

การจัดอาหารยังต้องคำนึงถึงส่วนประกอบอื่นในการจัดอาหารให้ผู้ป่วยควบคู่ไปด้วย (อมรรัตน์ เจริญชัย, มณี สุวรรณชัย และ ศรีสมร คงพันธุ์, 2535) ได้แก่

4.4.1 ถาดและภาชนะที่ใช้ใส่อาหาร ควรมีขนาดที่พอเหมาะ ไม่ใหญ่หรือเล็กจนเกินไป ภาชนะควรสะอาด ไม่บุบ ไม่มีรอยแตก ร้าว กะเทาะ หรือมีคราบอาหารติดค้าง จากงานวิจัยของ ประกิจ เชื้อชม และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 80) มีความเห็นว่าเหมาะสม ทั้งด้านความสะอาดและความเหมาะสมของภาชนะอุปกรณ์ที่ แต่การศึกษาของ เรณา หมั่นแสน (2546) และ เขียวลักษณ์ พลภักดี (2539) พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับปานกลาง เพราะภาชนะที่ใส่อาหารในโรงพยาบาลเป็นภาชนะสแตนเลส ทำให้แลดูไม่สวยงาม เมื่อเปรียบเทียบกับภาชนะกระเบื้องที่มีลวดลายต่าง ๆ

4.4.2 ผ้าหรือกระดาษปูถาดต้องสะอาด ไม่ยับยู่ยี่และมีคุณภาพดีพอสมควร ต้องมีการ เปลี่ยนและทำความสะอาดทุกมื้อ

4.4.3 แก้วน้ำ ควรสะอาด ใส ไม่มีรอยร้าว แตก ไม่มีคราบสบู่ รอยนิ้วมือ คราบอาหาร หรือกลิ่นคาวติด ถ้าใช้ภาชนะที่เป็นพลาสติกต้องไม่มีคราบติดอยู่ในเนื้อพลาสติกให้เห็น และควร ใช้สีอ่อนและมีผิวเรียบ

4.4.4 ช้อนส้อม ต้องล้างให้สะอาด ไม่มีเศษอาหาร คราบสบู่ หรือรอยนิ้วมือติด

4.4.5 การจัดวาง ภาชนะและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรับประทานอาหาร ควรจัดวางในถาด อย่างมีระเบียบตามที่ควรจะเป็น และสามารถหยิบใช้ได้ง่าย

4.4.6 อุณหภูมิของอาหาร อาหารแต่ละชนิดมีลักษณะเฉพาะตัว บางอย่างรับประทาน ร้อน บางอย่างรับประทานเย็น ควรรักษาอุณหภูมิของอาหารให้เป็นไปตามลักษณะของอาหารนั้น ๆ

4.4.7 เวลาอาหาร ควรเสิร์ฟอาหารให้ตรงเวลาทุกมื้อ การเสิร์ฟก่อนเวลาผู้ป่วยอาจจะยังไม่รู้สึกริว ในขณะที่ถ้าเสิร์ฟช้ากว่าเวลาเกินไป ผู้ป่วยอาจจะหิวมากและรับประทานอาหารอื่นรองท้อง ทำให้รับประทานอาหารมือนั้นน้อยลงได้ โรงพยาบาลส่วนใหญ่บริการอาหารเวลา ดังนี้ มื้อเช้าเวลา 7.00-8.00 น. มื้อกลางวันเวลา 11.30-12.30 น. มื้อเย็นเวลา 17.30-18.30 น. (อารยา เสรีวิสุทธิพงศ์, ม.ป.ป.) ผู้ป่วยส่วนมากเห็นว่าเวลาบริการอาหารเหมาะสม (ประกิจ เชื้อชม และคณะ, 2541; วิชาชา เตชวุฒิกิจ และ ประสงค์ เทียนบุญ, 2543) แต่ในผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชบริการอาหารเร็วกว่าโรงพยาบาลทั่วไป มื้อเช้าเวลา 6.30 น. มื้อกลางวันเวลา 11.30 น. มื้อเย็นเวลา 17.30 น. (จิยารักษ์ พิมสาร, จิตรา จินรัตน์, ขนิษฐา ศรีคง และ สุมลณี วงศ์หาญ, 2537) อาจเกิดจากผลข้างเคียงฤทธิ์ยา กลุ่มจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกริวอยากอาหารเร็วกว่าปกติ

4.4.8 รายการอาหาร ควรจัดรายการอาหารแบบหมุนเวียน (Cycle menu) 8, 15, 31 วัน เพื่อหลีกเลี่ยงความซ้ำซากของอาหาร และไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย (อัญญาณี อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2550) จากการศึกษาของวิชาชา เตชวุฒิกิจ และประสงค์ เทียนบุญ (2543) พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 66 เห็นด้วยกับการจัดรายการอาหารแบบหมุนเวียนทุก 4 สัปดาห์ แต่ถ้าจัดรายการอาหารซ้ำซากผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับพอใช้ (จิยารักษ์ พิมสาร และคณะ, 2537; เขาวลัทธิพลภักดี, 2539) จากข้อเสนอแนะที่ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรายการอาหาร ได้แก่ เสนอให้มีอาหารท้องถิ่นในรายการอาหารของโรงพยาบาลเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์แนะนำให้มีอาหารอีสาน (ประกิจ เชื้อชม และคณะ, 2541) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่แนะนำให้มีอาหารเหนือ (วิชาชา เตชวุฒิกิจ และ ประสงค์ เทียนบุญ, 2543) เป็นต้น และจัดเมนูให้ผู้ป่วยเลือกอาหาร

4.4.9 เจ้าหน้าที่บริการอาหารควรให้บริการด้วยกริยามารยาที่ดี มีใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส มีสุขภาพที่ดี เนื้อตัวและเครื่องแต่งกายสะอาดอยู่เสมอ จากงานวิจัยโดยการสอบถามบริการอาหารในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมาก โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าเจ้าหน้าที่บริการอาหารด้วยความสุภาพ อ่อนโยน ยิ้มแย้มแจ่มใส การแต่งกายสะอาด ทำให้ผู้ป่วยเห็นความสะอาดสะอาดของเจ้าหน้าที่บริการอาหาร และพูดคุยด้วยในยามเจ็บป่วย ทำให้คลายความวิตกกังวลของผู้ป่วย (เขาวลัทธิพลภักดี, 2539; เรณา หมั่นแสน, 2546)

จากการค้นคว้างานวิจัยโดยสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาหาร โรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ศึกษาทำการวิจัยอาหาร โรงพยาบาลแต่ละ โรงพยาบาลได้แก่ การศึกษาของ O'Hara et al. (1997) ศึกษาความพึงพอใจในรสชาติ อุณหภูมิอาหาร และการจัดอาหาร (Presentation) ในโรงพยาบาลประเทศแคนาดา ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง พบว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในรสชาติ และอุณหภูมิของอาหารที่โรงพยาบาลจัดบริการให้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกิจ เชื้อชม และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เห็นว่าอาหารมีสี สัน ลักษณะน่า

รับประทาน และรสชาติอาหารคืออยู่แล้ว เมื่อผู้นำหน้าอาหารที่ให้และเหลือจากการรับประทานอาหารของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่หมด โดยในมือเช้าเป็นอาหารประเภทข้าวต้ม เมื่อเทียบปริมาณอาหารที่เหลือจากการรับประทานอาหารกับปริมาณที่ให้แก่ผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 75.25 ส่วนในมือกลางวันและมือเย็นร้อยละ 50.82 และร้อยละ 26.26 ตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้ผลการชั่งน้ำหนักในมือเช้าอาหารเหลือเยอะ เนื่องจากผู้ป่วยซื้ออาหารจากภายนอกมารับประทาน และเด็กผู้ป่วยที่ทำการชั่งน้ำหนักก็มีจำนวนผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเหลือในมือมาก (ร้อยละ 65) แต่ในการศึกษาของ เขียวลักษณ์ พลภักดี (2539) ที่ศึกษาการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่รับประทานอาหารเฉพาะโรค พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความคิดเห็นต่ออาหารของทางโรงพยาบาลอยู่ในเกณฑ์พอใช้ร้อยละ 52.9 ไม่ดีร้อยละ 22.8 ซึ่งผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับลักษณะอาหารในด้านสี สัน กลิ่น รสชาติ เนื้อสัมผัส และอุณหภูมิของอาหาร ผู้ป่วยต้องการให้เปลี่ยนแปลงและปรับปรุงให้ดีขึ้น

การศึกษาของ Sahin, Demir, Aycicek, and Cihangiroglu (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วย พบว่ารสชาติและกลิ่นของอาหารมีความสัมพันธ์กับปริมาณอาหารที่บริโภคของผู้ป่วย ($r = 0.461$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 99% โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความพึงพอใจมีสัดส่วนปริมาณอาหารบริโภคของผู้ป่วยอย่างน้อย 2.198 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยไม่พึงพอใจหรืออาจมากกว่าถึง 8.303 เท่า ($OR = 4.272, P = 0.000$) และลักษณะอาหารมีความสัมพันธ์กับปริมาณอาหารที่บริโภคของผู้ป่วย ($r = 0.476$) โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความพึงพอใจในลักษณะอาหารมีสัดส่วนปริมาณอาหารบริโภคของผู้ป่วยอย่างน้อย 1.490 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยไม่พึงพอใจหรืออาจมากกว่าถึง 6.705 เท่า ($OR = 3.161, P = 0.003$) โดยปริมาณอาหารที่บริโภคของผู้ป่วยแบ่ง เป็น 4 ระดับ ได้แก่ รับประทานอาหารหมด (ร้อยละ 44) รับประทานอาหารครึ่งหนึ่งของปริมาณอาหารที่จัดให้ (ร้อยละ 28.9) รับประทานอาหารบางส่วน (ร้อยละ 23.5) ไม่รับประทานอาหาร (ร้อยละ 3.2) และจากการศึกษาของ Stanga et al. (2003) ทำการศึกษาโดยสอบถามความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับลักษณะอาหาร พบว่าผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะอาหาร โดยให้ความสำคัญด้านอุณหภูมิอาหาร (Food temperature) มากที่สุด การจัดอาหาร (Food presentation) กลิ่น (Food aroma) และการปรุงรสอาหาร (Crockery) ตามลำดับ

งานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมดแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจระดับมาก ระดับปานกลาง แต่การศึกษาของ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล, สุกัลยา คงสวัสดิ์ และ Bennett (2539) พบว่าทุกโรงพยาบาลที่ศึกษาทั้ง 9 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐบาล 3 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 3 แห่ง และโรงพยาบาลมูลนิธิ 3 แห่ง ผู้ป่วยประเมินด้านคุณภาพอาหารไม่ดี และแย่มากบ่อยที่สุด ทำให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจอาหาร และการบริการอาหารแตกต่างกัน

กันในแต่ละโรงพยาบาล เพราะแต่ละโรงพยาบาลมีการจัดอาหาร เมนูอาหาร และระบบการบริการอาหารแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกระบวนการดำเนินงานของฝ่ายโภชนาการ นโยบายและงบประมาณของโรงพยาบาล

5. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับอาหารของผู้ป่วย

ในภาวะปกติ การรับประทานอาหารมักจะมีการเลือกอาหาร และรับประทานเฉพาะที่ตนชอบคุ้นเคยและอร่อยเท่านั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงปริมาณสารอาหารและความต้องการของร่างกาย แต่ภาวะที่ร่างกายเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในภาวะนี้ความต้องการสารอาหารของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป มากขึ้นหรือน้อยลงขึ้นอยู่กับภาวะ โภชนาการเดิมและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ จึงมักจะพบปัญหาการยอมรับอาหารของผู้ป่วย บางรายรับประทานอาหารได้ดี แต่บางรายไม่ยอมรับรับประทานอาหารเลยหรือรับประทานน้อยกว่าที่ควรจะเป็น จึงทำให้ผลการรักษาไม่บรรลุตามเป้าหมาย เกิดปัญหาการขาดสารอาหารหรืออาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ การเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยยอมรับ หรือไม่ยอมรับอาหารจะช่วยให้ นักโภชนาการควบคุมการจัดอาหารได้ถูกต้องตามความต้องการของผู้ป่วย ได้ อันเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับอาหารได้ดีขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวกับการยอมรับหรือไม่ยอมรับอาหารของผู้ป่วย (รัศมี คันธเสวี, 2550) ดังนี้

5.1 ปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายในเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นภายในตัวของผู้ป่วยเอง แต่มีผลการยอมรับและไม่ยอมรับอาหาร ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่

5.1.1 ทักษะคติ (Attitudes) คือลักษณะของแนวโน้มตามปกติของตัวบุคคลในการที่จะชอบหรือเกลียดสิ่งของ บุคคล และปรากฏการณ์ต่าง ๆ กล่าวคือทักษะคติเป็นลักษณะของระบบซึ่งมีแนวโน้มที่จะประเมินสิ่งใดสิ่งหนึ่งเสมอ ทักษะคติเป็นการจัดระเบียบแนวความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ และสิ่งจูงใจที่จะเกี่ยวข้องกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเสมอ (ธงชัย สันติวงศ์, 2540) ทักษะคติเกิดจากการเลี้ยงดู ประสบการณ์ในอดีต การฝึกการรับประทานอาหารมาตั้งแต่ยังเป็นทารกของแต่ละครอบครัวว่าเป็นอย่างใด เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะกลายเป็นนิสัยติดตัวที่ยากแก่การเปลี่ยนแปลง และมีการรับประทานอาหารที่เคยรับประทานมาตั้งแต่เด็กหรือได้รับการฝึกให้รับประทานเท่านั้น

ในระหว่างการเจ็บป่วยมีทักษะคติเกี่ยวกับความเชื่อด้านอาหาร เรียกอาหารนั้นว่า “อาหารแสลง” อาหารแสลงเป็นความเชื่อของบุคคลแต่ละท้องถิ่น อาหารแสลงเกิดจากผู้ป่วยคิดว่าอาหารที่กินเข้าไปแล้วทำให้เกิดโทษแก่ร่างกายหรือไม่ถูกโรคที่ร่างกายเป็นอยู่ขณะนั้น ทำให้อาการของโรคนั้นกำเริบรุนแรงขึ้น หรืออาการของโรคหายช้า แต่อย่างไรก็ตามความเชื่อเกี่ยวกับอาหาร

แสดงบางอย่างก็มีเหตุผลและสามารถพิสูจน์ได้ในทางการแพทย์ บางอย่างไม่สมเหตุผลผลและไม่สามารถพิสูจน์ได้ แต่ก็ยังยึดถือปฏิบัติโดยไม่รับประทานอาหารชนิดนั้นๆ ในระหว่างการเจ็บป่วย อาหารแสดงแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1) อาหารบำรุง ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์นม โอวัลติน ข้าวต้ม เนื้อหมู ไข่ ผลไม้ อาหารอ่อน ปลา น้ำข้าว ไข่ เป็ด ผักสดต่าง ๆ ข้าวกับเกลือ เป็นต้น

2) อาหารที่คิดว่าแสดง ได้แก่ หน่อไม้ ข้าวเหนียว เนื้อสัตว์ ผลไม้ ของดอง อาหารทะเล น้ำแข็ง อาหารรสจัด กล้วย ละครุด ขนุน หมู ไข่ต้ม กล้วย ผัก ไข่ แกงเผ็ด อาหารที่มีกะทิ ของหวาน แดงกวา เป็นต้น

จากตัวอย่างอาหารบำรุงและอาหารแสดงตามความเชื่อของคนไทยบางกลุ่มนั้น ถ้าจะพิจารณากันแล้วจะเห็นว่าอาหารบำรุงบางอย่างก็ไม่ได้เป็นอาหารบำรุงจริงๆ ไม่ได้ให้ประโยชน์หรือทำให้ความเจ็บป่วยหายเร็วได้ เช่น ข้าวกับเกลือสำหรับหญิงหลังคลอดและให้นมบุตรเป็นอาหารที่ให้ทั้งพลังงานและสารอาหารต่ำ โดยเฉพาะ โปรตีน ถ้าผู้ป่วยรับประทานในระยะเวลาสั้น ทำให้เกิดโรคขาดพลังงานและโปรตีนได้ เกิดจากผู้ป่วยมีความเชื่อว่าอาหารเหล่านี้ไม่ทำให้แสดงและการบริโภคเกลือมาก ๆ จะทำให้มดลูกแห้งเร็ว หรืออาหารแสดงบางอย่างหากละเว้นไม่รับประทานแทนที่จะให้ผลดีทำให้หายเร็ว กลับจะหายช้า เช่น เนื้อสัตว์ ไข่เป็นอาหารที่ให้โปรตีนชั้นดี และร่างกายต้องการมากในยามเจ็บป่วย ถ้าคนและไม่รับประทานเลยจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดการขาดโปรตีนและอาการเจ็บป่วยหายช้าได้ (พิชญ อุตตมะเวทิน, 2547) นักโภชนาการควรมีการซักถามถึงสาเหตุความเชื่อของผู้ป่วย โดยการพูดคุย หรือให้โภชนศึกษาที่ถูกต้องก็อาจจะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความเชื่อได้ เพราะสาเหตุหนึ่งของความเชื่อเกิดมาจากความไม่รู้

งานวิจัยการศึกษาของ นवलพรรณ บางทิพย์ (2544) ที่ศึกษาทัศนคติต่อลักษณะอาหารของผู้ป่วย โดยแบ่งผู้ป่วยตามประเภทอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารพบว่าผู้ป่วยมีทัศนคติต่อลักษณะอาหารที่รับประทานแตกต่างกัน คือ อาหารธรรมดาในระดับปานกลาง (2.34) อาหารลดเค็มระดับปานกลาง (2.33) อาหารลดไขมันระดับปานกลาง (2.09) และอาหารลดโปรตีนระดับดี (2.50) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีทัศนคติต่อลักษณะอาหารระดับปานกลาง

5.1.2 ความรู้ บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารทั้งทางตรงและทางอ้อมตั้งแต่ยังเป็นทารก เมื่อเจริญเติบโตขึ้นก็ได้รับความรู้เรื่องนี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามประสบการณ์และการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล (พิทยา สายหู, 2535) ทำให้ความรู้ของผู้ป่วยแต่ละบุคคลแตกต่างกัน มีทั้งเข้าใจมากและน้อย เข้าใจครึ่ง ๆ กลาง ๆ และอาจเกิดจากการเข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยเข้าใจว่ารับประทานอาหารหมูโคหมูหนึ่งก็ได้ใน 5 หมู โดยเลือกเฉพาะหมูที่ตนเองชอบ ไม่ชอบหมูใดก็ไม่กินหมูนั้นเลย การมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องรับประทานอาหารไม่ครบ 5 หมู ผลที่เกิดขึ้นคือ



ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายไม่แข็งแรง โดยเฉพาะคนที่รับประทานอาหารตามใจตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาหารอย่างถูกต้อง จะรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ช่วยให้อาการของโรคหายได้เร็วขึ้น ดังนั้น การให้ความรู้และความเข้าใจเรื่องอาหารและโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญ (รัศมี คันธเสวี, 2550)

การศึกษาของ เจียมจิต แสงสุวรรณ และคณะ (2541) ศึกษาความรู้เรื่องโภชนาการในผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดพบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 94.7 มีความรู้ระดับไม่ดี (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนทั้งหมด) เมื่อพิจารณาความรู้เรื่องโภชนาการโดยแบ่งตามเพศพบว่า เพศหญิงและชายมีความรู้ระดับไม่ดีใกล้เคียงกัน โดยเพศหญิงร้อยละ 96.2 และเพศชายร้อยละ 93.5 มีความรู้ระดับไม่ดี อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.7 และประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 68.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลพรรณ บางทิพย์ (2544) ที่ศึกษาความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 50-79 ของคะแนนทั้งหมด) เมื่อพิจารณาตามประเภทอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดบริการให้ พบว่าผู้ป่วยมีความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการระดับปานกลางและมีค่าใกล้เคียงกันคือ อาหารธรรมดา ร้อยละ 70.6 คะแนน อาหารลดเค็ม ร้อยละ 74.3 คะแนน อาหารลดโปรตีน ร้อยละ 74.0 คะแนน และอาหารลดไขมัน ร้อยละ 67.3 คะแนน แต่จากการศึกษากลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน (เขวาลักษณ์ พลภักดี, 2539) พบว่าผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 70 มีความรู้เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในการควบคุมระดับน้ำตาล ทำให้ผู้ป่วยส่วนมากได้รับความรู้จากวิทยุ โทรทัศน์ และคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ จากงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนมากเป็นผู้ป่วยมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รับจ้างมีความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 50-79 ของคะแนนทั้งหมด)

5.1.3 อายุ (age) ความต้องการสารอาหารชนิดต่าง ๆ จะแตกต่างกันตามอายุ เช่น วัยเด็กจะต้องการสารอาหารในปริมาณมาก เมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว เพราะเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว วัยรุ่นมีความสนใจในรูปร่างของตนเอง รับประทานอาหารปริมาณน้อยลง วัยผู้สูงอายุ ฟันมีจำนวนน้อยลง ซึ่งอาหารบางชนิดมีเนื้อสัมผัสที่แข็ง หรืออาหารที่ต้องบดเคี้ยวมาก จึงพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นก็จะรับประทานฝัคน้อยลง

5.1.4 เชื้อชาติและถิ่นกำเนิด แต่ละประเทศมีอาหารการกินแตกต่างกันเป็นลักษณะเฉพาะประจำชาตินั้น ๆ เช่น ในประเทศไทย คนไทยปรุงรสเค็มของอาหารด้วยน้ำปลา แต่ประเทศแถบยุโรป อเมริกา ปรุงรสเค็มด้วยเกลือ ประชาชนในประเทศแถบเอเชียนิยมอาหารที่มีรสจัด ทั้งเค็มจัด เผ็ดจัด เปรี้ยวจัด ส่วนประชาชนในประเทศแถบยุโรป อเมริกา รับประทาน

อาหารรสจัด ๆ ไม่เพียงแต่เชื้อชาติเท่านั้นที่ทำให้การยอมรับอาหารของคนแตกต่างกัน คนในชาติเดียวกันแต่มีถิ่นกำเนิดในท้องที่แตกต่างกัน ก็มีส่วนทำให้การยอมรับอาหารแตกต่างกันไปด้วย เช่น ในประเทศไทยประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือนิยมรับประทานปลาร้า ปลาเค็มเป็นอาหารในชีวิตประจำวัน แต่ประชาชนในภาคอื่นไม่นิยมรับประทานเป็นประจำ แต่รับประทานบ้างเป็นครั้งคราว ในภาคกลางมีแกงและอาหารหลายชนิดมีกะทิเป็นส่วนประกอบ แต่ทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ชอบอาหารที่มีกะทิ เป็นต้น (พิชญ อุตตมะเวทิน, 2547) จึงเห็นได้ว่าเชื้อชาติและถิ่นกำเนิดมีผลทำให้คนในชาตินั้น ๆ ท้องถิ่นนั้น ๆ ยอมรับหรือไม่ยอมรับอาหารชนิดใดชนิดหนึ่งได้

5.1.5 ศาสนา ศาสนาและอาหารมีส่วนสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดจนถึงกับมีบทบาทบัญญัติของหลายศาสนาเกี่ยวกับอาหาร เช่น ศาสนาอิสลามไม่รับประทานหมู เพราะถือว่าหมูเป็นสัตว์ที่สกปรก และเนื้อสัตว์ที่จะนำมารับประทานได้ต้องเป็นเนื้อสัตว์ที่ทำการฆ่าโดยวิธีทางศาสนาได้กำหนดไว้เท่านั้น ศาสนาฮินดูไม่รับประทานเนื้อวัว และศาสนาพุทธ กลุ่มสันตือโศกรับประทานอาหารมังสวิรัต ศาสนาคริสต์ลัทธิโรมันคาทอลิก ห้ามรับประทานเนื้อสัตว์ในวันศุกร์ ยกเว้นเนื้อปลา เป็นต้น ข้อกำหนดทางศาสนา ศาสนิกชนของแต่ละศาสนายอมนำมาประพฤติปฏิบัติตามข้อห้ามโดยไม่มีภาระเว้น แม้ร่างกายจะอยู่ในภาวะใดก็ตาม จึงทำให้มีการยอมรับและไม่ยอมรับอาหารตามหลักของทางศาสนาที่แตกต่างกันไปด้วย

5.1.6 ขนบธรรมเนียมทางสังคม มีบทบาทเข้ามากำหนดการดำเนินชีวิตของคนในสังคมหลายอย่าง อาหารบางชนิดทำให้เกิดความรู้สึกต่ำต้อย เสียศักดิ์ศรี และไม่ยอมรับประทาน เช่น ในสมัยอดีตข้าวแดงหรือข้าวซ้อมมือถือว่าเป็นข้าวของคนยากจน คนคุกเท่านั้นจึงไม่ยอมรับประทาน ถ้านำไปให้บริโภคจะเกิดความรู้สึกไม่พอใจ อาหารบางอย่างถูกกำหนดโดยอายุของกลุ่มผู้บริโภคว่าเป็นอาหารที่ดี เป็นที่นิยม ใครรับประทานก็จะแสดงออกถึงความเป็นคนทันสมัย เช่นอาหารประเภทฟาสต์ฟู้ดของประเทศตะวันตกที่เข้ามาเผยแพร่ในเมืองใหญ่ และเป็นที่ยอมรับของเด็กวัยรุ่นทั้งหญิงและชาย ใครที่ไม่เคยเข้ารับบริการอาหารประเภทนี้ก็จะกลายเป็นคนไม่ทันสมัยหรือตกชั้นไป ทั้ง ๆ ที่อาหารเหล่านั้นมีราคาอ่อนข้างแพงเมื่อเทียบกับข้าวราดแกง พลังงานและสารอาหารที่ได้รับก็ไม่แตกต่างกันเท่าใดนัก แต่กลับเป็นที่นิยมและยอมรับของวัยรุ่น

นอกจากขนบธรรมเนียมทางสังคมจะทำให้เกิดข้อกำหนดการยอมรับและไม่ยอมรับอาหารของคนทั่วไปแล้วครอบครัวก็มีส่วนร่วมในการกำหนดด้วย อาหารบางอย่างผู้นำของครอบครัวชอบ แม่บ้านก็พยายามจัดให้มีอาหารชนิดนั้นรับประทานบ่อย จนสมาชิกในครอบครัวเกิดความชอบและยอมรับอาหารนั้น อาหารบางอย่างแม่บ้านไม่ชอบก็จะไม่ทำหรือไม่ซื้ออาหารนั้น

มารับประทาน ก็ทำให้สมาชิกในครอบครัวหมดโอกาสที่จะรับประทานอาหารชนิดนั้น และจะกลายเป็นไม่เคยรับประทาน

5.1.7 ความเจ็บไข้และโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย เพราะแต่ละโรคทำให้ความต้องการพลังงาน และสารอาหารของร่างกายแตกต่างกันไปจากภาวะปกติ ขณะเดียวกันความรู้สึกอยากรับประทานอาหารของผู้ป่วยเองก็เปลี่ยนแปลงไป บางคนอาจจะรับประทานอาหารน้อยลงเพราะเบื่ออาหาร บางคนอาจจะรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นหรือปกติ

ความรู้สึกเบื่ออาหารเกิดได้จากหลายสาเหตุ คือรสสัมผัส กลิ่น และลักษณะสัมผัสเปลี่ยนไป ผู้ป่วยเคยรับประทานรสหนึ่งได้อาจรับประทานไม่ได้เมื่อป่วย ผู้ป่วยเคยชอบกลิ่นอาหารหนึ่งเมื่อผู้ป่วยกลับทนกลิ่นนั้น ไม่ได้ หรืออาหารที่เคยรับประทานได้อาจมีกลิ่นคาว กลิ่นแรงกว่า เค็ม หรือไม่มีกลิ่นเมื่อไม่สบาย ความเบื่ออาหารมีในผู้ป่วยแทบทุกรายเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งในการที่จะจัดอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานได้ตามต้องการ (รัศมี คันทะเสวี, 2550)

5.1.8 ภาวะจิตใจของผู้ป่วย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าจะมากหรือน้อย รุนแรงหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยมักเกิดความวิตกกังวลจากโรคที่เป็นอยู่ อาชีพ ค่าใช้จ่ายในการรักษา และเมื่อผู้ป่วยมาอยู่โรงพยาบาล แล้วพบบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ขัดเคืองใจซึ่งเกิดขึ้นได้กับคนที่ปรับตัวได้ง่ายและยาก เช่น การไม่พอใจการบริการที่ได้รับจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ บ้าง หรืออาหารไม่ถูกปากบ้าง ทำให้เกิดความวิตกกังวลเหล่านี้จะทำให้รับประทานอาหารไม่ได้หรือปริมาณน้อย ทำให้มีทัศนคติไม่ดีต่ออาหารได้ (รัศมี คันทะเสวี, 2550)

5.2 ปัจจัยภายนอก

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้วมีปัจจัยภายนอกหลายประการที่มีผลกระทบต่อการยอมรับอาหารของผู้ป่วย และทำให้ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป การเข้าใจถึงปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้นักโภชนาการคิดหาทางแก้ไข เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับอาหารได้ดีขึ้น ซึ่งปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่

5.2.1 สภาพแวดล้อม เมื่อเกิดการเจ็บป่วยผู้ป่วยมักจะต้องนอนอยู่กับที่ การนอนอยู่เฉยๆ เป็นเวลานาน ถ้าหากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากญาติ พี่น้อง สมาชิกในครอบครัวอย่างใกล้ชิด มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องดี และไม่มีผลต่อการยอมรับอาหารได้ บางคนถึงกับปฏิเสธไม่ยอมกินอาหารเลย หรือยอมรับบ้างแต่น้อยลง

สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เป็นสภาพแวดล้อมที่มีผู้ป่วยนอนหลายคนในบริเวณใกล้เคียงกัน สามารถมองเห็นซึ่งกันและกัน มีอาการแตกต่างกัน เสียงครวญครางจากการเจ็บปวด กลิ่นยา กลิ่นแผล และกลิ่นคาวต่าง ๆ การที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพดังกล่าว และไม่อาจปรับตัว

รับสภาพเหล่านี้ได้ย่อมมีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น ทำให้หุดหู่ ห่อเหี่ยวมากขึ้นได้ เมื่อถึงเวลารับประทานอาหาร สภาพแวดล้อมเหล่านี้จึงมีผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานหรือรับประทานได้น้อยไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายที่จะช่วยในการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพให้ดีขึ้น

5.2.2 การขาดการสมาคม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล อาหารที่บริการจะบริการเฉพาะผู้ป่วยแต่ละคน ตามอาการและโรคที่เป็นอยู่ ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานคนเดียว ขาดเพื่อนคุยและเพื่อนร่วมรับประทานทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย รับประทานได้น้อย

5.2.3 การสั่งอาหาร อาหารของผู้ป่วยในโรงพยาบาล แพทย์ที่ดูแลจะเป็นผู้สั่งอาหารให้ โดยพิจารณาจากอาการและโรคที่เป็นอยู่ แพทย์จึงมีส่วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการยอมรับอาหารของผู้ป่วยด้วย โดยเฉพาะในการสั่งอาหารที่มีการจำกัดสารอาหารบางอย่างมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยรับประทานไม่ได้ เช่น อาหารที่จำกัดโซเดียมมากๆ จนอาหารจืดชืด ไม่มีรสชาติ ผู้ป่วยยอมรับประทานไม่ได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าเพิ่มสารอาหารมากเกินไป เช่น ในกรณีที่ต้องการเพิ่มโปรแตสเซียมมากๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องดื่มน้ำส้มมากกว่าวันละ 5 แก้ว ผู้ป่วยก็รับประทานไม่ได้เช่นกัน

5.2.4 ระยะเวลาในอนโรโรงพยาบาล (ระยะพักฟื้น) จากการศึกษาของ Stanga et al. (2003) พบว่าระยะเวลาพักฟื้นมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.005$) โดยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาพักฟื้นยาวนานจะมีความพึงพอใจอาหารน้อยลง เนื่องจากระยะเวลาพักฟื้นเวลานานทำให้ความอยากอาหารลดลง และรับประทานอาหารปริมาณน้อย อาจจะเป็นเพราะว่าความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Sahin et al. (2007) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาพักฟื้น (Duration of hospitalization) กับระดับปริมาณอาหารที่บริโภคของผู้ป่วย (Food consumption levels) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.007$)

5.3 ปัจจัยที่เกิดจากยาที่ใช้ในการรักษา

ยาที่มีความสำคัญในการรักษาการเจ็บป่วย ยามีหลายชนิดมีคุณสมบัติและผลต่อร่างกายของผู้ป่วยไม่เหมือนกัน ผลข้างเคียงจากยามีผลกระทบต่อการรับประทานอาหาร (เพียงใจ-สาตวรรษ อึ้งสกุล, 2539) ดังนี้

5.3.1 ยาที่มีผลต่อความรู้สึกอยากอาหาร

5.3.1.1 เพิ่มความอยากอาหารมากขึ้น (Increase appetite) ยาที่มีผลต่อความรู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้น เช่นยา Tranquilizers ในผู้ป่วยจิตเวช ยาประเภท Steroids เป็นต้น ทำให้รับประทานอาหารปริมาณมากขึ้นกว่าเดิม แต่อาหารที่จัดให้ไม่ควรเพิ่มปริมาณเนื่องจาก

รับประทานเป็นระยะเวลานานทำให้น้ำหนักเพิ่มขึ้น มีผลเสียต่อการรักษาโรค เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน

5.3.1.2 ลดความอยากอาหาร (Decreased appetite) ยาที่มีผลให้ความรู้สึกอยากอาหารลดลงหรือทำให้เบื่ออาหาร เช่น ยา Amphetamines, Insulin เป็นต้น เมื่อให้กินยาประเภทนี้ ความรู้สึกเบื่ออาหารจะเกิดขึ้นได้ แม้ว่าจะจัดอาหารให้น้ำรับประทานพอที่จะกระตุ้นความอยากรับประทาน แต่เมื่อรับประทานแล้วกลับหมดความรู้สึกอยากรับประทานต่อไป ผู้ป่วยจึงกินอาหารแต่ละมื้อได้น้อย ในภาวะเช่นนี้จึงควรจัดอาหารให้น้ำรับประทาน ให้รับประทานบ่อยครั้งขึ้น อาจจะวันละ 5-6 ครั้ง แทนที่จะให้รับประทานสามมื้อใหญ่ตามปกติ ให้กินแต่ละครั้งน้อยลง โดยจัดอาหารพอให้รับประทานหมดมีคุณค่าอาหารต่อวันอย่างเพียงพอ และไม่ควรจัดให้ซ้ำซากจำเจ

5.3.2 ยาที่มีผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหาร

ยาประเภทนี้อาจทำให้รู้สึกคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea) หรือทำให้เกิดความรู้สึกทหนักลิ้น หรือรสชาติบางอย่างไม่ได้ กลิ่นและรสของอาหารไม่ได้มีผล แต่เป็นผลข้างเคียงจากฤทธิ์ยา ความรู้สึกนี้ไม่ได้เกิดกับทุกกลิ่นหรือทุกรส ดังนั้นเมื่อจัดอาหารควรหลีกเลี่ยงไม่จัดอาหารใดที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับ ไม่ควรถือว่าหมดฤทธิ์ยาแล้วทุกอย่างจะกินสู่สภาพปกติเอง เช่น ยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็ง ยา Diuretics, Anticancer agent เป็นต้น

6. ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

6.1 ปริมาณพลังงาน

ความต้องการพลังงานของผู้ป่วยในโรงพยาบาลคำนวณได้จากปริมาณพลังงานที่ใช้ทั้งหมด (Total energy expenditure: TEE) (วิลลิตัน จงเจริญ, 2543) มีสูตรคำนวณดังนี้

$$TEE = BEE \times AF \times SF$$

BEE คือ Basal energy expenditure เป็นพลังงานต่ำสุดที่ร่างกายใช้ในการดำรงชีวิตเกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ คำนวณจากสมการของ Harris-benedict ดังนี้ (วิลลิตัน จงเจริญ, 2543)

$$\text{ผู้หญิง } BEE \text{ (kcal/day)} = 665.1 + (9.5 \times W) + (1.8 \times H) - (4.7 \times A)$$

$$\text{ผู้ชาย } BEE \text{ (kcal/day)} = 66.5 + (13.8 \times W) + (5.0 \times H) - (6.8 \times A)$$

ค่าของ W = น้ำหนักเป็นกิโลกรัม

H = ส่วนสูงเป็นเซนติเมตร

A = อายุเป็นปี

AF คือ Activity factor เป็นปัจจัยความสามารถในด้านกิจกรรมต่าง ๆ คิดตามพลังงานที่ต้องการเพิ่มเมื่อมีการเคลื่อนไหว (สุวดี โลวีรกรณ์, 2551) แสดงในตารางที่ 2

SF คือ Stress factor เป็นปัจจัยความเครียดของผู้ป่วย คิดตามพลังงานที่ต้องการเพิ่มเมื่อมีภาวะเครียด (สุวดี โลวีรกรณ์, 2551) แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่า Activity factor

กิจกรรม	ค่า Activity factor
นอนเตียงไม่เคลื่อนไหว	0.9-1.0
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	0.7-0.9
ถ้านอนอยู่บนเตียงและเคลื่อนไหวได้	1.2
ถ้าเคลื่อนไหวและเดินไปมาได้	1.3
กิจกรรมปกติ	1.5-1.75
ถ้ามีกิจกรรมเคลื่อนไหวมาก	2.0

ตารางที่ 3 ค่า Stress factor

ปัจจัยความเครียด	ค่า Stress factor
เมื่อมีไข้	1.10
ผ่าตัดเล็กน้อย	1.2
การบาดเจ็บของกระดูก	1.33
การผ่าตัดเฉพาะที่	1.44
การติดเชื้อระดับต่าง ๆ	1.6-1.9
มะเร็ง	1.1-1.45
แผลไฟไหม้รุนแรง	1.5-2

6.2 ปริมาณโปรตีน

ผู้ป่วยในโรงพยาบาลมักมีภาวะขาดโปรตีนและพลังงานร่วมกับมี Resting metabolic expenditure สูงกว่าภาวะปกติ เพราะมีการสร้างซ่อมแซมร่างกาย เพิ่มภูมิคุ้มกันเพื่อต่อสู้เชื้อโรค

และภาวะไข้ รวมทั้งพลังงานที่ใช้ขณะนอน ยืน เดินอีกด้วย ความต้องการโปรตีนของผู้ป่วยแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาวะร่างกายในภาวะเจ็บป่วย (อานาจ จิตรวรรณันท์, 2548) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความต้องการโปรตีนจากสภาวะร่างกายของผู้ป่วย

Clinical state	Protein requirement (g/kg/body weight)
maintenance requirement	0.8
minimal stress	1
moderate stress	1.2-1.5
severe stress	> 1.5
renal problem	0.5

ความต้องการพลังงานและสารอาหารของผู้ป่วยมีความสำคัญสำหรับแผนการรักษาหรือฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย ในสภาวะเจ็บป่วยร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้น ความต้องการอาหารและสารอาหารมากขึ้น ถ้าผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยรับประทานอาหารปริมาณน้อยไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย หรืออาหารที่จัดให้มีปริมาณไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย จากงานวิจัยศึกษา พบว่า ความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วย (สุรัตน์ โคมินทร์, ศรีวัฒนา ทรงจิตสมบุรณ์, อรวรรณ ภูชัยวัฒนานนท์ และ จุฬารักษ์ รุ่งพิสุทธิพงศ์, 2538) ใช้เส้นรอบวงแขนเป็นหลัก พบว่าผู้ป่วยขาดโปรตีนและพลังงานแบ่งตามกลุ่มโรคดังนี้ โรคติดเชื้อร้อยละ 16.7 โรคหัวใจร้อยละ 10.3 โรคเลือดร้อยละ 9.5 โรคปอดร้อยละ 7.9 โรคทางเดินอาหารและตับร้อยละ 7.9 จากงานวิจัยนี้ทำให้เห็นว่าภาวะทุพโภชนาการพบได้ในหลายโรคหรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการเกิดโรค และจากการศึกษาของ อนัน ศรีพนัสกุล (2544) พบว่าภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยศัลยกรรมมีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 50 มีภาวะทุพโภชนาการขั้นรุนแรงประมาณร้อยละ 3-12 ซึ่งภาวะทุพโภชนาการมีผลเสียต่อการรักษาผ่าตัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนและสาเหตุการตายของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เจริญจิต แสงสุวรรณ และคณะ (2541) พบว่าผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 89.4 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 93.7 หลังผ่าตัด ลักษณะการขาดสารอาหารที่พบมากที่สุดคือ ขาดปริมาณ ไขมันสำรอง ประเมินจากค่า Triceps skin

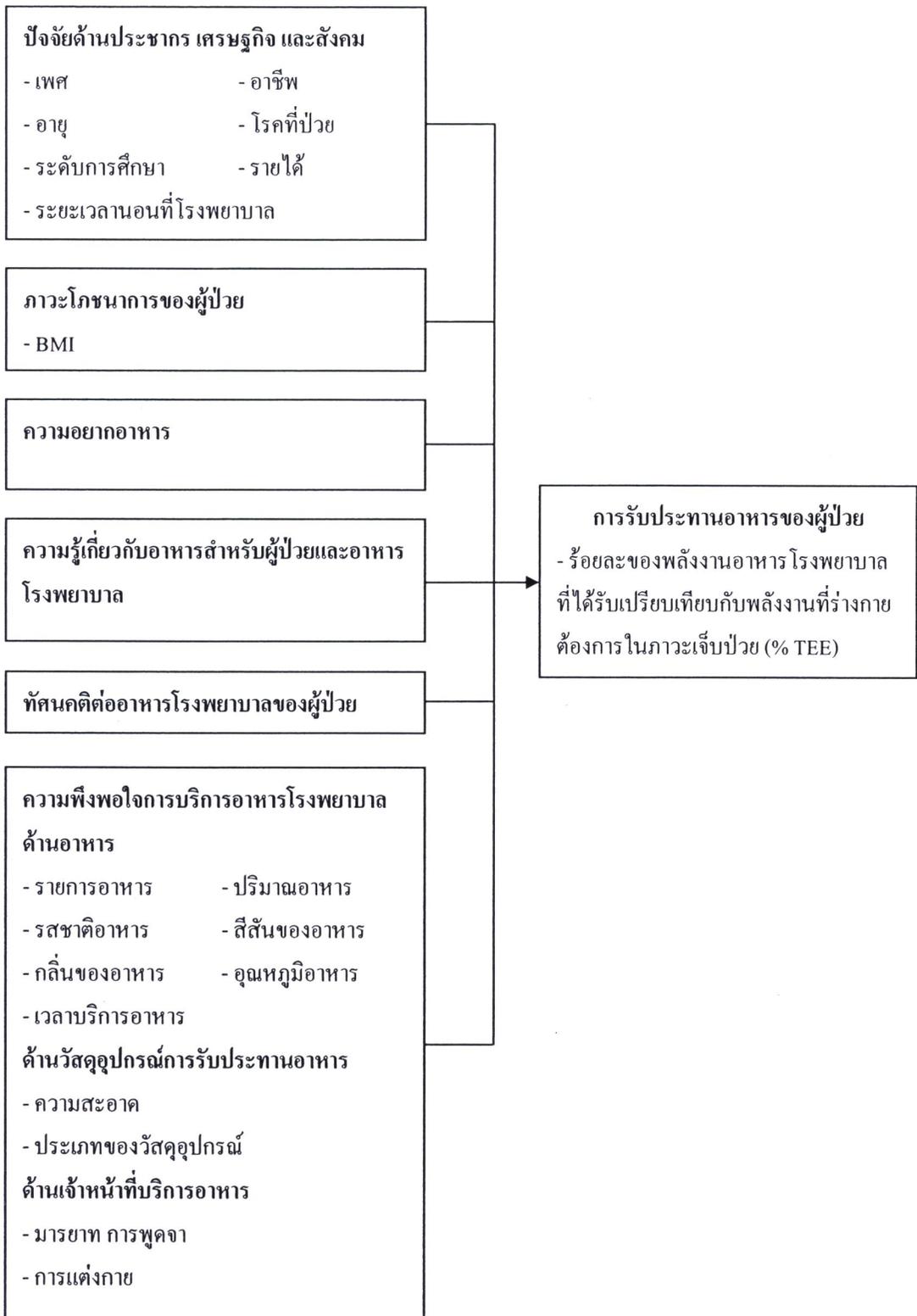
fold (TSF) รองลงมา ได้แก่ ปริมาณโปรตีนสะสมในร่างกาย และปริมาณโปรตีนสะสมในอวัยวะภายในตาม ลำดับ ประเมินจากค่า Mid-arm muscle circumference (MAMC) โดยมีการขาดอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ เพราะแบบแผนการรับประทานอาหารของผู้ป่วยคือ รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก รับประทานอาหารผักเป็นประจำ รับประทานอาหารเนื้อสัตว์และไข่รวมทั้งไขมันเป็นส่วนน้อย และยังพบว่าผู้ป่วยได้รับปริมาณของสารอาหารและพลังงานหลังผ่าตัดขณะอยู่ในโรงพยาบาลต่ำกว่ามาตรฐานข้อกำหนดสำหรับคนไทยประมาณร้อยละ 40-60 ซึ่งตรงข้ามกับการจัดอาหารของต่างประเทศที่จัดปริมาณพลังงานมากกว่าความต้องการของร่างกาย จากการศึกษาของ Dupertuis et al. (2003) ศึกษาปริมาณอาหารที่บริโภคของผู้ป่วย โดยคำนวณจากอาหารที่บริโภค โดยการชั่งน้ำหนักอาหารที่เหลือจากการบริโภคต่อวัน นำมาคำนวณปริมาณพลังงานจากสูตร Harris-benedict และปริมาณโปรตีนสำหรับผู้ป่วยอายุ ≤ 65 ปี ใช้ 1.2 กรัมโปรตีน/กก.น้ำหนักตัว/วัน ผู้ป่วยอายุ > 65 ปี ใช้ 1.0 กรัมโปรตีน/กก.น้ำหนักตัว/วัน พบว่าอาหารที่บริกรรมมีพลังงานเฉลี่ย 2,007 กิโลแคลอรี (SD 479) ปริมาณโปรตีนเฉลี่ย 78 กรัม (SD 21) มากกว่าปริมาณความต้องการพลังงานของร่างกายร้อยละ 41 และปริมาณโปรตีนร้อยละ 15 แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 68.85 บริกรรมอาหารไม่เพียงพอ ส่วนน้ำหนักอาหารที่เหลือคิดเป็นปริมาณพลังงาน 471 กิโลแคลอรี (SD 372) ปริมาณโปรตีน 21 กรัม/วัน (SD 17) ส่วนการวิเคราะห์สมการลอจิสติก (Logistic regression) หาปัจจัยเสี่ยงพบว่า BMI เพศ อาหารเฉพาะโรค และระยะพักฟื้นน้อยกว่า 8 วันหรือมากกว่า 90 วัน เป็นปัจจัยเสี่ยง

นอกจากนี้ ความชุกภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์กับขนาดของโรงพยาบาล (Westergren et al., 2009) พบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (> 500 เตียง) มีความชุกในการเสี่ยงการเกิดภาวะโภชนาการขาด (Undernutrition) ร้อยละ 34 โรงพยาบาลขนาดกลาง (200-500 เตียง) ร้อยละ 26 และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (< 200 เตียง) ร้อยละ 22 การศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และน้ำหนักลด (Unintentional weight loss)

จากงานวิจัยทั้งหมด ซึ่งให้เห็นว่า อาหารที่จัดบริการแก่ผู้ป่วยมีความสำคัญส่งผลต่อภาวะทุพโภชนาการซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการรักษา ซึ่งบุคลากรในทีมสุขภาพไม่ควรละเลยและร่วมมือกันในการประเมินภาวะโภชนาการ และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอย่างจริงจังในทุกระดับ รวมถึงฝ่ายโภชนาการในการจัดอาหารให้ผู้ป่วย

7. กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้กรอบแนวคิดในการวิจัย การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารโรงพยาบาลของผู้ป่วยในดังแสดงในภาพที่ 2 โดย ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ภาวะโภชนาการ ความอยากอาหาร ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยและอาหารโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทักษะคิดต่ออาหาร โรงพยาบาลของผู้ป่วย และความพึงพอใจการบริการอาหารโรงพยาบาล ได้แก่ อาหาร (รายการอาหาร ปริมาณอาหาร รสชาติ สี สัน กลิ่นของอาหาร อุณหภูมิของอาหาร เวลาบริการอาหาร) วัสดุอุปกรณ์การรับประทานอาหาร (ความสะอาด และประเภทของวัสดุ อุปกรณ์) และเจ้าหน้าที่บริการอาหาร (มารยาท การพูดจา การแต่งกาย)



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย