

ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง Nutritional Status in the Urban Elderly

ธัญธรศ เพชรเมือง¹, ดวงหทัย กลัดนวม², เพ็ญภา เป็งเซ่ง³, อภิญญา กุลทะเล⁴
Tanantat Petmuang¹, Duanghathai Kladnuam²,
Pennapa Pengsang³, Apinya Koontalay⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเมือง โดยรูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจมีกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ปทุมธานี โดยการคัดเลือกแบบสะดวกจำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ และ 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment) วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยความถี่และร้อยละ ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุร้อยละ 63.5 (n = 254) มีภาวะโภชนาการปกติ ขณะที่ร้อยละ 36.5 (n = 146) อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เมื่อมีการประเมินในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติม พบว่าร้อยละ 51.4 คະแนนอยู่ในระดับเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 30.8) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 17.8)

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, ผู้สูงอายุ

Abstracts

This study to survey nutritional conditions of elderly people in the urban, Thailand. This study was survey research. The subjects, obtained by means of convenience sampling, were 400 elderly people aged 60 or more who lived in the provinces of Bangkok, Samutprakan and Pathumthani. The instruments used in the research were (1) a personal information and health information recording form and (2) a mini nutritional assessment form. The data were analysed using descriptive statistics, focusing on the frequency and percentage. This research were findings of all the elderly people surveyed, 63.50% (n = 254) were found to

¹⁻³ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (Senior students College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University)

⁴ อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา (Instructor College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University) e-mail: apinya.ko@ssru.ac.th โทร 02-160-1370-

have normal nutritional conditions, whilst 36.5% (n = 146) were identified as facing a risk of hyponutrition. Further assessment revealed that 51.4% of the subjects in the risk group were prone to malnutrition, whilst 30.8% received adequate nutrition and 11.8% were suffering from hyponutrition.

keywords: nutritional status, elderly

บทนำ

สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ คือ มีประชากรวัยสูงอายุร้อยละ 20 (บรรลุ ศิริพานิช, 2550) ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมนำมาซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุจะมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังทำให้ ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น (อัมพรพรรณ ธีรานบุตร, 2552) ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ (Muurinen, et al., 2010) ขณะที่ภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์ จะมีความสัมพันธ์กับพยากรณ์ที่ไม่ดี เสี่ยงต่อความพิการ และเสียชีวิต (Pirlich, et al., 2001) อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีปัญหาด้านโภชนาการเกิดขึ้นได้ เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงจากการ ทำงานของระบบประสาทเกี่ยวกับการรับรส กลิ่น สัมผัสเสื่อมลง การทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ปาก และลิ้นแห้ง ความสามารถในการบดเคี้ยวและการกลืนลดลง การทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้ และการดูดซึมสารอาหารลดลง (Baker, 2007) นอกจากนี้ภาวะด้านจิตใจ เช่น ความความหว้าเหว และความหดหู่ใจจากการที่บุตรหลาน ไม่ค่อยเอาใจใส่ หรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ได้รับอาหารน้อยลง และเสี่ยงต่อภาวะการขาดสารอาหารได้ (Pirlich, et al., 2001) รวมทั้งความเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรงที่ลดลง หรือมีความเจ็บป่วยพิการ และภาวะรู้คิดบกพร่องทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารมารับประทานเองไม่ได้ หรือลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้ (Isaia, 2011)

ภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะขาดสารอาหารเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุทั่วโลก เช่น ในประเทศ อังกฤษมีการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล (nursing home) จำนวน 1,381 คนโดยใช้แบบประเมิน the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) พบว่าร้อยละ 38.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร (Lelovics, 2009) นอกจากนี้มี การศึกษาการคัดกรองภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นระยะยาวจำนวน 127 คน ด้วย Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA®-SF) พบว่าร้อยละ 13.4 ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร (Isenring, et al., 2009) และมีการศึกษาภาวะ โภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีอายุมากกว่า 90 ปี ที่อาศัยในชุมชนจำนวน 632 คน โดยใช้แบบประเมิน Mini Nutritional

Assessment (MNA®) พบว่าร้อยละ 5.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร และร้อยละ 70.4 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร และการสำรวจภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน MNA® ในผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นจำนวน 226 คน พบว่า ร้อยละ 19.9 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหาร ขณะที่ร้อยละ 58 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร (Ji, 2012) สำหรับประเทศไทย พบการวิจัยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ของผู้สูงอายุในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน MNA® ในผู้สูงอายุอำเภอพุทธมณฑลจำนวน 60 คน พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 50 มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดี อีกร้อยละ 48.3 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และเพียงร้อยละ 1.7 (1 คน) มีภาวะขาดอาหาร และจากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ จำนวน 87 คน ใช้ประเมินจากน้ำหนักและส่วนสูง พบว่า ผู้สูงอายุชายมีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 49.0 รองลงมา มีภาวะขาด สารอาหารร้อยละ 37.3 และมีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 13.7 ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงร้อยละ 58.3 มีภาวะโภชนาการปกติ มีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 25.1 และมีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 16.7 (จินตนา สุวิทวัส, 2554)

จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ด้านภาวะโภชนาการผู้สูงอายุให้เหตุผลที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน จึงมีความไวและความเฉพาะเจาะจงกับการประเมินผลมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าแบบประเมิน MNA® ได้รับการยอมรับว่ามีความไวและความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพรวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหารได้อย่างชัดเจน การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความจำเป็นและมีความสำคัญ (Langkamp-Henken, 2005) เนื่องจากจะช่วยค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ทำให้สามารถวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที (Skates, 2012)

นอกจากปัญหาโรคเรื้อรังแล้วปัญหาทางโภชนาการเป็นปัญหาหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ซึ่งการบริโภคอาหารและโภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อการชะลอความเสื่อมตามอายุ โดยสารอาหารจะช่วยเสริมสร้างหน้าที่และอวัยวะต่างๆของร่างกายให้อยู่ในสภาพ สมดุลรวมทั้งบทบาทของสารอาหารในการป้องกัน และบรรเทาความเจ็บป่วย (สฤณี ผ่องแผ้ว, 2548) ซึ่งภาวะทุพโภชนาการจะส่งผลต่อการพยากรณ์โรคโดยจะส่งผลให้โรครุนแรงขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา อาทิเช่น การติดเชื้อ การล้มเหลวของอวัยวะสำคัญ ส่งผลกระทบต่อกรหายใจ และผลลัพธ์การรักษา เพิ่มอัตราการตายสูงขึ้น ระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ เพื่อจะได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนส่งเสริมหรือปรับปรุงภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการหาย

ของโรคและลดผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้ผู้สูงอายุ (Naber, et al, 1997)

ภาวะทุพโภชนาการพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่รักษาตัวไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ร้อยละ 33-50 (Chantrasakul, 1989) โดยพบทั้งภาวะขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการเกิน โดยภาวะขาดสารอาหารพบได้ถึงร้อยละ 44 ของผู้สูงอายุทางอายุรกรรมในโรงพยาบาลและร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทางศัลยกรรมในโรงพยาบาล (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2545) ซึ่งภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อความรุนแรงโรคเพิ่มมากขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น การติดเชื้อ นำไปสู่การตอบสนองต่อผลลัพธ์การรักษาและการพยากรณ์โรคไม่ดี ทำให้อัตราการตายสูงขึ้น ระยะเวลาที่ต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น (Naber, et al, 1997) ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านร่างกาย จิตสังคม ภาวะสุขภาพ ขนบธรรมเนียมประเพณีความเชื่อในการบริโภคอาหารและความยากจน การศึกษาภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่าเป็นการศึกษา ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ ในชุมชนในศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนใน สถานสงเคราะห์คนชราในชมรมผู้สูงอายุในชุมชนแออัดแต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง เพื่อจะได้ทราบปัญหาทางภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการแก้ไขและส่งเสริมภาวะโภชนาการ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคลากรที่มีคุณค่าแก่สังคมและเตรียมพร้อมสำหรับการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในเขตเมือง

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในเขตเมือง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ ประชากรสูงอายุมากกว่า 100,000 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 และขนาดความคลาดเคลื่อน ± 0.05 ได้ขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง 400 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและ ข้อมูลด้านสุขภาพจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ของผู้สูงอายุ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัว และความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA®) พัฒนาโดยศูนย์วิจัยเนสเล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์และแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล MNA® (อรพินท์ บรรจง, 2548) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สถานบริบาลเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและในชุมชนทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย เนื่องจากเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือ และความไวในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.8317 แบบประเมินภาวะโภชนาการ MNA® ในผู้สูงอายุสามารถใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยงและขาดสารอาหารในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถแยกผู้ที่มีขาดอาหารจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติได้ชัดเจน ผู้วิจัยได้นำมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คนได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.75 แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ MNA® มีจำนวน 18 ข้อ คำถามทุกข้อจะมีคะแนนกำกับ คะแนนสูงสุด 30 คะแนน แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นการคัดกรองความเสี่ยงขาดอาหาร (Mini Nutritional Assessment- Short Form; MNA®-SF) ตั้งแต่ข้อ 1-6 (14 คะแนน) และส่วนที่ 2 เป็นการประเมินภาวะโภชนาการ ตั้งแต่ข้อ 7-18 (16 คะแนน) การประเมินแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ให้ผู้สูงอายุทุกคนตอบแบบประเมิน ส่วนที่ 1 จากนั้นให้คิดคะแนน หากคะแนนการคัดกรองได้ 12 คะแนนหรือมากกว่าจัดว่าเป็นกลุ่มไม่เสี่ยง และไม่จำเป็นต้องถามต่อในส่วนที่ 2 แต่หากได้ 11 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงขาดอาหาร จึงดำเนินการขั้นตอนที่ 2 ต่อและนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกันแล้วเปรียบเทียบกับภาวะโภชนาการตามเกณฑ์คะแนน MNA® ที่ใช้แยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนนที่ได้ >23.5 คะแนน เป็นกลุ่มปกติมีภาวะโภชนาการเพียงพอ คะแนน 17-23.5 เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และผู้ที่ได้คะแนน <17 เป็นกลุ่มขาดสารอาหาร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัย ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา คณะผู้วิจัยทำการลงพื้นที่เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม การบันทึกและให้ทดลองสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่มี ลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 2 คน หรือจนผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อวางแผนนัดหมาย ในการสัมภาษณ์ตามรายชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับจากผู้ประสานงาน ทีมผู้ช่วยวิจัยยึดหลักการ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยแก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัย

สัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูล
ทุกครั้งก่อนยุติการสัมภาษณ์ตัวอย่างแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยความถี่ และค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.3 (SD = 8.1, Rang = 60-99) กว่าครึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85.5) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 38.3) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 48.5) ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากกว่า 3,000 บาท/เดือน สภาพการเงินใน ครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมาครึ่งหนึ่งมีเงินพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 8.3) ร้อยละ 28 มีเงินเหลือเก็บทุกเดือน และโดยส่วนใหญ่เหลือเก็บเป็นบางครั้งบางคราว (ร้อยละ 63.7) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดสูงสุด ของข้อมูลส่วนบุคคล (N = 400)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ Mean 70.3, SD = 8.1, Min- Max = 60 – 99		
เพศ		
- ชาย	236	59
- หญิง	164	41
สถานภาพสมรส		
- โสด	68	17
- คู่	153	38.3
- ม่าย	96	24
- หย่า/แยก	83	20.7
ศาสนา		
- พุทธ	342	85.5
- อิสลาม	23	5.8
- คริสต์	35	8.7
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียนหนังสือ	194	48.5
- ประถมศึกษา	106	26.5

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
- มัธยมศึกษา	56	14
- อุดมศึกษาหรืออนุปริญญา	44	11
รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ		
- น้อยกว่า 2,000 บาท	105	26.2
- 2,000–3,000 บาท	145	36.3
- 3,000 บาทขึ้นไป	150	37.5
สภาพการเงินผู้สูงอายุในแต่ละเดือน		
- ไม่มีเลย	33	8.3
- มีเหลือเก็บเป็นบางครั้ง	255	63.7
- มีเหลือเก็บทุกเดือน	112	28.0

ข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.0) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม (ร้อยละ 53.2, 27.3 และ 19.5 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันเป็นอย่างมาก (ร้อยละ 68.2) (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดสูงสุด ของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ (N = 400)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
- ไม่มี	96	24
- มี	304	76
โรคประจำตัว 3 อันดับแรก		
- ความดันโลหิตสูง	162	53.2
- เบาหวาน	83	27.3
- ไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม	59	19.5
ความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน		
- ต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก	273	68.2
- ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน	93	23.3
- ไม่ต้องการเลย	34	8.5

2. ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ผลการประเมิน MNA® ส่วนที่ 1 การคัดกรอง ความเสี่ยงต่อการขาดอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 400 คน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ($n = 254$) ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร และกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ($n = 146$) มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 63.5 รองลงมา มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารร้อยละ 27.8 และมีน้ำหนักตัวเกิน ร้อยละ 36.5 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการขาดอาหารของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคะแนน

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
- ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (12 - 14 คะแนน)	254	63.5
- เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (≤ 11 คะแนน)	146	36.5

เมื่อประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงนี้ ($n = 146$) ในส่วนที่ 2 พบว่า ร้อยละ 51.4 ($n = 75$) อยู่ในระดับคะแนนมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับมี ภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 30.8, $n = 45$) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 17.8, $n = 26$) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามระดับคะแนน ($n = 146$)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะโภชนาการเพียงพอ (>23.5 คะแนน)	45	30.8
เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (17-23.5 คะแนน)	75	51.4
ขาดอาหาร (<17 คะแนน)	26	17.8

อภิปรายผล

จากการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน MNA® ในแบบประเมินส่วนที่ 1 พบว่า ร้อยละ 36.5 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และเมื่อประเมินภาวะโภชนาการต่อในกลุ่มเสี่ยง พบว่าส่วนมาก (ร้อยละ 51.4) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 30.8) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 17.8) ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร ได้แก่ 1) การมีปัญหาสุขภาพปากและฟัน เช่น ฟันผุ หรือการใช้ฟันปลอม ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง (Baker, 2007) พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยมีจำนวนฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ และในจำนวนนี้กว่าครึ่งหรือร้อยละ 70.9 ไม่ใส่ ฟันปลอม ทำให้มีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร จึงอาจหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ ทำให้ได้รับสารอาหาร ไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ (Pirlich, 2001)

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร พบว่าผู้สูงอายุจะมีการหดตัว และการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารลดลงและช้าลง รวมทั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารและ intrinsic factor ลดลง เป็นผลให้เกิดการดูดซึมวิตามินบีสิบสอง และแคลเซียมลดลง นอกจากนี้ พื้นผิวการดูดซึมสารอาหารที่เยื่อบุลำไส้เล็ก ตลอดจนการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน และการไหลเวียนของเลือดไปที่ตับของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงด้วย (Baker, 2007) ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ โดยโรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกันจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยทางสุขภาพดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะสุขภาพกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุทำให้ความอยากอาหารลดลง ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้ (Baker, 2007) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยและไม่มีเงินเก็บ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องอดออมทำให้ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารมารับประทานได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าฐานะการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงโดยเฉพาะการเคลื่อนไหว ทำให้มีความยากลำบากในการจัดหาอาหาร และรับประทานอาหาร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 68.2 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยเหลือเพื่อเตรียมและจัดหาอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($r=0.55$; $p < 0.001$) (Cereda, 2012) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ จะมีภาวะโภชนาการต่ำ รวมทั้งสถานการณ์ความไม่สงบ ที่มีความรุนแรง อาจทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนส่วนใหญ่ หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านไปยังที่ชุมชน เช่น ตลาด เพื่อหาซื้อสินค้าและอาหารมาบริโภคตามความต้องการ และมักเป็นการซื้อผักผลไม้เป็นสัปดาห์ และไม่ใช่ เวลาในการจับจ่ายนานเพื่อความปลอดภัยในชีวิต และทรัพย์สิน ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้เช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและพบภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ (Kuzuya, 2005)

สรุปและเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองผลการคัดกรองภาวะโภชนาการ พบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มเสี่ยงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมการ

ส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังโดยติดตามประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งจัดกิจกรรมการส่งเสริม และฟื้นฟูภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ ทุพโภชนาการเพื่อให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ สะดวก ทำให้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงยาก เช่น อยู่ในพื้นที่เสี่ยงหรือ ผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะโภชนาการ เช่น ทนต่อสุขภาพ ความสามารถในการบดเคี้ยว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นต้น และศึกษาภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง รวมทั้งศึกษาผลกระทบของ ภาวะโภชนาการต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการ จัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะ ทุพโภชนาการ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเลือกประชากร และกลุ่มตัวอย่างในเขตปริมณฑลอื่น ๆ เช่น จังหวัดปทุมธานี สระบุรี

เอกสารอ้างอิง

- เกียรติรัตน์ คุณารัตนพฤกษ์, จินตนา สุวิทวัส, และภัทระ แสนไชยสุริยา. (2552). การบริโภค อาหารของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น. *วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2, 11-19.
- จิตนภา วาณิชโรจน์, วันดี โภคะกุล, และสาคร สุวรรณ. (มปป). *การศึกษาแบบคัดกรองและ ภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545*. กรุงเทพฯ: สถาบันศาสตร์ผู้สูงอายุกรรมการ แพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา สุวิทวัส และเนตรชนก แก้วจันทา. (2552). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 3, 29-38.
- จินตนา สุวิทวัส. (2554). ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของ ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาใน แผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 22 -30.
- จินต์ จรุงรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง, โสภา ธมโชติพงศ์, และอรพินท์ บรรจง. (2548). ความสามารถในการเคี้ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 28(2), 77-90.

- ณอมขวัญ ทวีบุรณ์, วินัส ลิฬหกุล, และสุภาณี พุทธเดชาคุ้ม. (2545). *โภชนศาสตร์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- ทิพย์เนตร อริยปิติพันธ์, ไพลิน สิทธิวิเชียรวงศ์, วนิดา นพรพันธ์, วินัย ดะห์ลัน, และสุจิตรา บุญหยง, (บรรณาธิการ). (2545). *อาหาร โภชนาการและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตย ทัศนียม, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, สุทธิพนธ์ จิตพิมลมาศ, และอัมพรพรณ อีรานูตร. (2552). การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 32(1), 1-11.
- บุศรา ศรีคำเวียง, ผ่องพรรณ อรุณแสง, และวิลาวรรณ พันธุ์พลกุล. (2554). การเปรียบเทียบการได้รับพลังงานของสารอาหารโดยวิธีการใช้แบบสอบถามความถี่อาหารบริโภคทั้งปริมาณ และสัมภาษณ์ย้อนหลัง 24 ชั่วโมงและพฤติกรรมการบริโภคสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าอยู่รักษาในอาหารของผู้สูงอายุ. *วารสารมันตาภิบาล*, 2, 45-50.
- ปรียานุช แยมวงษ์. (2545). ทำอย่างไรให้ผู้สูงอายุรับประทาน อาหารได้ดีขึ้น. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 3(3), 46-50.
- .ผ่องพรรณ อรุณแสง และวิมล วงศ์หนู. (2553). โรงพยาบาลชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 33(4), 28-37.
- สรวงสุดา เจริญวงศ์. (2544). *ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานใน โรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์.
- เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (2534). *บริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ และหมู่บ้านนครหลวง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อมรรัตน์ ปุยงาม. (2553). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ เพื่อพัฒนาชุมชน, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- Baker, H. (2007). Nutrition in the elderly: An overview. *Geriatrics*, 62(7), 28-31.
- Baker, H. (2007). Nutrition in the elderly: Diet pitfall and nutritional advice. *Geriatrics*, 62(10), 24-6.
- Bleda. M.J., Bolibar, I., Pares, R., & Salva, A. (2002). Reliability of the Mini Nutritional Assessment (MNA®) in institutionalized elderly people. *J Nutr Health Aging*, 6(2), 134-7.

- Isaia, G., Mondino, S., Germinara, C., Cappa G., Aimonino-Ricauda, N., Bo, M., et al. (2011). Malnutrition in an elderly demented population living at home. *Arch Gerontol Geriat*, 53, 249-51.
- Isenring, E.A., Banks, M., Ferguson, M., & Bauer, J.D. (2012). Beyond malnutrition screening: Appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents. *J Acad Nutr Dietetics*, 112(3), 376-81.
- Ji, L., Meng, H., & Dong, B. (2012). Factors associated with poor nutritional status among the oldest-old. *Clin Nutr*, 31, 922-6.
- Kuzuya, M., Kanda, S., Koike, T., Suzuki, Y., Satake, S., & Iguchi, A. (2005). Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. *Nutrition*, 21, 498-503.
- Langkamp-Henken, B., Hudgens, J., Stechmiller, J.K., & Herrlinger-Garcia, K.A. (2005). Mini nutritional assessment and screening scores are associated with nutritional indicators in elderly people with pressure ulcers. *J Am Diet Assoc*, 105, 1590-6.
- Lelovics, Z., Bozo, R.K., Lampek, & K., Figler, M. (2009). Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. *Arch Gerontol Geriat*, 49, 190-196.
- Mowe, M., Bohmer, T., & Kindt, E. (1994). Reduced nutritional status in an elderly population is probable before disease and possibly contributes to the development of disease. *American Journal Clinical Nutrition*, 59, 317-324.
- Muurinen, S., Soini, H., Suominen, M., & Pitkala, K. (2010). Nutritional status and psychological well-being. *Eur e-J Clin Nutr Met*, 5 e26-9.
- Pirlich, M., & Lochs, H. (2001). Nutrition in the elderly. *Best Pract Res Cl Ga*, 15(6), 869-84.
- Sanjur, D. (1995). *Social and culture perspectives in nutrition*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Skates, J.J., & Anthony, P.S. (2012). Identifying geriatric malnutrition in nursing practice The Mini Nutritional Assessment (MNA®) - An evidence-based screening tool. *J Gerontol Nurs*, 38(3), 18-27.
- Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P.J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., et al. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 15(2), 116-22.