

# ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้\*

กิตติกร นิลมานัต\*\* Ph.D.

ชนิษฐา นาคะ\*\* D.N.Sc.

วิภาวี คงอินทร์\*\* D.N.Sc.

เอมอร แซ่จิ๋ว\*\* พยม.

พัชรียา ไชยลังกา\*\*\* วทม.

ปิยะภรณ์ บุญพัฒน์\*\*\*\* Ph.D.

**บทคัดย่อ:** วัตถุประสงค์: เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงสำรวจ

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาสโดยการคัดเลือกแบบสะดวกจำนวน 580 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพ และ 2) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยความถี่และร้อยละ

**ผลการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.2 ( $n = 361$ ) มีภาวะโภชนาการปกติ ขณะที่ร้อยละ 37.8 ( $n = 219$ ) อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร เมื่อมีการประเมินในกลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติม พบว่า ร้อยละ 62.1 คะแนนอยู่ในระดับเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 31.1) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 6.8)

**ข้อเสนอแนะ:** ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังโดยติดตามประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มที่มีความเสี่ยง รวมทั้งจัดกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ

**วารสารสหการพยาบาล 2556; 28(1) 75-84**

**คำสำคัญ:** ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุ จังหวัดชายแดนภาคใต้

\*ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (สวชน.มจร.)

\*\*ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ Email: knilmanat@gmail.com

\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี

\*\*\*\*อาจารย์พิเศษ, Professional and Continuing Education (PaCE), Massey University, Palmerston North, New Zealand

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ<sup>1</sup> ขณะที่ภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์จะมีความสัมพันธ์กับพยาธิโรคร้าย และเสี่ยงต่อความพิการและการเสียชีวิตมากขึ้น<sup>2</sup> อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีปัญหาทางโภชนาการเกิดขึ้นได้ เนื่องจากในวัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ ความอยากอาหารลดลงจากการทำงานของระบบประสาทเกี่ยวกับการรับรส กลิ่นและสัมผัสเสื่อมลง การทำงานของต่อมน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้ง ความสามารถในการบดเคี้ยวและการกลืนลดลง การทำงานของกระเพาะอาหาร ลำไส้และการดูดซึมสารอาหารลดลง<sup>3-6</sup> นอกจากนี้ภาวะทางด้านจิตใจ เช่น ความหวาดหวั่นและหดหู่จากการที่บุตรหลานไม่ค่อยเอาใจใส่ หรือถูกทอดทิ้ง ทำให้ได้รับอาหารน้อยลง มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้<sup>2,5</sup> รวมทั้งความเสื่อมของร่างกาย ความแข็งแรงที่ลดลงหรือมีความเจ็บป่วยพิการ และภาวะการรู้คิดบกพร่อง ทำให้ความสามารถในการจัดหาอาหารมารับประทานเองไม่ได้หรือลดลง<sup>7</sup> ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการในผู้สูงอายุได้

ภาวะพร่องโภชนาการหรือภาวะขาดสารอาหารเป็นปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุทั่วโลก เช่น ในประเทศอังกฤษ มีการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาล (nursing home) จำนวน 1,381 คนโดยใช้แบบประเมิน the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) พบว่าร้อยละ 38.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร<sup>8</sup> นอกจากนี้มีการศึกษาการคัดกรองภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานพักฟื้นระยะยาวจำนวน 127 คน ด้วย Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA®-SF) พบว่าร้อยละ 13.4 ของผู้สูงอายุกลุ่ม

ตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร<sup>9</sup> และมีการศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุชาวจีนที่มีอายุมากกว่า 90 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 632 คน โดยใช้แบบประเมิน Mini Nutritional Assessment (MNA®) พบว่า ร้อยละ 5.7 ของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะขาดสารอาหาร และร้อยละ 70.4 มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร<sup>10</sup> และการสำรวจภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน MNA® ในผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นจำนวน 226 คน พบว่า ร้อยละ 19.9 ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีภาวะขาดสารอาหาร ขณะที่ร้อยละ 58 มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร<sup>11</sup> สำหรับประเทศไทย พบการวิจัยเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ อรพินท์ บรรจง และคณะ<sup>12</sup> ศึกษาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน MNA® ในผู้สูงอายุ อำเภอพุทธมณฑลจำนวน 60 คน พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 50 มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ดีอีกร้อยละ 48.3 เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และเพียงร้อยละ 1.7 (1 คน) มีภาวะขาดอาหาร และจากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาลบำบัดพิเศษจำนวน 87 คน ใช้ประเมินจากน้ำหนักและส่วนสูงของ จินตนา สุวิทวัส<sup>13</sup> พบว่า ผู้สูงอายุชายมีภาวะโภชนาการปกติร้อยละ 49.0 รองลงมา มีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 37.3 และมีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 13.7 ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงเกินครึ่งคือร้อยละ 58.3 มีภาวะโภชนาการปกติ มีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 25.1 และมีน้ำหนักตัวเกินร้อยละ 16.7

จะเห็นได้ว่า การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติการณ์ด้านภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุให้ผลที่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน จึงมีความไวและความเฉพาะเจาะจง

กับการประเมินผลมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามพบว่าแบบประเมิน MNA® ได้รับการยอมรับว่ามีความไวและมีความน่าเชื่อถือในการนำไปใช้ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพ<sup>12, 14, 15</sup> รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการแบ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหารได้อย่างชัดเจน<sup>12</sup>

การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุมีความจำเป็นและสำคัญ เนื่องจากจะช่วยค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ทำให้สามารถวางแผนให้ความช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการแก่ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้อย่างทันท่วงที<sup>16</sup> ยังไม่พบรายงานภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการคัดกรองภาวะโภชนาการและมักเข้ารับบริการสุขภาพเมื่อมีภาวะพร่องโภชนาการรุนแรงและอาการภาวะแทรกซ้อนอื่น ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปที่พักอาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาสซึ่งมีประชากรวัยสูงอายุรวมประมาณ 150,000 คน กำหนดขนาด

กลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของยามานะ ประชากรสูงอายุมากกว่า 100,000 คน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 และขนาดความคลาดเคลื่อน  $\pm 0.05$  ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 400 คน สำหรับการศึกษาครั้งนี้กำหนดโควตาจังหวัดละ 200 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอรอบนอกเขตละ 100 คน รวม 6 พื้นที่ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 600 คน อย่างไรก็ตาม ด้วยสถานการณ์ความไม่สงบในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดยะลาเขตอำเภอรอบนอกเพียง 80 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 580 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลด้านสุขภาพจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ สถานภาพทางการเงิน โรคประจำตัวและความต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA®) พัฒนาโดยศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล<sup>12</sup> MNA® เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สถานบริการเพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและในชุมชนทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย เนื่องจากเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือ และความไวในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง<sup>2, 9, 11, 12, 15</sup> มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha ได้ค่าเท่ากับ 0.83<sup>17</sup> แบบประเมินภาวะโภชนาการ

MNA® ในผู้สูงอายุสามารถใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยงและขาดสารอาหารในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถแยกผู้ขาดอาหารจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติได้ชัดเจน<sup>12, 16</sup> 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 คะแนนหรือมากกว่า จัดว่าเป็นกลุ่มไม่เสี่ยงและไม่จำเป็นต้องถามต่อในส่วนที่ 2 แต่หากได้ 11 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงขาดอาหาร จึงดำเนินการขั้นตอนที่ 2 ต่อและนำคะแนนที่ได้ทั้งหมดมารวมกัน แล้วเปรียบเทียบกับภาวะโภชนาการตามเกณฑ์ คะแนน MNA® ที่ใช้แยกผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนนที่ได้ >23.5 คะแนน เป็นกลุ่มปกติมีภาวะโภชนาการเพียงพอ คะแนน 17-23.5 เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ และผู้ที่ได้คะแนน <17 เป็นกลุ่มขาดสารอาหาร<sup>15</sup>

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อโครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (ศวชต.มนร.) คณะฯ ผู้วิจัยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 6 คน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่และทำงานในจังหวัดที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีพื้นฐานการศึกษาระดับ

ปริญญาตรีในสาขาที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและ/หรือเคยทำงานด้านผู้สูงอายุ สามารถสื่อสารภาษาท้องถิ่น/ภาษายาวีได้ดี เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและซักซ้อมในการใช้แบบสอบถาม การบันทึกและให้ทดลองสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 2 คน หรือจนผู้ช่วยวิจัยมีความมั่นใจในการใช้เครื่องมือ จากนั้นได้ติดต่อผู้ประสานงานในพื้นที่ในการคัดเลือกลักษณะตัวอย่างเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยวางแผนในการนัดหมายในการสัมภาษณ์ตามรายชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับจากผู้ประสานงาน ทีมผู้ช่วยวิจัยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน และสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยแก่ผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุตามแบบสัมภาษณ์ที่เตรียมไว้ ตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลทุกครั้งก่อนยุติการสัมภาษณ์ตัวอย่างแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ด้วยความถี่ และค่าเฉลี่ย

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 70.3 (SD = 8.1, Rang = 60-99) กว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 61.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.2) ไม่ได้เรียนหนังสือ (ร้อยละ 51.0) ร้อยละ 46.2 ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากกว่า 3,000 บาท/เดือน สภาพการเงินในครอบครัวในรอบปีที่ผ่านมามีครึ่งหนึ่งมีเงินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 52.8) มีเพียงร้อยละ 37.1 มีเงินเหลือเก็บ และมีเพียงส่วนน้อยที่มีเงินไม่พอใช้ต้องหยิบยืมเป็นประจำ (ร้อยละ 10.2) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดสูงสุด ของข้อมูลส่วนบุคคล (N = 580)

| ตัวแปร                                       | จำนวน (ร้อยละ) | ตัวแปร                            | จำนวน (ร้อยละ) |
|----------------------------------------------|----------------|-----------------------------------|----------------|
| อายุ Mean 70.3, SD = 8.1, Min- Max = 60 - 99 |                | ระดับการศึกษา                     |                |
| เพศ                                          |                | ไม่ได้เรียนหนังสือ                | 296 (51.0)     |
| ชาย                                          | 264 (45.5)     | ประถมศึกษา                        | 206 (35.5)     |
| หญิง                                         | 316 (54.5)     | มัธยมศึกษา                        | 51 (8.8)       |
| สถานภาพสมรส                                  |                | อุดมศึกษาหรืออนุปริญญา            | 27 (4.7)       |
| โสด                                          | 16 (2.8)       | รายได้ต่อเดือนของผู้สูงอายุ       |                |
| คู่                                          | 320 (55.2)     | น้อยกว่า 2,000 บาท                | 223 (38.4)     |
| ม่าย                                         | 229 (39.5)     | 2,000 - 3,000 บาท                 | 89 (15.3)      |
| หย่า / แยก                                   | 15 (2.6)       | 3,000 บาทขึ้นไป                   | 268 (46.2)     |
| ศาสนา                                        |                | สภาพการเงินผู้สูงอายุในแต่ละเดือน |                |
| พุทธ                                         | 219 (37.8)     | ไม่มีเลย                          | 284 (49.0)     |
| คริสต์                                       | 2 (.3)         | มีเหลือเก็บเป็นบางครั้ง           | 175 (30.2)     |
| อิสลาม                                       | 359 (61.9)     | มีเหลือเก็บทุกเดือน               | 121 (20.9)     |

**ข้อมูลด้านสุขภาพ**

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 79.8) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง/เอว และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม (ร้อยละ 49.0, 38.6 และ 27.6 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่ต้องการให้มีคนคอยดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันในระดับมาก (ร้อยละ 70.5) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดสูงสุด ของข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพ (N = 580)

| ตัวแปร                                   | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------|-------|--------|
| โรคประจำตัว                              |       |        |
| ไม่มี                                    | 117   | 20.2   |
| มี                                       | 463   | 79.8   |
| โรคประจำตัว 3 อันดับแรก                  |       |        |
| ความดันโลหิตสูง                          | 284   | 49.0   |
| ปวดหลัง/เอว                              | 224   | 38.6   |
| ไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม                    | 160   | 27.6   |
| ความต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน |       |        |
| ต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก              | 409   | 70.5   |
| ต้องการการช่วยเหลือบ้าง                  | 27    | 4.7    |
| ไม่ต้องการเลย                            | 144   | 24.8   |

|                                                                                                                                           |                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ภาวะโภชนาการ                                                                                                                              | (n = 361) ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร และกลุ่มตัวอย่างที่เหลือน้อยละ 37.8 (n = 219) มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (ตารางที่ 3) |
| ผลการประเมิน MNA® ส่วนที่ 1 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการขาดอาหารของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 580 คน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.2 |                                                                                                                                            |

ตารางที่ 3 การคัดกรองความเสี่ยงต่อการขาดอาหารของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคะแนน (N = 580)

| ภาวะโภชนาการ                              | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------|-------|--------|
| - ไม่เสี่ยงต่อการขาดอาหาร (12 - 14 คะแนน) | 361   | 62.2   |
| - เสี่ยงต่อการขาดอาหาร ( $\leq 11$ คะแนน) | 219   | 37.8   |

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| เมื่อประเมินภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงนี้ (n = 219) ในส่วนที่ 2 พบว่า ร้อยละ 62.1 (n = 136) อยู่ในระดับคะแนนมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับมี | ภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 31.1, n = 68) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 6.8, n = 15) ตามลำดับดังตารางที่ 4 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ตารางที่ 4 ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง จำแนกตามระดับคะแนน (n = 219)

| ภาวะโภชนาการ                             | จำนวน | ร้อยละ |
|------------------------------------------|-------|--------|
| มีภาวะโภชนาการเพียงพอ ( $>23.5$ คะแนน)   | 68    | 31.1   |
| เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (17-23.5 คะแนน) | 136   | 62.1   |
| ขาดอาหาร ( $<17$ คะแนน)                  | 15    | 6.8    |

## อภิปรายผล

จากการคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมิน MNA® ในแบบประเมินส่วนที่ 1 พบว่า ร้อยละ 37.8 จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร และเมื่อประเมินภาวะโภชนาการต่อในกลุ่มเสี่ยง พบว่าส่วนมาก (ร้อยละ 62.1) อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารหรือภาวะทุพโภชนาการ รองลงมาอยู่ในระดับภาวะโภชนาการเพียงพอ (ร้อยละ 31.1) และระดับขาดอาหาร (ร้อยละ 6.8) ตามลำดับ ทั้งนี้ อาจเนื่องจาก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะประสบ

กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร ได้แก่ 1) การมีปัญหาสุขภาพปากและฟัน เช่น ฟันผุ หรือการใช้ฟันปลอม ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง<sup>3-6</sup> จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552<sup>18</sup> พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุไทยมีจำนวนฟันแท้เหลือน้อยกว่า 20 ซี่ และในจำนวนนี้ กว่าครึ่งหรือร้อยละ 70.9 ไม่ใส่ฟันปลอม ทำให้มีปัญหาในการบดเคี้ยวอาหาร จึงอาจหลีกเลี่ยงการรับประทานเนื้อสัตว์ ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ 2) การเปลี่ยนแปลง



ของระบบทางเดินอาหาร พบว่าผู้สูงอายุจะมีการหดตัวและการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร และกระเพาะอาหารลดลงและช้าลง รวมทั้งการหลั่งกรด ในกระเพาะอาหาร และ intrinsic factor ลดลง เป็นผลให้เกิดการดูดซึมวิตามินบีสิบสอง และแคลเซียมลดลง นอกจากนี้พื้นผิวการดูดซึมสารอาหาร ที่เยื่อลำไส้เล็ก ตลอดจนการหลั่งน้ำย่อยจากตับอ่อน และการไหลเวียนของเลือดไปที่ตับของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงด้วย ปัจจัยการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้<sup>5, 6</sup> นอกจากนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.8 มีโรคประจำตัวโดยโรคประจำตัวที่พบบ่อย คือ ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง/เอว และไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อม ผู้ป่วยเหล่านี้มักมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกันจากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยทางสุขภาพดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะสุขภาพกายเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ<sup>19, 22</sup> ทำให้ความอยากอาหารลดลง ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนน้อยและไม่มีเงินเก็บ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องอดออมทำให้ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารมารับประทานได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าฐานะการเงินของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ<sup>20</sup> นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงโดยเฉพาะการเคลื่อนไหว ทำให้มีความยากลำบากในการจัดหาอาหารและรับประทานอาหาร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าร้อยละ 70.5 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การช่วยเหลือเพื่อเตรียมและจัดหาอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าภาวะโภชนาการ

มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ( $r=0.55$ ;  $p < 0.001$ )<sup>21</sup> นั่นคือผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ จะมีภาวะโภชนาการต่ำ รวมทั้งสถานการณ์ความไม่สงบที่มีความรุนแรง อาจทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของคน ที่อาศัยในพื้นที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านไปยังที่ชุมชน เช่น ตลาดเพื่อหาซื้อสินค้าและอาหารมาบริโภคตามความต้องการ และมักเป็นการซื้อผักตุนไว้ใช้เป็นสัปดาห์ และไม่ใช่เวลาในการจับจ่ายนานเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้เช่นกัน ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการและพบภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ<sup>8, 11-13, 20</sup>

### สรุปและเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผลการคัดกรองภาวะโภชนาการ พบว่า หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และเกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มเสี่ยงมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้นบุคลากรสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการเฝ้าระวังโดยติดตามประเมินภาวะโภชนาการในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง รวมทั้งจัดกิจกรรมการส่งเสริมและฟื้นฟูภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการเพื่อให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดคือการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก ทำให้อาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าถึงยาก เช่น อยู่ในพื้นที่เสี่ยง

หรือผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ เช่น ท้นตสุขภาพ ความสามารถในการบดเคี้ยว พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เป็นต้น และศึกษาภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง รวมทั้งศึกษาผลกระทบของภาวะโภชนาการต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านและคุณเจ๊ะมารีนิง ยามา คุณอับดุลคอวี เจ๊ะโอะ คุณอาหามะ เจ๊ะโอะ คุณเสาวคนธ์ อ่อนเกตุพล คุณอุบลทิพย์ นนท์ณรงค์ อาจารย์นิรัชรา สาและ และอาจารย์ ฮัสณัฐ โต๊ะพา ผู้ประสานงานวิจัยในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ทุกท่านที่ช่วยให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ (ศวชต.มนร.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Muurinen S, Soini H, Suominen M, Pitkala K. Nutritional status and psychological well-being. Eur e-J Clin Nutr Met 2010; 5: e26-9.
2. Pirlich M, Lochs H. Nutrition in the elderly. Best Pract Res Cl Ga 2001; 15(6): 869-84.
3. Baker H. Nutrition in the elderly: An overview. Geriatrics 2007; 62(7): 28-31.
4. Baker H. Nutrition in the elderly: Diet pitfall and nutritional advice. Geriatrics 2007; 62(10): 24-6.
5. วินัย ตะห์ลัน, สัจจิรา บุญหยง, ทิพยเนตร อริยปิณฑพันธ์, ไพลิน ลิทธิเชียรวงศ์, และวนิดา นพรพันธ์, บรรณาธิการ. อาหาร โภชนาการและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ฝ่ายเอกสารและตำรา คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
6. วินัส สัพทกุล, สุภาณี พุทธเดชาคุ้ม, และณอมขวัญ ทวีบุรณ์. โภชนศาสตร์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: บริษัทบุญศิริการพิมพ์จำกัด; 2545.
7. Isaia G, Mondino S, Germinara C, Cappa G, Aimonino-Ricauda N, Bo M, et al. Malnutrition in an elderly demented population living at home. Arch Gerontol Geriat 2011; 53: 249-51.
8. Lelovics Z, Bozo RK, Lampek K, Figler M. Results of nutritional screening in institutionalized elderly in Hungary. Arch Gerontol Geriat 2009; 49: 190-6.
9. Isenring EA, Banks M, Ferguson M, Bauer JD. Beyond malnutrition screening: Appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents. J Acad Nutr Dietetics 2012; 112(3): 376-81.
10. Ji L, Meng H, Dong B. Factors associated with poor nutritional status among the oldest-old. Clin Nutr 2012; 31: 922-6.
11. Kuzuya M, Kanda S, Koike T, Suzuki Y, Satake S, Iguchi A. Evaluation of Mini-Nutritional Assessment for Japanese frail elderly. Nutrition 2005; 21: 498-503.
12. อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรูญรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง, โสภ ธมโชติพงศ์. ความสามารถในการเคี้ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม 2548; 28(2): 77-90.
13. จินตนา สุวิทวัส. ภาวะโภชนาการและบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกการพยาบาล บำบัดพิเศษ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554; 34(3): 22-30.
14. Langkamp-Henken B, Hudgens J, Stechmiller JK, Herrlinger-Garcia KA. Mini nutritional assessment and screening scores are associated with nutritional indicators in elderly people with pressure ulcers. J Am Diet Assoc 2005; 105: 1590-6.
15. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 1999; 15(2): 116-22.



16. Skates JJ, Anthony PS. Identifying geriatric malnutrition in nursing practice The Mini Nutritional Assessment (MNA®) – An evidence-based screening tool. J Gerontol Nurs 2012; 38(3): 18–27.
17. Bleda MJ, Bolibar I, Pares R, Salva A. Reliability of the Mini Nutritional Assessment (MNA®) in institutionalized elderly people. J Nutr Health Aging 2002;6(2):134–7.
18. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 [database on the Internet]2553 [cited 9 ตุลาคม พ.ศ. 2555]. Available from: <http://www.thaitgri.org>.
19. อมรัตน์ ปุยมาม. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสิงห์ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาคหกรรมศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553.
20. วันดี โภคะกุล, จิตนภา วาณิชโรจน์, สาคร สุวรรณ. การศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: สถาบันเคสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมปป.
21. Cereda E, Valzolgher L, Pedrolli C. Mini nutritional assessment is a good predictor of functional status in institutionalized elderly at risk of malnutrition. Clin Nutr 2008; 27: 700–5.

## Nutritional Conditions of Elderly People in the Three Southernmost Border Provinces\*

*Kittikorn Nilmanat\*\**, PhD.

*Kanittha Naka\*\**, D.N.S.

*Wipawee Kong-in\*\**, D.N.Sc.

*Aim-on Sai-jew\*\**, M.N.S.

*Pachariya Chailungka\*\*\**, M.S.

*Piyaporn Boonphadh\*\*\*\**, PhD.

**Abstract: Objective:** To survey nutritional conditions of elderly people in the three southernmost border provinces.

**Research Type:** Survey research.

**Research Procedure:** The subjects, obtained by means of convenience sampling, were 580 elderly people aged 60 or more who lived in the provinces of Pattani, Yala and Narathiwat. 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.

**Research Findings:** Of all the elderly people surveyed, 62.2% (n = 361) were found to have normal nutritional conditions, whilst 37.8% (n = 219) were identified as facing a risk of hyponutrition. Further assessment revealed that 62.1% of the subjects in the risk group were prone to malnutrition, whilst 31.1% received adequate nutrition and 6.8% were suffering from hyponutrition.

**Recommendations:** The findings could be applied as a guideline for public health personnel and other stakeholders to arrange health-promoting activities. In addition, health-alert attempts could be made so as to maintain regular assessment of the risk group's nutritional conditions. Finally, nutrition-restoring activities could be conducted for elderly people suffering from malnutrition.

*Thai Journal of Nursing Council 2013; 28(1) 75-84*

**Keywords:** nutritional conditions; elderly people; southernmost border provinces

---

\*Supported by Deep Southern Coordination Center, Princess of Naradhiwas University

\*\*Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla university, Hat Yai campus,  
Email: knilmanat@gmail.com

\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla university, Pattani campus

\*\*\*\*Tutor, Professional and Continuing Education (PaCE), Massey Univeristy", Palmerston North, New Zealand