

ความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

ลัดดาวัลย์ นวะระ พย.บ.**

ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์ ปส.ค.*** นัดดา คำนิยม ปส.ค.****

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 214 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนตุลาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการคัดกรอง ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Abbreviated Mental Test และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2) คำถาม 2) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ซึ่งรวมถึงข้อมูลภาวะสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ความเสี่ยงด้านโภชนาการที่ประเมินด้วย Nutrition Alert Form และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 2.2) แบบประเมินความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดของ European Society for Clinical Nutrition and Metabolism เครื่องมือวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา 0.93 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในส่วนแบบสอบถามความต้องการการดูแลด้านโภชนาการและแบบสอบถามการได้รับการดูแลด้านโภชนาการเป็น 0.88 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของความต้องการฯ และการได้รับการดูแลฯ ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านโภชนาการโดยรวมในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.55 ± 0.25) และการได้รับการดูแลด้านโภชนาการโดยรวมในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96 ± 0.19) ด้านที่ต้องการการดูแลมากที่สุด คือ การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร ขณะที่ด้านที่ได้รับการดูแลมากที่สุด คือ การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร และด้านที่ได้รับการดูแลน้อยที่สุด คือ สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร เมื่อเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการ พบว่าด้านที่มีความต้องการฯ ไม่แตกต่างจากการได้รับการดูแลฯ คือ เวลาในการรับประทานอาหาร ($p=1.00$) และการให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร ($p=0.08$) ขณะที่ความต้องการฯ 7 ด้าน มากกว่าการได้รับการดูแลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ได้แก่ การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร รายการอาหารแต่ละมื้อ ลักษณะของอาหารที่จัด การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร และคำแนะนำ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า แม้ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลฯ ในระดับมาก แต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการฯ บุคลากรและสถานพยาบาล จึงควรเพิ่มระดับการดูแลฯ ให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการรับประทานอาหารที่ดี

คำสำคัญ: การดูแล ความต้องการ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โภชนาการ

วันรับบทความ 2 พฤษภาคม 2566 วันแก้ไขบทความ 3 มิถุนายน 2566 วันตอบรับบทความ 7 มิถุนายน 2566

*งานวิจัยเรื่องนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากทุนสนับสนุนฐาน Fundamental Fund: FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน.

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล ladpan@kku.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Nutritional care needs and received among older patients admitted to medical wards in Srinagarind Hospital, Khon Khean University*

Laddarat Tawara B.N.S.**

Ladawan Panpanit Ph.D.*** Nudda Kumniyom Ph.D.****

Abstract

This descriptive study aimed to investigate nutritional care needs and received among hospitalized older people admitted to the internal medicine wards in Srinagarind Hospital, Khon Kaen University. Orem's nursing theory was applied as the conceptual framework of the study. Sample consisted of 214 hospitalized older people admitted to the internal medicine wards of Srinagarind Hospital. Data collection were carried out between May 2020 and October 2022.

The research instruments consisted of 1) screening tools, comprising The Abbreviated Mental Test and The Two Question Depression Screening Questionnaire and 2) Data collection tools, including 2.1) A General Data Record Form comprising health data, such as body mass index, nutritional risk assessed with the Nutrition Alert Form, and the Barthel Activities of Daily Living; and 2.2) a nutritional care need and received questionnaire for hospitalized older people, which developed by the researcher based on literature review and the concept of European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. The research tools were verified by five experts, obtaining content validity index of 0.93. Reliability test revealed that Cronbach's Alpha Coefficient of the nutritional care need questionnaire, and the nutritional care received questionnaire were 0.88, and 0.91, respectively. Descriptive data were analyzed using descriptive statistics. Comparison of the differences between nutritional care needs and received among the older people were analyzed, utilizing Wilcoxon Signed Rank Test.

The study revealed that majority of the older people had the highest overall nutritional needs with an average score of 4.55 ± 0.25 . Most older people received nutritional care at a high level, with an average of 3.96 ± 0.19 . The highest level of nutritional care needs was 'assessment before eating' aspect, While 'giving assistance before/during/after meals' aspect was the highest level of nutritional care received. In addition, 'eating environment' was the lowest nutritional care received. Comparison of hospitalized older people's nutritional care needs and received indicated two aspects that nutritional care needs were not different from those care received, namely, meal times ($p=1.00$) and giving assistance before/during/after meals ($p=0.081$). Seven dimensions, that nutritional care needs statistically significantly higher than nutritional care received ($p<.001$), were assessment before meals, care for symptoms affecting diet, food menu for each meal, characteristics of the food provided, arrangement of eating utensils, eating environment, and advice.

The results of this study show that although the older people received care at a high level, it is still insufficient to meet their needs. Personnel as well as care institutions should increase the levels of care to fulfill nutritional care needs of hospitalized older people, especially providing good eating environment

keywords: care; needs; hospitalized older people; nutrition

Received 2 May 2023 Revised 3 June 2023 Accepted 7 June 2023

*This research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University, has received funding support from the National Science, Research and Innovation Fund (NSRF)

**A student to the Master of Nursing Science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail: ladpan@kku.ac.th

****Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทนำ

ภาวะโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากรายงานในประเทศไทย พบว่าผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการมากถึง ร้อยละ 39 และผู้ป่วยในโรงพยาบาล มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 40¹

ปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีทั้งภาวะโภชนาการต่ำจากการขาดสารอาหาร (undernutrition) และภาวะโภชนาการเกิน (overnutrition)² ภาวะโภชนาการจากการขาดสารอาหารพบได้มากขึ้นเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในประเทศแถบเอเชียพบความชุกของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน 9 โรงพยาบาลของประเทศไทย ถึงร้อยละ 29.6³

สำหรับประเทศไทยการศึกษาภาวะทุพโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 24-72 ชั่วโมงแรก พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 21 และมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ร้อยละ 46⁴ การศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการลดลงภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและสัดส่วนระหว่างเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพกของผู้ป่วยในวันที่ 7 ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงกลางแขนท่อนบน เส้นรอบเอวและสัดส่วนระหว่างเส้นรอบเอวต่อรอบสะโพกน้อยกว่าวันแรกรับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล⁵ ขณะที่การศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบผลการศึกษาคัลยกัน คือ ผู้สูงอายุมีภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.0 ในวันแรกรับ เป็นร้อยละ 84.7 ขณะเข้ารับการรักษา⁶ และการศึกษาภาพสุขภาพของ

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่าปัญหาด้านการรับประทานอาหารเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุที่พบสูงถึงร้อยละ 41.2⁷

ผลกระทบของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพด้านต่างๆ ตามมา เช่น ทำให้ความสามารถเชิงปฏิบัติลดลง เกิดปัญหาการหกล้มเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มเกิดกระดูกหักเพิ่มขึ้น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น^{8,9} ดังนั้นการดูแลด้านโภชนาการที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุช่วยลด/ชะลอ/ป้องกันปัญหาโภชนาการจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากมีปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุปัจจุบันและปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เช่นเดียวกับผู้สูงอายุในชุมชนแล้ว การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยังเป็นปัจจัยอีกประการที่ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ง่าย ทั้งนี้อาจเกิดผลจากการเจ็บป่วยและการรักษา การขาดอุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยและ/หรือไม่เหมาะสม นอกจากนี้ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอาจลดลงร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านโภชนาการ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการด้านโภชนาการได้อย่างเพียงพอ จากการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าการได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร มีความสำคัญต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ไม่สามารถจัดเตรียมอาหารเองได้ ทำให้ได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอต่อ

ความต้องการของร่างกาย¹⁰

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล¹¹ โดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัย การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาล โดยพยาบาลอาจให้การดูแลเป็นการกระทำให้ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อม¹² การพยาบาลผู้สูงอายุด้านโภชนาการในภาวะที่มีปัญหาสุขภาพ มีเป้าหมายในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและช่วยให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการดูแลด้านโภชนาการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยป้องกันหรือลดผลกระทบของภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ ตลอดจนช่วยส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

งานการพยาบาลอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคทางอายุรกรรมที่มีปัญหาซับซ้อน ด้วยภาวะวิกฤตเฉียบพลันและเรื้อรัง จากสถิติในปี 2560 และ 2561 พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้านอนรักษาในหอผู้ป่วยเป็นร้อยละ 58 และ 51.5 ตามลำดับ¹³ โดยความเจ็บป่วย 5 อันดับโรคแรก คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย โรคหัวใจล้มเหลว และปอดอักเสบ ในปี 2560 และโรคหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย และปอดอักเสบ ในปี 2561¹³ ซึ่งผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค ทำให้ต้องให้การรักษาพยาบาลที่ซับซ้อน ต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเฉพาะทางต้องใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย ขณะรักษาเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นตามมา

จากการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 5 ราย ใน

ปี 2561 พบว่า ผู้สูงอายุ อายุ 71-80 ปี จำนวน 3 ราย 81-90 ปี จำนวน 2 ราย ทุกคนมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ โดยมีความเสี่ยงในระดับต่ำ 1 ราย และมีความเสี่ยงในระดับสูง 4 ราย ซึ่ง 1 รายได้รับการวินิจฉัยว่า มีภาวะทุพโภชนาการ 4 ราย มีดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) น้อยกว่า 18.5 ผู้สูงอายุทั้ง 5 ราย มีประวัติน้ำหนักลดลง

ลักษณะการบริการด้านโภชนาการ สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป ประกอบด้วย การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับผู้ใหญ่ ทำการประเมินภายใน 48 ชั่วโมง หลังการเข้ารับการรักษาแต่ไม่มีการประเมินต่อเนื่อง การจัดการด้านโภชนาการไม่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริการอาหารแต่ละมื้อตามเวลาที่กำหนดไว้ เช่น มื้อเช้า เวลา 08.00 น. มื้อเที่ยงเวลา 12.00 น. มื้อเย็นเวลา 16.00 น. และไม่มีอาหารระหว่างมื้อ ลักษณะอาหารและภาชนะอุปกรณ์จัดโดยหน่วยโภชนาการ ซึ่งบริการที่ให้นี้ไม่ได้เฉพาะเจาะจงต่อผู้สูงอายุ เช่น ซีนอาหาร (ซีนเนื้อ ซีนผัก ซีนผลไม้) บางครั้งมีลักษณะแข็ง เคี้ยวกลืนค่อนข้างลำบาก ด้านภาชนะอุปกรณ์ไม่ได้ออกแบบสำหรับผู้ที่ปัญหาในการหยิบ จับหรือยกไม่สะดวก (เช่น ถาดอาหารมีน้ำหนักมาก แก้วที่ไม่มีหูจับมีน้ำหนักมาก) รวมทั้งไม่มีผู้ดูแลช่วยเหลือและให้คำแนะนำในการรับประทานอาหาร นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนมีเวลาในการรับประทานอาหารขณะอยู่บ้านไม่ตรงกับที่ทางโรงพยาบาลจัดเตรียมให้ เมื่อได้รับอาหารตามเวลาดังกล่าวทำให้ยังไม่รู้สึกอยากอาหาร จึงรับประทานอาหารได้ลดลง

จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นโดยการสอบถามผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ลดลง ได้แก่ จำนวนฟันลดลง การใช้ฟันปลอม ทำให้มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหาร อาหารที่เป็นผักและเนื้อแข็งทำให้เคี้ยวไม่ได้ มีปัญหากลืนลำบาก เบื่ออาหาร ไม่ชอบชนิดอาหารที่ได้รับ

การคุ้นชินกับรสชาติอาหารจากบ้านที่ถูกปากมากกว่า การประเมินด้านโภชนาการยังไม่ครอบคลุมและ ยังไม่มีระบบการดูแลด้านโภชนาการเฉพาะสำหรับ ผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการประเมินความต้องการ และการได้รับการดูแลด้านโภชนาการจะทำให้พยาบาล สามารถให้การดูแลด้านโภชนาการได้ตรงตามความ ต้องการ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหาร ได้อย่างเพียงพอ คงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี

การดูแลด้านโภชนาการที่มีประสิทธิภาพ และตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ ผู้สูงอายุสามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ คงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี ทั้งนี้ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับความต้องการและการได้รับการดูแลด้าน โภชนาการของผู้สูงอายุจะเป็นแนวทางในการวางแผน พยาบาลที่ตอบสนองความต้องการเพื่อส่งเสริม ภาวะโภชนาการที่ดีของผู้สูงอายุ แต่จากการทบทวน บรรณกรรม พบว่าการศึกษเกี่ยวกับความต้องการ และการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ ยังมีจำกัด การศึกษาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลปัจจัย ที่สัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ และการประเมินภาวะ โภชนาการ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความต้องการและ การได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุใน หอผู้ป่วยอายุรกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการจัดระบบ การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการสำหรับ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความต้องการและการได้ รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการและการ ได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

1. ความต้องการและการได้รับการดูแล ด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อยู่ในระดับมาก
2. ความต้องการและการได้รับการดูแลด้าน โภชนาการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย อายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น ไม่มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการ พยาบาลของโอเร็ม¹² ตามแนวคิดนี้ เมื่อผู้สูงอายุ เจ็บป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลเกิดความไม่สมดุล ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) กับความต้องการการดูแลตนเอง (self-care demand) ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการ สนับสนุนดูแลด้านโภชนาการให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านโภชนาการอัน จะส่งผลให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ความรู้ความเข้าใจ ถึงความต้องการการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาล เพื่อดูแลสนับสนุน ด้านโภชนาการที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเอง และลดความพร่อง ในการดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยมีกลุ่มประชากรเป็น ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายโดยไม่จำกัด

โรคและอาการ ที่แพทย์รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากร กลุ่มนี้ที่เข้ารับการรักษา ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 - ตุลาคม 2565 โดยพิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุหญิงหรือชายที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโดยไม่จำกัดโรค/อาการและมีระยะเวลาการนอนรักษา ตั้งแต่ 1 วัน ขึ้นไป 3) ได้รับอาหารด้วยการรับประทานทางปากที่จัดโดยพยาบาลครบ 3 มื้อหลัก (เช้า เที่ยง เย็น) 4) สามารถพูดสื่อสารด้วยภาษาไทยหรือภาษาท้องถิ่นอีสานได้ โดยไม่จำกัดว่าสามารถอ่านออกเขียนได้หรือไม่ 5) มีความจำและการรู้คิดปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง Abbreviated Mental Test (AMT)¹⁴ ต้องตอบถูก 8-10 ข้อ 6) ไม่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าประเมินโดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)¹⁵ โดยต้องตอบว่า 'ไม่มี' ทั้งสองข้อ 7) สมัยใจและยินดีเข้าร่วมการศึกษา โดยมีเกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถตอบคำถามได้ครบทุกข้อ และเกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการศึกษา (withdrawal criteria) คือ 1) มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และ/หรือมีอาการผิดปกติขณะตอบแบบสอบถาม เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รู้สึกเหนื่อยเพลีย หายใจติดขัด ใจสั่น หัวใจเต้นผิดปกติ เวียนศีรษะ หน้ามืด

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสถิติประชากร ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมในปี 2560 และ 2561 จำนวน 862 และ 865 คน ตามลำดับ ผู้วิจัยจึงใช้ประมาณค่าประชากรในการคำนวณขนาดตัวอย่างครั้งนี้เป็น 865 คน ตัวแปรที่สนใจคือ ความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการ ซึ่งมีระดับการวัดของข้อมูลเป็น interval scale เป็นตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variable) การประมาณค่าเฉลี่ยใน

กรณีที่ทำทราบประชากร¹⁶ โดยกำหนด ระดับความเชื่อมั่น (confidence level; Z เท่ากับ 1.96) ความแปรปรวน (σ^2) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่ใกล้เคียงพบว่าด้านความพึงพอใจของมื้ออาหารที่ให้บริการในภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 ± 0.43 ¹⁷ กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ระดับ 0.05

$$n = \frac{865x[1.96^2x0.43^2]}{[0.05^2(865 - 1)] + [1.96^2x0.43^2]}$$

$$n = 214$$

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 214 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรายละเอียดดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา ได้แก่ แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Abbreviated Mental Test: AMT)¹⁴ เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อคัดกรองภาวะรู้คิดในผู้สูงอายุโดยประเมินเกี่ยวกับการรู้/ความจำ และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)¹⁵

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

2.1.2 ข้อมูลภาวะสุขภาพ ได้แก่

ข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น โรคประจำตัว ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ ความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (โดยการคำนวณหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) จากข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูง ตลอดจนการใช้แบบประเมิน Nutrition Alert Form (NAF)¹⁸ (พัฒนาโดย สุรัตน์

โคมินทร์ หน่วยโภชนาวิทยาและชีวเคมีการแพทย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ แบ่งระดับเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนรวม 0-5 คะแนน ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ 6-10 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ≥ 11 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการรุนแรง) ซึ่งเครื่องมือ NAF นี้ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการในหอผู้ป่วยที่ดำเนินการวิจัยครั้งนี้

2.1.3 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน Barthel Activities of Daily Living : ADL¹⁹

2.2 แบบสอบถามความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ด้าน ได้แก่ (1) การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร (12 ข้อ) (2) การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร (3 ข้อ) (3) เวลาในการรับประทานอาหาร (3 ข้อ) (4) รายการอาหารแต่ละมื้อ (4 ข้อ) (5) ลักษณะของอาหารที่จัด (9 ข้อ) (6) การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร (5 ข้อ) (7) สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร (3 ข้อ) (8) การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร (12 ข้อ) และ (9) คำแนะนำ (2 ข้อ) รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 53 ข้อ มีการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ จากน้อยที่สุดถึงมากที่สุด (1-5 คะแนน) เมื่อได้คะแนนโดยรวมและคะแนนในแต่ละด้านผู้วิจัยนำมาคำนวณค่าเฉลี่ยโดยรวมและค่าเฉลี่ยรายด้านแล้วจัดระดับเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น = $(5-1)/5 = 0.80$

จึงได้ช่วงคะแนนระดับน้อยที่สุด เป็น 1.00-1.80 ระดับน้อย เป็น 1.81-2.60 ระดับปานกลาง เป็น 2.61-3.40 ระดับมากเป็น 3.41-4.20 และระดับมากที่สุด เป็น 4.21-5.00

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (AMT)¹⁴ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)¹⁵ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL)¹⁹ และแบบประเมิน Nutrition Alert Form เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบคุณภาพส่วนแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เป็น 0.93 และหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความต้องการการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและแบบสอบถามการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเป็น 0.89 และ 0.91 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสอบถามข้อคำถามตามแบบสอบถามใช้ระยะเวลา 30-45 นาที ในช่วงเวลา 8.00-18.00 น. ที่ผู้สูงอายุสะดวกและรบกวนเวลาน้อยที่สุด ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2563 ถึงเดือนตุลาคม 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE 631124 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณค่าสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด ได้แก่ ข้อมูลสมรรถภาพสมองจากแบบประเมิน AMT ข้อมูลจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ข้อมูลทั่วไป (ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลภาวะ

สุขภาพ ข้อมูลภาวะโภชนาการ ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ) และแบบสอบถามความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

เมื่อทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่าการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติ (normal distribution) จึงใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล การวิจัยในครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 214 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.0) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) (ร้อยละ 49.1) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.0) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.1) จบระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.8) อ่านและเขียนหนังสือได้ (ร้อยละ 91.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 43.9) รายได้ 1,000-5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 49.5) รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 63.1) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 59.8) และไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล (ร้อยละ 74.3)

ข้อมูลภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในการเข้ารับการรักษาที่พบมากที่สุดของกลุ่มตัวอย่างได้ คือ โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (end-stage renal disease: ESRD) รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ไข้เฉียบพลัน (acute febrile illness) โรคเอสแอลอี (SLE: systemic lupus erythematosus) และโรคปอดอักเสบ ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90.2) จำนวนโรคประจำตัว 2-3 โรค (ร้อยละ 45.8) ใช้ยา 5 ชนิดขึ้นไป (polypharmacy) (ร้อยละ 53.3)

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ

74.3) ภาวะโภชนาการเมื่อประเมินด้วย Nutrition Alert Form อยู่ในช่วงปกติถึงทุพโภชนาการระดับเล็กน้อย (normal-mild malnutrition (0-5 คะแนน) (ร้อยละ 48.1) รับประทานอาหารธรรมดาไม่เฉพาะโรค ขณะอยู่บ้าน (ร้อยละ 58.9) รับประทานอาหารเฉพาะโรคขณะอยู่โรงพยาบาล (ร้อยละ 57.5) จำนวนฟัน 20 ซี่ขึ้นไป (ร้อยละ 53.7) ไม่มีฟันปลอม (ร้อยละ 91.6) ไม่มีปัญหาในช่องปาก (ร้อยละ 93.5) และไม่มีปัญหา/อุปสรรคในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 74.8)

ข้อมูลด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) 12 คะแนนขึ้นไป (ไม่มีภาวะพึ่งพิง) (ร้อยละ 74.3) สามารถดื่อกอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 76.2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดได้เอง (ร้อยละ 74.8) ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน (เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนช่วยดูแลเพื่อความปลอดภัย) ในการลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ (ร้อยละ 29.4) ใช้ห้องสุขาได้เอง (ร้อยละ 53.3) เดินหรือเคลื่อนที่ได้เองภายในห้องหรือบ้าน (ร้อยละ 43.5) การสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง (ร้อยละ 58.9) ขึ้นลงบันได 1 ชั้นได้ (ร้อยละ 42.1) อาบน้ำเองได้ (ร้อยละ 71.0) กลั้นการถ่ายอุจจาระได้ปกติ (ร้อยละ 73.8) กลั้นการถ่ายปัสสาวะได้ปกติ (ร้อยละ 72)

2. ความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลด้านโภชนาการในโรงพยาบาลในระดับมากที่สุดในการรวม (ร้อยละ 89.7) และในรายด้าน 7 ด้าน คือ การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 100) การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 97.2) รายการอาหารแต่ละมื้อ (ร้อยละ 100) การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 60.7)

สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 94.9) การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร (ร้อยละ 70.1) และคำแนะนำ (ร้อยละ 89.7) ส่วนอีก 2 ด้าน ส่วนใหญ่ระบุความต้องการในระดับมาก คือ เวลาในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 45.3) และลักษณะของอาหารที่จัด (ร้อยละ 70.6) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเป็น $4.55 \pm .25$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการดูแลด้านโภชนาการในโรงพยาบาลระดับมากในภาพรวม (ร้อยละ 94.9) และรายด้าน 4 ด้าน คือ การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 78.0) เวลาในการ

รับประทานอาหาร (ร้อยละ 45.3) ลักษณะของอาหารที่จัด (ร้อยละ 84.1) และการจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร (ร้อยละ 70.6) ได้รับการดูแลระดับมากที่สุด ในด้านการดูแลอาหารที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 51.4) การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร (ร้อยละ 94.9) และคำแนะนำ (ร้อยละ 50.9) ได้รับการดูแลระดับปานกลาง ในด้านรายการอาหารแต่ละมื้อ (ร้อยละ 67.3) และสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 69.2) โดยมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเป็น $3.96 \pm .19$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-2

ตารางที่ 1 ระดับความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ระดับความต้องการ และการได้รับการดูแลด้านโภชนาการ	ความต้องการ		การได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ด้านการประเมินก่อนการรับประทานอาหาร				
มากที่สุด	214	100	29	13.6
มาก	0	0	167	78.0
ปานกลาง	0	0	14	6.5
น้อย	0	0	4	1.9
2. ด้านการดูแลอาหารที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร				
มากที่สุด	208	97.2	110	51.4
มาก	6	2.8	80	37.4
ปานกลาง	0	0	23	10.7
น้อย	0	0	1	.5
3. ด้านเวลาในการรับประทานอาหาร				
มากที่สุด	22	10.3	22	10.3
มาก	97	45.3	97	45.3
ปานกลาง	95	44.4	95	44.4
4. ด้านรายการอาหารแต่ละมื้อ				
มากที่สุด	214	100	4	1.9
มาก	0	0	58	27.1
ปานกลาง	0	0	144	67.3
น้อย	0	0	8	3.7

ตารางที่ 1 ระดับความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (ต่อ)

ระดับความต้องการ และการได้รับการดูแลด้านโภชนาการ	ความต้องการ		การได้รับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. ด้านลักษณะของอาหารที่จัด				
มากที่สุด	56	26.2	26	12.1
มาก	151	70.6	180	84.1
ปานกลาง	5	2.3	6	2.8
น้อย	2	.9	2	.9
6. ด้านการจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร				
มากที่สุด	130	60.7	56	26.2
มาก	62	29.0	151	70.6
ปานกลาง	22	10.3	5	2.3
น้อย	0	0	2	.9
7. ด้านสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร				
มากที่สุด	203	94.9	8	3.7
มาก	8	3.7	31	14.5
ปานกลาง	3	1.4	148	69.2
น้อย	0	0	26	12.1
น้อยที่สุด	0	0	1	.5
8. ด้านการให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร				
มากที่สุด	150	70.1	203	94.9
มาก	41	19.2	8	3.7
ปานกลาง	23	10.7	3	1.4
9. ด้านคำแนะนำ				
มากที่สุด	192	89.7	109	50.9
มาก	22	10.3	94	43.9
ปานกลาง	0	0	9	4.2
น้อย	0	0	2	.9
10. โดยรวม				
มากที่สุด	192	89.7	8	3.7
มาก	22	10.3	203	94.9
ปานกลาง	0	0	3	1.4

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ด้านการดูแล	ความต้องการฯ		การได้รับฯ	
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD
1. การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร	4.80	0.15	3.82	0.37
2. การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร	4.59	0.24	4.12	0.44
3. เวลาในการรับประทานอาหาร	3.58	0.50	3.58	0.50
4. รายการอาหารแต่ละมื้อ	4.70	0.22	3.23	0.39
5. ลักษณะของอาหารที่จัด	4.77	0.14	3.89	0.28
6. การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร	4.13	0.33	4.13	0.33
7. สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร	4.38	0.62	3.07	0.54
8. การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/ หลังรับประทานอาหาร	4.53	0.25	4.53	0.25
9. คำแนะนำ	4.50	0.65	4.18	0.51
10. โดยรวม	4.55	0.25	3.96	0.19

3. ลำดับความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ที่ศึกษาครั้งนี้ 9 ด้าน โดยด้านที่ต้องการฯ มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร

2) ลักษณะของอาหารที่จัด และ 3) รายการอาหารแต่ละมื้อ ตามลำดับ ขณะที่ด้านที่ได้รับการดูแลฯ มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร 2) คำแนะนำ และ 3) การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหารตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ความต้องการด้านต่าง ๆ	ค่าเฉลี่ย	SD	การได้รับการดูแลด้านต่าง ๆ	ค่าเฉลี่ย	SD
การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร	4.8	0.15	การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/ หลังรับประทานอาหาร	4.53	0.25
ลักษณะของอาหารที่จัด	4.77	0.14	คำแนะนำ	4.18	0.51
รายการอาหารแต่ละมื้อ	4.7	0.22	การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร	4.13	0.33
การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร	4.59	0.24	การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร	4.12	0.44

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (ต่อ)

ความต้องการด้านต่าง ๆ	ค่าเฉลี่ย	SD	การได้รับการดูแลด้านต่าง ๆ	ค่าเฉลี่ย	SD
การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร	4.53	0.25	ลักษณะของอาหารที่จัด	3.89	0.28
คำแนะนำ	4.5	0.65	การประเมินก่อนการรับประทานอาหาร	3.82	0.37
สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร	4.38	0.62	เวลาในการรับประทานอาหาร	3.58	0.5
การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร	4.13	0.33	รายการอาหารแต่ละมื้อ	3.23	0.39
เวลาในการรับประทานอาหาร	3.58	0.5	สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร	3.07	0.54
โดยรวม	4.55	0.25	โดยรวม	3.96	0.19

4. ผลการเปรียบเทียบความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่าความต้องการ โดยรวมมากกว่าการได้รับการดูแล โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และความต้องการ 7 ด้านมากกว่าการได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ การประเมินก่อนการรับประทาน

อาหาร การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทาน อาหาร รายการอาหารแต่ละมื้อ ลักษณะของอาหารที่จัด การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร คำแนะนำ ส่วนความต้องการ และการได้รับการดูแล ด้านเวลาในการรับประทานอาหารและการให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหารไม่มีความแตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test

ผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่าง การได้รับการดูแลและความต้องการ	Negative ranks ^a			Positive ranks ^b			Test statistic		
	n	Mean rank	Sum of rank	n	Mean rank	Sum of rank	Ties	Z	p-value
1. ด้านการประเมิน	0	.00	.00	214	107.50	23005.00	0	-12.692	<.001
2. ด้านการดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร	12	41.13	493.50	152	85.77	13036.50	50	-10.448	<.001
3. ด้านเวลาในการรับประทานอาหาร	0	.00	.00	0	.00	.00	214	.000	1
4. ด้านรายการอาหารแต่ละมื้อ	0	.00	.00	212	106.50	22578.00	2	-12.681	<.001
5. ด้านลักษณะของอาหารที่จัด	0	.00	.00	213	107.00	22791.00	1	-12.687	<.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการและการได้รับการดูแลด้านโภชนาการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test (ต่อ)

ผลต่างคะแนนเฉลี่ย ระหว่าง การได้รับการ ดูแลและความต้องการ	Negative ranks ^a			Positive ranks ^b			Test statistic		
	n	Mean rank	Sum of rank	n	Mean rank	Sum of rank	Ties	Z	p-value
6. ด้านการจัดอุปกรณ์การ รับประทานอาหาร	53	83.62	4432.00	136	99.43	13523.00	25	.000	<.001
7. ด้านสิ่งแวดล้อมในการรับ ประทานอาหาร	6	18.67	112.00	197	104.54	20594.00	11	-12.251	<.001
8. ด้านการให้ความ ช่วยเหลือก่อน/ขณะ/ หลังรับประทานอาหาร	99	113.72	11258.50	99	85.28	8442.50	16	.000	0.081
9. ด้านคำแนะนำ คะแนนโดยรวม	47	87.13	4095.00	128	88.32	11305.00	39	-5.483	<.001
	199	109.62	21814.00	10	13.10	131.00	5	-12.387	<.001

^a หมายถึง การได้รับการดูแลด้านโภชนาการ น้อยกว่า ความต้องการการดูแลด้านโภชนาการ

^b หมายถึง การได้รับการดูแลด้านโภชนาการ มากกว่า ความต้องการการดูแลด้านโภชนาการ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการ
รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์
ร้อยละ 25.7 มีค่าดัชนีมวลกายไม่เป็นปกติ และ
ร้อยละ 51.9 มีความเสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ
ระดับรุนแรงการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ
ด้านโภชนาการจึงมีความสำคัญ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มี
ความต้องการการดูแลด้านโภชนาการโดยรวมในระดับ
มากที่สุด ได้รับการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับมาก
และความต้องการมากกว่าการได้รับการดูแล โดย
รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุมีความต้องการ
การดูแลด้านการประเมินก่อนการรับประทานอาหาร
ลักษณะของอาหารที่จัด และรายการอาหารแต่ละมื้อ
มากที่สุดเป็น 3 อันดับแรก ซึ่งพบว่าความต้องการฯ
ทั้ง 3 ด้านนี้ มากกว่าการได้รับการดูแล อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแล
ด้านสิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร รายการ
อาหารแต่ละมื้อ และเวลาในการรับประทานอาหาร

น้อยที่สุด ซึ่งพบว่าความต้องการฯ ทั้ง 3 ด้านนี้ มากกว่า
การได้รับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุ
ได้รับการดูแล น้อยที่สุด 3 อันดับแรก คือ สิ่งแวดล้อม
ในการรับประทานอาหาร รายการอาหารแต่ละมื้อ
เวลาในการรับประทานอาหาร ซึ่งด้านสิ่งแวดล้อมใน
การรับประทานอาหารและรายการอาหารแต่ละมื้อ
สูงกว่าความต้องการฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
นอกจาก 4 ด้าน ดังกล่าวแล้ว ยังมีความต้องการฯ อีก
3 ด้าน ที่ยังได้รับไม่เพียงพอ คือ การดูแลอาการที่
มีผลต่อการรับประทานอาหาร การจัดอุปกรณ์การ
รับประทานอาหาร และคำแนะนำ

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการ
ศึกษาความต้องการ และการได้รับการดูแลด้าน
โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จึงไม่
สามารถอภิปรายเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาได้ แต่
มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่ให้ข้อเสนอแนะว่า
การดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน

ตั้งแต่องค์กร เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างวิธีการสนับสนุนดูแลด้านโภชนาการระดับองค์กร ได้แก่ นโยบายเพื่อสนับสนุนดูแล (เช่น ใช้เครื่องมือคัดกรอง) การปกป้องเวลารับประทานอาหาร รวมทั้งการลงทุนด้านอาหารและบุคลากรเพิ่มเติม (ผู้ช่วยดูแลสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติ และ/หรือช่างเทคนิคด้านอาหารเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างรับประทานอาหาร) การฝึกอบรมบุคลากรโรงพยาบาลให้ตระหนักถึงปัญหาด้านโภชนาการ บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้องแต่ละฝ่าย และวิธีแก้ไขปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านโภชนาการ²⁰ ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของอาหารต่อการฟื้นหายและส่งเสริมให้พิทักษ์สิทธิ์เพื่อให้ได้รับการดูแลด้านโภชนาการตามความต้องการทั้งขณะอยู่รักษาและหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การสร้างความตระหนักเรื่องอาหาร (food awareness) สำหรับทุกภาคส่วน จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลโภชนาการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง²⁰

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้รับการดูแลน้อยกว่าความต้องการการดูแลด้านโภชนาการทั้งในภาพรวมและรายด้าน 7 ด้าน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่พยาบาลสามารถทำได้โดยบทบาทอิสระ (ได้แก่ การประเมิน การดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร คำแนะนำ) และกลุ่มที่ต้องการระบบการดูแลจากหน่วยงานรวมทั้งมีการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (ได้แก่ รายการอาหารแต่ละมื้อ ลักษณะของอาหารที่จัด การจัดอุปกรณ์การรับประทานอาหาร สิ่งแวดล้อมในการรับประทานอาหาร) โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการดูแลให้เพียงพอต่อความต้องการ ส่วนด้านที่มีการได้รับฯ และความต้องการฯ ไม่มีความแตกต่างกันสองด้านคือด้านการให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร ซึ่งเป็น

ด้านที่พยาบาลสามารถให้การดูแลตามบทบาทอิสระและด้านเวลาในการรับประทานอาหารซึ่งมีระบบการจัดเวลาในการรับประทานอาหารมาตรฐานของโรงพยาบาล ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งการดูแลที่ดีต่อไป

ผลการวิจัยนี้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับพยาบาลในการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินดูแลอาการที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร ตลอดจนคอยให้คำแนะนำเมื่อผู้สูงอายุต้องการ รวมทั้งคงคุณภาพการดูแลที่ดีอยู่แล้ว คือ การให้ความช่วยเหลือก่อน/ขณะ/หลังรับประทานอาหาร ขณะเดียวกันโรงพยาบาลควรมีระบบที่เอื้อต่อการดูแลด้านนี้ เช่น การจัดพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว/ผู้ดูแล การมีระบบที่ให้โอกาสผู้สูงอายุได้เลือกลักษณะรายการอาหารรวมทั้งอุปกรณ์ในการรับประทานอาหารจะช่วยตอบสนองความต้องการด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุได้มากขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ รวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามของผู้สูงอายุ จึงอาจมีข้อจำกัดด้าน social desirable bias กล่าวคือ ผู้สูงอายุอาจตอบคำถามโน้มเอียงไปในลักษณะที่ผู้วิจัยคาดหวัง ควรมีการศึกษาวิจัยที่ให้รายละเอียดเพิ่มเติม เช่น รายการอาหารแต่ละมื้อที่ผู้สูงอายุต้องการ สิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการที่ดีต่อไป

References

1. British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Survey of malnutrition and nutritional care in adults from BAPEN's malnutrition action group. Retrieved 22 November 2022. Available from: <https://kku.world/muaac>

- Hospital. [Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012. (in Thai)
18. Komindrg S, Tangsermwong T, Janepanish P. Simplified malnutrition tool for Thai patients. *Asia Pac J Clin Nutr* 2013;22:516-21
19. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Elderly health screening and assessment guide. Bangkok: Veterans Organization Printing Welfare; 2021. (in Thai)
20. Laur C, McCullough J, Davidson B, Keller H. Becoming food aware in hospital: A narrative review to advance the culture of nutrition care in hospitals. *Healthcare* 2015;3(2):393-407. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare302039>