



บทบาทพยาบาลในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

The Role of Nurses in the Assessment of Nutritional Status in Elderly

Received: August 13, 2021

Revised: October 18, 2021

Accepts: December 27, 2021

อัจฉรา ธาตุชัย (พย.บ.)*

Atchara Thatchai (B.N.S.)

บทคัดย่อ

การดูแลผู้รับบริการสูงอายุในสังคมสูงอายุที่มีปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยปัจจัยหลักเกิดจากความผิดปกติทางด้านโภชนาการ ส่งผลให้มีภาวะทุพโภชนาการ พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความท้าทายของพยาบาลในการคัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการของผู้รับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแล และการให้การพยาบาลเพื่อเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายของภาวะโภชนาการ ความสำคัญของปัญหาภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการผ่านเครื่องมือหรือแบบประเมินชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละบริบทของการให้การพยาบาล บทบาทของพยาบาลในการคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการ ผู้เขียนหวังว่าบทความนี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, การคัดกรองภาวะโภชนาการ, การประเมินภาวะโภชนาการ



Abstract

Caring for the elderly in the aging society with chronic non-communicable diseases, which has been significantly growing, the primary cause is nutritional disorders. These nutritional problems lead to the increase in malnutrition in elders, resulting in challenges for clinical nurses in terms of the screening and the assessment of the nutritional status, in order to provide nursing care to achieve better health outcomes for patients. The purpose of this article is to explain the definition of nutritional status, the importance of malnutrition in the elderly, the screening and the assessment of nutritional status using appropriate nutritional assessment tools for elders. The nursing's roles in screening and evaluating the nutritional status. The author aims that the contents in this article can be applied in caring for the elderly.

Keywords: Nutritional status, screening, assessment of nutritional status

ความเป็นมาและความสำคัญ

จากสถานการณ์ปัจจุบันภาวะสุขภาพ พบปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความชุกเพิ่มขึ้นอย่างมาก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคอัมพาต และโรคอ้วน ซึ่งเป็นโรคที่มีปัจจัยส่งเสริมในการเกิดโรคจากความผิดปกติทางด้านโภชนาการ ส่งผลให้มีภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ปัจจัยทางสุขภาพกายที่เกิดจากกระบวนการเสื่อมตามวัยในแต่ละบุคคลนั้นไม่เท่ากัน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมกรบริโภค การดูแลตนเอง การมีกิจกรรมและการออกกำลังกาย ทำให้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบผู้สูงอายุบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.9 นอกจากนี้พบพฤติกรรมการงดมื้ออาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย, 2562) ในฐานะพยาบาลนั้นการคัดกรอง

และการประเมินภาวะโภชนาการมีส่วนสำคัญในการค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการนำไปสู่การดูแล และการพยาบาลที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายความหมาย ความสำคัญของปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ
2. อธิบายการคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
3. อธิบายบทบาทพยาบาลในการคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ (Nutrition Status) เป็นสภาวะทางสุขภาพของบุคคลมีผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสม และผลของการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ภาวะโภชนาการที่

ดี (Good Nutritional Status) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน มีสัดส่วนและปริมาณเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายทำให้มีสุขภาพดีและ

2) ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) คือ ภาวะที่ร่างกายได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอหรือมากเกินไปความต้องการของร่างกายทำให้เกิด ความไม่สมดุล (Kaewpitoon & Kaewpitoon, 2012) ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดีเป็นสิ่งที่สำคัญในทุกเพศทุกวัย เนื่องจากช่วยสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือ 65 ปีขึ้นไปในบางประเทศ (รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และ เรวดี สุวรรณพเก้า, 2556) ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายด้านจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นที่อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล รวมถึงการมีภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ พบมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยร้อยละ 57.0 ของกลุ่มโภชนาการปกติไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 70.4 ของกลุ่มที่มีภาวะโภชนาการที่ผิดปกติมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการผิดปกติ คือ มีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า และเกินมาตรฐานร้อยละ 53.6 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงย่อมมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง โดยพบเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มากที่สุดตามลำดับ (วิจิตรา ศรีชนะนนท์, อริยาพร ขุนใหญ่ และเทพเจริญ มาลาแสง, 2558)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความกลัว การปรับตัวได้ไม่ดี ไม่รู้จักและไม่เข้าใจตนเอง อาจทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีปัญหาทางด้านจิตใจ ในบางครั้งอาจมีผลจากปัญหาทางด้านร่างกาย ความบกพร่องของร่างกายการเจ็บป่วย ความบกพร่องหรือความเสื่อมสภาพที่เป็นไปตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ขาดการดูแลใส่ใจตนเอง หรือขาดการดูแลจากครอบครัวในเรื่องของโภชนาการ เป็นผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร หรือทุพโภชนาการได้ (พรรณธร เจริญกุล, 2555)
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุนั้นต้องพบกับปัญหาต่าง ๆ พบการเปลี่ยนแปลงของการบริโภคที่เปลี่ยนไป หากผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ในผู้สูงอายุที่มีการแยกตัว การอยู่ลำพัง คุณภาพชีวิต อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านจิตสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไปในทางที่เพิ่มขึ้น และลดลง นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความยากจนทำให้มีข้อจำกัดในการจัดเตรียมหรือซื้ออาหารในการบริโภค (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) และจากประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้นเกิดการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจจะระหว่างประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบันอัตราการพึ่งพิงคือ ประชากรวัยทำงาน 3 คน ต่อผู้สูงอายุ 1 คน และมีแนวโน้มที่จะลดลงต่อเนื่อง จนประชากรวัยทำงาน 1 คน อาจ



ต้องดูแลผู้สูงอายุจำนวนมาก (สำนัก
โภชนาการ กรมอนามัย, 2562)

การคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการของ ผู้สูงอายุ

การคัดกรองภาวะโภชนาการ (Nutrition Screening) มีจุดประสงค์เพื่อคัดกรองผู้รับบริการที่มีปัญหา หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านโภชนาการในเบื้องต้น เพื่อนำไปสู่การประเมินภาวะโภชนาการ และการวางแผนการดูแลรักษาทางโภชนาการที่เหมาะสม ผู้รับบริการในโรงพยาบาลทุกรายควรได้รับการคัดกรองภาวะโภชนาการ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการขณะรับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยกระบวนการคัดกรองภาวะโภชนาการ ควรเป็นกระบวนการที่ไม่ซับซ้อน และใช้เวลาไม่นาน ออกแบบให้สามารถใช้งานได้สะดวก และกระทำในผู้รับบริการจำนวนมากได้ ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่คัดกรองทางโภชนาการ จึงไม่จำเป็นต้องเป็นนักกำหนดอาหาร อาจเป็นบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ที่ได้รับการฝึกฝนโดยนักกำหนดอาหารก็ได้ (British Dietetic Association (BDA), 2012)

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่สำคัญไม่ต่างจากการประเมินสุขภาพด้านอื่น ในกลุ่มผู้สูงอายุนั้นเป็นช่วงวัยที่ผ่านการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกาย จิตใจ จิตสังคมที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการบริโภค และภาวะโภชนาการ (สมจินต์ โฉมวิวัฒนะชัย และสมฤดี เนียมหอม, 2552) การมีภาวะโภชนาการที่ดีช่วยป้องกันการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับความสูงวัย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความจำเสื่อม และยังสามารถช่วยป้องกันสุขภาพช่องปากและฟัน รวมทั้งกระดูกและข้อต่อ ในช่วงปลายของชีวิต (สุปราณี แจ้งบำรุง และสิติมา

จิตตินันท์, 2559) ซึ่งการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการโดยทั่วไปที่นิยมมี 5 วิธีได้แก่

1. การประเมินภาวะโภชนาการโดยวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric Assessment of Nutritional Status) เป็นวิธีการทั่วไปที่ใช้ในการคัดกรอง ประเมินภาวะโภชนาการในสถานบริการ และชุมชนสามารถวัดได้หลายแบบ และจากหลายสัดส่วนของร่างกาย ง่ายและสะดวกต่อการประเมิน ซึ่งเป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะทุพโภชนาการและใช้ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการได้ (นพวรรณ เปี้ยชื่อ, 2561) ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย องค์ประกอบของไขมัน ขนาดโครงสร้างของร่างกาย และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
2. การประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมี (Biochemical Assessment of Nutritional Status) คือ การตรวจทางชีวเคมีเพื่อประเมินภาวะทางโภชนาการเป็นการวิเคราะห์สารอาหารแต่ละชนิดในเลือดหรือปัสสาวะ รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ (โซโลบล เฉลิมศรี และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2557) สามารถให้ข้อมูลเฉพาะได้มากกว่าวิธีอื่น ๆ ดังนั้นการประเมินภาวะโภชนาการทางชีวเคมีจึงเป็นที่นิยมใช้โดยดูผลเทียบกับอาการทางคลินิก และ Half-life ของโปรตีน (ประสงค์ เทียนบุญ, 2555) ซึ่ง Half-life ของโปรตีน แยกตามชนิดของโปรตีน ได้แก่ Albumin 3 - 4 สัปดาห์, Transferrin 1 สัปดาห์, Pre-albumin 2 วัน, Retinol

binding protein (RBP) 10 - 24 ชั่วโมง และ Insulin like growth factor (IGF) 10 ชั่วโมง ซึ่งการหาค่าโปรตีนในเลือด (visceral protein) ได้แก่ ค่า Albumin, Transferin, Prealbumin, Total lymphocyte count นอกจากนี้ยังตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ระดับของคลอเลสเทอรอล ไตรกลีเซอไรด์ ค่าฮีโมโกลบิน และเกลือแร่ (ศุภกร หวานกระโทก, 2556)

3. การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก (Clinical Assessment of Nutritional Status) คือการประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) โดยการตรวจร่างกายในบริเวณหรือตำแหน่งที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นเมื่อมีปัญหาทางด้านโภชนาการ ได้แก่ การตรวจสภาพของผิวหนัง ริมฝีปาก เยื่อぶตา เยื่อぶปาก แผลในช่องปาก ฟัน เหงือก คอ ผม เล็บ เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) กล่าวได้ว่า การตรวจร่างกายเพื่อประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย และประหยัดเวลา แต่ผู้ตรวจนั้นต้องมีความรู้ว่สิ่งที่ตรวจพบนั้นผิดปกติอย่างไร เนื่องจากมีอาการ ลักษณะการแสดงออกทางคลินิกจำนวนมากที่มีความเฉพาะ หรือเป็นอาการแสดงที่สำคัญเฉพาะสำหรับโรคแต่ละชนิด และในขณะเดียวกันบางอาการสามารถพบได้หลายโรค (ประสงค์ เทียนบุญ, 2555)
4. การประเมินอาหารบริโภค (Dietary Assessment) เป็นการประเมินจากการสอบถามถึงอาหารที่รับประทาน ทั้งชนิดของ

อาหาร สารอาหาร ปริมาณของอาหาร เวลาที่รับประทานในแต่ละวัน เดือน ปี โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการทราบการบริโภคที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด หรือการบริโภคที่เป็นปรกตินิสัย (Usual intake) ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กรณี 1) Retrospective study เป็นการศึกษาย้อนหลังว่าในระยะเวลาที่ผ่านมาได้รับประทานอะไรบ้าง ข้อมูลที่ได้โดยการศึกษาเช่นนี้ยังมีข้อผิดพลาดอยู่บ้าง จึงต้องมีการตรวจสอบ ซักถามโดยละเอียด เนื่องจากผู้ถูกประเมินมักจำไม่ได้ 2) Prospective study เป็นการศึกษาไปข้างหน้า วิธีการหนึ่งที่น่ามาใช้ คือ food diary โดยให้ผู้ถูกประเมินจดรายละเอียดทั้งชนิด และปริมาณของอาหารที่รับประทานในเวลาไหนของแต่ละวัน เป็นต้น วิธีนี้จะได้ข้อมูลที่ถูกต้องมากกว่าวิธีแรก แต่ต้องใช้เวลาให้ผู้ถูกประเมินนำข้อมูลมาให้ภายหลัง ในการประเมินทั้ง 2 วิธี ควรประเมินวันหยุดเสาร์ และอาทิตย์ด้วย เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารในวันธรรมดา กับวันหยุดมักจะแตกต่างกัน (ประสงค์ เทียนบุญ, 2555)

5. การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบสอบถาม (Nutritional assessment) ในปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการมีหลากหลายในการค้นหาผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เพื่อนำไปสู่การประเมินภาวะโภชนาการอย่างละเอียดต่อไปซึ่งเป็นวิธีที่เป็นที่นิยม ได้แก่



5.1 Mini-Nutritional Assessment (MNA) ใช้คัดกรอง และประเมินภาวะโภชนาการ พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1990 โดยศูนย์วิจัยของบริษัทเนสเล่ สวิสเซอร์แลนด์ และได้รับการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (อรพินท์ บรรจง , จินต์ จรุงรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง, และ โสภา ธมโชติพงศ์, 2548) เครื่องมือนี้สามารถใช้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนทั่วไป ผู้ที่อยู่สถานพยาบาล และผู้สูงอายุที่นอนรักษาในโรงพยาบาล มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการ ต่อมาคณะแพทย์ของศูนย์วิจัยบริษัทเนสเล่ สวิสเซอร์แลนด์ ได้นำการ Mini Nutrition Assessment (MNA) มาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการร่วมกับการวัดสัดส่วนร่างกาย และการตรวจทางชีวเคมี พบว่ามีความไวร้อยละ 96 ความจำเพาะร้อยละ 98 และค่าการทำนายร้อยละ 97 ภายหลังมีการแปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (อรพินท์ บรรจง, และคณะ, 2548)

เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุทั้งในกลุ่มที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สถานพยาบาลเพื่อการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากเครื่องมือมีความถูกต้อง ความเชื่อถือ และความไวในการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (Isenring, Banks, Ferguson & Bauer, 2012) มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha 0.83 และยังสามารถใช้ค้นหากลุ่มเสี่ยง และขาดสารอาหารของผู้สูงอายุภายในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งสามารถแยกผู้ขาดอาหารจากผู้ที่มีภาวะโภชนาการปกติได้ชัดเจน (Skates JJ & Anthony, 2012)

5.2 Subjective Global Assessment (SGA) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิกโดยรวม ไม่ต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินได้รวดเร็ว ช่วยในการตัดสินใจในการรักษาได้ดี และสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคทางคลินิก เครื่องมือประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย ต่อมาได้พัฒนาเป็น Patient-Generated Subjective Global Assessment



(PG-SGA) โดยเพิ่มส่วนที่ผู้รับบริการหรือญาติประเมินร่วมด้วย เมื่อนำไปใช้ในการพยากรณ์ภาวะโภชนาการ และความสัมพันธ์กับอัตราการกลับมาอนรักษาในโรงพยาบาล และในระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลในผู้รับบริการโรคมะเร็ง พบว่ามีความไวร้อยละ 98 และความจำเพาะร้อยละ 82 (Detsky, McLaughlin, Baker, Johnson, Whittaker, Mendelson et al., 1987; Sacks, Dearman, Repogle, Cora, Meeks & Canada, 2000) มีการนำเครื่องมือ The Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) มาแปลและปรับปรุงแบบข้ามวัฒนธรรมของต้นฉบับ PG-SGA สำหรับบริบทประเทศไทย ประเมินความสามารถในการทำ ความเข้าใจ ความยากง่าย และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมิน PG-SGA ฉบับภาษาไทยในผู้ป่วยมะเร็ง 50 คน และบุคลากรทางการแพทย์ 50 คน พบว่า PG-SGA ฉบับภาษาไทยมีความไวร้อยละ 99 ความจำเพาะร้อยละ 86 และความเที่ยงร้อยละ 93 ค่าต่างๆ ดังกล่าวสูงเมื่อเทียบกับ SGA และมีความสอดคล้องกับ SGA

ดีมากในการจำแนกภาวะโภชนาการ กล่าวโดยสรุป PG-SGA ฉบับภาษาไทยสามารถนำไปใช้ได้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ และการกรอกข้อมูลสำหรับผู้ป่วย แต่สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ประเมินว่าง่ายต่อการทำความเข้าใจ แต่ยังคงมีความยากในการกรอกข้อมูลเครื่องมือนี้มีความน่าเชื่อถือ และความเที่ยงตรงในการประเมินภาวะทุพโภชนาการสำหรับผู้รับบริการโรคมะเร็ง (Nitichai, 2017)

- 5.3 Nutrition Alert Form (NAF) พัฒนาโดยสุรัตน์ โคมินทร์และคณะ (KomindrTangserniwong Janepanish, 2013) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งได้ปรับจาก SGA และเพิ่มตัวชี้วัดให้สามารถประเมินในผู้ที่ไม่สามารถชั่งน้ำหนักได้คือระดับอัลบูมินในเลือด และจำนวนลิโพไซด์ โดยมีการจัดทำคู่มือและโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อความสะดวกในการประเมิน แบบประเมินผ่านการตรวจสอบคุณภาพ และเป็นที่ยอมรับในการใช้ประเมินและคัดกรองภาวะโภชนาการในประเทศไทย (กวีศักดิ์ จิตวัฒนรัตน์, คัดนางค์ โตสงวน และอุษา ฉายเกร็ดแก้ว, 2556)



5.4 MEALS - ON - WHEELS เป็นกลุ่มคำช่วยจำสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการค้นหาสาเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ยาที่ทำให้เบื่ออาหาร (Medication) ภาวะซึมเศร้า โรคจิต (Emotion) ภาวะติดสุราเรื้อรัง (Alcoholism) ภาวะถูกโดดเดี่ยวจากสังคม (Late life paranoia) ภาวะที่มีความผิดปกติในการกลืน (Swallowing disorders) ปัญหาในช่องปาก เช่น ไม่มีฟัน โรคติดเชื้อในช่องปาก ฟันปลอม (Oral problem) มีปัญหาเศรษฐกิจ ยากจน (No money) ภาวะสมองเสื่อม ผู้รับบริการมักเดินไปมาอย่างไร้จุดหมาย (Wandering) ภาวะที่มีการเคลื่อนไหว หรือเมแทบอลิซึมมากกว่าปกติ เช่น ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะพาราไทรอยด์ทำงานมากกว่าปกติ โรคที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหว (Hyperactive) ปัญหาการรับรส การได้กลิ่นอาหาร ภาวะที่ไม่สามารถตักอาหารได้เอง (Eating disorders) เช่น อัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น ปัญหาการดูดซึมอาหาร (Enteral problem) เช่น ท้องเสียเรื้อรัง กลุ่มอาการดูดซึมอาหารผิดปกติ ผู้ที่รับประทานอาหารที่มีไขมัน และเกลือต่ำไป (Low nutrient diet) ปัญหาในการไปจ่าย

ตลาด หรือการเตรียมอาหาร (Shopping problem) เช่น การคมนาคมไม่สะดวก ความสามารถเชิงปฏิบัติเสีย ทำให้ผู้สูงอายุนั้นต้องพบกับปัญหาสุขภาพ

5.5 Bhumipol Adulyadej hospital Nutritional Triage (BNT) พัฒนาขึ้นโดย พล.อ.ต.นพ.วิบูลย์ ตระกูลสุน ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการปรับปรุงแบบคัดกรองให้มีความง่าย และปรับปรุงให้เหมาะสมเพื่อใช้คัดกรองผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช Bhumipol Adulyadej hospital Nutritional Triage (BNT) แบบคัดกรองดังกล่าวพัฒนาโดยแก้ไขข้อด้อยของ SGA ซึ่งไม่มีการให้คะแนนอย่างเป็นรูปธรรม (Objective) หากแต่ให้ตามความรู้สึก (subjective) ทำให้การสื่อความเข้าใจง่ายขึ้น โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับ SGA โดยมีความจำเพาะร้อยละ 97.6 และความไวร้อยละ 88.92 จากการศึกษาความชุกของภาวะทุพโภชนาการของผู้รับบริการในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โดยใช้เครื่องมือ SGA และ BNT เมื่อปี พ.ศ.2549 พบว่าความชุกของภาวะทุพโภชนาการ



- โดย SGA ร้อยละ 4.7 และโดย BNT ร้อยละ 5.1 ซึ่ง BNT มีการให้คะแนนในรายละเอียดที่ดีกว่า ด้วยเหตุจึงมีความเหมาะสมในการคัดกรอง ผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรงมากกว่า (ยศสินี หัวดวง, ฉัตรชนก บุญไชย, ยศพร พลายโกล และ หทัยชนก ศรีประไพ, 2561)
- 5.6 SPENT Nutrition Screening Tool พัฒนาโดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย ข้อมูล ได้แก่ โรคที่ได้รับการวินิจฉัย น้ำหนัก ส่วนสูง และข้อมูลประเภทของผู้รับบริการ รวมทั้งข้อมูลการคัดกรอง 4 ด้าน ได้แก่ การมีน้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมา การได้รับอาหารน้อยกว่าที่เคยเกินกว่า 7 วัน การมีดัชนีมวลกายที่ต่ำกว่า 18.5 หรือมากกว่า 25.0 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ มีภาวะโรควิกฤต หรือ กึ่งวิกฤต รวมด้วยหรือไม่ การแปลผลหากตอบใช่ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ให้แจ้ง นักกำหนดอาหารหรือทีมโภชนบำบัด เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ
- 5.7 Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002) พัฒนา โดยสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและ
- ทางเดินอาหารแห่งยุโรปในปี 2002 โดยมีสมมุติฐานว่าเมื่อผู้รับบริการมีอาการหนักขึ้นจะทำให้มีภาวะทุพโภชนาการมากขึ้น ใช้ประเมินผู้รับบริการในโรงพยาบาล โดยประเมิน 2 ด้านคือ ภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในปัจจุบัน และความรุนแรงของโรคที่ ประสบขณะนั้น สมาคม ESPEN แนะนำใช้ NRS-2002 กับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ข้อดีคือไม่ต้องใช้ BMI
- 5.8 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) สร้างขึ้นจากสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยอังกฤษ ในปี ค.ศ.2003 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ ดัชนีมวลกาย น้ำหนักตัวที่ลดลงอย่างไม่ตั้งใจ และผลของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เครื่องมือนี้มีความยากที่ต้องคำนวณดัชนีมวลกาย ซึ่งสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหาร แห่งสหภาพยุโรปแนะนำว่าควรใช้ใน ระดับชุมชนมากกว่า
- 5.9 Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ) พัฒนา จากประเทศฮอลแลนด์ โดยใช้คำถาม 3 ข้อ จากการศึกษา พบว่าทำได้รวดเร็ว และง่าย อย่างไรก็ตามในกลุ่มผู้รับบริการที่มีอาการรุนแรง



การวิเคราะห์ เป็นไปได้ยาก เนื่องจากไม่มีส่วนของความรุนแรงของโรคในแบบสอบถาม (Neelemaat, Kruizenga, de Vet, Seidell, Butterman & van Bokhorst, 2008)

- 5.10 Malnutrition Screening Tool (MST) พัฒนาจากประเทศออสเตรเลีย ใช้คำถาม 3 ข้อ เช่นเดียวกับแบบประเมิน SNAQ ปัจจุบันแนะนำให้ใช้เพื่อคัดกรองผู้รับบริการขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคัดกรองต่อเนื่องเป็นระยะ ในกรณีคัดกรองครั้งแรกปกติ และใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์เบื้องต้นก่อนที่จะทำการคัดกรองอย่างละเอียด เช่น SGA ในลำดับต่อไป (Ferguson, Capra, Bauer & Banks, 1999) บอเออร์ และคณะ (Bauer et al., 2005) ทำการศึกษาเปรียบเทียบ การใช้เครื่องมือ MNA, SGA และ NRS-2002 ในการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า MNA สามารถใช้ประเมินผู้รับบริการได้เพียงร้อยละ 66.1 เนื่องจากรายละเอียดคำถามที่ใช้ ขณะที่ SGA และ NRS สามารถใช้ประเมินได้ร้อยละ 98.3 และ 99.2 ตามลำดับด้วย

เหตุนี้สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งโลก จึงแนะนำให้ใช้เพื่อคัดกรองเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงเท่านั้น

พยาบาลกับการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการ

ในการดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการนั้นพยาบาลควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ รวมถึงอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว บทบาทพยาบาลต้องครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม และรักษา ได้แก่

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้ด้านโภชนาการ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแลให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ป้องกันปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย สุขภาพจิต และด้านสังคมที่จะนำไปสู่ภาวะ ทุพโภชนาการ โดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างครบถ้วน ทั้งชนิดและปริมาณของสารอาหาร โดยสอดคล้องกับความต้องการสารอาหารแต่ละชนิดของแต่ละบุคคล
2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันการลุกลามของพยาธิสภาพที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากภาวะ ทุพโภชนาการ ทำการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมง่าย และสามารถทำได้รวดเร็ว เพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาที่



เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรก หรือสามารถควบคุมโรคได้

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันอันตราย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการซ้ำซ้อน เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

การดูแลด้านโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากภาวะทุพโภชนาการสามารถส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่แย่ลงที่ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือปัญหาสุขภาพอื่นตามมา การคัดกรอง และการประเมินภาวะโภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพทราบถึงปัญหาทางด้านโภชนาการ ซึ่งควรเลือกแบบประเมินที่ความเหมาะสมกับผู้รับบริการ เนื่องจากแบบประเมินภาวะโภชนาการที่มีความหลากหลาย และมีความเหมาะสมในการนำมาใช้บริบทที่ต่างกัน มีรูปแบบการประเมินที่คล้ายคลึง และแตกต่างกันในบางประการ เพื่อให้สามารถคัดกรอง ประเมินได้อย่างถูกต้อง เช่น แบบประเมิน MNA ซึ่งสามารถคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการได้ทั้งในและนอกสถานพยาบาล หากพบความผิดปกติสามารถวางแผนการดูแลที่เหมาะสม จัดการปัจจัยที่ส่งเสริมได้ถูกต้อง ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรก ซึ่งสามารถป้องกันอันตราย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการแล้ว นอกจากนี้การร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพจะช่วย

ให้มีการดูแลที่ครอบคลุม เกิดความต่อเนื่องในระบบการดูแลที่เป็นองค์รวม

เอกสารอ้างอิง

- กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์, ศักนงค์ โตสงวน, และอุษา นายเกตุแก้ว. (2556). รายงานการศึกษาช่องว่างของการวินิจฉัย และการรักษาภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาล. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ (HITP)
- ชโลบล เฉลิมศรี และวีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2557). ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. ในวีรศักดิ์ เมืองไพศาล (บรรณาธิการ). *การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ = Nutritional management for the elderly*. กรุงเทพฯ: สมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. 10-29.
- นพวรรณ เปียชื่อ. (2561). *การดูแลด้านโภชนาการเพื่อควบคุมกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน*. กรุงเทพฯ : จุดทองประสงค์ เทียนบุญ. (2555). การประเมินภาวะโภชนาการ. เข้าถึงได้จาก <https://goo.gl/6KpWFS>
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุสำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- พรรณธร เจริญกุล. (2555). *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัยสภากาชาดไทย
- ยศสินี หัวดวง, ฉัตรชนก บุญไชย, ยศพร พลายไถ และหทัยชนก ศรีประไพ. (2561). *การประเมินภาวะโภชนาการ*. กรุงเทพฯ: โรงเรียนการเรือน มหาวิทยาลัยสวนดุสิต.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมารณณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2556). *มนต์คนใหม่ของนิยาม*



- ผู้สูงอายุ : มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคม และสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิจิตรา ศรีชนะนันท์, อริยาพร ขุนใหญ่ และเทพเจริญ มาลาแสง. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์. เข้าถึงได้จาก <http://www.namsomhp.com/hws/images/02KM/05noonsomboon/noonsomboon.pdf>
- ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2559). *บำบัดเบาหวานด้วยอาหาร* พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- ศุภกร หวานกระโทก. (2556). การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment). เข้าถึงได้จาก <http://www.bnc.ac.th/knowledge/wp-content/uploads/2014/12/>.
- สมจินต์ โฉมวัฒน์ชะชัย และสมฤดี เนียมหอม. (2552). *การศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจังหวัดนนทบุรี*. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- สุปราณี แจ่มบำรุง และสิตติมา จิตตินันท์. (2559). *องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับทุกช่วงวัย*. นนทบุรี: คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. 83-96.
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. (2562). *แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *โภชนาการผู้สูงอายุ*. ในการศึกษาแบบคัดกรองและภาวะโภชนาการผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรุงรักษ์, พิศมัย เอกก้านตรง และโสภางค์. (2548). ความสามารถในการเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 28(2), 77-90.
- British Dietetics Association (BDA) (2012). Model and Process for Nutrition and Dietetic Practice. Retrieved from <https://www.bda.uk.com/publications/professional/mode>
- Bauer JM, Vogl T, Wicklein S, Troegner J, Muhlberg W, Sieber CC. (2005). Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS 2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. *Z Gerontol Geriatr*. 38:322-7.
- Detsky, A. S., McLaughlin, J. R., Baker, J. P., Johnston, N., Whittaker, S., Mendelson, R. A., ... & Band, P. R. (1987). rated Subjective Global Assessment (PG-SGA). *JPEN J Parenteral Enteral Nutrition*, 11, 8-13.
- Ferguson, M., Capra, S., Bauer, J., & Banks, M. (1999). Development of a valid and reliable malnutrition screening tool for adult acute hospital patients. *Nutrition*, 15(6), 458-464.
- Isering, E. A., Banks, M., Ferguson, M., & Bauer, J. D. (2012). Beyond malnutrition screening: appropriate methods to guide nutrition care for aged care residents. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(3), 376-381.
- Kaewpitoon, S. J. & Kaewpitoon, N. (2012). Research Report on Nutritional Status of Elderly in Surin Province: Nutritional Status of Elderly in Surin Province., Retrieved from <http://203.158.6.11:8080/sutir/bitstream/123456789/5815/1/>
- Komindr, S., Tangsermwong, T., & Janepanish, P. (2013). Simplified malnutrition tool for Thai patients.



Asia Pacific journal of clinical nutrition, 22(4), 516-521.

Nitichai, N. (2017). Translation, cross-cultural adaptation, and validation of the Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in Thai cancer patients (Doctoral dissertation, Chulalongkorn University).

Neelemaat, F., Kruizenga, H. M., De Vet, H. C. W., Seidell, J. C., Butterman, M., & Bokhorst-De van der Schueren, M. A. E. (2008). Malnutrition screening in hospital outpatients. Can the SNAQ malnutrition screening tool also be applied in this population. *Clinical Nutrition*, 27(3), 439-46

Sacks, G. S., Dearman, K., Replogle, W. H., Cora, V. L., Meeks, M., & Canada, T. (2000). Use of subjective global assessment to identify nutrition-associated complications and death in geriatric long-term care facility residents. *Journal of the American college of nutrition*, 19(5), 570-577.

Skates, J. J., & Anthony, P. S. (2012). Identifying geriatric malnutrition in nursing practice: the mini nutritional assessment (MNA®) an evidence-based screening tool. *Journal of gerontological nursing*, 38(3), 18-27.