



## คู่มือการพยาบาล

การดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ

ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

นางสาว นภาพร เพ็งสอน

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ.2561

## กิตติกรรมประกาศ

คู่มือการพยาบาลฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล อาจารย์แพทย์หญิงชโลบล เฉลิมศรี สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล และ นางจุฬารัตนา พิศาลสารกิจ หัวหน้าพยาบาล คลินิกผู้สูงอายุ และหน่วยบริการสุขภาพเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา ในความถูกต้องของเนื้อหา

นภาพร เฟื่องสอน

ผู้จัดทำ

## คำนำ

คู่มือการพยาบาลการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานอยู่ที่คลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลจากหน่วยงานและสถาบันอื่นที่สนใจมาดูงานในคลินิกผู้สูงอายุได้นำความรู้ไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุซึ่งนับว่ามีแนวโน้มประชากรสูงขึ้นในปัจจุบันและอนาคต เพื่อใช้ในการประเมินและดูแลภาวะโภชนาการเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้ เพราะเป็นการคัดกรอง ประเมิน และใช้ในการดูแลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งหากพยาบาลให้การประเมินและดูแลได้อย่างครบถ้วนจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วยสูงอายุและยังเป็นการลดการเกิดปัญหาต่อครอบครัวผู้สูงอายุซึ่งส่งผลต่อสังคมโดยรวม ด้วยเหตุดังกล่าวผู้จัดทำจึงมีความคาดหวังอย่างยิ่งว่าคู่มือการพยาบาลเล่มนี้จะเกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานดังกล่าว เพื่อให้พยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลที่มาดูงานและผู้สนใจได้นำความรู้และประโยชน์ที่ได้ไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขปลอดภัยจากภาวะทุโภชนาการ และอยู่ในสังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุขสมวัยต่อไป

นภาพร เฟิงสอน

ธันวาคม 2561

## สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
คำนำ	ii
สารบัญภาพ	iii
สารบัญตาราง	iv
สารบัญแผนภูมิ	v
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของคู่มือ	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
1.4 ขอบเขตของคู่มือ	2
1.5 นิยามศัพท์	2
<b>บทที่ 2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ</b>	
2.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	3
2.2 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ณ คลินิกผู้สูงอายุ	3
2.3 ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ณ งานบริการหน่วยบริการสุขภาพเจ้าหน้าที่	7
2.4 โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	9
2.5 โครงสร้างภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	10
2.6 โครงสร้างบริหารจัดการภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ	11
<b>บทที่ 3 ผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการ</b>	
3.1 ความหมายของผู้สูงอายุ	12
3.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพยาธิวิทยาในผู้สูงอายุที่ส่งผล ให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ	13
3.3 ปัญหาสุขภาพกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ	17
3.4 ภาวะโภชนาการ	17

## สารบัญ

เนื้อหา	หน้า
3.5 ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (ทุโภชนาการ)	20
3.6 การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ	21
3.7 เครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุชนิด MNA	23
3.8 แบบประเมินภาวะโภชนาการชนิด MNA	24
<b>บทที่ 4 ขั้นตอนการปฏิบัติงานกระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา</b>	
4.1 การให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุด้านภาวะโภชนาการ	29
4.2 การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ	29
4.3 แผนภูมิการดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ	31
4.4 บุรณาการกระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอน	33
4.5 กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ	33
4.6 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ	35
4.7 กลุ่มที่มีภาวะทุโภชนาการ	37
4.8 กรณีศึกษา	40
<b>บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา</b>	
5.1 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา	58
<b>เอกสารอ้างอิง</b>	62
<b>ภาคผนวก</b>	
คณะกรรมการตรวจสอบคู่มือการพยาบาล	
ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล	

## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงตำแหน่งเส้นรอบวงแขน	27
ภาพที่ 2 แสดงการวัดเส้นรอบวงแขน	27
ภาพที่ 3 แสดงการวัดเส้นรอบวงน่อง	28

## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 ยาที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำหนักร่วงลงในผู้สูงอายุ	15-16
ตารางที่ 2 หลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข	19

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ

31

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากในอดีตอย่างมาก องค์การสหประชาชาติ<sup>1</sup> ประมาณการว่า จำนวนประชากรโลกที่มีอายุเกิน 60 ปี จะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 21 ในปี พ.ศ. 2593 โดยร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับกลุ่มประเทศอาเซียนประเทศที่มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย และ เวียดนาม ตามลำดับ จากรายงานของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ<sup>2</sup> พบว่า ประเทศไทย มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 ดัชนีการเจริญเติบโตของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2543 ถึง 2.7 เท่า<sup>3</sup> เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกายร่วมกับเป็นช่วงชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงของ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นเหตุให้เกิดปัญหาหลายประการ ซึ่งด้านโภชนาการก็เป็นปัญหาที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญปัญหาหนึ่ง ซึ่งปัญหา ทุโภชนาการ (malnutrition) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ เนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา ปัจจัยทางเวชกรรม ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม<sup>4</sup> ภาวะทุโภชนาการมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของ ผู้สูงอายุ ทั้งในด้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงส่งผลให้เกิดความพิการได้ แต่ปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นสามารถ ปรับเปลี่ยนแก้ไขได้ ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพในทุกสาขาวิชาชีพ ที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ต้องคำนึงถึงภาวะทุโภชนาการที่อาจซ่อนเร้นอยู่และอาจเป็นพื้นฐานของปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุกำลัง ประสบอยู่ได้

ดังนั้น ผู้เขียนจึงจัดทำคู่มือการพยาบาลฉบับนี้ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในคลินิกผู้สูงอายุ ตลอดจนพยาบาลที่มาศึกษาดูงานใช้เป็นคู่มือปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และสามารถให้การดูแล ประเมิน และดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ได้อย่างครอบคลุมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และสามารถดำเนินการแก้ไขภาวะโภชนาการได้ทันทั่วถึง เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี คือ ผู้สูงอายุ ได้รับความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะทุโภชนาการ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ
2. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางดูแลภาวะโภชนาการผู้ป่วยสูงอายุได้ถูกต้องเหมาะสมมีประสิทธิภาพ

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ และได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยจากภาวะทุโภชนาการ ซึ่งรวมทั้งภาวะขาดสารอาหาร และภาวะโภชนาการเกิน ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

## ขอบเขตของคู่มือ

คู่มือเล่มนี้ใช้สำหรับการดูแลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

## นิยามศัพท์

1. **ผู้สูงอายุ (Older person)** หมายถึง ประชากร ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีอายุอยู่ในเกณฑ์ที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป<sup>5</sup>
2. **ภาวะโภชนาการ (Nutritional Status)** หมายถึง สภาพของร่างกายที่เกิดจากการบริโภคแบ่งเป็น ภาวะโภชนาการที่ดี และภาวะโภชนาการที่ไม่ดี<sup>6</sup>
3. **ภาวะทุโภชนาการ (Malnutrition)** หมายถึง สภาพของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารไม่ครบถ้วน หรือมีปริมาณที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หรือเกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนพอเหมาะแต่ร่างกายไม่สามารถใช้สารอาหารนั้นได้จึงทำให้เกิดภาวะผิดปกติขึ้น<sup>6</sup>
4. **การป้องกันภาวะทุโภชนาการในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention)** หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัจจัยเสี่ยงทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และ ด้านสังคมที่จะนำไปสู่ภาวะทุโภชนาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเข้าสู่ร่างกายอย่างครบถ้วน ทั้งชนิดและปริมาณของสารอาหาร โดยสอดคล้องกับความต้องการสารอาหารแต่ละชนิดของแต่ละบุคคล<sup>4</sup>
5. **การป้องกันภาวะทุโภชนาการในระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention)** หมายถึง การป้องกันการลุกลามของพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากภาวะทุโภชนาการ โดยการตรวจคัดกรองเพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาภาวะทุโภชนาการ ตั้งแต่ในระยะแรกให้หมดไป หรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้<sup>4</sup>
6. **การป้องกันภาวะทุโภชนาการในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention)** หมายถึง การป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นหลังจากที่ผู้สูงอายุมีภาวะทุโภชนาการแล้ว โดยการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะขาดสารอาหารแต่ละชนิด หรือป้องกันการเกิดภาวะทุโภชนาการซ้ำซ้อน เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้<sup>4</sup>

## บทที่ 2

### บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ

#### บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป หรืออายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วยหลายโรค (Multiple co-morbid diseases) หรือมีอาการที่ไม่จำเพาะ แต่พบได้บ่อยในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่เรียกว่า Geriatric syndrome ได้แก่ ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง (Intellectual impairment) ทั้งในระยะฉับพลัน บ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และเรื้อรังซึ่งบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia) และภาวะซึมเศร้า (depression) ผู้สูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการเดิน (Immobility) มีภาวะเดินลำบากและภาวะหกล้ม (Instability and falls) ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) น้ำหนักตัวลด (weight loss) ภาวะไร้ความอยากอาหาร หรือไม่สามารถรับประทานอาหารได้ (anorexia) มีอาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ (Incontinence) รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายๆ โรค โดยปฏิบัติตามแผนการให้บริการตามมาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบหลักที่สำคัญของคลินิก 3 ประการ คือ การประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบถ้วน (Comprehensive geriatric assessment) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ (Health promotion and disease prevention in the elderly) และการทำงานประสานงานกับสหสาขาวิชา (Multidisciplinary care team) ให้การรักษาแบบบูรณาการในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมุ่งหวังฟื้นฟูความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (และ เป็นวิทยากรบรรยายเกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้สูงอายุแก่โครงการอบรมให้ความรู้แก่ประชาชนในวันอัลไซเมอร์โลกเป็นประจำทุกปี) นอกจากนี้ยังปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพเจ้าหน้าที่ตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 4 ห้อง 499 โดยปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจสุขภาพประจำปีบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

#### ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ณ. คลินิกผู้สูงอายุ

- คัดกรอง ประเมิน สังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงดูแลคัดกรองและจำแนกประเภทผู้ป่วย (Screening & Triage) โดยประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนเข้าพบแพทย์ซึ่งมีการประเมินอาการและอาการแสดง (Clinical symptom) และประเมินสัญญาณชีพ (Vital sign) โดยใช้แบบประเมินมาตรฐานงานการพยาบาลตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ตามระเบียบข้อปฏิบัติเรื่องการดูแลรักษา

ผู้ป่วยฉุกเฉิน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (SI-03-2-002-01)<sup>7</sup> การประสานส่งต่อพบแพทย์ตามระดับความฉุกเฉิน

2. คัดกรองภาวะ Geriatric syndrome เพื่อจัดให้ผู้ป่วยได้พบผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ

3. ให้การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยและทำหัตถการตามคำสั่งรักษาของแพทย์

4. คัดกรองภาวะโภชนาการ ให้คำแนะนำ ประเมิน ให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ โดยประเมินสภาพร่างกายโดยรวมด้วยสายตามองแบบ Quick look พร้อมซักประวัติโดยคร่าวๆ เมื่อพบผู้ป่วยมีลักษณะชูปมอย่างเห็นได้ชัด ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการชนิด MNA เพื่อประเมินภาวะโภชนาการให้การพยาบาลและให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (รายละเอียดอยู่ในบทที่ 3 และ 4)

5. ให้การพยาบาล ให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุ แก่ผู้ป่วยและญาติดังนี้

5.1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยให้ความรู้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

5.1.1 ด้านการดูแลสุขภาพโดยรวมทั้งกาย จิต สังคม ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และเศรษฐฐานะ โดยให้ความรู้คำแนะนำญาติและผู้ดูแล เกี่ยวกับด้านสุขภาพ ลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่จำเป็น<sup>8</sup>

5.1.2 ด้านการดูแลเรื่องการเรียนรู้คิดและปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ รักษาด้วยการไม่ใช้ยา โดย

- ให้ความรู้ เรื่องโรคและการดูแลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อลดความกังวล ความสงสัย และรับมือกับอาการต่างๆ

- ทำพฤติกรรมบำบัด ในรายที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา โดยหาสาเหตุกระตุ้น ในมุมมองผู้ป่วยว่าเกิดจากสาเหตุใด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือลดพฤติกรรมนั้น วิธีการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่ดีที่ควรปฏิบัติทดแทน

- ฝึกให้ผู้ป่วยรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลให้ตรงกับความเป็นจริง เพื่อลดความสับสนและความกลัวของผู้ป่วย อธิบายให้ญาติเข้าใจสาเหตุและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย และช่วยดูแลปรับระดับประคองผู้ป่วย

5.1.3 ด้านการดูแลเรื่องการเรียนรู้คิดและปัญหาด้านพฤติกรรมอารมณ์ ด้วยการให้ยา โดยพยาบาลแนะนำญาติให้สังเกตอาการข้างเคียงของระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการสับสน เหนื่อยง่าย วุ่นวาย เกิดประสาทหลอน อาการสั้น ชัก ส่วนผลข้างเคียงนอกระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ความดันสูง หน้าแดง ปากแห้ง มีไข้ ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก

5.1.4 ด้านการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน โดยพยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ญาติและผู้ดูแล ทำกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยอย่างมีอารมณ์สนุกสนาน และมีความยืดหยุ่น ไม่ตึงเครียด หรือใช้อารมณ์ พุดคุยกับผู้ป่วยเป็นระยะ อธิบายสั้นๆ ให้ผู้ป่วยรู้ว่ากำลังทำอะไรอยู่ สอบถาม

ถึงความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วย พยายามให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ช่วยเหลือตัวเอง หรือ มีส่วนในการตัดสินใจในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน สังเกตวิธีการดูแลผู้ป่วยชอบและไม่ชอบ ให้การดูแลที่สม่ำเสมอไม่เปลี่ยนไปมา

5.1.5 ให้ความรู้ คำแนะนำญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพื่อดูแลตนเอง เช่น การหาเวลาพักผ่อนให้กับตัวเอง ควรมีเวลาทำธุระส่วนตัวอย่างน้อย 1 วันต่อสัปดาห์ ควรพูดคุยกับเพื่อน ติดต่อกับเพื่อนฝูงและเข้าสังคม หาเพื่อนสนทนาและให้กำลังใจ หาสิ่งบันเทิงให้กับตัวเอง เช่น ซื้อของขวัญให้กับตัวเอง ไปดูภาพยนตร์ หรือหาซื้อของที่ตนเองชอบ ควรดูแลสุขภาพ ตรวจสอบเช็คสุขภาพประจำปี หากมีโรคประจำตัวควรรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควรเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมอบรมผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>9</sup> เพื่อได้รับความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยรายอื่น และมีความเข้าใจในปัญหาผู้ดูแลผู้อื่น หากรู้สึกเครียด ควรพบแพทย์เพื่อรับคำแนะนำปรึกษา

5.2 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว โดยประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

5.2.1 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวได้น้อย ต้องอยู่บนเตียงเป็นหลัก โดยให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดทำ การนอน การนั่งอย่างเหมาะสม การพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นผู้ป่วยให้นั่งบ่อยๆ กระตุ้นการออกกำลังกายโดยการขยับข้อต่อทุกข้อ

5.2.2 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ชีวิตประจำวันได้เองในบ้าน แต่ไม่สามารถออกไปใช้ชีวิตประจำวันนอกบ้านโดยลำพัง โดยให้คำแนะนำญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การใช้เครื่องช่วยเดิน กระตุ้นการช่วยเหลือตัวเองหรือการเคลื่อนไหวเพื่อคงความสามารถไว้ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหว

5.2.3 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวได้ดี แต่อาจมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยแนะนำญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับการฝึกกิจวัตรประจำวัน การกระตุ้นการออกกำลังกาย การใช้เครื่องช่วยเดิน และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้ม

5.3 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม โดย

5.3.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มแบบองค์รวม (Multifactorial risk assessment)<sup>10</sup>

- การซักประวัติภาวะหกล้มอย่างครอบคลุมถึงสาเหตุ ความถี่ ความรุนแรง สถานที่ล้ม รวมทั้งอาการร่วมอื่นๆ ขณะล้ม

- ประเมินกำลังกล้ามเนื้อขา การทรงตัว ความสามารถในการเดิน และท่าทางการเดิน ว่ามีความผิดปกติหรือไม่

- ประเมินความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะกระดูกพรุน เช่น ผู้ที่อายุเกิน 65 ปี น้ำหนักตัวน้อย มีประวัติกระดูกหัก ได้รับยาประเภทสเตียรอยด์ เป็นต้น

- ประเมินความสามารถที่แท้จริงของตนเอง รวมถึง ความกลัวที่จะล้มและสอบถามความรุนแรงของความกลัวด้วยว่ามีมากน้อยเพียงไร

- ประเมินการมองเห็นว่ามีความผิดปกติร่วมด้วยหรือไม่
- ประเมินระดับความสามารถของสมอง (cognitive impairment) เช่น MMSE (Thai version) รวมทั้ง การตรวจร่างกายทางระบบประสาท
- ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะ
- ประเมินความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
- ประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งประเมินภาวะความดันโลหิตลดลงในขณะเปลี่ยนท่า
- ทบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้ม โดยเฉพาะยากลุ่ม psychotropic drug และการใช้ยาที่มากกว่า 4-5 ชนิด เป็นต้น

5.3.2 แนะนำการบริหารเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและการทรงตัว โดยการฝึกการทรงตัว (Balancing training) ฝึกกำลังกล้ามเนื้อให้แข็งแรง<sup>11</sup> โดยเฉพาะกล้ามเนื้อรอบสะโพก กล้ามเนื้อเข่า และกล้ามเนื้อกระดูกข้อเท้า ซึ่งเป็นกลุ่มกล้ามเนื้อที่มีความสำคัญต่อการยืนและเดินที่มั่นคง อีกทั้งการบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ โดยเฉพาะบริเวณลำตัว และ ข้อต่อของขา และประการสุดท้ายคือ จัดหาเครื่องช่วยเดินให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้<sup>12</sup>

5.3.3 แนะนำการปรับเปลี่ยนที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พื้นผิว มีลักษณะไม่ลื่นหรือ ไม่ขรุขระ ดูแลให้พื้นแห้งเสมอ ทางเดินภายนอกไม่ชำรุด หรือมีสิ่งกีดขวาง รั้วระวาง เรือสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว รั้วอยู่บริเวณเท้า เลือกใช้ความสูงของเตียง เก้าอี้ ให้เหมาะกับผู้สูงอายุ จัดเครื่องใช้ในห้องให้เป็นระเบียบ ควรมีราวจับตามฝาผนัง มีแสงสว่างเพียงพอในพื้นที่ต่างๆ มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม ควรมีระบบสัญญาณในห้องพักหรือห้องน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถติดต่อหรือเรียกผู้ดูแลได้สะดวก

5.4 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ โดยให้ความรู้คำแนะนำผู้สูงอายุ ญาติและผู้ดูแล ดังนี้

- หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำก่อนเวลาเข้านอน หรือเวลาที่ต้องออกนอกบ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 3-4 ชั่วโมง<sup>13</sup>
- ป้องกันอาการท้องผูก
- หลีกเลี่ยงสิ่งที่อาจทำให้เกิดอาการไอเรื้อรัง เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การควบคุมอาการไอ จากภูมิแพ้
- เมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ค่อนข้างเย็น ควรพยายามทำให้อุณหภูมิร่างกายมีความอบอุ่น และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- หลีกเลี่ยงสาเหตุของอาการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน เพื่อป้องกันอาการปัสสาวะรดในเวลากลางคืน เช่นการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือแอลกอฮอล์
- ควบคุมการรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ

- ควบคุมน้ำหนักตัว

- ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริหารร่างกาย เช่นบริหารอุ้งเชิงกราน และการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ

5.5 ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ โดยให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแลเกี่ยวกับ

- การป้องกันไม่ให้เกิดการกลั้นอุจจาระไม่ได้ เช่น การดูแลไม่ให้ท้องผูก การไม่ใช้ยาระบาย หรือสวนอุจจาระโดยไม่จำเป็น

- ประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการกลั้นอุจจาระไม่ได้

- การดูแลเพื่อให้สุขสบายและป้องกันผิวหนังจากการระคายเคืองของอุจจาระ เช่นในผู้ป่วยที่มีอุจจาระไหลซึมมาก ผู้ที่ไม่รู้สึกตัวหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ควรใช้วัสดุรองหรือห่อหุ้มตัวผู้ป่วยและอาจใช้ผิวหนังเทียมปิดผิวหนังรอบๆทวารหนักเพื่อป้องกันการระคายเคืองจากอุจจาระ

- ดูแลตามสาเหตุ เช่นการกลั้นอุจจาระไม่ได้จากการอุดตันของอุจจาระ หลักการดูแล คือกำจัดการอุดตัน และส่งเสริมให้ลำไส้ทำงานได้อย่างปกติ การกลั้นอุจจาระไม่ได้จากความผิดปกติทางระบบขับถ่าย ญาติและผู้ดูแลควรฝึกผู้ป่วยให้ขับถ่ายเป็นเวลา<sup>14</sup>

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประสานงานบริการดูแลรักษาแบบองค์รวมกับทีมสหสาขา เพื่อให้การตรวจและส่งปรึกษาให้ครบถ้วน รวมทั้งติดตามผลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว

7. รวบรวมสถิติผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มาตรวจและไม่มาตรวจตามนัด โดยค้นหาสาเหตุและติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยมารับการตรวจอย่างต่อเนื่อง

8. บริหารจัดการคัดกรองผู้ป่วยให้เข้าในระบบการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ปี 4,6

9. ดูแลป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการทำงาน และ ยึดหลัก Universal Precaution Technique ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

10. ตรวจเช็คพร้อมทั้งจัดเตรียมยา อุปกรณ์และรถช่วยฟื้นคืนชีพ Emergency Cart ให้พร้อมใช้งาน

11. ให้คำแนะนำการปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแก่บุคลากรรองลงมา และผู้มาศึกษาดูงาน และบริหารจัดการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าในระบบการเรียนการสอนของนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาคณะอื่นๆ

12. จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือตรวจพิเศษต่างๆ ให้เพียงพอและพร้อมใช้ รวมถึงสำรวจความต้องการใช้ การดูแลและบำรุงรักษา การดำเนินการเพื่อซ่อมแซมเครื่องมือและครุภัณฑ์ต่างๆ

13. รับผิดชอบดูแลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ให้บริการให้สะอาดถูกสุขลักษณะปลอดภัย เอื้ออำนวยในการปฏิบัติงานสำหรับผู้มาใช้บริการและบุคลากรในทีมสุขภาพ

14. เข้าร่วมประชุมความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและเข้าร่วมอภิปรายปัญหาผู้ป่วยกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วย

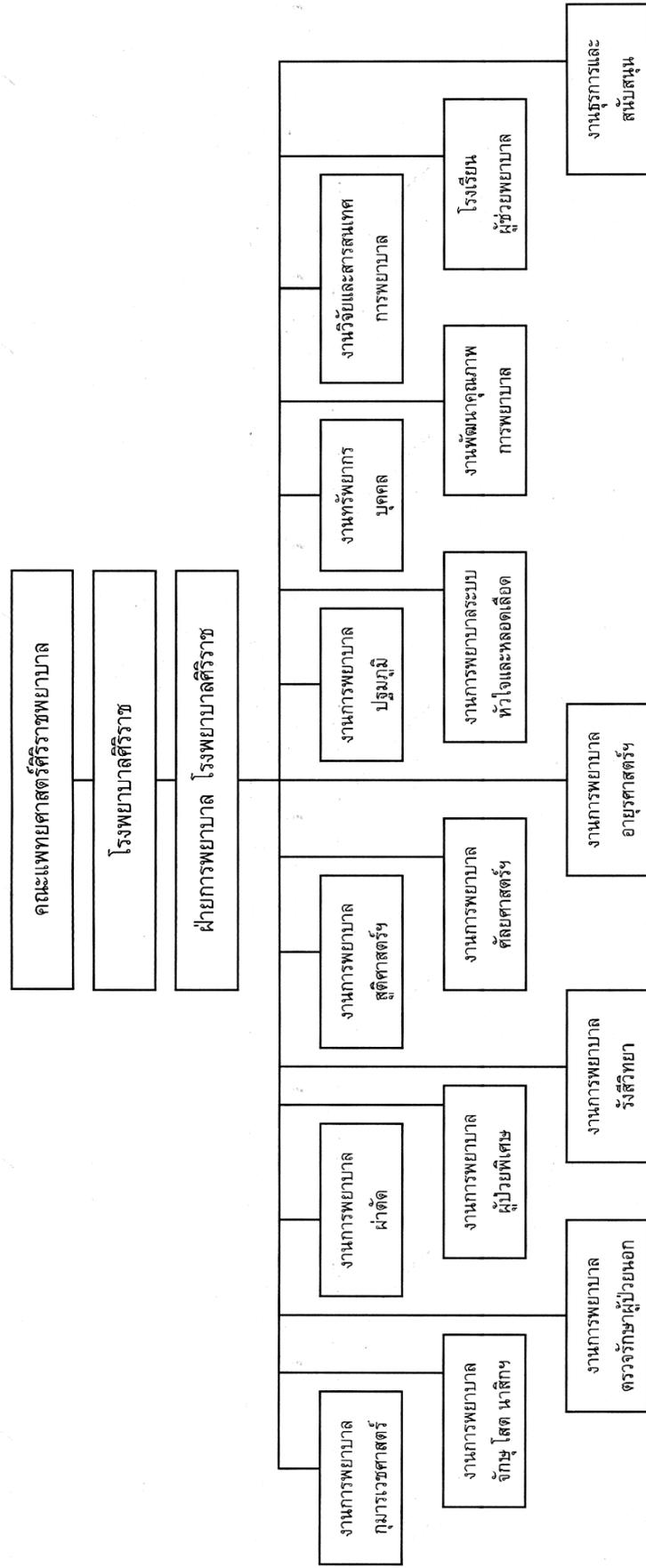
15. จัดกิจกรรมและโครงการต่างๆ ของหน่วยงานภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม เช่น งานพัฒนาระบบบริการของภาควิชาและเข้าร่วมกิจกรรมองค์กรวิชาชีพตามที่ได้รับมอบหมาย

**ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ณ. งานบริการหน่วยบริการสุขภาพเจ้าหน้าที่**

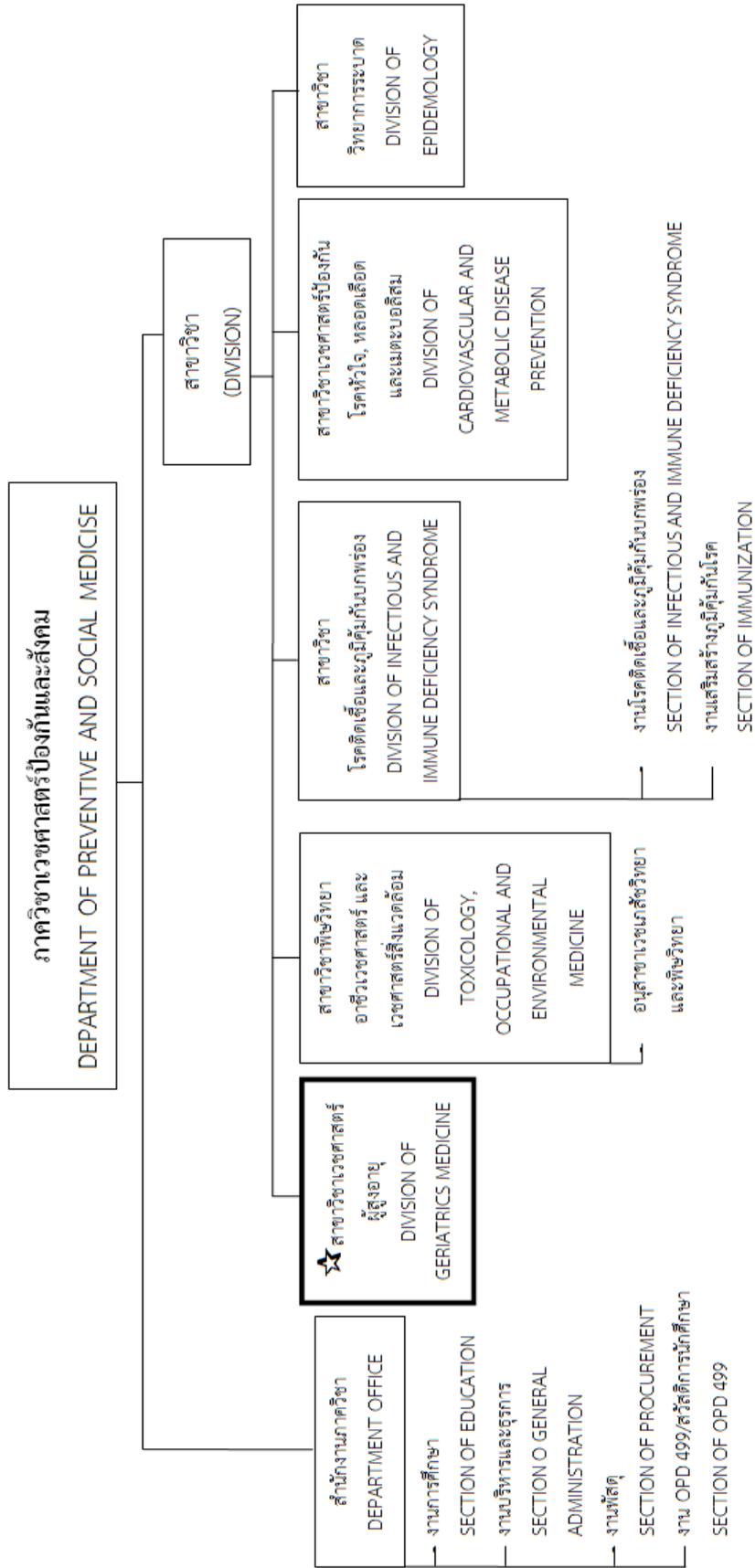
1. ให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีแก่บุคลากรคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล บริการ วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบวงเอว วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก เจาะเลือด คัดกรอง หาสารเคมีในเลือด ความผิดปกติในเลือด และให้ความรู้ คำแนะนำผลการตรวจเลือดทุกวันจันทร์ พุธ พฤหัสบดี และศุกร์ ของสัปดาห์

2. ให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพแก่บุคลากรที่ได้รับการตรวจสุขภาพแล้ว พบว่า มีผลการตรวจเลือดผิดปกติ และส่งต่อหน่วยบริการรักษาที่เกี่ยวข้อง

โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

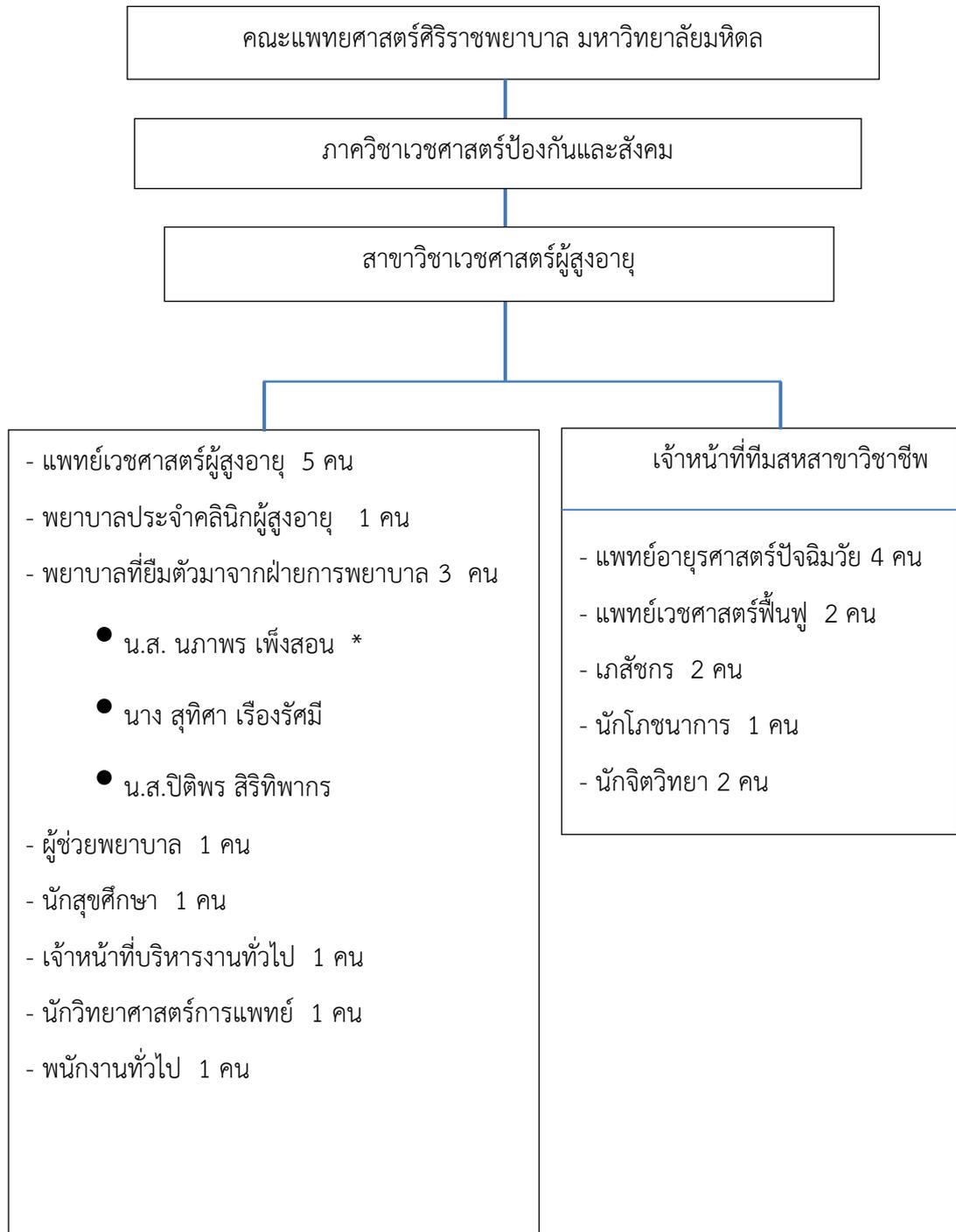


โครงสร้างภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม



★ หมายเหตุ หน่วยงานที่เชื่อมโยงมีตัวพยาบาลฝ่ายการพยาบาล

โครงสร้างภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ



### บทที่ 3

## ผู้สูงอายุกับภาวะโภชนาการ

#### ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ (older person) หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป<sup>5</sup> อย่างไรก็ตามในประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปี ขึ้นไป จึงถือว่าเป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุขัยในประชากรผู้สูงอายุในประเทศเหล่านี้ค่อนข้างสูง และในผู้สูงอายุแต่ละคนก็มีความแตกต่างกัน ด้วยเหตุนี้ จึงได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงอายุ 65-74 ปี คือผู้สูงอายุวัยต้น(early old age) หรือ“younger-age” หรือ “young-old”

ช่วงอายุ 75-84 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (middle old age) หรือ “old aged”, “old-old”, หรือ “old-elderly”

อายุ 85 ปีขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (late old age) หรือ “The very old”<sup>15</sup>

#### วันผู้สูงอายุของประเทศไทย

เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมโลกอย่างจริงจัง องค์การสหประชาชาติ ได้ลงมติกำหนดให้มี “วันผู้สูงอายุสากล” หรือ “วันผู้สูงอายุโลก” (International day of older persons) เมื่อวันที่ 14 ธันวาคม ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) โดยกำหนดให้ตรงกับวันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี และเริ่มทั่วโลกเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1991 (พ.ศ. 2534) นอกจากนั้น ยังจัดให้ปี ค.ศ. 1999 (พ.ศ. 2542) เป็นปีผู้สูงอายุสากล (International year of older persons)

ในประเทศไทย เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุ และปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เมื่อ 14 ธันวาคม พ.ศ. 2525 ในสมัย พล.เอก เปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้อนุมัติ กำหนดให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็น “วันผู้สูงอายุแห่งชาติ”

ทั้งนี้เพราะความสำคัญของ “วันสงกรานต์” สื่อความหมายตรงกับความสำคัญของผู้สูงอายุ โดยเริ่มครั้งแรกในปี พ.ศ. 2526 และมี “ดอกลำดวน”(Lamdman, White cheesewood, Devil tree มีชื่อวิทยาศาสตร์ว่า Melodorum fruticosum lour และมีชื่อวงศ์ว่า Annonaceae) เป็นดอกไม้สัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ

เนื่องจากลำคานเป็นไม้ยืนต้นที่มีอายุยืน ให้ความร่มเย็น ให้ร่มเงาดี มีใบเขียวตลอดปี ดอกมีกลิ่นหอม กลีบดอกแข็งไม่ร่วงง่าย และยังใช้เป็นสมุนไพรไทย มีสรรพคุณบำรุงหัวใจ ด้วยคุณลักษณะที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นจึงเปรียบเสมือนลักษณะของผู้สูงอายุที่คงคุณธรรมความดีงามไว้เป็นตัวอย่างต่อบุตรหลานตลอดไป<sup>5</sup>

### การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพยาธิวิทยาในผู้สูงอายุที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ

ผู้สูงอายุอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการได้หลายประการ ได้แก่

**1. ปัจจัยทางกายภาพ** วัยสูงอายุมีการเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกายโดยระบบที่จะมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาโภชนาการ ได้แก่

1.1 ระบบประสาท พบว่า ภาวะสมองเสื่อม โรคการเคลื่อนไหวผิดปกติ (movement disorder) เช่น Parkinson disease และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุและอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะทุโภชนาการได้ มีการศึกษาพบว่าภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุ<sup>16</sup> นอกจากนี้แล้วยังพบว่า ในผู้สูงอายุจะพบความผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส และการบดเคี้ยวอาหารและการกลืน ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุโภชนาการได้

1.2 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุมักมีการรับรสที่เปลี่ยนแปลงไป และมีการหลั่งน้ำลายลดลง ร่วมกับสุขภาพในช่องปาก การรับประทานอาหารได้ดีขึ้นอยู่กับฟันของผู้สูงอายุด้วย ถ้าผู้สูงอายุมีฟันเหลือน้อย ยิ่งพบว่ามีโอกาสเกิดภาวะทุโภชนาการมากขึ้น และการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพในช่องปากที่ดี ยังลดปัญหาการเกิดปอดอักเสบจากการสำลักได้ ผู้สูงอายุยังมีโรคเกี่ยวกับเยื่อช่องปาก ได้แก่ ลิ้นแตกเป็นร่อง และผลจากการกระทบกระแทก การสูญเสียฟันทำให้การเคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ส่งผลกระทบกับการย่อยอาหารและการเกิดปัญหาทางโภชนาการ<sup>17</sup> นอกจากนี้โรคในระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคนิ่วในถุงน้ำดี เป็นต้น รวมถึงการดูดซึมสารอาหารที่มีประสิทธิภาพลดลง มีปัญหาท้องอืด หรือท้องผูกมากกว่าวัยอื่น

1.3 โรคประจำตัวอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อความอยากอาหาร เช่น โรคมะเร็ง โรคตับและไต โรคหัวใจวาย โรคโลหิตจาง โรคข้ออักเสบ โรคติดเชื้อต่างๆ และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น หรืออาจเพิ่มความต้องการของพลังงานของร่างกาย เช่น โรคไทรอยด์ทำงานผิดปกติ ซึ่งในผู้สูงอายุ อาจเกิดอาการเบื่ออาหารได้ทั้งใน hyperthyroidism และ hypothyroidism เป็นต้น

1.4 ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวหลายอย่าง ทำให้มีความจำเป็นต้องใช้ยามากกว่าวัยอื่น ทำให้มีความเสี่ยงของการเกิดผลข้างเคียงจากยา เช่น อาการปากแห้ง คอแห้ง จากการใช้ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic effect หรือได้รับยาที่มีผลลดความอยากอาหาร เป็นต้น

ตารางที่ 1 ยาที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำหนักร่วงลงในผู้สูงอายุได้

ปัญหา	ตัวอย่างยา
เบื่ออาหาร	<p>ยากันชัก : topiramate</p> <p>ยาด้านอารมณ์ซึมเศร้ากลุ่ม Selective serotonin re-uptake Inhibitors (SSRIs)</p> <p>ยาลดน้ำมูก</p> <p>ยาโรคพาร์กินสัน</p> <p>ยาลดน้ำตาลในเลือด เช่น metformin</p> <p>มอร์ฟีน</p> <p>ยาขยายหลอดลม เช่น theophylline</p> <p>ยาแก้แพ้บางชนิด เช่น betahistine</p>
ปากแห้ง คอแห้ง	<p>ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic</p> <p>ยาแก้แพ้</p> <p>ยาขับปัสสาวะ</p>
การรับรสและกลิ่นเปลี่ยนแปลงไป	<p>ยาขับปัสสาวะ</p> <p>ยาลดกรดยูริก เช่น allopurinol</p> <p>ยาลดความดัน กลุ่ม angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors และ Calcium channel blockers</p> <p>ยาปฏิชีวนะ เช่น ciprofloxacin, ofloxacin, clarithromycin, doxycycline, ethambutol, metronidazole</p> <p>ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic</p> <p>ยาแก้แพ้</p> <p>ยากันชัก</p> <p>ยาบำรุงธาตุเหล็ก</p> <p>ยาโรคพาร์กินสัน</p> <p>Methimazole</p>

ตารางที่ 1 ยาที่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะน้ำหนักตัวลดลงในผู้สูงอายุได้ (ต่อ)

ปัญหา	ตัวอย่างยา
การรับรสและกลิ่น เปลี่ยนแปลงไป (ต่อ)	ยาลดน้ำตาลในเลือด เช่น metformin มอร์ฟิน
กลิ่นลำบาก	ยารักษาภาวะกระดูกพรุน กลุ่ม bisphosphonate ยาปฏิชีวนะ เช่น doxycycline ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic คอร์ติโคสเตอโรยด์ ยาบำรุงธาตุเหล็ก โปแทสเซียม ยาโรคพาร์กินสัน ยาแก้ปวด non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ยาขยายหลอดลม เช่น theophylline
คลื่นไส้ อาเจียน	ยาปฏิชีวนะ ยารักษาภาวะกระดูกพรุน กลุ่ม bisphosphonate ยารักษาภาวะสมองเสื่อม กลุ่ม cholinesterase inhibitors ยาโรคพาร์กินสัน กลุ่ม dopamine agonist ยาบำรุงธาตุเหล็ก โปแทสเซียม ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด เช่น metformin มอร์ฟิน ยากันชัก ยาด้านอารมณ์ซึมเศร้ากลุ่ม Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) ยาลดไขมัน กลุ่ม statins ยาขยายหลอดลม เช่น theophylline

ที่มา : ดัดแปลงจาก ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์. Drug used to increase appetite for weight loss in elderly. ใน: ธนรัตน์สรวลเสน่ห์, กฤษฎา ศักดิชัยศรี, บุชบา จินดาวิจิตรพันธ์, บรรณาธิการ.

Pharmacotherapy in geriatrics. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด. หน้า 89-104.<sup>18</sup>

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ฐานะยากจน สูญเสียรายได้หรืออาชีพ การถูกทอดทิ้ง ทำให้ไม่สามารถจัดหาอาหารมาบริโภคให้เพียงพอต่อความต้องการได้

### ปัญหาสุขภาพกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นประชากรซึ่งมีลักษณะพิเศษเฉพาะตัว กล่าวคือ เป็นแหล่งความรู้ ความชำนาญที่มีคุณค่าเป็นผู้ทรงไว้ซึ่งประเพณี วัฒนธรรม และเป็นสายใยแห่งครอบครัวเชื่อมต่อระหว่างบุคคลในช่วงวัยต่างๆ แต่ขณะเดียวกันมีปัญหาในด้านสุขภาพอนามัย ปัญหาด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นกว่าวัยอื่น ปัญหาด้านสุขภาพ เกิดเนื่องจากเป็นวัยชรา เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่างๆเสื่อมลงตามธรรมชาติ ทำให้เกิดโรคการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เกิดภาวะสมรรถภาพทดถอย ไร้แรงงาน หรือไร้สมรรถภาพ เช่น โรคกระดูกเสื่อม โรคข้อเสื่อม หรือความจำ สติปัญญาเสื่อมถอย สับสนง่าย เกิดการทรงตัวไม่ดี เชื่องช้า ล้มได้ง่าย กระดูกหักง่าย เกิดโรคขาดอาหารได้ง่ายจากการเสื่อมสภาพของเหงือกและฟัน รวมทั้งภูมิคุ้มกันต้านทานคุ้มกันโรคลดลง มีการติดเชื้อได้ง่าย และมักเป็นการติดเชื้อรุนแรง มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งสูงกว่าวัยอื่น ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น รวมทั้งในด้านการรักษาพยาบาล มีภาระด้านค่ารักษาพยาบาลสูงกว่าในวัยอื่น เป็นปัญหาสาธารณสุขในระดับชาติ

### ภาวะโภชนาการ (nutritional status)

ภาวะโภชนาการ (nutritional status) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการบริโภค แบ่งเป็น ภาวะโภชนาการที่ดี และภาวะโภชนาการที่ไม่ดี<sup>6</sup>

1.ภาวะโภชนาการที่ดี (good nutritional status) หมายถึง ภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ หรือมีสารอาหารครบถ้วนและมีปริมาณที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย และร่างกายใช้สารอาหารเหล่านั้น ในการ เสริมสร้างสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่ ผู้ที่มีภาวะโภชนาการที่ดีส่วนใหญ่ จะมีร่างกายที่สมส่วน

2.ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (bad nutritional status) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า ทุโภชนาการ (Malnutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่ไม่ครบถ้วน หรือมีปริมาณที่ไม่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย หรืออาจเกิดจากที่ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนพอเหมาะ แต่ร่างกายไม่สามารถใช้สารอาหารนั้นได้ จึงทำให้เกิดภาวะผิดปกติขึ้น<sup>6</sup> โภชนาการที่ไม่ดีแบ่งออกเป็น ภาวะโภชนาการต่ำ และภาวะโภชนาการเกิน ผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดีขึ้นส่วนใหญ่จะมีร่างกายที่ผอมหรือ อ้วนเกินไป

2.1 **ภาวะโภชนาการต่ำ** หรือ ภาวะขาดสารอาหาร (under-nutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือได้รับสารอาหารไม่ครบ หรือมีปริมาณต่ำกว่าที่ร่างกายต้องการทำให้เกิดโรคร้าย เช่น โรคขาดโปรตีน โรคขาดวิตามินต่างๆ เป็นต้น

2.2 **ภาวะโภชนาการเกิน** หรือ ภาวะอ้วน (over-nutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารหรือสารอาหารบางอย่างเกินกว่าที่ร่างกายต้องการ เกิดการสะสมพลังงานหรือสารอาหารบางอย่างไว้จนเกิดโทษแก่ร่างกาย เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าเมื่อร่างกายได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม เพียงพอ ก็จะทำให้มีสุขภาพที่ดี และหากร่างกายได้รับอาหารที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม ไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้มีสุขภาพที่ไม่ดีได้เช่นกัน ดังตารางที่ 2 ภาวะโภชนาการที่ดีและภาวะโภชนาการที่ไม่ดีตามหลักโภชนบัญญัติ และธงโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>19</sup>

ภาวะโภชนาการเราสามารถปฏิบัติตนได้โดยยึดหลักโภชนบัญญัติและธงโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ตารางที่ 2 หลักโภชนาบัญญัติและธงโภชนาการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภาวะโภชนาการที่ดี	ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี
ร่างกายได้รับอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม และเพียงพอ ทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ	ร่างกายได้รับอาหารไม่เหมาะสม และเพียงพอที่จะทำให้สุขภาพดี
1. ร่างกายเจริญเติบโตได้ส่วน สมอายุ และตามชาติพันธุ์	1. เติบโตช้า ไม่สมวัย แก่เกินวัย
2. น้ำหนัก ส่วนสูง และโครงกระดูกได้สัดส่วนกัน	2. ผอมหรืออ้วนเกินไป
3. กล้ามเนื้อแน่น แข็งแรง	3. กล้ามเนื้อแฟบ เล็ก ไม่มีกำลัง
4. ผิวพรรณเปล่งปลั่งไม่เป็นผื่น เป็นขุย	4. ผิวพรรณซีดเซียวแห้งหรือมันมากเกินไป
5. มีไขมันใต้ผิวหนังพอประมาณ	5. ไขมันใต้ผิวหนังมีน้อยหรือมีไขมันไม่ถูกที่
6. เยื่อบุตาและปากมีสีชมพู	6. เยื่อบุตาและปากซีด หรือแดงเกินไป เป็นแผลได้ง่าย
7. ตาใสมีประกาย พื้นลูกตาเกลี้ยงไม่เป็นจุด	7. เยื่อบุตาอักเสบพื้นลูกตามีจุดไม่แจ่มใส หนังรอบตามักจะบวม
8. เส้นผมเรียบเป็นมันไม่แตกแห้ง	8. ผมแห้งแตกปลายและขาดง่าย
9. มีความกระปรี่ กระเปร่า	9. มีความวิตกกังวลอยู่เสมอ ไม่แจ่มใส
10. รูปทรงสง่า ออกผ่ายไหลผึ่ง หน้าท้องไม่ยื่น	10. รูปทรงไม่ดี ออกแฟบ ไหลห่อ หน้าท้องยื่น
11. มีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม	11. ตกใจง่าย เหนื่อยง่าย ไม่มีสมาธิ เศร้าซึม
12. นอนหลับสนิท ตื่นขึ้นแจ่มใสกระปรี่กระเปร่า ไม่อ่อนเพลีย	12. นอนหลับไม่สนิท ตื่นขึ้นมายังมีอาการอ่อนเพลียอยู่
13. รับประทานอาหารได้ดี ระบบการย่อยดี	13. เบื่ออาหาร
14. มีการขับถ่ายตามปกติและเป็นเวลา	14. เหนื่อยง่าย เจ็บป่วยง่าย การขับถ่ายไม่เป็นปกติ เช่น ท้องผูก ท้องเดิน

ที่มา : ภาวะโภชนาการที่มีผลต่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://www.jintana.mns.ac.th/pontape/p4-1.html>

## ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (ทุโภชนาการ)

ภาวะโภชนาการไม่ได้อาจเกิดจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือได้รับมากเกินไป หรือไม่ได้รับสัดส่วนที่เหมาะสม ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบและอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ในผู้สูงอายุได้ เช่น มีน้ิรชะ ปวดน้ิรชะ นอนไม่หลับ ท้องอืดท้องเฟ้อ ปวดเมื่อย ปวดข้อ ตะคริว น้ำหนักลด เป็นต้น

การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารให้ครบสัดส่วนเพียงพอ สามารถทำได้ ขบวนการต่างๆ ของร่างกายที่ผิดปกติจะกลับคืนมา อาการเจ็บป่วยต่างๆ ก็จะหายได้เองไม่ต้องใช้ยา ซึ่งเป็นสารเคมีโดยไม่จำเป็น ซึ่งบางครั้งสารตกค้างจากสารเคมีเหล่านี้อาจเป็นผลเสียต่อร่างกายได้ ผู้สูงอายุมักมีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เช่น ระบบย่อยอาหาร การขบเคี้ยว การดูดซึมสารอาหาร เส้นประสาทการรับรู้รสชาติอาหาร สมอ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ความเสื่อมของข้อต่างๆ โรคภัยประจำตัวที่เบียดเบียนจิตใจที่หดหู่ซึมเศร้าต่างๆ เหล่านี้มีผลทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยมากเกิดขึ้นได้

ผู้สูงอายุไม่ต้องการปริมาณอาหารจำนวนมาก เนื่องจากไม่ต้องนำสารอาหารไปเสริมสร้างร่างกายมากเหมือนเด็กหรือหนุ่มสาว ผู้สูงอายุต้องการสารอาหารเพื่อไปซ่อมแซมตามความจำเป็นเท่านั้น จึงควรเน้นเรื่องคุณภาพอาหารและสัดส่วนมากกว่าปริมาณ ตัวอย่าง เช่น “วิตามิน” อย่างที่รู้จักกันอยู่ว่าคนเราต้องการปริมาณไม่มาก ถ้ามากไปก็ไม่ดี น้อยไปก็อาจมีอาการต่างๆ ได้ เช่น

ขาด Vitamin B3 อาจทำให้เกิดผิวหนังอักเสบปวดน้ิรชะ ลื่นอักเสบ หลงลืม

ขาด Vitamin B12 Folic อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจาง มือชา ลื่นอักเสบ

ขาด Vitamin B1 อาจทำให้เกิดอาการเหน็บชา หัวใจล้มเหลวความจำเสื่อม

ขาด Vitamin B6 อาจทำให้เกิดอาการชัก ปลายประสาทอักเสบ

ขาด Vitamin A อาจทำให้เกิดผิวหนังอักเสบ ประสิทธิภาพการมองเห็นในเวลากลางคืนลดลง

ขาด Vitamin D อาจทำให้เกิดกระดูกอ่อน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดเมื่อย

ขาด Vitamin C อาจทำให้เกิดอาการซีดเศร้า เลือดออกตามไรฟัน แผลแห้งช้า

ขาด Zinc อาจทำให้เกิดอาการท้องเสีย ซึมเศร้าภูมิต้านทานต่ำ ผิวหนังอักเสบ

ขาด Selenium อาจทำให้เกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรง หัวใจอ่อนแรง<sup>20</sup>

ดังนั้น การตรวจสอบสุขภาพเพื่อประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาความไม่สมดุลของภาวะโภชนาการและแก้ไขฟื้นฟูสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุ ให้เข้าสู่ภาวะปกติและซ่อมแซมร่างกายเองได้ โดยแนวคิดที่ว่า ถ้าร่างกายได้รับสารอาหารต่างๆ สมบูรณ์เพียงพอ แล้วร่างกายคนเรา

จะมีความสามารถในการจัดการฟื้นฟูตัวเองให้หายป่วยจากอาการต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

### การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

**การประเมินภาวะโภชนาการ** หมายถึง การประเมินภาวะสุขภาพด้านโภชนาการที่เป็นผลจากความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่างๆ หลายประการ ทั้งปัจจัยภายในร่างกาย และปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่บริโภค และการใช้ประโยชน์ของสารอาหารในร่างกาย<sup>21</sup>

การประเมินทางโภชนาการเป็นหนึ่งในกระบวนการดูแลโภชนาการ (nutrition care process) โดย nutrition care process ประกอบด้วย การคัดกรองทางโภชนาการ (nutritional screening) และการประเมินทางโภชนาการ (nutritional assessment)

วิธีการประเมินภาวะโภชนาการแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน

1. **การคัดกรองภาวะโภชนาการ (nutritional screening)** หมายถึงกระบวนการเพื่อจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุโภชนาการ (malnutrition)<sup>22</sup> เป็นกระบวนการแรกใน nutrition care process ที่ช่วยในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงทางโภชนาการ และผู้ที่ต้องการการประเมินในขั้นละเอียดถัดไป เครื่องมือที่ใช้คัดกรองจะต้องง่าย มีประสิทธิภาพ ใช้งานได้จริง และเมื่อผลที่ได้แสดงว่ามีปัจจัยเสี่ยง ก็จะนำผลการตรวจประเมินภาวะโภชนาการเชิงลึกต่อไป

2. **การตรวจประเมินภาวะโภชนาการ (nutritional assessment)** หมายถึง การตรวจประเมินเชิงลึกหรือมีความละเอียดมากขึ้นทั้งที่เป็นนามธรรม (subjective) เช่น ประวัติโรคภัยไข้เจ็บ ประวัติทางโภชนาการและส่วนที่เป็นรูปธรรม (objective) ได้แก่ การตรวจร่างกายและทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนวิธีอื่นๆ<sup>22</sup> โดยผลรวมจากข้อมูลที่ได้ก็นำมาประมวลประเมินสรุปผลเพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องมากขึ้นและใช้ในการกำหนดหรือวางแผนการดูแลด้านโภชนาการบำบัด (nutrition care plan) ให้แก่ผู้ป่วยต่อไป

ขณะนี้ยังไม่มีวิธีการตรวจมาตรฐานสำหรับการประเมินภาวะโภชนาการ ความน่าเชื่อถือของแต่ละเทคนิค แต่ละวิธี ยังไม่มีการเทียบกับการประเมินจริง ตัววัดที่บอกการพยากรณ์โรคก็อาจเป็นผลจากทุโภชนาการหรือตัวโรคที่ผู้ป่วยเป็นก็ได้ แนะนำให้ใช้ตัววัดหลายตัวทางคลินิกร่วมกับตัววัดทางห้องปฏิบัติการในการประเมิน และติดตามผู้ป่วย

### การประเมินภาวะโภชนาการ ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันได้แก่

1. **การตรวจวิเคราะห์ทางชีวเคมี (Biochemical assessment)** เป็นการวิเคราะห์สารอาหารแต่ละชนิดในเลือดหรือปัสสาวะ เช่น hemoglobin, iron, folate, albumin รวมถึงวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ สามารถทำการวิเคราะห์เป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม มีความแม่นยำและ

แสดงความผิดปกติได้ก่อนจะมีอาการแสดงทางคลินิก แต่อย่างไรก็ตาม การประเมินภาวะโภชนาการวิธีนี้จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพงกว่าวิธีอื่นและอาจมีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการตรวจ เช่น การเจาะเลือด รวมทั้งผลการตรวจบางอย่าง ไม่ได้แสดงถึงความผิดปกติทางโภชนาการ แต่เพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากปัญหาเกี่ยวกับการสร้างหรือการขับออกทางสารนั้นๆ เช่น อัลบูมินในเลือดต่ำ อาจเกิดจากการรับประทานอาหารโปรตีนไม่เพียงพอ หรืออาจเกิดจากการอักเสบในร่างกายหรือการมีโรคตับหรือไตก็ได้<sup>23,24</sup>

**2. การตรวจร่างกายเพื่อดูอาการทางคลินิก (Physical examination / Clinical assessment)** การตรวจร่างกายจะต้องกระทำโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์ สามารถบอกถึงชนิดและความรุนแรงของการขาดสารอาหารได้และสามารถให้การรักษาและให้คำแนะนำไปด้วยพร้อมกับการประเมินภาวะโภชนาการได้เลย แต่อย่างไรก็ตามอาการแสดงทางคลินิกมักเกิดขึ้นหลังจากการขาดสารอาหารนั้นๆ มาแล้วระยะหนึ่งและมักตรวจพบช้ากว่าการตรวจวิเคราะห์ทางชีวเคมี

**3. การวัดสัดส่วนของร่างกายและการวัดปริมาณร้อยละของไขมันในร่างกาย (Anthropometric assessment / Percentage of body fat analysis)** เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงหรือการวัดชั้นไขมันใต้ผิวหนัง สำหรับในผู้สูงอายุที่มีหลังผิดรูปหรือยืนไม่ได้ อาจทำให้การวัดความสูงผิดพลาดได้ จึงอาจวัดเป็นระยะจากเท้าถึงหัวเข่าในท่านั่ง (knee height) หรือวัดความยาวแขน (arm span) แทนได้ การวัดสัดส่วนร่างกายเป็นการประเมินภาวะโภชนาการแบบรายบุคคล ทำได้ง่าย รวดเร็ว ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง แต่ผู้วัดต้องได้รับการฝึกและเครื่องมือที่ใช้ต้องได้มาตรฐาน การวัดปริมาณร้อยละของไขมันในร่างกาย ปัจจุบันมีการนำเครื่อง Bioelectrical Impedance Analysis (BIA) ที่มีขนาดเล็กและพกพาง่ายมาเพื่อใช้วัดปริมาณไขมันในร่างกายมากขึ้น

**4. การหาชนิดและปริมาณของสารอาหารที่บริโภค (Dietary assessment)** เป็นการสอบถามลักษณะและปริมาณอาหารที่บริโภคและนำไปคำนวณปริมาณสารอาหารและพลังงานที่รับในแต่ละวันเทียบกับปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันซึ่งแตกต่างกันขึ้นกับเพศ อายุ และเชื้อชาติ โดยอาจใช้การถามย้อนหลัง 24 ชั่วโมง (24-hour recall) การจดรายการและปริมาณอาหารที่บริโภค (food diary) การชั่งปริมาณอาหารที่บริโภค (weighed food record) หรือการตอบแบบสอบถามถึงชนิดและความถี่ของอาหารที่บริโภค (food frequency questionnaire) ซึ่งวิธีนี้จะเป็นการประเมินภาวะโภชนาการแบบรายบุคคล ซึ่งความแม่นยำของผลที่ได้รับจากการประเมินวิธีนี้จะขึ้นอยู่กับการออกแบบแบบสอบถามรวมถึงความจำและการรู้คิดของผู้ตอบเป็นหลัก

## เครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุชนิด Mini Nutritional Assessment (MNA®)

Dr. Yves Guigoz ผู้เชี่ยวชาญโภชนาการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากศูนย์วิจัยเนสท์เล่ ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจากนานาประเทศ คิดค้น Mini Nutritional Assessment (MNA®) โดยแบบทดสอบภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์ และนิยมกันอย่างแพร่หลายในยุโรป จากจุดเริ่มต้นของสถิติจำนวนประชากรโลกที่สังเกตได้ว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลก ด้วยการพัฒนาทางเทคโนโลยี วิวัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์ และวงการแพทย์ที่ช่วยต่ออายุของผู้คนทั่วโลกให้ยืนนานขึ้น ทำให้เกิดภาวะชราภาพมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งภาวะชราภาพนี้นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนของร่างกายมากมาย อาทิ ด้านจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก ด้านการรับรู้รสชาติ และกลืนลดน้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุบางรายรับประทานอาหารได้น้อยลง<sup>25</sup> แบบการประเมินภาวะโภชนาการ MNA จึงถูกคิดค้นขึ้นเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการ โดยอำนวยความสะดวกและประหยัดในการประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทางโภชนาการ และให้การจัดการทางโภชนาการที่เหมาะสมได้อย่างทันที่

MNA เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาดสารอาหาร มีการแปลเป็นภาษาต่างๆ อีก 15 ภาษา รวมทั้งฉบับภาษาไทยด้วย ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการที่ใช้ง่าย รวดเร็ว<sup>26</sup> เชื่อถือได้<sup>27</sup>

การประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเบื้องต้น อาจทำได้ด้วยตอบคำถามง่ายๆ ร่วมกับการวัดเส้นรอบวงแขนและขา เป็นวิธีการประเมินที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับจากบุคลากรทางการแพทย์และใช้กันอย่างแพร่หลาย

การแปลผลคะแนนที่ได้เครื่องมือนี้มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามการคัดกรอง (เต็ม 14 คะแนน)

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ (เต็ม 16 คะแนน) โดยคะแนนรวม การประเมินทั้งหมด (เต็ม 30 คะแนน)

พบว่าเครื่องมือนี้มีประโยชน์ในการคัดกรองภาวะขาดสารอาหารโดยถ้าให้การรักษาล้างคัดกรองแล้วสามารถป้องกันการลดลงของน้ำหนักตัวและการลดลงของค่าอัลบูมินในซีรัมได้ และยังสามารถใช้ติดตามเพื่อประเมินภาวะโภชนาการได้อีกด้วย จึงควรใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปในผู้สูงอายุ

**แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA®)**

ชื่อ-สกุล..... เพศ.....  
 อายุ(ปี)..... น้ำหนัก (กก.)..... ส่วนสูง (ซม.)..... วันที่.....

**ส่วนที่ 1 การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น**

คำถามการคัดกรอง	คะแนน
A. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีการรับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่ 0 = รับประทานอาหารน้อยลงอย่างมาก 1 = รับประทานอาหารน้อยลงปานกลาง 2 = การรับประทานอาหารไม่เปลี่ยนแปลง	
B. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่ 0 = น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม      1 = ไม่ทราบ 2 = น้ำหนักลดระหว่าง 1 - 3 กิโลกรัม      3 = น้ำหนักเท่าเดิม	
C. สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่ 0 = นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 1 = ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง 2 = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ	
D. ในเดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลันหรือไม่ 0 = มี      2 = ไม่มี	
E. มีปัญหาทางประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่ 0 = ความจำเสื่อม หรือ หดหู่ อย่างรุนแรง 1 = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 2 = ไม่มีปัญหาทางประสาท	
F. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ม. <sup>2</sup> )] 0 = BMI น้อยกว่า 19      1 = BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 2 = BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23      3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป	
<b>รวมคะแนน (ส่วนที่ 1)</b>	

**ส่วนที่ 1 คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น (เต็ม 14 คะแนน)**

มากกว่า หรือเท่ากับ 12 คะแนน	ภาวะโภชนาการปกติ
น้อยกว่า หรือเท่ากับ 11 คะแนน	มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุโภชนาการ

ไม่ต้องตอบแบบประเมินภาวะทุโภชนาการต่อ  
ให้ทำแบบประเมินภาวะโภชนาการส่วนที่ 2 ต่อ

แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA®)

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ

คำถามการประเมินภาวะทุโภชนาการ	คะแนน
G. คุณอาศัยอยู่ลำพัง โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (ไม่ได้อยู่ในสถานพักคนชราหรือโรงพยาบาล) ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่      1 = ใช่	
H. คุณรับประทานยามากกว่า 3 ชนิดต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ใช่      1 = ไม่ใช่	
I. คุณมีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังอื่นหรือไม่ 0 = ใช่      1 = ไม่ใช่	
J. คุณรับประทานอาหารได้ครบทั้ง 5 หมู่วันละกี่มื้อ 0 = 1 มื้อ      1 = 2 มื้อ 2 = 3 มื้อ	
K. ในแต่ละวันคุณรับประทานโปรตีนบ้างหรือไม่ - รับประทานนมและผลิตภัณฑ์นม (ชีส โยเกิร์ต) อย่างน้อยวันละ 1 หน่วยบริโภค ใช่หรือไม่ - รับประทานนมถั่วเมล็ดแห้งหรือไข่ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช่หรือไม่ - รับประทานเนื้อ, เนื้อปลา หรือสัตว์ปีกทุกวัน ใช่หรือไม่ 0.0 = ถ้าตอบไม่ใช่ทุกข้อ หรือใช่เพียงข้อเดียว 0.5 = ถ้าตอบใช่ 2 ข้อ 1.0 = ถ้าตอบใช่ 3 ข้อ	
L. คุณรับประทานผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 มื้อต่อวัน ใช่หรือไม่ 0 = ไม่ใช่      1 = ใช่	
M. คุณดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มต่างๆ เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม ประมาณวันละเท่าไร 0.0 = น้อยกว่า 3 แก้วต่อวัน 0.5 = 3 – 5 แก้วต่อวัน 1.0 = มากกว่า 5 แก้วต่อวัน	
N. ในการรับประทานอาหาร คุณสามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่ 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง 1 = รับประทานอาหารเองได้แต่ค่อนข้างลำบาก 2 = รับประทานอาหารเองได้โดยไม่มีปัญหา	

แบบประเมินภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA®)

ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ (ต่อ)

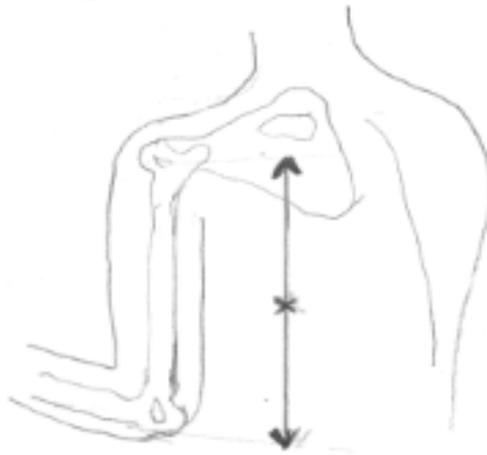
คำถามการประเมินภาวะทุโภชนาการ	คะแนน
<p>O. คุณคิดว่าคุณมีภาวะโภชนาการอย่างไร</p> <p>0 = เห็นว่าตัวเองน่าจะมีภาวะทุโภชนาการ</p> <p>1 = รับประทานอาหารเองได้แต่ค่อนข้างลำบาก</p> <p>2 = เห็นว่าตัวเองไม่มีปัญหาภาวะทุโภชนาการ</p>	
<p>P. เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน คุณคิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร</p> <p>0.0 = ไม่ดีเท่ากับคนอื่น      0.5 = ไม่ทราบ</p> <p>1.0 = ดีเท่ากับคนอื่น      2.0 = ดีกว่าคนอื่น</p>	
<p>Q. เส้นรอบวงแขน (Mid-arm circumference; MAC)</p> <p>0.0 = MAC น้อยกว่า 21</p> <p>0.5 = MAC 21 - 22 เซนติเมตร</p> <p>1.0 = MAC มากกว่า 22 เซนติเมตร</p>	
<p>R. เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference; CC)</p> <p>0 = CC น้อยกว่า 31 เซนติเมตร</p> <p>1 = CC ตั้งแต่ 31 เซนติเมตรขึ้นไป</p>	
<b>รวมคะแนน (ส่วนที่ 2 )</b>	
<b>รวมคะแนน ส่วนที่ 1 และ ส่วนที่ 2</b>	

ส่วนที่ 2 คะแนนการประเมินภาวะทุโภชนาการ (เต็ม 16 คะแนน)

เมื่อทำแบบทดสอบแล้วให้นำคะแนนที่ได้จากทั้งสองส่วนมารวมกัน แล้วจะทราบว่า ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุขณะนี้ คือ รวมคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการทั้งหมด (เต็ม 30 คะแนน)<sup>12</sup>

24 – 30 คะแนน	ภาวะโภชนาการปกติ
17 – 23.5 คะแนน	มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ
น้อยกว่า 17 คะแนน	มีภาวะทุโภชนาการ (ขาดสารอาหาร)

เส้นรอบวงแขน (Mid arm circumference; MAC) หมายถึง ความยาวรอบวงแขน ณ ตำแหน่งจุดกึ่งกลางต้นแขนระหว่าง acromion และ olecranon process (รูปที่ 1-2) มีหน่วยเป็นเซนติเมตร <sup>28,29,30,31</sup>



รูปที่ 1 ตำแหน่ง Mid (upper) arm circumference



รูปที่ 2 การวัดเส้นรอบวงแขน

การวัดเส้นรอบวงน่อง ( Calf circumference; CC) (ซม.) คือ ตำแหน่งที่นูนที่สุดของกล้ามเนื้อน่อง

Gastroc nemeus (รูปที่ 3) มีหน่วยเป็น เซนติเมตร 28,29,30,31



รูปที่ 3 การวัดเส้นรอบวงน่อง

พบว่าเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการชนิด MNA เป็นวิธีที่ง่าย ไม่ซับซ้อนไม่สิ้นเปลืองเวลา ไม่จำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และเป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับมากมีการศึกษาที่ได้ตรวจความตรง และความเที่ยง และนำมาใช้ในประเทศไทยมากตลอดจนเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุ จึงนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในด้านภาวะโภชนาการต่อไป

## บทที่ 4

### ขั้นตอนการปฏิบัติงานกระบวนการพยาบาลและกรณีศึกษา

การให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุด้านภาวะโภชนาการ พยาบาลปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)<sup>32</sup> การพยาบาลการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ตามกระบวนการพยาบาลดังกล่าว พยาบาลจะนำทุกขั้นตอนการปฏิบัติรวมถึงการจัดกิจกรรมการให้ความรู้และคำแนะนำ ที่ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล ควรได้รับตลอดจนการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล ที่มีปัญหาภาวะโภชนาการได้รับข้อมูลมีความรู้ในการนำไปปฏิบัติดูแลด้านภาวะโภชนาการ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีการปรับเปลี่ยน จัดเตรียม ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการให้เหมาะสม ในแต่ละสภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านโภชนาการแต่ละรายแตกต่างกันไป

#### การประเมินภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอกทุกรายโดยเมื่อผู้สูงอายุมาตรวจตามนัด ยืนใบนัดที่จุดบริการ พยาบาลจะซักถามพร้อมประเมินสภาพร่างกายของผู้สูงอายุโดยรวมและมองด้วยสายตา หากพบว่าผู้สูงอายุรายใดมีรูปร่างลักษณะผอมหรืออ้วนมากกว่าปกติ พยาบาลใช้เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการชนิด MNA ในแบบการประเมินจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือการคัดกรอง ส่วนที่สองคือการประเมินภาวะโภชนาการ และแปลผลตามเกณฑ์สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 มีภาวะโภชนาการปกติ
- กลุ่มที่ 2 มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ
- กลุ่มที่ 3 มีภาวะทุโภชนาการ(ขาดสารอาหาร)

นอกจากการประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้สูงอายุเพื่อจัดลำดับความรุนแรง ตลอดจนปัญหาภาวะโภชนาการแล้วพยาบาลยังมีบทบาทในการดูแลให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลที่เข้ารับบริการตึกผู้ป่วยนอก และยังคงต้องมีการประเมินเพื่อค้นหาปัญหาต่างๆ พร้อมกับติดตาม

การรักษาเพื่อตั้งเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลให้กิจกรรมการพยาบาลตามสภาพความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละรายอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

### **การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ**

เป็นการนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการประเมินโดยการสัมภาษณ์และนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามมาแปลคะแนน โดยแบ่งเป็นภาวะโภชนาการในแบบต่างๆ และนำมาค้นหาความต้องการการพยาบาลซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับของปัญหาภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ

### **การวางแผนให้การพยาบาลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ**

การวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโภชนาการ เป็นการวางแผนเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินเพื่อวัดและประเมินการพยาบาลว่าปัญหาต่างๆ จะได้รับการดูแลแก้ไขในผู้ป่วยแต่ละรายแต่ละปัญหาได้ถูกต้องเหมาะสม มากน้อยเพียงใด การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการระดับต่างๆ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการโดยจะต้องมีความสอดคล้องกับข้อมูลและปัญหาที่ประเมินได้อย่างเหมาะสมในแต่ละราย และเมื่อได้ทำการประเมินผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการชนิด MNA

แนวทางในการพยาบาล พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลและจะเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล ที่เป็นรูปธรรม ถึงแม้การจัดการกระทำทางการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลทั้งหมดจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง แต่พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุญาติและผู้ดูแล รู้จักอาการ ตลอดจนภาวะทางโภชนาการเพื่อให้ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจและมีส่วนสำคัญในการจัดการดูแลสุขภาพรวมถึงภาวะทางโภชนาการ

### **การปฏิบัติการพยาบาลดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุ**

เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยแบ่งผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่มและให้การดูแลในแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องกับข้อมูลและปัญหาที่ได้จากการประเมินการตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนให้การพยาบาล

### **การประเมินผลการให้การพยาบาล**

หลังจากพยาบาลให้การปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลปฏิบัติตนเองอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่สมส่วน แข็งแรงสมวัย ยังต้องติดตามประเมินผลในนัดครั้งต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี



แผนภูมิที่ 1 การดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการ

จากแผนภูมิพบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุด้านโภชนาการกล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุรับบริการ ณ คลินิกผู้สูงอายุพยาบาลจะปฏิบัติงานโดยมีขั้นตอน กล่าวคือ ในการเข้ารับการตรวจในคลินิกผู้สูงอายุจะมีการจัดส่งการตรวจโดยการดูแลรักษาแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team approach) ที่เป็นการร่วมมือประสานและเสริมกันในหลายสาขาวิชาเพื่อดูแลผู้ป่วยสูงอายุพร้อมๆกัน โดยสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม แพทย์สาขาปจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ เกษัชกร นักจิตวิทยา นักโภชนาการเพื่อให้เกิดการบริการที่รวดเร็วทันการมีประสิทธิภาพโดยภาพรวมคือผู้ป่วย 1 รายต่อ 1 นัด อาจจะต้องได้รับการบริการเกือบทุกสาขาบริการในสหสาขาวิชาชีพนั้นๆ ภายในคลินิกผู้สูงอายุ สำหรับด้านบทบาทของพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุนอกจากการให้บริการตามบริบทงานเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตรวจอย่างครบวงจรและปลอดภัยแล้วยังต้องตระหนักอย่างจริงจังถึงปัญหาภาวะทุโภชนาการ ดังนั้นการเล็งเห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้นให้ได้อย่างแม่นยำ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาเหล่านั้น และทำการคัดกรองผู้ป่วยสูงอายุที่อาจมีแนวโน้มมีความเสี่ยงต่อภาวะปัญหาทุโภชนาการโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน ใช้เวลาน้อย และเครื่องมือ Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) จึงถูกใช้สำหรับคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุโภชนาการ โดยนำมาใช้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้นต่อไป และในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีปัญหาซับซ้อนที่ต้องได้รับการประเมินในหลายมิติสุขภาพและมีช่วงเวลาในคลินิกจำกัด จึงยังใช้วิธีการประเมินด้วยสายตา และจากการซักประวัติเพื่อให้ทราบถึงปัญหาทุโภชนาการในผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลจะนั่งที่โต๊ะคัดกรองทำการประเมินผู้ป่วยทุกรายที่มายื่นใบนัดที่โต๊ะนัด โดยดูจากตาเปล่าแบบ Quick look ดูจากลักษณะรูปร่าง ผอม และมีการให้ข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับการเบื่ออาหารและรับประทานอาหารได้น้อยลง การที่ผู้สูงอายุน้ำหนักตัวลดลง โดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนักใน 3 เดือน จึงทำการนำผู้ป่วย เข้าสู่ระบบการคัดกรองภาวะโภชนาการตามแบบทดสอบภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>)

การประเมินตามแบบทดสอบภาวะโภชนาการ Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) การแปลผลคะแนนที่ได้ในเครื่องมือนี้จะมีสองส่วนโดยส่วนแรกคือส่วนที่ใช้คัดกรองประกอบด้วยคำถามเพียง 6 ข้อ (14 คะแนน) ถ้าได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน แสดงถึงมีภาวะโภชนาการปกติ ไม่จำเป็นต้องทำแบบสอบถามในส่วนที่สอง ส่วนถ้าได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน แสดงถึงมีโอกาสมีภาวะทุโภชนาการ สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการพยาบาลจะให้ทำแบบสอบถามในเครื่องมือส่วนที่สองจำนวน 12 ข้อ (24 คะแนน) ทำการประเมินต่อไปโดย

ถ้าได้คะแนนมากกว่า 24 คะแนน	แสดงถึงมีภาวะโภชนาการปกติ
ถ้าได้คะแนน 17-23.5 คะแนน	แสดงถึงมีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ
ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน	แสดงถึงมีภาวะทุโภชนาการหรือขาดสารอาหาร

หลังจากทำการประเมินแล้วจัดกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น

1. กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ
2. กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ
3. กลุ่มที่มีภาวะทุโภชนาการหรือขาดสารอาหาร
  - 3.1 กลุ่มภาวะโภชนาการต่ำ(ขาดสารอาหาร)
  - 3.2 กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน(ภาวะอ้วน)

จากนั้นพยาบาลจะให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลภาวะโภชนาการตลอดจนการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นพร้อมแนบผลการประเมินภาวะโภชนาการชนิดเครื่องมือ Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) ส่งพบแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเพื่อทำการตรวจวินิจฉัยรักษาและติดตาม ในนัดครั้งต่อไป

#### บูรณาการกระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอน

การรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลต้องใช้กระบวนการพยาบาลในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้สูงอายุ กล่าวคือ พยาบาลประจำในคลินิกผู้สูงอายุ เมื่อได้ทำการคัดกรองผู้สูงอายุ พยาบาลจะใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุชนิด Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายไม่ซับซ้อน ไม่สิ้นเปลืองเวลา เมื่อทำการประเมินและแปลคะแนนที่ได้จะจัดผู้สูงอายุเข้าเป็นกลุ่มดังนี้

1. กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ
2. กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ
3. กลุ่มที่มีภาวะทุโภชนาการหรือขาดสารอาหาร

ซึ่งภาวะทุโภชนาการจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่

- 3.1 กลุ่มภาวะโภชนาการต่ำ(ขาดสารอาหาร)
- 3.2 กลุ่มภาวะโภชนาการเกิน(ภาวะอ้วน)

และพยาบาลจะปฏิบัติโดยใช้กระบวนการพยาบาลในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มแบ่งได้ดังนี้

#### กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการปกติ

##### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี

### ข้อมูลสนับสนุน

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. รับประทานอาหารได้ตามปกติ
3. มีความรู้ด้านภาวะโภชนาการ

### เป้าหมายการพยาบาล

คงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการปกติ

### เกณฑ์การประเมิน

1. เลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับร่างกาย
2. ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร<sup>12</sup>
3. ปฏิบัติตัวด้านโภชนาการได้ถูกต้อง
4. ผลเลือดมี Hb, Hct, Serum Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ
  - Hb = 12.0 - 14.9 กรัมต่อเดซิลิตร
  - Hct = 37 - 45.7 เปอร์เซ็นต์
  - Serum Albumin = 3.5 - 5.2 กรัมต่อเดซิลิตร<sup>38</sup>

### กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล เกี่ยวกับ

1. ดูแลให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่<sup>37</sup> แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดูแลน้ำหนักร่างกายของตนเอง ตลอดจนรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ มีปริมาณเพียงพอ และหมุนเวียนอาหารชนิดต่างๆ โดยไม่รับประทานอาหารซ้ำๆ เดิมๆ
2. รับประทานอาหารเป็นหลักสลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ควรบริโภคข้าวซ้อมมือ เพื่อให้ได้วิตามินแร่ธาตุ ตลอดจนใยอาหารควบคู่ไปกับคาร์โบไฮเดรต
3. หลีกเลี่ยงอาหารที่รสจัดเพราะจะสามารถเปลี่ยนพลังงานส่วนเกินไปเผาผลาญไขมันสะสมได้ ส่วนอาหารเค็มมาก หากรับประทานอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้
4. เลือกรับประทานอาหารสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง โดยเน้นปลาและผลิตภัณฑ์ถั่วเหลือง ไข่ขาว
5. รับประทานอาหาร พืช ผัก ให้มาก และผลไม้เป็นประจำ โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแต่ละราย
6. รับประทานอาหารปราศจากสารปนเปื้อน โดย เลือกใช้อาหารสด สะอาด เก็บอาหารที่ปรุงสุกแล้วให้มิดชิด
7. เลือกอาหารที่ปรุงสุกใหม่ หลีกเลี่ยงอาหารเติมสี อาหารสุกๆ ดิบๆ

8. ควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว<sup>36</sup> เพื่อเพิ่มแคลเซียม หรืออาจดื่มนมพร่องมันเนย เพื่อป้องกันการเกิดไขมันเกินความจำเป็นของร่างกาย

9. ลดหรืองดอาหารที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะมีผลต่อระบบประสาทสมองได้

นอกจากด้านโภชนาการควรปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ การมองโลกในแง่ดี การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันติดเชื้อนิวโมค็อกคัส วัคซีนป้องกันงูสวัด เป็นต้น ระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บหรือหกล้ม รวมถึงการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนพาไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามความเหมาะสม

พยาบาลติดตามประเมินผลในนัดครั้งต่อไป

## กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ

### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

มีโอกาสได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

### ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการเบื่ออาหาร
2. รับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าเดิมที่เคยรับประทานเป็นประจำ
3. ขาดความรู้บางส่วนในด้านภาวะโภชนาการ
4. ผลเลือดอาจมี Hb, Hct, Serum Albumin ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

### เป้าหมายการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะทุโภชนาการ

### เกณฑ์การประเมิน

1. เลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกาย
2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น หรือเท่าเดิมที่เคยรับประทานเป็นประจำ  
ก่อนมีอาการเบื่ออาหาร
3. ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
4. ผลเลือดมี Hb, Hct, Serum Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ
  - Hb = 12.0 - 14.9 กรัมต่อเดซิลิตร
  - Hct = 37 - 45.7 เปอร์เซ็นต์
  - Serum Albumin = 3.5 - 5.2 กรัมต่อเดซิลิตร<sup>38</sup>

## กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล เกี่ยวกับ

1. อธิบายให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานอาหารคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ และน้ำ รวมถึงดูแลให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย มีปริมาณเพียงพอ โดยหมุนเวียนอาหารชนิดต่างๆ ไม่รับประทานอาหารซ้ำๆ เดิมๆ และหมั่นดูแลน้ำหนักตัวเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. รับประทานข้าวเป็นหลักสลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ควรบริโภคข้าวซ้อมมือ เพื่อให้ได้วิตามินแร่ธาตุ ตลอดจนใยอาหารควบคู่ไปกับคาร์โบไฮเดรต

3. หลีกเลี่ยงอาหารที่รสจัดเพราะจะสามารถเปลี่ยนพลังงานส่วนเกินไปเผาผลาญไขมันสะสมได้ ส่วนอาหารเค็มมาก หากรับประทานอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้

4. เลือกรับประทานอาหารสัตว์ ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง โดยเน้นปลาและผลิตภัณฑ์ถั่วเหลือง ไข่ขาว

5. จัดเตรียมอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูงให้ผู้ป่วยรับประทาน<sup>34</sup>

6. ดูแลจัดให้รับประทานอาหารในเวลาที่อยู่สัปดาห์รับประทานอาหารมากที่สุด

7. รับประทานอาหาร พืช ผัก ให้มาก และผลไม้เป็นประจำ โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพแต่ละราย

8. รับประทานอาหารปราศจากสารปนเปื้อน โดยเลือกใช้อาหารสด สะอาด เก็บอาหารที่ปรุงสุกแล้วให้มิดชิด

9. เลือกอาหารที่ปรุงสุกใหม่ หลีกเลี่ยงอาหารเติมสี อาหารสุกๆ ดิบๆ

10. ควรดื่มนมวันละ 1 แก้ว เพื่อเพิ่มแคลเซียม หรือ อาจดื่มนมพร่องมันเนย เพื่อป้องกันการเกิดไขมันเกินความจำเป็นของร่างกาย

11. ส่งเสริมให้พักผ่อนก่อนมื้ออาหาร<sup>34</sup>

12. ลด หรือ งดอาหารที่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะมีผลต่อระบบประสาทสมองได้

นอกจากด้านโภชนาการ ควรปฏิบัติตัวด้านต่างๆ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ การมองโลกในแง่ดี การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันติดเชื้อนิวโมค็อกคัส วัคซีนป้องกันงูสวัด เป็นต้น ระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บหรือหกล้ม รวมถึงการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ตลอดจนพาไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุเพิ่มเติมในเชิงลึก<sup>35</sup> และรักษาต่อไป

พยาบาลติดตามประเมินผลในนัดครั้งต่อไป

### กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่มีภาวะทุโภชนาการ

#### 3.1 กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการต่ำ (ขาดสารอาหาร)

##### การวินิจฉัยทางการแพทย์

ได้รับสารอาหารได้น้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

##### ข้อมูลสนับสนุน

1. รับประทานอาหารได้น้อยกว่าเดิมที่เคยรับประทานอยู่เป็นประจำ
2. มีอาการเบื่ออาหาร ไม่ยอมรับประทานอาหาร
3. มองด้วยตาเปล่าพบว่า มีลักษณะซูบผอมมากกว่าคนปกติทั่วไป
4. ขาดความรู้เกี่ยวกับการได้รับสารอาหารที่สอดคล้องตามโภชนาการ
5. ดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
6. ผลเลือดมี Hb, Hct, Serum Albumin ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

##### เกณฑ์การประเมิน

1. สามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย
2. รับประทานอาหารได้มากขึ้น หรือรับประทานอาหารเท่าเดิมที่เคยรับประทานเป็นประจำก่อนมีอาการเบื่ออาหาร
3. ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
4. ผลเลือดมี Hb, Hct, Serum Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ
  - Hb = 12.0 - 14.9 กรัมต่อเดซิลิตร
  - Hct = 37 - 45.7 เปอร์เซ็นต์
  - Serum Albumin = 3.5 - 5.2 กรัมต่อเดซิลิตร<sup>38</sup>

##### กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล เกี่ยวกับ

1. ดูแลเพิ่มปริมาณอาหารปรุงอาหารด้วยการทอด ผัด มากขึ้น โดยเลือกให้เหมาะสม ไม่ขัดต่อโรคที่เป็น
2. ดูแลเพิ่มมื้ออาหารโดยเพิ่มอาหารว่างหรือเลือกการรับประทานอาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง
3. ดูแลให้ได้รับสารอาหารโปรตีนคุณภาพสูง เช่น ปลา ไข่ขาว และนม
4. ดูแลให้ญาติจัดเลือกอาหารที่ผู้สูงอายุชอบและเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเลือกเอง โดยเลือกอาหารที่ไม่ขัดต่อโรค

5. เลือกภาชนะที่ใส่และจัดอาหารที่มีสีสวย ดูให้น่ารับประทานเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร
6. ดูแลให้รับประทานอาหารเสริมระหว่างมือ ตามความเหมาะสม
7. ดูแลความสะอาดในช่องปาก ฟัน ก่อนการรับประทานอาหารเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร และรับประทานอาหารได้มากขึ้น
8. พาไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุเชิงลึกเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้น้อย และแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ เพื่อทำการรักษาต่อไป

พยาบาลติดตามและประเมินผลในนัดครั้งต่อไป

### 3.2 กลุ่มที่มีภาวะโภชนาการเกิน (ภาวะอ้วน)

#### ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ได้รับสารมากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. มีบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้อง
2. มองด้วยตาเปล่าพบว่า มีสภาพร่างกายลักษณะอ้วนมากกว่าคนปกติทั่วไป
3. ขาดความรู้ เกี่ยวกับการได้รับสารอาหารที่สมดุลทางโภชนาการ
4. ดัชนีมวลกาย (BMI) มากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร<sup>12</sup>

#### เกณฑ์การประเมิน

1. เลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับสภาพความต้องการของร่างกาย
2. ปรับเปลี่ยนบริโภคนิสัยได้ถูกต้อง
3. ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร<sup>12</sup>

#### กิจกรรมการพยาบาล

พยาบาลปฏิบัติการให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล เกี่ยวกับ

1. วางแผนสำหรับมื้ออาหารล่วงหน้ารวมถึงวางแผนการรับประทานอาหาร โดยงดอาหารจำพวกแป้ง ของหวาน อาหารที่ปรุงด้วยวิธี ทอด ผัด
2. ดูแลให้ตระหนักถึงวิธีการปรุงอาหารที่มีผลต่อจำนวนแคลอรีและปริมาณไขมัน โดยหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารด้วยวิธีการ ผัด ทอด ควรใช้วิธีการปรุงแบบ ต้ม นึ่ง อย่าง
3. ดูแลให้ได้รับแคลอรีจากผลไม้ ผัก ให้มากที่สุดแทนเนื้อสัตว์ นม เนย
4. ดูแลให้รับประทานอาหารประเภทเนื้อไก่ปลาที่มีไขมันและแคลอรีน้อยกว่าเนื้อแดง<sup>34</sup>
5. ดูแลให้ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนวิธีการเลือกอาหาร โดยเลือกชนิดอาหารที่หลากหลาย เพื่อจะได้ไม่รู้สึกเบื่ออาหารส่วนใดๆ ไป

6. ดูแลให้ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้ว หากไม่ชดต่อโรค เพื่อช่วยให้การขับถ่ายของเสียที่เกิดจากการลดน้ำหนัก
7. ดูแลให้รับประทานอาหารช้าๆ และเน้นให้เคี้ยวอย่างละเอียด
8. ดูแลให้รับประทานอาหารได้ครบ 3 มื้อ หากเคยรับประทานของว่าง ควรลดของว่างเหล่านั้น และงดอาหารจุบจิบให้น้อยลงกว่าเดิม
9. ดูแลเพิ่มกิจกรรมโดยเพิ่มกิจวัตรประจำวัน เช่น รดน้ำต้นไม้ กวาดบ้าน เลี้ยงหลาน เป็นต้น โดยเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมตามสภาพแต่ละราย
10. ถ้าไม่เคยออกกำลังกาย ดูแลให้ออกกำลังกายโดยการเดินอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ ออกกำลังกายตามความเหมาะสมของแต่ละราย
11. ไม่ควรเข้านอนทันทีหลังรับประทานอาหารแต่ละมื้อ โดยเฉพาะหลังอาหารมื้อเย็น
12. ดูแลกระตุ้นส่งเสริมตลอดจนให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคนิสัย ให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ
13. ควรพาไปพบแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุเพิ่มเติมในเชิงลึก<sup>35</sup>แล้วแก้ไขรักษาตามสาเหตุนั้นๆ พยาบาลติดตามประเมินผลในนัดครั้งต่อไป

## กรณีศึกษา

จากการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment (MNA)<sup>®</sup> คะแนนที่ได้จะถูกจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มภาวะโภชนาการปกติ กลุ่มมีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ กลุ่มทุโภชนาการ หลังการใช้แบบประเมินในผู้สูงอายุแต่ละรายจะถูกจัดให้อยู่ในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไป พบว่า

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการปกติในบทบาทของพยาบาลจะให้ความรู้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการแก่ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะทุโภชนาการ พยาบาลจะให้ความรู้ คำแนะนำ เกี่ยวกับโภชนาการให้เหมาะสมตามสภาพและต้องดูแลเน้นเรื่องการให้ญาติหรือผู้ดูแลพาผู้ป่วยเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อหาสาเหตุในเชิงลึกและแก้ไขตามสาเหตุนั้นๆ

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ พยาบาลจะเน้นเชิงป้องกันเพื่อไม่ให้ความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารพัฒนาไปเป็นภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากคลินิกผู้สูงอายุเป็นสาขาวิชาหนึ่งในภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม ดังนั้นหากพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการนับเป็นประเด็นน่าสนใจและท้าทายในการที่ต้องใช้ทรัพยากรต่างๆ ให้สิ้นเปลืองน้อยสุดแต่ได้ประโยชน์และประสิทธิภาพสูงสุด ในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแล ประเมิน ส่งเสริม ป้องกันผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการไม่ให้มีภาวะถดถอยไปสู่ภาวะทุโภชนาการ ทั้งนี้ต้องมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการให้กลับคืนสู่ภาวะโภชนาการปกติ โดยเร็วและปลอดภัยจึงยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ เป็นกรณีศึกษาในครั้งนี้

### ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 80 ปี ผิวขาวเหลือง น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร สถานภาพสมรส หม้าย เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีบุตร 5 คน ชาย 2 คน หญิง 3 คน ภูมิลำเนาจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตรสาว ซึ่งสมรสแล้ว และมีบุตร 2 คน สิทธิการรักษาข้าราชการ

วันที่เข้ารับการตรวจรักษาเป็นวันตรวจตามนัดแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ ชั้น 4 ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช 21 เมษายน 2558

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มาตรวจตามนัดแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ตามวินิจฉัยโรคการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment : MCI) และไขมันในเลือดสูง (Hyperlipidemia)

### ประวัติการเจ็บป่วย

1 เดือนก่อนผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยมีอาการหงุดหงิดเล็กน้อย บ่นเจ็บในช่องปากบางครั้ง

1 สัปดาห์ ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ไม่มีไอ ไม่มีน้ำมูก เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง บางครั้งปฏิเสธอาหาร บ่นเจ็บในช่องปากเวลาเคี้ยวอาหารไม่พบแผลในกระพุ้งแก้ม และมีอาการอ่อนเพลีย

2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการอ่อนเพลียน้ำหนักตัวลดลงจากเดิม 2.5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน (จากน้ำหนักเดิม 46.5 กิโลกรัม เหลือ 44 กิโลกรัม) มีอาการเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยลงกว่าเดิมมาก บ่นไม่ค่อยมีแรงเวลาเดิน มีอาการปวดในช่องปากด้านบนขวามากขึ้น บอกว่าเจ็บเวลาเคี้ยวขณะรับประทานอาหาร

### การประเมินสภาพด้านสังคม

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรสาวที่สมรสแล้ว มีหลาน 2 คน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ โดยสามารถไปซื้อของที่ร้านขายของชำใกล้บ้านด้วยตัวเอง อาบน้ำ แปรงฟัน รับประทานอาหารได้เอง โดยบางครั้งรับประทานอาหารร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัว

ด้านอาหาร บุตรสาวผู้ดูแลจะจัดเลือกอาหารที่หลากหลายสลับสับเปลี่ยนกัน โดยผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น และเลือกลักษณะอาหารที่อ่อนนุ่มและเหมาะสม รวมถึงอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน ซึ่งผู้ดูแลจะจัดตามความต้องการของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและไม่ขัดต่อโรค ทั้งนี้ผู้ป่วยเองสามารถรับเลือกรับประทานอาหารได้ด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อโรคเช่นกัน

งานอดิเรก ผู้ป่วยชอบฟังวิทยุ เช่น ข่าวสาร ดนตรี เพลง ดูโทรทัศน์ รดน้ำต้นไม้ ให้อาหารปลา ผู้ป่วยสามารถเดินไปนั่งพูดคุยกับเพื่อนบ้านที่ร้านขายของชำที่อยู่ใกล้กับบ้านระยะห่างประมาณ 100 เมตร โดยเดินไปสามครั้งต่อสัปดาห์

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ผู้ป่วยจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่วนการตรวจรักษาเกี่ยวกับโรคความรู้คิดบกพร่องและไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยจะรับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราชเป็นประจำตามกำหนดแพทย์นัด โดยใช้สิทธิข้าราชการ

ด้านเศรษฐฐานะ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายใดๆ มีเงินสะสมของตนเอง และรายได้จากบุตรเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายต่างๆ

ด้านจิตใจ สังคม ทศนคติ ความเชื่อ ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธและรักษาศีลอย่างเคร่งครัด ในวันหยุดนักขัตฤกษ์ เทศกาลต่างๆ ตลอดจนวันหยุดสุดสัปดาห์จะมีบุตรหลานสลับสับเปลี่ยนกันมารับผู้ป่วยและพาออกไปทำบุญ ปิดทอง ไหว้พระ และพาไปรับประทานอาหารนอกบ้านเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งโดยรวมด้านสภาพจิต สังคม สภาพความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวและรอบๆข้างมีความอบอุ่นดี เป็นที่เคารพรักใคร่ของบุตรหลานทุกๆ คน

## แนวทางการประเมินผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ (หน้า 1/2)

### คลินิกผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลศิริราช

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....อายุ 81.80 เพศ  ชาย  หญิง

สถานะทางครอบครัว  คู่  หม้าย  แยกกันอยู่  หย่า  โสด

จำนวนสมาชิกในบ้าน.....6.....คน บุตร.....2.....คน หลาน.....2.....คน อื่น ๆ.....

ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย คือ .....บุตร.....มีความสัมพันธ์โดยเป็น.....บุตรสาว.....

การศึกษา  ไม่ได้เข้าเรียน  บวชเรียนถึงชั้น.....  ประถม  มัธยม  อนุปริญญา  ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพเดิม  งานบ้าน  ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  รับจ้าง  ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่น ๆ.....

งานประจำปัจจุบัน  งานบ้าน  ธุรกิจส่วนตัว  รับจ้าง  งานอาสาสมัคร

อื่น ๆ.....ไม่ได้ประกอบอาชีพ

รายได้ของท่านได้จาก  งานประจำในปัจจุบัน  เงินบำนาญ  เงินสะสม

บุตรหลาน  อื่น ๆ.....

ท่านคิดว่ารายได้ของท่าน  เหลือเก็บ  พอใช้จ่าย  ไม่ค่อยพอใช้จ่าย

การสูบบุหรี่  ไม่สูบบุหรี่เลย  เคยสูบ แต่หยุดแล้วราว.....ปี

ยังสูบบุหรี่ประมาณ.....มวน/วัน สูบมาแล้ว.....ปี

การดื่มสุรา, เบียร์ ยาตองเหล้า  ไม่เคยดื่ม  เคยดื่ม แต่หยุดแล้วประมาณ.....ปี

ดื่มเป็นบางครั้งจนถึงปัจจุบัน ดื่มมาแล้ว .....ปี

ดื่มเป็นประจำประมาณ.....แก้ว/วัน ดื่มมาแล้ว .....ปี

อาหารเสริมและยาบำรุงที่รับประทานเป็นประจำ

ไม่มี  มีได้แก่.....รับประทานมานานประมาณ.....ปี

การออกกำลังกาย

ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน  ออกกำลังกาย 1-3 ครั้ง/เดือน

ออกกำลังกาย สัปดาห์ละครั้ง  ออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ชนิด.....ระยะเวลา.....ความถี่.....

การตรวจสุขภาพประจำปี

ไม่เคยตรวจ  เคยตรวจแต่นานเกิน 5 ปีแล้ว  เคยตรวจ 2-3 ปีก่อน  ตรวจทุกปี

## แนวทางการประเมินผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ (หน้า 2/2)

การใช้อุปกรณ์ช่วย

- แวนตา  เครื่องช่วยฟัง  ฟันปลอม  ไม่ทำ  คอก อลูมิเนียมที่ใช้เดิน  อวัยวะเทียม
- อื่นๆ .....

บ้านของท่านมีกี่ชั้น.....2.....ชั้น ห้องนอนของท่านอยู่ชั้นที่...1....

ยาที่ใช้ประจำ  ไม่ใช่เลย  ใช้รวมแล้ว 3.....ชนิด ได้แก่

- ยาแผนปัจจุบัน เช่น...1. Lexapro tab (10 mg) 1 x 1 @ hs  
2. Aricept evess tab (6 mg) 1 x 1 @ hs  
 ยาแผนโบราณ ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมเช่น.....  
3. Crestor tab (10 mg) 1/2 x 1 @ hs

- โรคประจำตัว  ความดันโลหิตสูง.....ปี  เบ่งหวาน.....ปี
- โรคหัวใจ.....ปี  ไ้มันในเลือดสูง.....5.....ปี
- โรคปอด.....ปี  โรคไต.....ปี
- โรคเลือด.....ปี  ปวดเข่าเรื้อรัง.....ปี
- โรคเกาต์.....ปี  โรคกระดูกพรุน.....ปี
- โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์.....ปี  โรคสมองเสื่อม.....ปี
- โรคตา.....ปี  โรคต่อมลูกหมากโต.....ปี
- โรคเมะเร็ง ที่ตำแหน่ง.....ปี  โรคอื่นๆ ได้แก่.....

ท่านเคยได้รับการผ่าตัด.....เมื่อ.....

ท่านเคยเจ็บป่วยถึงกับต้องนอนโรงพยาบาลด้วยโรค.....เมื่อ.....

ท่านมีอาการต่อไปนี้หรือไม่

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ตามัว                                    | <input type="checkbox"/> บัสสาวะผิดปกติ                               |
| <input type="checkbox"/> หูตึง                                    | <input type="checkbox"/> กลั้นบัสสาวะไม่อยู่                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> มีปัญหาเรื่องฟัน/ฟันปลอม      | <input type="checkbox"/> เลือดหรือสิ่งผิดปกติไหลออกจากทวารหนึ่งทวารใด |
| <input type="checkbox"/> แผลเรื้อรัง (ในปาก)                      | <input type="checkbox"/> ก้อนตามร่างกายที่ไม่เจ็บปวด                  |
| <input type="checkbox"/> เจ็บคอ, เสียงแหบ                         | <input type="checkbox"/> หูด ปาน ฝ้า โตเร็วผิดปกติหรือเปลี่ยนสี       |
| <input type="checkbox"/> กลืนลำบาก                                | <input type="checkbox"/> มีปัญหาเกี่ยวกับเท้า                         |
| <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง                               | <input type="checkbox"/> มีอาการซึมเศร้า, เบื่อเซ็ง                   |
| <input type="checkbox"/> หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอกเวลาออกแรงหรือทำงาน | <input checked="" type="checkbox"/> น้ำหนักลด หรือเบื่ออาหาร          |
| <input type="checkbox"/> บวมที่ขา                                 | <input type="checkbox"/> นอนไม่หลับ                                   |
| <input type="checkbox"/> ท้องผูกบ่อย ๆ                            | <input checked="" type="checkbox"/> หลงลืมง่าย                        |
| <input type="checkbox"/> ถ่ายอุจจาระผิดปกติ                       | <input type="checkbox"/> หกล้มบ่อย                                    |

แบบการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment, MNA)

ชื่อ \_\_\_\_\_ สกุล \_\_\_\_\_  
 เทศ ชลบุรี อายุ 80 น้าหนัก (กก.) 44.0 ส่วนสูง (ซม.) 156 วันที่ 21 ธ.ค. 58

ตอบคำถามการคัดกรองโดยใส่คำตอบในช่องสี่เหลี่ยม หากคะแนนรวมเท่ากับหรือน้อยกว่า 11 ให้ตอบคำถามต่อในส่วนประเมินภาวะโภชนาการ

**การคัดกรอง**

**A** ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมารับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืนหรือไม่  
 0 = ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก  
 ① = ความอยากอาหารลดลงปานกลาง 1   
 2 = ความอยากอาหารไม่ลดลง

**B** ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลงหรือไม่  
 0 = น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม  
 1 = ไม่ทราบ 2   
 ② = น้ำหนักลดลงระหว่าง 1 - 3 กิโลกรัม   
 3 = น้ำหนักไม่ลดลง

**C** สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือไม่  
 0 = นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา 2   
 1 = ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง   
 ② = เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

**D** ใน 3 เดือนที่ผ่านมามีอาการเครียดรุนแรงหรือป่วยเจ็บป่วยหรือไม่  
 0 = มี 2 = ไม่มี 2

**E** มีปัญหาทางจิตประสาท (Neuropsychological problems) หรือไม่  
 0 = ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้า อย่างรุนแรง  
 ① = ความจำเสื่อมเล็กน้อย 1   
 2 = ไม่มีปัญหาทางประสาท

**F** ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนัก(กก.) / (ส่วนสูง(ม.))<sup>2</sup>  
 0 = BMI น้อยกว่า 19  
 ① = BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21 1   
 2 = BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23   
 3 = BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

คะแนนการคัดกรอง (เต็ม 14 คะแนน) 9

12-14 คะแนน: มีภาวะโภชนาการปกติ  
 ⑧-11 คะแนน: มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร  
 0-7 คะแนน: ขาดสารอาหาร

เพื่อการประเมินละเอียด ให้ตอบคำถามข้อ G - R เพิ่มเติม

**การประเมินภาวะโภชนาการ**

**G** ช่วยเหลือตัวเองได้ (ไม่อยู่ในการดูแลของ Nursing Home หรือโรงพยาบาล)  
 ① = ใช่ 0 = ไม่ใช่ 1

**I** รับประทานอาหารมากกว่า 3 ชนิด ต่อวัน  
 0 = ใช่ ① = ไม่ใช่ 1

**H** มีแผลกดทับหรือแผลที่ผิวหนังหรือไม่  
 ① = ใช่ 1 = ไม่ใช่ 0

**J** ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า ได้กี่มื้อต่อวัน  
 0 = 1 มื้อ  
 1 = 2 มื้อ 2   
 ② = 3 มื้อ

**K** ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าพวกโปรตีนเหล่านี้บ้างหรือไม่  
 • นมหรือผลิตภัณฑ์จากนม(เช่น ชีส โยเกิร์ต) อย่างน้อย 1 หน่วยบริโภคทุกวัน  ใช่  ไม่ใช่   
 • ถั่วหรือไข่ อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคสัปดาห์  ใช่  ไม่ใช่   
 • เนื้อสัตว์ ปลา หรือสัตว์ปีก ทุกวัน  ใช่  ไม่ใช่   
 0.0 = คำตอบไม่ใช่ทุกข้อ หรือใช่เพียง 1 ข้อ  
 ①.5 = คำตอบใช่ 2 ข้อ 0.5  
 1.0 = คำตอบใช่ 3 ข้อ

**L** ผู้ป่วยรับประทานผักหรือผลไม้อย่างน้อย 2 หน่วยบริโภคต่อวัน  
 0 = ไม่ใช่ ① = ใช่ 1

**M** ดื่มเครื่องดื่ม(น้ำ น้ำผลไม้ กาแฟ ชา นม หรืออื่นๆ) ปริมาณเท่าไรต่อวัน  
 ①.0 = น้อยกว่า 3 ถ้วย 0  
 0.5 = 3 - 5 ถ้วย  
 1.0 = มากกว่า 5 ถ้วย

**N** ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองขณะรับประทานอาหาร  
 0 = ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง  
 1 = รับประทานอาหารได้เองแต่ค่อนข้างลำบาก 2   
 ② = รับประทานอาหารได้เอง / ไม่มีปัญหา

**O** ผู้ป่วยคิดว่าตนเองมีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร  
 0 = ขาดสารอาหาร  
 1 = ไม่แน่ใจว่ามีภาวะโภชนาการเป็นอย่างไร 2  
 ② = ไม่ขาดสารอาหาร

**P** เมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน ผู้ป่วยคิดว่าสุขภาพของตนเป็นอย่างไร  
 0.0 = ต่ำกว่า  
 0.5 = ไม่ทราบ 1  
 ①.0 = พอกัน   
 2.0 = ดีกว่า

**Q** เส้นรอบวงแขน (Mid-arm circumference: MAC) หน่วยเป็นเซนติเมตร  
 ①.0 = MAC น้อยกว่า 21 0  
 0.5 = MAC 21 ถึง 22  
 1.0 = MAC ตั้งแต่ 22 ขึ้นไป

**R** เส้นรอบวงน่อง (Calf circumference: CC) หน่วยเป็นเซนติเมตร  
 0 = CC น้อยกว่า 31  
 ① = CC ตั้งแต่ 31 ขึ้นไป 1

คะแนนการประเมินภาวะโภชนาการ (เต็ม 16 คะแนน) 11.5   
 คะแนนการคัดกรอง 9   
 คะแนนรวมการประเมินทั้งหมด (เต็ม 30 คะแนน) 20.5

อ้างอิง: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Geront 2001; 56A: M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10: 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/99 10M  
 ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

**การแปลผล**

24 - 30 คะแนน  มีภาวะโภชนาการปกติ  
 ①7 - 23.5 คะแนน  มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร  
 น้อยกว่า 17 คะแนน  ขาดสารอาหาร

**แนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม**  
(Thai Mental State Examination: TMSE)

		Date... 21 June 58
<b>1. Orientation (6 คะแนน)</b>		
วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์/อังคาร/พุธ/พฤหัสบดี ฯลฯ)	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
เดือนนี้เดือนอะไร	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 0
วันนี้วันที่เท่าไร	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 0
ขณะนี้เป็นเวลาไหนของวัน (เช้า/เที่ยง/บ่าย/เย็น)	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
ที่นี่ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
คนที่เห็นในภาพอาชีพอะไร	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
<b>2. Registration (3 คะแนน)</b> ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที เพียงครั้งเดียว แล้วจึงให้ผู้ทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ทดสอบบอกในครั้งแรก		
<input checked="" type="checkbox"/> ต้นไม้ <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ <input checked="" type="checkbox"/> มือ	ถูกหมดให้ 3 คะแนน	..... 3
*** หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ทดสอบจำได้ และบอกให้ผู้ทดสอบทราบว่าอีกสักครู่จะกลับมาถามใหม่ ***		
<b>3. Attention (5 คะแนน)</b> ให้บอก วันอาทิตย์ - วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์		
<input checked="" type="checkbox"/> ศุกร์ <input checked="" type="checkbox"/> พฤหัสบดี <input checked="" type="checkbox"/> พุธ <input checked="" type="checkbox"/> อังคาร <input checked="" type="checkbox"/> จันทร์	ถูกหมดให้ 5 คะแนน	..... 1
<b>4. Calculation (3 คะแนน)</b>		
ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนนแต่ละครั้งที่ตอบถูก ใช้เวลาในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาที)		
ถ้าผู้ทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลงทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ		
<input checked="" type="checkbox"/> 100-7 <input checked="" type="checkbox"/> 93-7 <input checked="" type="checkbox"/> 86-7	ถูกหมดให้ 3 คะแนน	..... 1
<b>5. Language (10 คะแนน)</b>		
• ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”		..... 1
คำตอบ คือ “นาฬิกา”	ถูกให้ 1 คะแนน	.....
• ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ทดสอบว่าโดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”		..... 1
คำตอบ คือ “เสื้อ/ผ้า”	ถูกให้ 1 คะแนน	.....
• ผู้ทดสอบบอกผู้ทดสอบว่าให้ตั้งใจฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้ จากนั้นให้ผู้ทดสอบ “ย้ายพาหนะไปซื้อขนมที่ตลาด”	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
• จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบประโยคทั้ง 3 ขั้นตอน		..... 1
1. หยิบกระดาษด้วยมือขวา	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
2. พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
3. แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
• ให้ผู้ทดสอบอ่านแล้วทำตามคำสั่ง “หลับตา”	ถูกให้ 1 คะแนน	..... 1
• วาดภาพให้เหมือนตัวอย่าง	ถูกให้ 2 คะแนน	..... 2
• กล้วยกันส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับหมาเหมือนกันคือ... (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต) ถูกให้ 1 คะแนน		..... 0
<b>6. Recall (3 คะแนน)</b> สิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง		
<input checked="" type="checkbox"/> ต้นไม้ <input checked="" type="checkbox"/> รถยนต์ <input checked="" type="checkbox"/> มือ	ถูกให้คำตอบละ 1 คะแนน	..... 0
	รวมคะแนน	..... 18/30
	ผู้ประเมิน	..... ปกจิตวิทยา

## พยาบาลประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น

การประเมินอาการ พบว่าอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชั่งน้ำหนักได้ 44 กิโลกรัม ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักตัวลดลงจากเดิม 2.5 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน พยาบาลคัดกรองภาวะโภชนาการด้วยแบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>)

ซึ่งส่วนที่ 1 ได้คะแนน 9 คะแนน โดยในส่วนที่ 1 คะแนนการคัดกรอง (เต็ม 14 คะแนน) จะแบ่งเป็น

12-14	คะแนน	มีภาวะโภชนาการปกติ
8-11	คะแนน	มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ
0-7	คะแนน	ภาวะทุโภชนาการ

และคะแนนการคัดกรองจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ ซึ่งตามแผนการแบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) หากในส่วนที่ 1 ได้น้อยกว่า 11 คะแนน จะต้องทำการประเมินในส่วนที่ 2 ต่อ และจากการประเมินในส่วนที่ 2 ได้คะแนนรวมทั้งหมด 20.5 คะแนน (เต็ม 30 คะแนน) จะแบ่งเป็น

24-30	คะแนน	มีภาวะโภชนาการปกติ
17-23.5	คะแนน	มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ
น้อยกว่า 17	คะแนน	ภาวะทุโภชนาการ

ดังนั้นคะแนนรวมจากการคัดกรองทั้งส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 จะถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุโภชนาการ พยาบาลจึงให้คำแนะนำต่อผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโภชนาการตลอดจนการพบแพทย์ตรวจหาสาเหตุเชิงลึกและแก้ไขสาเหตุอื่นๆ ต่อไป พร้อมแนบแบบประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) ในแฟ้มการตรวจของผู้ป่วย

นอกจากนี้จากการคัดกรองพยาบาลพบว่าผู้ป่วยมีเหงือกด้านบนขวาในสุดมีลักษณะบวมแดง และมีกลิ่นปากเล็กน้อย พบว่าที่ก้นกบมีรอยแดง เมื่อใช้มือกดแล้วรอยแดงยังคงเดิมไม่จางหายไป มีผิวหนังแห้งเป็นขุยคันเล็กน้อย ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียบ่นว่าไม่ค่อยมีแรงเวลาเดินและมีสีหน้าวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติ

### ปัญหาที่พบในครั้งนี้ ได้แก่

1. มีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง มีน้ำหนักตัวลดลง 2.5 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน
2. มีอาการเจ็บในช่องปากด้านบนขวาในสุด เหงือกบวมแดงมีกลิ่นปากเล็กน้อย
3. บริเวณก้นกบมีรอยแดงขนาด 1 x 2 เซนติเมตร ไม่มีผิวหนังลอก โดยรอยแดงที่พบคิดเป็นแผลกดทับระดับ<sup>39,40</sup> 1
4. ผู้ป่วยบ่นไม่ค่อยมีแรงเวลาเดิน

5. ผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งเป็นขุย บริเวณลำตัวแขนขา คับเล็กน้อย
6. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล บอกว่ากลัวเดินไม่ได้
7. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ซักถามปัญหาเกี่ยวกับน้ำหนักตัวลดลงและอาการอ่อนเพลีย

ของมารดาตลอดการสนทนา

พยาบาลให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในปัญหาต่างๆ ที่พบพร้อมย้ำเน้นกระตุ้นญาติให้ข้อมูลครบถ้วนขณะพาผู้ป่วยเข้าตรวจรักษาจากแพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

หลังจากรับการตรวจจากแพทย์ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยถูกส่งไปพบทันตแพทย์ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 อย่างเร่งด่วน หลังจากนั้นทันตแพทย์ตรวจฟันผู้ป่วยพบว่า มีการอักเสบของฟันด้านบนขวาซี่ในสุด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปริทันต์ชนิดเรื้อรัง (Chronic periodontitis) พร้อมกับถอนฟันด้านบนขวาซี่ในสุด ซี่ที่ 6 และเย็บแผล จากนั้นได้รับยา ได้แก่

1. Augmentin 1 กรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น 7 วัน

2. Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง

และนัดพบทันตแพทย์ เพื่อตัดไหมที่ตึกผู้ป่วยนอกชั้น 6 แผนกทันตกรรม โดยนัดพร้อมกับ

คลินิกผู้สูงอายุ 1 สัปดาห์

### ปัญหาทางการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย**

**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยบอกรับประทานอาหารมา 4 สัปดาห์
- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3 - 5 คำต่อมื้อ
- BMI = 18.10 ก.ก./ม<sup>2</sup> ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
- Hb = 11.9 g/dl ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
- HCT = 36.3 % ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
- Serum Albumin = 3.3 g/dl ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

**เป้าหมาย** ผู้ป่วยได้รับสารอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

**เกณฑ์การประเมินผล**

- ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมด 1 ทัพพีต่อมื้อ
- Hb อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 12 - 18 g/dl
- BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 18.5 - 22.9 ก.ก./ม<sup>2</sup>
- HCT อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 37 - 52 %
- Serum Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 3.5 - 5.2 g/dl

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. แนะนำให้ญาติชั่งน้ำหนักผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

2. แนะนำผู้ป่วยและญาติกระตุ้นให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย
3. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ผู้ป่วยรับประทานโปรตีนเพิ่ม โดยเพิ่มอาหารประเภท เนื้อปลา เนื้อหมู เนื้อไก่ สลับกัน 1 ส่วน อย่างน้อย 1 มื้อใน 1 วัน
4. แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดให้ผู้ป่วยรับประทานไข่ขาวเพิ่ม 1 ฟองต่อมื้อ หรือ อาจดัดแปลงให้อยู่ในรูปลักษณะต่างๆ เช่น ต้ม ตุ่น เจียว
5. แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดให้ผู้ป่วยดื่มอาหารเสริม Ensure 1 แก้วต่อวัน ตามแผนการรักษา ของแพทย์
6. แนะนำญาติจัดสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยให้สะอาด และพยายามส่งเสริม จัดให้รับประทานอาหารร่วมกันหรือพร้อมกันกับสมาชิกในครอบครัว
7. แนะนำญาติจัดหาภาชนะใส่อาหารที่มีสีสดใสตลอดจนจัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร<sup>33</sup>
8. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติให้ช่วยดูแลสุขภาพในช่องปากของผู้ป่วย ก่อนและ หลังรับประทานอาหารแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง<sup>41</sup>
9. พยาบาลติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (HCT, Serum Albumin)

#### การประเมินผล

พยาบาลติดตามผลในนัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บแผลภายในช่องปาก

#### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีเหงือกอักเสบ บวมแดง ในช่องปาก บริเวณด้านบนขวาในสุด (ฟันซี่ที่ 6)
- สีหน้าแสดงความเจ็บปวด

เป้าหมาย สุขสบายขึ้น อาการปวดหายไป

#### เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่บ่นปวดในช่องปาก และได้รับยาแก้ปวด แก้อักเสบตามแผนการรักษา
- ระดับค่าความเจ็บปวด ลดลง (น้อยกว่า 3)

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับระดับความปวดและให้ผู้ป่วยประเมินความเจ็บปวด โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดตามตัวเลข (Verbal Numerical Rating Scale: VNRS)<sup>42</sup> ซึ่งมีมาตราวัด 0-10 และใช้ได้ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด ยาแก้อักเสบ ตามแผนการรักษา
3. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ดูแลความสะอาดในช่องปากผู้ป่วย บ้วนปากหลังรับประทานอาหารและแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง<sup>41</sup>
4. แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดหาเลือกแปรงฟันที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม ไม่แข็งเกินไป โดยเลือกขนาดที่เหมาะสมด้ามแปรงพอเหมาะมือ<sup>43</sup> และให้ผู้ป่วยแปรงฟันอย่างถูกวิธี

5. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลผู้ป่วยด้วยการสัมผัส จับมือผู้ป่วย เพื่อให้กำลังใจ
6. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อลดระดับความเจ็บปวด โดยการ สูดลมหายใจเข้า-ออกช้าๆ พร้อมกับการทำสมาธิ เพื่อเป็นจุดเบี่ยงเบนความสนใจ
7. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้พาผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสภาพฟัน ช่องปาก อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

#### การประเมินผล

พยาบาลติดตามผลในนัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีแผลกดทับบริเวณก้นกบ เนื่องจากผิวหนังแห้ง

#### ข้อมูลสนับสนุน

- มีรอยแดงที่ก้นกบเป็นแผลกดทับระดับ<sup>39,40</sup> 1 ขนาด 1 x 2 เซนติเมตร
- บริเวณรอบๆ ก้นกบผิวหนังแห้ง
- Serum Albumin = 3.3 g/dl ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ<sup>38</sup>

เป้าหมาย รอยแดงที่ก้นกบจางหายไป และไม่เกิดแผลกดทับขึ้นใหม่อีก

#### เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่บ่นเจ็บแผลบริเวณก้นกบ
- รอยแดงแผลกดทับบริเวณก้นกบลดน้อยลง
- Serum Albumin อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 3.5 – 5.2 g/dl

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลทำความสะอาดบริเวณรอยแดงที่ก้นกบ พร้อมปิดด้วย Duoderm CGF ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติหมั่นสังเกตรอยแดง ตลอดจนความผิดปกติของผิวหนัง และบริเวณรอบๆ รอยแดง
3. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลจัดหาที่นอนที่อ่อนนุ่มและดูแลความสะอาดผ้าปูเตียง ที่นอนจัดให้เรียบตึง และแห้งสะอาดอยู่เสมอ
4. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอนหรือ พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง
5. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลให้ผิวหนังบริเวณก้นกบและรอบๆ มีความชุ่มชื้นอยู่เสมอ ด้วยการทาโลชั่น
6. แนะนำผู้ป่วยและญาติจัดหาเสื้อผ้าที่อ่อนนุ่มให้ผู้ป่วยสวมใส่ หลีกเลี่ยงการใช้เสื้อผ้า ลักษณะเนื้อผ้าหนาหยาบกระด้าง

#### การประเมินผล

พยาบาลติดตามผลในนัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเนื่องจากน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือน

### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลง 2.5 กิโลกรัม ใน 1 เดือน
- ผู้ป่วยสูงอายุ 80 ปี
- ผู้ป่วยบอกว่าอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรงเวลาเดิน

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพลัด ตก หกล้ม

### เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่เกิดรอยฟกช้ำ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. แนะนำญาติให้จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการใช้พรมเช็ดเท้า
3. แนะนำญาติจัดหาอุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้าน เช่น โตะ เก้าอี้ เตียงนอนที่มีความแข็งแรงมั่นคง
4. แนะนำญาติไม่นำสัตว์เลี้ยงขนาดเล็กวิ่งอยู่บริเวณเท้า<sup>44</sup> เช่น สุนัข แมว มาเลี้ยงในบ้าน
5. แนะนำญาติจัดห้องน้ำห้องนอนภายในตัวบ้านมีราวจับอย่างมั่นคง<sup>12</sup>
6. แนะนำญาติจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอภายในบริเวณบ้าน ห้องนอน และบริเวณอื่นๆ
7. แนะนำญาติให้ดูแลให้ผู้ป่วยเดินอย่างระมัดระวัง อาจให้อุปกรณ์ช่วยในการทรงตัวและเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ
8. แนะนำญาติให้จัดม็กริ่งไว้ตามจุดต่างๆภายในบ้านเพื่อขอความช่วยเหลือกรณีมีเหตุฉุกเฉิน
9. แนะนำญาติจัดเตรียมเบอร์โทรศัพท์ประสานงานกับศูนย์รถพยาบาลที่ติดต่อสะดวกในกรณีมีเหตุฉุกเฉินต่างๆ เช่น หกล้มกระดูกหัก ศีรษะฟาดพื้น

### การประเมินผล

พยาบาลติดตามผลในนัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากผิวแห้ง

### ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีผิวหนังแห้งเป็นขุยบริเวณแขนขาและลำตัว
- ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการคันผิวหนังในบางครั้ง

### เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยสุขสบายผิวหนังชุ่มชื้นขึ้น

### เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่บ่นคันตามบริเวณแขนขาลำตัว

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติทาโลชั่นครีมบำรุงผิวแก่ผู้ป่วย บริเวณแขนขาและลำตัว หลังอาบน้ำชำระร่างกาย
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำเพิ่มในระหว่างมื้อและในตอนกลางวัน เว้นเวลาก่อนเข้านอน 3 – 4 ชั่วโมง<sup>13</sup>
3. แนะนำญาติดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกายทุกส่วนอย่างสม่ำเสมอ
4. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ดูแลความสะอาดเล็บมือเล็บเท้าผู้ป่วย ตัดให้สั้นและสะอาด อยู่เสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแกะเกา และเกิดบาดแผลตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย

### การประเมินผล

พยาบาลติดตามผลในนัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ตนเองเป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่ากลัวว่าจะเดินไม่ได้
- ผู้ป่วยบอกว่าไม่อยากเป็นภาระแก่บุตรในวันข้างหน้า
- ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมาย ความวิตกกังวลหมดไป

### เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น
- ผู้ป่วยไม่แสดงความวิตกกังวล

### กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและรับฟังความคิดเห็น
2. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. พุดคุยปลอบโยนให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผล

พยาบาลติดตามผลในนัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

## ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่

### ข้อมูลสนับสนุน

- ญาติบอกว่ารู้สึกและสังเกตว่าผู้ป่วยอ่อนเพลียมากกว่าปกติ
- ญาติซักถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยบ่อยครั้ง
- ญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวล

**เป้าหมาย** ความวิตกกังวลของญาติหมดไป

### เกณฑ์การประเมินผล

- ญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
- ญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ญาติได้ระบายความรู้สึก
2. อธิบายถึงอาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลรวมถึงตอบคำถามอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา
3. พุดคุยปลอบโยนให้ญาติได้ผ่อนคลายและมั่นใจในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. เปิดโอกาสให้ญาติได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมตลอดจนตัดสินใจในการวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม
5. ให้กำลังใจประคับประคองด้านจิตใจแก่ญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### การประเมินผล

พยาบาลติดตามผลในนัดครั้งต่อไป 1 สัปดาห์

### การพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 )

การประเมินอาการพบว่า วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/69 มิลลิเมตรปรอท ชั่งน้ำหนักได้ 44.3 กิโลกรัม (เพิ่มจาก 1 สัปดาห์ที่แล้ว 0.3 กิโลกรัม) ซักถามเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ พบว่าผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลบ้าง ผู้ป่วยยังคงนั่งรถเข็น ผู้ป่วยบอกว่าอาการเจ็บในช่องปากดีขึ้นมาก ยังคงมีปวดบางครั้งเล็กน้อย ระดับปวด 1 รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ยังมีอ่อนเพลีย

พยาบาลได้ติดตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย

พบว่า ผู้ป่วยบอกว่ารับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นจากเดิมเป็นรับประทานได้ 5-7 คำ เมื่อนำน้ำหนักตัวมาคำนวณค่า BMI ได้ = 18.23 ก.ก./ม<sup>2</sup> ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมแต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ พยาบาลให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เนื้อปลา เนื้อไก่ เนื้อหมู สลับกัน และยังคงดื่ม Ensure 1 แก้ว เสริมในระหว่างมื้ออาหาร

ซักถามพูดคุยเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดในช่องปาก ญาติบอกว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง สม่ำเสมอ

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

### **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บแผลในช่องปาก**

พบว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลในช่องปาก แผลหายแล้ว และได้รับประทานยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะครบตามแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลเน้นผู้ป่วยและญาติเรื่องการดูแลความสะอาดในช่องปาก การแปรงฟันอย่างถูกวิธีดูแลบ้วนปากก่อนและหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

### **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีแผลกดทับบริเวณก้นกบเนื่องจากผิวนั่งแห้ง**

พบว่า รอยแดงที่บริเวณก้นกบของผู้ป่วยจางหายไป ผิวนั่งไม่มีรอยช้ำแห้ง ผิวนั่งมีความชุ่มชื้นดี พยาบาลยังให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้ใช้โลชั่นทาบริเวณผิวกายของผู้ป่วยทุกครั้ง หลังอาบน้ำ

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

### **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเนื่องจากน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือน**

พบว่า ผู้ป่วยและญาติบอกว่าไม่มีหกล้มที่บ้าน มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อยเมื่อนำน้ำหนักตัวมาคำนวณ BMI=18.23 กก./ม<sup>2</sup> ผู้ป่วยบอกว่ายังมีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ยังรู้สึกไม่ค่อยมีแรง เวลาเดิน พยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำผู้ป่วยและญาติระมัดระวังเวลาเดิน และให้ญาติยังคงคอยประคองอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาเดิน

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

### **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากผิวแห้ง**

พบว่า ผู้ป่วยยังมีผิวนั่งแห้งบริเวณแขน ขา และลำตัว ญาติบอกว่าผู้ป่วยไม่ค่อยยอมให้ญาติช่วยทาโลชั่นที่ผิวกาย พยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำแก่ญาติและผู้ป่วยเกี่ยวกับดูแลให้ตม้น้ำระหว่างมือเพิ่มขึ้นกว่าเดิม อธิบายให้เห็นถึงประโยชน์ของการทาโลชั่นบริเวณผิวกาย

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

### **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่**

พบว่า ผู้ป่วยยังมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวลบอกว่ากลัวตัวเองเดินไม่ได้ และซักถามว่าต้องใช้เวลานานเท่าใดจึงจะสามารถเดินได้เองโดยไม่ต้องมีญาติคอยช่วยพยุง พยาบาลให้ความรู้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารควบคู่กับการบริหารร่างกายเท่าที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการดูแล ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ พบว่า ญาติยังมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ญาติบอกว่ารู้สึกกังวลใจอยากให้การตามีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีแรงเดินได้เหมือนเดิม พยาบาลพูดคุยปลอบโยนและให้กำลังใจระดับประคองจิตใจกับญาติ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง  
ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

### **การพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3)**

การประเมินอาการพบว่า วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/70 มิลลิเมตรปรอท ชั่งน้ำหนักได้ 44.9 กิโลกรัม ผู้ป่วยนั่งรถเข็นสีหน้ายิ้มแย้ม บอกว่าไม่มีอาการเจ็บในช่องปาก รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นกว่าเดิม ผิวหนังบริเวณแขนขาชุ่มชื้นขึ้น พุดคุยสนทนามากขึ้น ญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม บอกว่ามารดาแข็งแรงมากขึ้น ยังมีอ่อนเพลียบ้างเล็กน้อย ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลอย่างเคร่งครัดแต่ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับน้ำหนักตัวของมารดา โดยมีความหวังและคาดว่าน้ำหนักมารดาจะกลับเพิ่มขึ้นเท่าเดิมได้และมีแรงเดินได้ตามปกติ

พยาบาลติดตามปัญหาทางการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยรับประทานอาหารได้หมดทุกมื้อเมื่อนำน้ำหนักตัวมาคำนวณค่า BMI ได้มากขึ้นกว่าเดิม = 18.47 ก.ก./ม<sup>2</sup> แต่ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ พยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำ ผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับอาหารและค่อยๆ เพิ่มปริมาณโปรตีน เนื้อหมู เนื้อปลาและไก่ สับตามความชอบของผู้ป่วย และยังคงให้ดื่ม Ensure 1 แก้ว ในระหว่างมื้ออาหารต่อไป

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเนื่องจากน้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือน

พบว่า ผู้ป่วยไม่มีหกล้มที่บ้าน มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากเดิมเล็กน้อย เมื่อนำน้ำหนักตัวมาคำนวณค่า BMI = 18.47 ก.ก./ม<sup>2</sup> ผู้ป่วยบอกว่าเริ่มมีแรงมากขึ้นแต่ยังรู้สึกไม่มั่นใจเวลาเดินด้วยตัวเอง ยังให้ญาติประคองเวลาเดิน เพราะเนื่องจากกลัวหกล้ม ซึ่งในความเป็นจริงอยากเดินได้ด้วยตัวเองด้วยความมั่นใจ พยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำและส่งเสริมให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วยและญาติถึงการดูแลปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากผิวหนังแห้ง

พบว่า ผู้ป่วยมีผิวหนังบริเวณ แขน ขา ลำตัวชุ่มชื้นขึ้น ไม่มีอาการคัน

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ตัวเองเป็นอยู่**  
พบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น แต่บอกว่ายังรู้สึกวิตกกังวลเล็กน้อย อยากเดินได้ อยากกลับไปทำ  
กิจวัตรประจำวันที่เคยทำได้เหมือนเดิมในเร็ววัน พยาบาลรับฟังความคิดเห็นและพูดคุย  
ปลอบโยนให้กำลังใจในการดูแลและปฏิบัติตนเองอย่างต่อเนื่อง  
ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่**  
พบว่า ญาติยังมีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย ซึ่งญาติบอกว่าของมารดาเริ่มมีความเปลี่ยนแปลงไป  
ในทางที่ดีขึ้น แต่ญาติยังคงอยากให้มารดากลับสู่สภาวะแข็งแรงเหมือนเดิมอย่างรวดเร็วที่สุด  
พยาบาลให้ความรู้ คำแนะนำ โดยเปิดโอกาสให้ญาติระบายความรู้สึก อธิบายถึงข้อมูลเกี่ยวกับ  
อาการของผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุต้องใช้เวลา ตลอดจนพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจในการดูแล  
ผู้ป่วยต่อไป

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

### **การพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 5)**

การประเมินอาการพบว่า วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส  
ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท  
ชั่งน้ำหนักได้ 45.5 กิโลกรัม ผู้ป่วยเดินได้เองมีญาติประคองเล็กน้อย ผู้ป่วยและญาติสีหน้ายิ้มแย้มขึ้น  
ผู้ป่วยพูดคุยมากขึ้น บอกว่ารับประทานอาหารได้มากขึ้น (หมดทาบพีต่อมื่อ) เดินได้เองโดยไม่ต้องให้ญาติพยุง  
เวลาเดินอยู่ในบ้าน เดินออกนอกบ้านระยะทางเกือบ 100 เมตร วันนี้ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด  
จากตึกผู้ป่วยนอก ชั้น 1 เพื่อติดตามผลการรักษา

พยาบาลติดตามปัญหาทางการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย**  
พบว่า ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเมื่อนำน้ำหนักตัวมาคำนวณค่า BMI  
ได้มากขึ้นกว่าเดิม ได้ =  $18.72 \text{ ก.ก./ม}^2$  และ ผลตรวจเลือดจากห้องปฏิบัติการ พบว่า  
Hb = 12.4 g/dl Hct = 37.5 % Serum albumin = 3.9 g/dl ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ  
ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกได้ว่าร่างกายแข็งแรงขึ้น สีหน้าสดชื่นขึ้น พยาบาลให้ความรู้คำแนะนำผู้ป่วย  
และญาติเกี่ยวกับญาติโภชนาการและให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง  
เพื่อให้มีประสิทธิภาพที่ดีในผู้ป่วย

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มเนื่องจากน้ำหนักลง  
อย่างรวดเร็วภายใน 1 เดือน**

พบว่า ผู้ป่วยบอกว่าอาการอ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรงหมดไป ผู้ป่วยเดินได้เอง และสามารถทำกิจวัตร  
ที่เคยทำได้ด้วยตัวเอง ผู้ป่วยบอกว่ามั่นใจเวลาเดินมากขึ้น พยาบาลยังคงแนะนำผู้ป่วยให้ดูแล

ปฏิบัติตนอย่างระมัดระวัง แนะนำญาติว่าแม้ผู้ป่วยเดินได้เอง แต่ญาติยังคงให้ความดูแลอย่างใกล้ชิดต่อไป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ตัวเองเป็นอยู่**  
พบว่า ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มพูดคุยกับเจ้าหน้าที่และบอกว่า ยังมีความวิตกกังวลบางครั้ง แต่เล็กน้อย  
พยาบาลพูดคุยให้กำลังใจในการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่**  
พบว่า ญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มบอกว่ายังมีความวิตกกังวลบางครั้ง พยาบาลเปิดโอกาสให้ญาติระบาย  
แสดงความคิดเห็น พยาบาลรับฟังและพูดคุยให้กำลังใจเพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแล  
อย่างต่อเนื่อง

ปัญหานี้ยังคงได้รับการดูแลติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องต่อไป

#### **การพยาบาลในวันที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษาครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 9)**

การประเมินอาการพบว่า วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส  
ชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/71 มิลลิเมตรปรอท  
ชั่งน้ำหนักได้ 46.7 กิโลกรัม ผู้ป่วยเดินมาได้เอง โดยไม่ต้องให้ญาติประคองเดินไม่บ่นอ่อนเพลีย  
ผิวหนังและริมฝีปากมีความชุ่มชื้น สุขภาพในช่องปากสะอาดดี บอกว่ารับประทานอาหารได้มากขึ้น  
ซักถามไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มที่บ้าน ทั้งผู้ป่วยและญาติมีสีหน้ายิ้มแย้มสนทนาทักทายเจ้าหน้าที่  
พยาบาลติดตามปัญหาทางการพยาบาล

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการที่ตัวเองเป็นอยู่**  
พบว่า ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม พูดคุยทักทายกับเจ้าหน้าที่ บอกว่ารู้สึกสบายใจ ความวิตกกังวล  
หมดไป พยาบาลรับฟังและส่งเสริมให้กำลังใจในการดูแลตัวเองของผู้ป่วยต่อไป

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเป็นอยู่**  
พบว่า ญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม บอกว่าทุกคนในครอบครัวดีใจที่มารดามีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น  
อย่างเห็นได้ชัด และรู้สึกมีกำลังใจในการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป พยาบาลรับฟังและให้กำลังใจ  
ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

**สรุป** การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านภาวะโภชนาการจะมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ ดังนั้น  
ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลเฉพาะด้านและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสมทั้งในระดับปฐมภูมิ  
ทุติยภูมิ ตติยภูมิ<sup>4</sup> การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านภาวะโภชนาการ มีความเสี่ยงต่อ  
ภาวะทุโภชนาการ ดังกรณีศึกษาตัวอย่าง พยาบาลจะต้องใช้บทบาทพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ

ในการประเมินดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมตลอดจนการส่งเสริม ป้องกัน โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาล ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุรายนี้ ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้ คำแนะนำ แก่ผู้สูงอายุ ญาติและผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้สูงอายุรายนี้ให้มีความสุข มีสุขภาพที่ดีครบทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ต่อไป สำหรับผู้สูงอายุรายนี้ ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกหมดความกังวล เกี่ยวกับอาการที่ตนเองเคยเป็น พร้อมกับขอบคุณทีมงานสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ในคลินิกผู้สูงอายุ ส่วนญาติมีสีหน้ายิ้มแย้ม บอกว่ารู้สึกความวิตกกังวลที่เคยมีเกี่ยวกับมารดาหมดไป ทั้งญาติและสมาชิกทุกคน ในครอบครัวรู้สึกดีใจที่เห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ พร้อมพูดกล่าวว่าขอบคุณสำหรับคำแนะนำ กำลังใจและบอกว่าจะมีความมั่นใจ มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย อย่างต่อเนื่องต่อไป

## บทที่ 5

### ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหา

การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะโภชนาการ พยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุควรมีความรู้ ทักษะ ในการประเมิน ดูแล และคัดกรองปัญหาเบื้องต้นด้านภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในคลินิกได้อย่างถูกต้องมีประสิทธิภาพและส่งผู้สูงอายุเข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจหาสาเหตุและ รับการรักษาที่ถูกต้องตามแนวทาง คู่มือการพยาบาลการดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช นับเป็นสิ่งสำคัญส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานใน คลินิกผู้สูงอายุให้เป็นการปฏิบัติที่ชัดเจน ถูกต้อง และเป็นแนวทางเดียวกัน จากการทำงาน การพยาบาล ในคลินิกผู้สูงอายุพบปัญหา อุปสรรค ซึ่งได้นำมาวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขในการ ปฏิบัติได้ดังนี้

ข้อเสนอแนะ ดังนี้

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
1. ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ไม่ให้ความสนใจและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโภชนาการ	1. รับฟังความคิดเห็น แนะนำปัญหาของผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล 2. ให้ความรู้โดยอธิบายให้เห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของอาหารในผู้สูงอายุซึ่งมีความละเอียดอ่อนและแตกต่างจากวัยอื่น อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล
2. ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลไม่พร้อมที่จะฟังข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลภาวะด้านโภชนาการตลอดจนการปฏิบัติตัวในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาจากหลายจุดในคลินิกที่มีสหสาขาวิชาชีพ	1. พยาบาลสร้างสัมพันธ์ภาพตั้งแต่แรกเริ่มในการบริการการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล 2. อธิบายให้เห็นความสำคัญและเหตุผลของวัตถุประสงค์หลักของคลินิกผู้สูงอายุที่ให้บริการ ซึ่งประกอบไปด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์อายุรศาสตร์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู พยาบาล นักโภชนาการ เภสัชกร นักจิตวิทยา โดยผู้ป่วยต้องได้รับการประเมิน บริการให้คำแนะนำ แต่ละจุดบริการเพื่อนำผลการประเมินทั้งหมดก่อนเข้ารับการรักษาจากแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นับเป็นประโยชน์สูงสุดในการเข้ารับบริการที่ครบ ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพทุกด้านใน 1 ครั้งของการตรวจ 3. มีแนวทางการสื่อสารที่ถูกต้อง ชัดเจน ตรงตามประเด็นของปัญหา อธิบายถึงอันตราย ผลเสียตลอดจนความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นและยังเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดดำเนินสู่ภาวะทุโภชนาการอันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
<p>3. บุคลากรพยาบาล รับประทานอาหารด้านบริการคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอกที่มีผู้ป่วยจำนวนมากในแต่ละวัน อีกทั้งผู้รับบริการในแต่ละรายต้องการความสะดวกรวดเร็ว และปลอดภัย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลปฏิเสธที่จะรอรับการสอนสุขศึกษาตลอดจนความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการก่อนกลับบ้าน</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ ญาติและผู้ดูแล และใช้เทคนิคการสอนในรูปแบบอื่นเข้าช่วยที่ใช้สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ การแจกแผ่นพับให้ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแลไปศึกษาอ่านเอง การจัดบอร์ดโปสเตอร์เผยแพร่ความรู้ในจุดบริการ มีจุดบริการจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นนักโภชนาการบริการให้คำแนะนำ และมีการจัดบริการสอนสุขศึกษา ความรู้ด้านโภชนาการ และด้านอื่นๆ ในช่วงเวลา 8:00-9:00 น. ซึ่งเป็นเวลาที่ผู้ป่วยนั่งรอ ก่อนเข้ารับการรักษาจากแพทย์</li> <li>2. คัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่คัดกรองแล้ว พบว่ามีปัญหาด้านภาวะโภชนาการและให้ความรู้ คำแนะนำเฉพาะแก่ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล รวมถึงติดตามประเมินผล ซึ่งทั้งนี้ภายหลังให้การพยาบาลจะมีการบันทึกลงในแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อติดตามประเมินผลในนัดครั้งต่อไป สำหรับคลินิกผู้สูงอายุได้ใช้ระบบบันทึกโดยนำชื่อ นามสกุล และเลขที่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุลงในแฟ้มคัดกรองเข้าทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุรายนี้ได้รับการสอนสุขศึกษาให้ความรู้ คำแนะนำในด้านโภชนาการแล้ว และติดตามประเมินผลในนัดครั้งต่อไป</li> </ol>
<p>4. ปัญหาในการคัดกรองภาวะโภชนาการที่พบบ่อย ดังนี้</p> <p>4.1 แพทย์ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการคัดกรองภาวะโภชนาการ</p>	<p>แพทย์ผู้บริหารจัดให้มีการประชุมโดยกระตุ้น แนะนำ แพทย์ทุกคนในคลินิกผู้สูงอายุ ให้เห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่พบว่า มีปัญหาด้านภาวะโภชนาการ เช่น รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักตัวลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจลด รวมถึงผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ( 18.5 - 22.9 กก./ม<sup>2</sup>)<sup>12</sup> เพื่อสืบค้นหาพร้อมทั้งตรวจหาสาเหตุในเชิงลึกและแก้ไขตามสาเหตุต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุในแต่ละรายที่มีปัญหาในขณะนั้นได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที และกลับมามีภาวะโภชนาการที่ดีต่อไป</p>

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางในการแก้ไขปัญหา
<p>4.2 ผู้สูงอายุบางราย คำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ได้ไม่แม่นยำและมีความลำบากในการ คำนวณค่าดัชนีมวลกาย เนื่องจากนอนเปล</p>	<p>ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้สูงอายุ ที่นอนเปลทุกรายได้รับการชั่งน้ำหนักก่อนมารับการตรวจที่ คลินิกผู้สูงอายุ สำหรับคลินิกผู้สูงอายุได้ใช้ระบบพิมพ์ตัวปัมเป็น ลายลักษณะอักษรระบุไว้ที่ใบนัดครั้งต่อไปว่า เปล-รถนั่ง เพื่อ ช่วยในการย้ายเตียงเจ้าหน้าที่หน่วยงานเคลื่อนย้ายจากเตียงผู้ป่วย นอกชั้น 1 ทำการชั่งน้ำหนักผู้สูงอายุรายนี้ก่อนนำส่งขึ้นมารับ การตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุเตียงผู้ป่วยนอกชั้น 4 ต่อไป</p>
<p>5. ปัญหาเกี่ยวกับการ รับประทานอาหารใน ผู้สูงอายุที่พบบ่อย ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึก ท้อแท้ หหมดกำลังใจใน การดูแล ผู้สูงอายุที่มี ปัญหาเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการเนื่องจาก ผู้สูงอายุมีอาการเบื่อ อาหารรับประทานอาหาร ได้ น้อย ไม่ยอม รับ ประทานอาหาร บางครั้งให้เหตุผลว่า อาหารไม่อร่อย ไม่อยาก รับประทานอาหาร ส่งผล ให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักตัว ลดลง</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เปิดโอกาสให้ญาติ ผู้ดูแล ระบายความรู้สึก รับฟังปัญหา</li> <li>2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี พูดคุยให้กำลังใจแก่ญาติ ผู้ดูแลในการให้ การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะโภชนาการที่ดี สุขภาพที่ดีในผู้ป่วย</li> <li>3. ชักถามญาติ ผู้ดูแล เกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติเป็นประจำในแต่ละวัน และอธิบายให้ความรู้ แนะนำ ญาติ ผู้ดูแลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ เลือกอาหารด้วยตนเองโดยไม่ขัดต่อโรคที่เป็นอยู่ พร้อมแนะนำ ญาติ ผู้ดูแล ให้ปรุงอาหารตามรสชาติที่ผู้สูงอายุชอบ รวมถึงจัดหา ใส่ภาชนะที่มีสีสันสดใสเพื่อกระตุ้น เพิ่มความอยากอาหาร พร้อมทั้งดูแลจัดให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสรับประทานอาหารร่วมกับ สมาชิกในครอบครัวในแต่ละมื้อเท่าที่จะปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ</li> </ol>

จากปัญหา อุปสรรคและแนวทางการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละราย ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ถึงแม้พยาบาลในคลินิกจะมีทักษะในการประเมิน ดูแล คัดกรอง เบื้องต้นด้านภาวะโภชนาการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน ได้รับการดูแลตรวจ รักษาจากแพทย์และ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งนับเป็นผลดีแก่ผู้สูงอายุ พยาบาลยังเล็งเห็นว่านอกจาก สิ่งเหล่านี้สิ่งที่จำเป็นและสำคัญในการดำเนินการรักษา ดูแล ผู้สูงอายุ ได้แก่ ญาติ ผู้ดูแล ซึ่งนับเป็นผู้ที่มี บทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละรายให้ได้รับการดูแล ที่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพตาม เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องพูดคุย ชักถาม

รับฟังปัญหา มีความเข้าใจ เห็นใจ ในสภาพปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละรายตลอดจนสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ ผู้ดูแล ส่งเสริมให้ความรู้ แนะนำ ให้กำลังใจแก่ญาติ ผู้ดูแล เพื่อให้ญาติ ผู้ดูแล มีกำลังใจ มีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง สามารถดูแลผู้สูงอายุให้มีภาวะโภชนาการที่ดี มีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสูงวัยต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United nations. Population ageing and sustainable development. [internet]. 2014. [cited 8 October 2014]. Available from: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts\\_2014-4.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2014-4.pdf).
2. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. [internet]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 9 ตุลาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.nesdb.go.th/temp\\_social/data/data\\_02.pdf](http://www.nesdb.go.th/temp_social/data/data_02.pdf).
3. ชโลบล เฉลิมศรี, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2557. หน้า 10-29.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2556. หน้า 369-397.
5. นารีรัตน์ จิตรมนตรี. แนวโน้มและประเด็นการดูแลผู้สูงอายุ. ใน: วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า1-22.
6. ภาวะโภชนาการไม่ดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2557]. เข้าถึงได้จาก: [Leenrada3099208811680140.blogspot.com](http://Leenrada3099208811680140.blogspot.com).
7. ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (SI-03-2-002-01)/คณะกรรมการดำเนินงานการบริการผู้ป่วยนอก พ.ศ.2548.
8. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันการประเเมนและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2558. หน้า 81-90.
9. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ผลกระทบของภาวะสมองเสื่อม. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันการประเเมนและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2558. หน้า 9-15.

10. National Institute for Clinical Excellence (NICE), Clinical practice guideline for the assessment and prevention of fall in older people. November 2004, page 19.
11. The Chartered Society of Physiotherapy and the College of Occupational therapist. Guidelines for the collaborative management of elderly people who have fallen. June 2000.
12. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
13. วิไลวรรณ ทองเจริญ, สมจินต์ เพชรพันธ์ศรี, นารีรัตน์ จิตรมนตรี. การพยาบาลกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. ใน: วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า 172-248.
14. ลีวรรณ อุณนาภิรักษ์. การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลรากลุ่มคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
15. ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ ปริ้นท์; 2554.
16. Vanderwee K, Clays E, Bacquaert I, Gobert M, Folens B, Defloor T. Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: a Belgian cross-sectional, multi-centre study. Clin Nutr 2010; 29: 469-76.
17. อรพินท์ บรรจง, จินต์ จรุงรักษ์, พิสมัย เอกก้านตรง, โสภา รมโชติพงศ์. ความสามารถในการเคี้ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ.วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2548; 28: 77-90.
18. ธนรัตน์ วรवलเสน่ห์. Drug user to increase appetite for weight loss in elderly. ใน: ธนรัตน์ สรवलเสน่ห์, กฤษฎา ศักดิชัยศรี, บุชบา จินดาวิจักษณ์, บรรณาธิการ. Pharmacotherapy in geriatrics. กรุงเทพฯ: บริษัท ประชาชน จำกัด. หน้า 89-104.
19. ภาวะโภชนาการที่มีผลต่อสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 6 เมษายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.jintana.mns.ac.th/pontape/p4-1.html>.
20. เจริญ จันทกรมล. ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ.[อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2558]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.naewan.com/lady/columnist/16630>.

21. กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบัน; 2547. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.Phimaimedicine.org/2013/05/23.3htm/>.
22. วิบูลย์ ตระกูลสุน, บุชชา พราหมณสุทธิ. แนวคิดใหม่ในการประเมินคัดกรองภาวะโภชนาการผู้ป่วย. ใน: ส่งศรี แก้วถนอม, บุชชา พราหมณสุทธิ, สรนิต ศิลธรรม, บรรณาธิการ. พยาบาลโภชนาการบำบัด. กรุงเทพฯ: สมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย; 2557. หน้า 31-54.
23. Kuzuya M, Izawa s, Enoki H, Okada K, Iguchi A. Is serum albumin a good marker for malnutrition in the physically impaired elderly? Clin Nutr 2007; 26: 84-90.
24. Bouillanne O, Hay P, Liabaud B, Duche C, Cynober L, Aussel C. Evidence that albumin is not a suitable marker for body composition-related nutritional status in elderly patients. Nutrition 2011; 27: 165-9.
25. MNA ทางเลือกใหม่ของการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ช่วยเสริมชีวิตให้มีความสุขในแบบที่เลือกได้. [อินเทอร์เน็ต]. 2544. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ryt9.com/s/prg/248779>.
26. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennaham D, Lauque S, Albaredo JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition. 1999 Feb; 15(2): 116-22.
27. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>®</sup>) review of the literature What dose it tell us? J Nutr Health Aging. 2006 Nov-Dec; 10(6): 466-85; discussion 485-7.
28. Lee RD, Neiman DC. Anthropometry. In: Lee RD, Neiman DC, editors. Nutritional Assessment. Dubuque: Wm. C. Publishers. 1993: 170.
29. Jelliffe DB. The Assessment of the nutritional status of the community. WHO monograph series no. 53, Geneva, 1996.
30. WHO Expert Committee on Medical Assessment of Nutritional Status. WHO Technical Report Series no. 258, Geneva, 1993.
31. ประสงค์ เทียนบุญ. การประเมินภาวะทางโภชนาการ (Assessment of Nutritional Status). ใน: ประสงค์ เทียนบุญและคณะ, บรรณาธิการ. โภชนาบำบัดระบบทางเดินอาหารและหลอดเลือดดำ. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 10-483.

32. สุปราณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด; 2551.
33. อรวรรณ แผนคง. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2553.
34. วรรณิ ตปนีयर, งามนิตย์ รัตนานุกูล. การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาลเล่ม 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ไอกรุป เพรส จำกัด; 2552.
35. ชโลบล เฉลิมศรี. การคัดกรองโรคในผู้สูงอายุในบริบทของสถานบริการระดับปฐมภูมิ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. พญณาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้สูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2560.
36. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2542.
37. ผู้สูงวัยกับโภชนาการ. [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://suvarnachad.co.th/article\\_21.php](http://suvarnachad.co.th/article_21.php).
38. มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. ภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2559 [ปรับปรุงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก; <http://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/project/men.htm>.
39. The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP). NPUAP Pressure Injury Stages [internet]. 2016. [cited 2016 December 3]. Available from: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clin-ical-resources/npuap-pressure-injury-stages/>.
40. จุฬารพร ประสงค์สิต. Pressure ulcer and moisture associated skin damage. ใน: จุฬารพร ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, บรรณาธิการ. การพยาบาลออสโตมีและแผลในศตวรรษที่ 21 Ostomy and Wound Nursing within the 21<sup>st</sup> century. กรุงเทพฯ: ชมรมพยาบาลออสโตมีและแผล; 2556. หน้า 49-61.
41. วิไลวรรณ ทองเจริญ. การพยาบาลเพื่อการดูแลตนเองในวัยสูงอายุภาวะปกติ. ใน: วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า 106-126.
42. วิไลวรรณ ทองเจริญ. การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บปวด. ใน: วิไลวรรณ ทองเจริญ, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554. หน้า 153-171.

43. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการ  
โรมพ์พิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
44. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติบัติการป้องกัน  
ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: บริษัทซีจีทูลจำกัด; 2551.

ภาคผนวก

## คณะกรรมการตรวจสอบคู่มือการพยาบาล

การดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

### 1. นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ตำแหน่ง ศาสตราจารย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สังกัด ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

### 2. แพทย์หญิงชโลบล เฉลิมศรี

ตำแหน่ง อาจารย์สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สังกัด ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

### 3. นางจุฬารัตนา พิศาลสารกิจ

ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการ

สังกัด ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

การดูแลภาวะโภชนาการผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ  
ในคลินิกผู้สูงอายุ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช

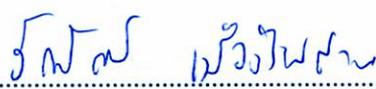
นางสาวนภาพร เพ็งสอน

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช  
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล  
พ.ศ. 2560

คณะกรรมการตรวจสอบคู่มือการพยาบาล

  
.....  
(นางจุฬารัตนา พิศาลสารกิจ)

พี่เลี้ยงคู่มือการพยาบาล

  
.....  
(ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล)

ผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล

  
.....  
(อ.พญ.ชโลบล เฉลิมศรี)

ผู้ทรงคุณวุฒิคู่มือการพยาบาล

ลิขสิทธิ์ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

## ประวัติผู้จัดทำคู่มือการพยาบาล

ชื่อ - สกุล

นางสาวนภาพร เพ็งสอน

คุณวุฒิ

พยาบาลศาสตรบัณฑิต(ต่อเนื่อง)

ตำแหน่ง

พยาบาลชำนาญการ

สังกัด

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล