บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้ในประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 6 ล้านคนในปี พ.ศ. 2549 คาดว่าในปี พ.ศ. 2569 จะเพิ่มเป็น 11 ล้านคน[1] ซึ่งสังคมจะต้องดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะด้านสุขภาพ กล่าวคือ ความชุกของการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เบาหวาน โรคทางเดินอาหาร กระเพาะเรื้อรัง และโรคหัวใจ/ตามลำดับ[2] โดยมีปัจจัยหลายอย่างที่สามารถควบคุมได้ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคดังกล่าวเช่น ภาวะโภชนาการ การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์ชัดเจนระหว่างภาวะโภชนาการวัดโดยดัชนีมวลกาย (body mass index) ไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) กับอัตราการเสียชีวิต มีความสัมพันธ์กันเป็นรูปตัว U นั่นคือ ไม่ว่าจะมีภาวะทุพลโภชนาการหรือ โภชนาการเกิน ล้วนก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้นั่นเอง[3] การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะทุพลโภชนาการในผู้สูงอายุพบว่า การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม อยู่อย่างโดดเดี่ยว ฐานะยากจน ประเภทของอาหารประจำถิ่น เป็นสาเหตุหลักของการเกิดทุพลโภชนาการและขาดวิตามิน นอกจากนี้ ปัญหาทันตกรรมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทำให้การบดเคี้ยวผิดปกติก็ทำให้เกิดปัญหาด้วยเช่นกัน[4]

การวัดคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ ของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ[5] 1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมี ผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพละกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพายาต่างๆ หรือการรักษา ทางการแพทย์ อื่นๆ เป็นต้น 2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึก ภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิดความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความ เศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึง ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าตนได้เป็น ผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ

หรือการมีเพศ สัมพันธ์ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับโภชนาการในกลุ่มประชากรต่างๆ ดังมีรายงานในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง[6] ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง[7] รวมถึงผู้สูงอายุ[8] การวิจัยเชิงปฏิบัติการในต่างประเทศที่ทำการทดลองให้คำแนะนำด้านอาหารแก่กลุ่มตัวอย่างสามารถทำให้มีภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตสูงขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ[9][10] และไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อภาวะโภชนาการดีขึ้น คุณภาพชีวิตก็สูงขึ้นด้วย ผู้วิจัยมีแนวคิดศึกษาภาวะโภชนาการจากการวัดด้วยแบบสอบถามและการวัดด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ (multifrequency bioimpedance spectroscopy) ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างไรเพื่อเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการพัฒนาภาวะโภชนาการให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาทั้งปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

สมมุติฐาน

1. ภาวะโภชนาการมีผลต่อคุณภาพชีวิตและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
2. การปรับเปลี่ยนภาวะโภชนาการช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

1. ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มประชากรคือผู้สูงอายุในชุมชนแสนสุข
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการที่สาธารณสุขชุมชน เทศบาลแสนสุข
3. เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง คุณภาพชีวิต และภาวะโภชนาการโดยการวัดด้วยเครื่อง Bioimpedance spectroscopy
4. เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตุเทศบาลเมืองแสนสุข
2. คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ในด้านต่างๆ ของประชากร ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวม

3. ภาวะโภชนาการ (Nutritional Status) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการบริโภคแบ่งเป็นภาวะโภชนาการที่ดี และภาวะโภชนาการที่ไม่ดี

   1. ภาวะโภชนาการที่ดี (Good Nutritional Status) หมายถึง ภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการหรือมีสารอาหารครบถ้วนและมีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกายก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย และร่างกายใช้สารอาหารเหล่านั้นในการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มที่

   2. ภาวะโภชนาการที่ไม่ดี (Bad Nutritional status) หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่าทุพลโภชนาการ (Malnutrition) หมายถึง สภาวะของร่างกายที่เกิดจากการได้รับสารอาหารที่มีสารอาหารไม่ครบถ้วนหรือมีปริมาณไม่เหมาะกับความต้องการของร่างกายหรืออาจเกิดจากร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนพอเหมาะ แต่ร่างกายไม่สามารถใช้สารอาหารนั้นได้ จึงทำให้เกิดภาวะผิดปกติ
4. การวัดสัดส่วนของร่างกาย หมายถึง การวัดส่วนประกอบของร่างกายเป็นส่วนต่างๆโดยหลักการ 2, 3 หรือ 4 Compartment model ด้วยเครื่องมือ Bioimpedance Spectroscopy (BIS)
5. Bioimpedance spectroscopy หมายถึง เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวัด Bioimpedance ของร่างกายโดยหลักการ Bioimpedance amalysis

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัญหาด้านภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ
2. สร้างรูปแบบการดูแลภาวะโภชนาการเพื่อนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. สร้างองค์ความรู้ใหม่เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ คุณภาพชีวิต และการวัดสัดส่วนร่างกายด้วย multifrequency bioimpedance spectroscopy