PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 525-533.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and Factors Associated with Malnutrition in Older Adults with Mild Cognitive Impairment

Sirima Sataeyee, M.D., Krittin Rakchard, M.D., MRCFPT, Sorawat Sangkaew, M.D.

Hatyai Hospital, Songkhla Province, Thailand

Corresponding author :
Sirima Sataeyee, M.D., Hatyai Hospital, 182 Ratthakan Rd, Hat Yai Sub-district, Hat Yai District, Songkhla 90110, Thailand.
Email: sirimasataeyee@gmail.com

Received: February 14, 2024;
Revised: May 27, 2024;
Accepted: May 29, 2025

ABSTRACT

Background: Malnutrition is common among elderly people and has consequences for cognitive function. The screening of the elderly revealed an increase in mild cognitive impairment. The study of factors related to malnutrition and mild cognitive impairment contributes to beneficial future healthcare. This study aimed to determine and define the prevalence factors associated with malnutrition in the elderly with mild cognitive impairment.

Methods: A cross-sectional study was conducted, involving 135 persons who were over the age of 60 and had mild cognitive impairment. The study collected associated variables and assessed the nutritional status using the Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA-SF).

Results: Approximately 53.33 percent of participants were in the group that had malnutrition or was at risk of malnutrition. The mean age of all participants was 71.43 years, with a majority of females. Most of the participants had not completed primary education and were unemployed. The prevalence of polypharmacy was 43.70 percent. In multivariable logistic regression analysis, malnutrition or risk of malnutrition was significantly associated with older age (AOR 1.07 per year, 95% CI 1.00–1.14, p = 0.0497), male sex (AOR 2.99, 95% CI 1.14–7.82, p = 0.026), and unemployment (AOR 4.01, 95% CI 1.59–10.13, p = 0.003), whereas each higher level of education was associated with lower odds (AOR 0.58, 95%CI 0.36–0.94, p = 0.028). However, the relationship with polypharmacy was not found to be significant.

Conclusions: Malnutrition or risk of malnutrition was found in 53.33% of older adults with MCI and was associated with older age, male sex, lower educational level, and unemployment. These sociodemographic factors were significantly associated with malnutrition or risk of malnutrition. The recommendations are to assess the nutritional status of older individuals to encourage appropriate healthcare management and to promote nutritional support to improve their quality of life.

Keywords: older adults, malnutrition, mild cognitive impairment

PCFM Vol 9 No. 5 Sep-Oct 2026: 525-533.

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

สิริมา สะแตยี, พ.บ., กฤติน รักชาติ, พ.บ., วว.เวชศาสตร์ครอบครัว, ศรวัส แสงแก้ว, พ.บ.,

โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้รับผิดชอบบทความ:
สิริมา สะแตยี, พ.บ.,
โรงพยาบาลหาดใหญ่ 182
ถ.รัถการ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา
90110, ประเทศไทย
Email: sirimasataeyee@gmail.com

Received: February 14, 2024;
Revised: May 27, 2024;
Accepted: May 29, 2025

บทคัดย่อ

ที่มา: ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสุขภาพในการทำงานด้านการคิดและหาเหตุผลของสมอง (cognitive function)เสื่อมลง ซึ่งปัจจุบันพบผู้สูงอายุมีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) เพิ่มขึ้น การศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยเพื่อได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในอนาคต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการ ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment)

วัสดุและวิธีการ: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในผู้สูงอายุที่วินิจฉัยภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จำนวน 135ราย ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและประเมินภาวะโภชนาการแบบย่อ (MNA-SF)

ผลการศึกษา: พบว่ามีภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการจำนวนร้อยละ 53.33 อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมทั้งหมด 71.43 ± 7.06 ปี ส่วนใหญ่เพศหญิง การศึกษาระดับต่ำกว่าชั้นประถมและว่างงาน แต่การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) พบร้อยละ 43.70 เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (multivariable logistic regression) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น (AOR 1.07 ต่อปี, 95%CI 1.00–1.14, p = 0.0497) เพศชาย (AOR 2.99, 95%CI 1.14–7.82, p = 0.026) และการว่างงาน (AOR 4.01, 95%CI 1.59–10.13, p = 0.003) สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการที่เพิ่มขึ้น ส่วนระดับการศึกษาที่สูงขึ้นแต่ละระดับสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลง (AOR 0.58, 95%CI 0.36–0.94, p = 0.028) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการใช้ยาร่วมกันหลายขนานไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: พบภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการร้อยละ 53.33 และสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย ระดับการศึกษาที่ต่ำ และการว่างงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม แนะนำให้มีการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเพื่อวางแผนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ในอนาคต

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยข้อมูลจากกรมกิจการผู้สูงอายุของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พบว่าในปี 2565 มีสถิติจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ในประเทศไทยคิดเป็นร้อยละ 18.30 ของประชากร[1] เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายซึ่งภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นจากสาเหตุ1ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางกายซึ่งมีการเคลื่อนตัวของกระเพาะอาหารช้าลงและการหลั่งกรดในกระเพาะอาหารที่ลดลง มีภาวะสมองเสื่อมทำให้เกิดจากพฤติกรรมที่ผิดปกติส่งผลต่อการรับอาหารไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเมื่อเกิดภาวะซึมเศร้าทำให้รับประทานอาหารได้ลดลง ปัจจัยทางสังคมประชากรสูงอายุมักใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวและเศรษฐานะที่ลดลงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสมองด้านการคิดและหาเหตุผลของสมองเสื่อมถอยลง[1] และการใช้ยาหลายขนานตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป (polypharmacy)[2] อย่างไม่เหมาะสมจนเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา[3–6]

จากการส่งเสริมให้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น7การคัดกรองด้านโภชนาการพบความชุกของภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 5.70 และเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 37.80[8,9] ส่วนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมพบความชุกของภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment, MCI) เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 6.70-25.20[10] ซึ่งเป็นความผิดปกติด้านความจำแต่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานได้ เนื่องจากเป็นระยะที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของวัยชรา (normal aging)[1,10] และดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมได้หลังติดตาม 2 ปี[11] โดยปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะ MCI[12] ได้แก่ อายุมาก พฤติกรรมเนือยนิ่ง (sedentary lifestyle) โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงช่วงอายุวัยกลางคน การสูบบุหรี่ ประวัติโรคซึมเศร้า การใช้ยากลุ่ม benzodiazepines โรคจิต กระดูกสะโพกหัก และ polypharmacy ซึ่งมีการศึกษาในประเทศไทยพบ polypharmacy ในผู้สูงอายุมีความชุกสูงถึงร้อยละ 65.90[3] ส่วนในต่างประเทศพบร้อยละ 43.40 โดยร้อยละ 51.10 ของผู้ที่มี polypharmacy ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป และจำนวนยาที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการได้รับสารอาหารลดลงอย่างมีนัยสำคัญ[13]

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นและระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะ cognitive frailty (MCI ร่วมกับ physical frailty) และภาวะทุพโภชนาการสัมพันธ์กับ cognitive frailty[11] นอกจากนี้ปัจจัย polypharmacy ที่อาจสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการได้ยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจน ซึ่งการรับยาหลายชนิดร่วมกันมีโอกาสส่งผลต่ออันตรกิริยาระหว่างยากับอาหาร (drug-nutrition interactions)[14] อันตรกิริยาระหว่างยากับยา (drug-drug interactions)[15] ส่งผลต่อการดูดซึมยาหรืออาหารทำให้มีระดับความเข้มข้นยาที่มากขึ้นหรือลดลงรวดเร็วมีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของยาที่ใช้ในการรักษาจนเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้มากขึ้น และกลุ่มยาบางชนิดที่ส่งผลต่อการทำงานของสมองเสื่อมลง[16,17] โดยกลุ่มยาที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ[14] ได้แก่ กลุ่มยาลดความดัน กลุ่มยาระบบทางเดินอาหาร (proton pump inhibitors) กลุ่มยาลดไขมัน (HMG-CoA reductase inhibitors (statins)) ยาเบาหวาน (metformin) และยาขับปัสสาวะ เป็นกลุ่มยาที่พบบ่อยอยู่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยและศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กันซึ่งยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างชัดเจนคือ polypharmacy[11,18] ในคลินิกผู้สูงอายุชะลอรักษ์โรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งให้การดูแลและรักษากลุ่มอาการของผู้สูงอายุในสถานบริการปฐมภูมิตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะเริ่มต้นเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองในด้านการคิดและหาเหตุผล (cognitive function) เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาระยะยาวได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความชุกของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการดูแลที่คลินิกผู้สูงอายุชะลอรักษ์ซึ่งเป็นคลินิกในหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และเข้าเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ ผู้ใหญ่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปร่วมกับเข้าเกณฑ์วินิจฉัยภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย[19,20] และคัดออกตามเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ผู้พิการทางตาและหู ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (depression) หรือมีประวัติโรคทางจิตเวช ผู้ที่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular accident) และโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) หรือมีประวัติอุบัติเหตุทางสมอง (brain injury) เก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา สถานภาพสมรส สถานะการทำงาน รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนยาที่ใช้ (กำหนดการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) คือการใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป) คะแนนประเมิน Thai mental state examination (TMSE) คะแนนประเมิน Montreal cognitive assessment (MoCA) Thai version และคะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living (ADL)) และการประเมินคัดกรองเพิ่มเติมจากแนวทางของคลินิกชะลอรักษ์ คือ คะแนนประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการแบบย่อฉบับภาษาไทย (Mini Nutritional Assessment–Short Form; MNA-SF) ซึ่งแปลผลเป็นภาวะโภชนาการปกติ (12–14 คะแนน) เสี่ยงต่อทุพโภชนาการ (8–11 คะแนน) และทุพโภชนาการ (0–7 คะแนน) โดยผลลัพธ์หลักของการศึกษาคือภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ (MNA-SF ≤ 11 คะแนน) เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กรกฎาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2566 หลังได้รับการอนุมัติทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ หมายเลข HYH EC 039-66-01 รับรองวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2566

บันทึกข้อมูลและวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม Stata แสดงผลการศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอโดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percent) ค่าเฉลี่ย (mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจำแนกลักษณะของประชากรที่ศึกษาและใช้สถิติอนุมาน (inferential statistics) โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแต่ละปัจจัยกับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariable logistic regression) และคัดเลือกปัจจัยด้วยวิธี forward stepwise เข้าสู่การถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (multivariable logistic regression) รายงานผลเป็น odds ratio (OR) และ adjusted odds ratio (AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ตัวแปรระดับการศึกษาวิเคราะห์เป็นตัวแปรลำดับ 4 ระดับ (ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป) กลุ่มอ้างอิงของเพศคือเพศหญิง และของสถานะการทำงานคือผู้ที่ทำงาน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 135 คน โดยใช้สูตร infinite population proportion ค่า proportion (p) = 0.27, error (d) = 0.075 และ alpha error = 0.05 โดยอ้างอิงจากการศึกษา Yakaryilmaz et al[15]

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยจำนวน 135 ราย ตามแสดงตารางที่ 1 มีอายุเฉลี่ยรวม 71.43 ปี เพศหญิงร้อยละ 72.59 สถานภาพสมรสร้อยละ 71.85 มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 90.37 สถานะว่างงานร้อยละ 57.78 ระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาร้อยละ 76.30 มีโรคประจำ

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) 135 ราย

ลักษณะทั่วไป	จำนวนทั้งหมด =135 จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะโภชนาการ	
		ทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ	ปกติ
อายุ, ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	71.43±7.06	73.36±6.85	69.22±6.68
ดัชนีมวลกาย (BMI), ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	25.73±4.46	23.90±3.68	27.83±4.36
เพศ			
หญิง	98 (72.59)	49 (50.00)	49 (50.00)
ชาย	37 (27.41)	23 (62.16)	14 (37.84)
ทั้งหมด	135 (100.00)	72 (53.33)	63 (46.67)
ศาสนา			
พุทธ	119 (88.15)	63 (52.94)	56 (47.06)
อิสลาม	16 (11.85)	9 (56.25)	7 (43.75)
สถานภาพ			
สมรส	97 (71.85)	45 (46.39)	52 (53.61)
โสดหรือหย่าร้าง	38 (28.15)	27 (71.05)	11 (28.95)
รายได้			
น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือน	122 (90.37)	66 (54.10)	56 (45.90)
≥ 15,000 บาทต่อเดือน	13 (9.63)	6 (46.15)	7 (53.85)
สถานะการทำงาน			
ว่างงาน	78 (57.78)	52 (66.67)	26(33.33)
ทำงาน	57 (42.22)	20 (35.09)	37(64.91)
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	103 (76.30)	61 (59.22)	42 (40.78)
ระดับประถมศึกษา	14 (10.37)	5 (35.71)	9 (64.29)
ระดับมัธยมศึกษา	12 (8.89)	3 (25.00)	9 (75.00)
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6 (4.44)	3 (50.00)	3 (50.00)
สิทธิการรักษา			
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	108 (80.00)	58 (53.70)	50 (46.30)
สิทธิข้าราชการหรือเบิกต้นสังกัด	22 (16.30)	12 (54.55)	10 (45.45)
สิทธิประกันสังคม	5 (3.70)	2 (40.00)	3 (60.00)
โรคประจำตัว			
ไม่มี	6 (4.44)	4 (66.67)	2 (33.33)
มี	129 (95.56)	68 (52.71)	61 (47.29)
การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน			
น้อยกว่า 5 ชนิด	76 (56.30)	44 (57.89)	32 (42.11)
มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ชนิด	59 (43.70)	28 (47.46)	31 (52.54)
กลุ่มยาที่ใช้			
1. กลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง			
มี	102 (75.56)	54 (52.94)	48 (47.06)
ไม่มี	33 (24.44)	18 (54.55)	15 (45.45)
2. กลุ่มยาลดกรดในกระเพาะอาหาร (proton pump inhibitors)			
มี	27 (20.00)	13 (48.15)	14 (51.85)
ไม่มี	108 (80.00)	59 (54.63)	49 (45.37)

ตารางที่ 1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) 135 ราย (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวนทั้งหมด =135 จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะโภชนาการ	
		ทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ	ปกติ
3. กลุ่มยาลดไขมันในเลือด (HMG-CoA reductase inhibitors (statins))			
มี	111 (82.22)	57 (51.35)	54 (48.65)
ไม่มี	24 (17.78)	15 (62.50)	9 (37.50)
4. ยารักษาเบาหวาน (metformin)			
มี	26 (19.26)	14 (53.85)	12 (46.15)
ไม่มี	109 (80.74)	58 (53.21)	51 (46.79)
5. กลุ่มยาขับปัสสาวะ (loop, thiazide, and osmotic)			
มี	9 (6.67)	5 (55.56)	4 (44.44)
ไม่มี	126 (93.33)	67 (53.17)	59 (46.83)
คะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living (ADL))			
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.70±0.66	19.63±0.76	19.78±0.52
คะแนนประเมิน Thai mental state examination (TMSE)			
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	24.46±3.35	24.51±3.11	24.40±3.63
คะแนนประเมิน Montreal cognitive assessment (MoCA) Thai version			
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.11±3.59	18.28±3.49	17.92±3.73
คะแนน MNA-SF, ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	11.44±1.72	10.08±1.02	12.98±0.81

ตัวร้อยละ 95.56 polypharmacy ร้อยละ 43.70 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยาลดไขมันและยาลดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 82.22 และ 75.56 ตามลำดับ และคะแนนประเมินโภชนาการค่าเฉลี่ย 11.44 ± 1.72 คะแนน

ภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการพบ 72 ราย (ร้อยละ 53.33) แบ่งเป็นภาวะทุพโภชนาการ (MNA-SF 0–7 คะแนน) 2 ราย (ร้อยละ 1.48) และเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ (8–11 คะแนน) 70 ราย (ร้อยละ 51.85) ส่วนภาวะโภชนาการปกติพบ 63 ราย (ร้อยละ 46.67) กลุ่มทุพโภชนาการหรือเสี่ยงมีอายุเฉลี่ย 73.36 ± 6.85 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.90 ± 3.68 กก./ตร.ม. คะแนน Barthel ADL เฉลี่ย 19.63 ± 0.76 และคะแนน MNA-SF เฉลี่ย 10.08 ± 1.02 คะแนน ขณะที่กลุ่มปกติมีอายุเฉลี่ย 69.22 ± 6.68 ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.83 ± 4.36 กก./ตร.ม. คะแนน Barthel ADL เฉลี่ย 19.78 ± 0.52 และคะแนน MNA-SF เฉลี่ย 12.98 ± 0.81 คะแนน

เมื่อพิจารณาสัดส่วนผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงภายในแต่ละกลุ่มย่อย (ร้อยละตามแถวในตารางที่ 1) พบในเพศชายร้อยละ 62.16 (23/37) และเพศหญิงร้อยละ 50.00 (49/98) ในผู้ที่โสดหรือหย่าร้างร้อยละ 71.05 และผู้ที่สมรสร้อยละ 46.39 ในผู้ว่างงานร้อยละ 66.67 และผู้ที่ทำงานร้อยละ 35.09 ในผู้มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาร้อยละ 59.22 เทียบกับระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 35.71, 25.00 และ 50.00 ตามลำดับ ในผู้มีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 54.10 และในผู้ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไปร้อยละ 47.46 เทียบกับผู้ใช้ยาน้อยกว่า 5 ชนิดร้อยละ 57.89

จากการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (univariable logistic regression) ดังแสดงในตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ (OR 1.10 ต่อปี, 95%CI 1.04–1.16, p =

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ: การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียวและแบบพหุตัวแปร (n = 135)

ปัจจัย	Crude odds ratio (95%CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95%CI)	p-value
อายุ (ต่อ 1 ปี)	1.10 (1.04-1.16)	0.001	1.07 (1.00-1.14)	0.0497
เพศชาย (อ้างอิง: หญิง)	1.64 (0.76-3.56)	0.208	2.99 (1.14-7.82)	0.026
ระดับการศึกษา (ต่อ 1 ระดับที่สูงขึ้น)[a]	0.64 (0.42-0.99)	0.046	0.58 (0.36-0.94)	0.028
ว่างงาน (อ้างอิง: ทำงาน)	3.70 (1.80-7.60)	< 0.001	4.01 (1.59-10.13)	0.003
ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป (polypharmacy) (อ้างอิง: < 5 ชนิด)	0.66 (0.33-1.30)	0.229	0.51 (0.23-1.13)	0.098
คะแนนประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living) (ต่อ 1 คะแนน)	0.69 (0.39-1.20)	0.188	0.99 (0.53-1.86)	0.979

ผลลัพธ์คือภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ (MNA-SF ≤ 11 คะแนน); AOR ปรับด้วยตัวแปรทั้งหมดในตาราง; [a]ระดับการศึกษาวิเคราะห์เป็นตัวแปรลำดับ 4 ระดับ (ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป); OR, odds ratio; AOR, adjusted odds ratio; CI, confidence interval

0.001) ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นแต่ละระดับ (OR 0.64, 95%CI 0.42–0.99, p = 0.046) และการว่างงาน (OR 3.70, 95%CI 1.80–7.60, p < 0.001) ส่วนเพศชาย (OR 1.64, 95%CI 0.76–3.56, p = 0.208) polypharmacy (OR 0.66, 95%CI 0.33–1.30, p = 0.229) และคะแนน Barthel ADL (OR 0.69, 95%CI 0.39–1.20, p = 0.188) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (multivariable logistic regression) (ตารางที่ 2) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้น (AOR 1.07 ต่อปี, 95%CI 1.00–1.14, p = 0.0497) เพศชาย (AOR 2.99, 95%CI 1.14–7.82, p = 0.026) และการว่างงาน (AOR 4.01, 95%CI 1.59–10.13, p = 0.003) สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นแต่ละระดับสัมพันธ์กับโอกาสที่ลดลง (AOR 0.58, 95%CI 0.36–0.94, p = 0.028) ส่วน polypharmacy (AOR 0.51, 95%CI 0.23–1.13, p = 0.098) และคะแนน Barthel ADL (AOR 0.99, 95%CI 0.53–1.86, p = 0.979) ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

จากการศึกษาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์ของภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยที่เข้ารับการตรวจในคลินิกผู้สูงอายุชะลอรักษ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่จำนวน 135 ราย โดยใช้แบบประเมินโภชนาการแบบย่อ (MNA-SF) เพื่อคัดกรองภาวะโภชนาการ พบผู้ป่วยที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยซึ่งมีภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการร้อยละ 53.33 และเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (logistic regression analysis) พบอายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย ระดับการศึกษาที่ต่ำและการว่างงาน สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Khater et al[18] ในผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานสงเคราะห์ที่ไคโร (พบ MCI ร้อยละ 38.30 ของกลุ่มตัวอย่าง) ซึ่งพบว่าอายุสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่แย่ลง นอกจากนี้ยังสอด-คล้องกับการศึกษาของ Seesen et al[11] ในผู้สูงอายุชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นและการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะ cognitive frailty (MCI ร่วมกับ physical frailty) และภาวะทุพโภชนาการตามแบบประเมิน MNA-SF สัมพันธ์กับ cognitive frailty อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ

Khater et al[18] ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับภาวะโภชนาการ (เพศหญิงสัมพันธ์กับการเป็น MCI) และการศึกษาของ Seesen et al[11] ไม่ได้รายงานว่าเพศสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการ ส่วนการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศชายสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการขาดความสามารถในการทำอาหารหรือการจัดหาอาหาร ในสังคมไทยส่วนใหญ่การจัดการดูแลด้านอาหารในครอบครัวเป็นหน้าที่ของผู้หญิง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งเพศชายมีโอกาสพบภาวะทุพโภชนาการได้มากกว่าเพศหญิง[1] นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีผลต่อเศรษฐานะ เมื่อโอกาสการทำงานลดลงส่งผลต่อการมีรายได้ลดลงทำให้ความสามารถในการเลือกซื้ออาหารได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายลดลงเช่นกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบการว่างงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเป็นปัจจัยทางสังคมที่ควรให้ความสนใจเพิ่มมากขึ้น

ส่วนการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมคือ polypharmacy ซึ่งศึกษาความชุกและความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการ พบความชุกร้อยละ 43.70 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Heuberger et al[13] ซึ่งพบความชุกของ polypharmacy ร้อยละ 43.40 แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง polypharmacy กับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Heuberger et al[13] ที่พบว่าจำนวนยาที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการที่แย่ลง และการศึกษาของ Yakaryilmaz et al[15] ที่พบว่า polypharmacy สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษา Vatcharavongvan et al[3] พบ polypharmacy ถึงร้อยละ 65.90 อาจเนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรเข้ารับการดูแลในคลินิกชะลอรักษ์โรงพยาบาลหาดใหญ่ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางสุขภาพน้อยกว่าผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ส่วนผู้สูงอายุที่โภชนาการปกติมีความชุกของ polypharmacy สูงกว่า และพบว่ามีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถม มีอาชีพและรายได้ที่มากกว่าจึงมีโอกาสเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพและมีเศรษฐานะที่สามารถเลือกซื้อหรือจัดหาอาหารได้หลากหลาย

ข้อจำกัดงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การศึกษาอยู่ในชุมชนและรับบริการที่หน่วยปฐมภูมิซึ่งมีความซับซ้อนของปัญหาทางสุขภาพน้อยกว่าในโรงพยาบาล และอาจมีปัจจัยร่วมอย่างอื่นที่ยังไม่ได้ศึกษาเพิ่มเติม เช่น ปัญหาสุขภาพทางช่องปาก การกลืนอาหาร และชนิดของอาหารที่รับประทาน เป็นต้น อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้เช่นกัน นอกจากนี้การเก็บข้อมูลรายการยาเพียงเฉพาะบันทึกในโรงพยาบาลเท่านั้นซึ่งอาจมียาที่รับจากคลินิกเอกชนหรือร้านยาที่สามารถเข้าถึงได้ชุมชนอีกด้วย

สรุป

งานวิจัยฉบับนี้พบว่าภาวะทุพโภชนาการและเสี่ยงต่อทุพโภชนาการพบร้อยละ 53.33 และสัมพันธ์กับปัจจัยของอายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย ระดับการศึกษาที่ต่ำและการว่างงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยส่วนใหญ่เป็นปัจจัยทางสังคม (sociodemographic factor) นอกจากนี้มีการศึกษาปัจจัยเพิ่มเติมคือ polypharmacy พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานพยาบาลและชุมชนแนะนำให้มีการคัดกรองภาวะโภชนาการเพื่อวางแผนการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยชะลอความเสื่อมในการทำงานของสมองและช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุต่อไปได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์กฤตินี รักชาติ อาจารย์แพทย์ผู้ร่วมวิจัย สำหรับคำแนะนำและการช่วยเหลือในการดำเนินงานวิจัยฉบับนี้ ดร.นายแพทย์ศรวัส แสงแก้ว อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่ สำหรับคำปรึกษาด้านวิจัยเพื่อการออกแบบ ดำเนินงานและแสดงผลงานวิจัยได้อย่างราบรื่น คณะอาจารย์ฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่ สำหรับคำ

แนะนำการนำเสนองานวิจัยให้สำเร็จลุล่วง และแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาลหาดใหญ่ทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันมาโดยตลอดการฝึกอบรม

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้ป่วยคลินิกชะลอรักษ์ โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นอย่างสูง สำหรับความกรุณาสละเวลาส่วนตัวและให้ความร่วมมือในการร่วมดำเนินงานวิจัยฉบับนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

Highlight

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะปริชานบกพร่องเล็กน้อยมีภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการถึงร้อยละ 53.33
2. อายุที่เพิ่มขึ้น เพศชาย ระดับการศึกษาที่ต่ำ และการว่างงาน สัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการหรือเสี่ยงต่อทุพโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพศชายมีโอกาสสูงกว่าเกือบ 3 เท่า (AOR 2.99) ขณะที่ polypharmacy ไม่สัมพันธ์
3. ควรคัดกรองภาวะโภชนาการด้วย MNA-SF ในผู้สูงอายุที่มี MCI ที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะผู้ชายสูงอายุที่ว่างงานและการศึกษาน้อย

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมจิตต์ โฉมวัฒนะชัย, สมฤดี เนียนหอม, นิติกุล ทองน่วม. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์; 2558.
2. Makboon K, Pongpaew W. Ya Chud and polypharmacy situation of Muang district in Suphanburi province. Health Sci J Thai. 2023;5:56-63.
3. Vatcharavongvan P, Prasert V, Ploylearmsang C, Puttawanchai V. Potentially inappropriate medication use among geriatric patients in primary health care centers by applying the list of risk drugs for Thai elderly criteria. J Public Health Dev. 2021;19:58-70.
4. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® Panel. American Geriatrics Society 2019 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2019;67:674-94.
5. Jyrkkä J, Mursu J, Enlund H, Lönnroos E. Polypharmacy and nutritional status in elderly people. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2012;15:1-6.
6. Jano E, Aparasu RR. Healthcare outcomes associated with Beers' criteria: a systematic review. Ann Pharmacother. 2007;41:438-48.
7. คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
8. Chuansangeam M, Wuthikraikun C, Supapueng O, Muangpaisan W. Prevalence and risk for malnutrition in older Thai people: A systematic review and meta-analysis. Asia Pac J Clin Nutr. 2022;31:128-41.
9. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009;13:782-8.
10. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. J Intern Med. 2004;256:183-94.
11. Seesen M, Sirikul W, Ruangsuriya J, Griffiths J, Siviroj P. Cognitive frailty in Thai community-dwelling elderly: Prevalence and its association with malnutrition. Nutrients. 2021;13:4239.
12. Limpawattana P, Manjavong M. Mild cognitive impairment. KKU J Med. 2020;6:25-35.
13. Heuberger RA, Caudell K. Polypharmacy and nutritional status in older adults: a cross-sectional study. Drugs Aging. 2011;28:315-23.
14. Kose E, Wakabayashi H, Yasuno N. Polypharmacy and malnutrition management of elderly perioperative patients with cancer: A systematic review. Nutrients. 2021;13:1961.
15. Datli Yakaryilmaz F, Eraydin A. Evaluation of the relationship between polypharmacy and malnutrition in diabetic elderly. Namik Kemal Med J. 2022;10:199-205.
16. Moore AR, O'Keeffe ST. Drug-induced cognitive impairment in the elderly. Drugs Aging. 1999;15:15-28.
17. Barton C, Sklenicka J, Sayegh P, Yaffe K. Contraindicated medication use among patients in a memory disorders clinic. Am J Geriatr Pharmacother. 2008;6: 147-52.
18. Shawky Khater M, Fawzy Abouelezz N. Nutritional status in older adults with mild cognitive impairment living in elderly homes in Cairo, Egypt. J Nutr Health Aging. 2011;15:104-8.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
20. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. Int J Geriatr Psychiatry. 2010;25:111-20.