

การพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง

มุขจรินทร์ สมคิด*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาของภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยคาดว่าแนวโน้มอุบัติการณ์ของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีการพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นจากปัจจัยหลายๆ ด้าน ซึ่งปัจจัยด้านโภชนาการมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุและความสามารถในการทำหน้าที่ของสมอง โดยที่ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีการศึกษาองค์ความรู้ใหม่ด้านโภชนาการ เพื่อเป็นแนวทางในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุและส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, ภาวะรู้คิดบกพร่อง, ผู้สูงอายุ

* อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ

Corresponding author, email: mukjarins1101@gmail.com, Tel. 083-1381101

Received : June 15, 2020; Revised : October 14, 2020; Accepted : November 6, 2020

Nursing Care of Nutrition Promotion among Older Persons with Cognitive Impairment

Mukjarin Somkit*

Abstract

Nowadays, cognitive impairments among older people is a significant health problem worldwide including Thailand. Various factors cause an increased incidence of dementia causing by cognitive impairments. The nutritional factors are essential for the cognitive function and brain ability of the elderly and the nutritional factors directly affect their health status and quality of life. Therefore, nurses need to know the new knowledge regarding nutrition issues, with the aim to propose the nursing care plan and enhance the quality of life of older people.

Keywords : Nutritional status, Cognitive impairment, Older persons

* Instructor, Faculty of Nursing, Chalemkarnchana University

Corresponding author, email: mukjarins1101@gmail.com, Tel.083-1381101

Received : June 15, 2020; **Revised :** October 14, 2020; **Accepted :** November 6, 2020

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งประเทศไทยที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในขณะที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคมเป็นไปในทางที่เสื่อมถอย โดยเฉพาะปัญหาของภาวะรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในระบบสาธารณสุขของโลกรวมทั้งประเทศไทย (Smith & Blumenthal, 2016) ซึ่งส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าอุบัติการณ์ของภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุจะพัฒนาไปสู่การเกิดภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นจนถึง 65.7 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 (WHO, 2012) สำหรับการศึกษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ย ร้อยละ 2-10 โดยพบได้ทุกๆ 8 คนในผู้สูงอายุ 100 คน และคาดว่าแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องจะมีการพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) เนื่องจากสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งหากมีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นแล้วอาจทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและมีความต้องการการช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้นหรือเกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล ครอบครัว การจัดระบบบริการทางสุขภาพของประเทศที่เพิ่มมากขึ้นรวมไปถึงผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศในด้านงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นด้วย ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นนั้นเป็นภาวะที่มีความผิดปกติด้านการรู้คิดที่พบตามอายุที่เพิ่มขึ้น (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) และเป็นภาวะที่เกิดจากภาวะรู้คิดบกพร่องจากระดับเล็กน้อยจนพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อม โดยระบบประสาทสั่งการที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการรู้คิดมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง เช่น กระบวนการพูด การใช้เหตุผล ความจำและการบริหารจัดการ เป็นต้น (Milte, Ball, Crawford & Mcnaughton, 2019) อุบัติการณ์การเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ ด้าน เช่น อายุ พันธุกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการใช้ชีวิต ภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และโรคเรื้อรัง (Morris et al., 2015; Smith & Blumenthal, 2016; Hai et al., 2017) ดังนั้น การศึกษาองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันหรือชะลอ หรือลดความรุนแรงของการดำเนินของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญมากในปัจจุบัน โดยผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้สูงอายุและเชื่อว่าองค์ความรู้ด้านโภชนาการเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการจะเป็นแนวทางสำหรับการลดอุบัติการณ์ของภาวะรู้คิดบกพร่องและชะลอการพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ (Hai et al., 2017) พยาบาลวิชาชีพ เป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงภาวะโภชนาการที่มีประสิทธิภาพต่อการป้องกันภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถวางแผนทางการพยาบาลและเป็นแนวทางการทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวกับการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุต่อไป

ภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ

ภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ เป็นความบกพร่องในการทำหน้าที่ของความจำ ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งเกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสมองตามอายุที่เพิ่มขึ้น พบได้ในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง หน้าที่ และเส้นประสาท และสารสื่อประสาทส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง และประสิทธิภาพในการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทสั่งการด้านความจำ และการรับรู้ลดลง ได้แก่ ด้านความตั้งใจเชิงซ้อน (Complex attention) การเรียนรู้และความจำ (Thinking and remembering) การใช้ภาษา (Language) การรับรู้ก่อดิสมพันธ์

(Visuoconstructional-perceptual ability) และการบริหารจัดการ (Executive function) โดยที่ไม่มี ความผิดปกติในการเข้าสังคมหรือการทำงาน ไม่สูญเสียการดำเนินชีวิตหรือความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การตัดสินใจและการใช้เหตุผล ผู้สูงอายุจะมีการของการหลงๆ ลืมๆ ทั่วไป การรับรู้ และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และความจำบกพร่อง (Ayers & Verghese, 2014; Smith & Blumenthal, 2016) ซึ่ง พบว่าผู้สูงอายุมักจะมีลักษณะการใช้คำพูดโดยถามคำถามเดิม ขาดการพิจารณาโดยใช้เหตุผลมากขึ้น ไม่ สามารถจัดการเกี่ยวกับตัวเลข ขาดความตั้งใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ วิตกกังวล ซึมเศร้า รับประทานอาหารได้น้อย ซึ่งมักเป็นอาการที่รุนแรงที่นำไปสู่การเจ็บป่วย การติดเชื้อ ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง การเข้ารับการรักษาระยะเวลานาน (Daradkeh et al., 2014) มีภาวะพร่องโภชนาการ เสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง และระดับคุณภาพชีวิตลดลง เป็นต้น (Ayers & Verghese, 2014) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติอีกด้วย ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุมีลักษณะสำคัญที่แตกต่างไป จากวัยอื่นๆ ได้แก่ R- Reduced body reserve คือ กระบวนการชราทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรม ที่ต่างจากวัยอื่น A- Atypical presentation คือ ผลจากกระบวนการชราทำให้ลักษณะอาการและอาการ แสดงของผู้สูงอายุไม่มีความจำเพาะของโรค M- Multiple pathology คือ ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น หลายระบบได้ในเวลาเดียวกันและมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นได้ P- Polypharmacy คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับยา หลายชนิดร่วมกัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ และ S- Social adversity คือ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (RAMPS) ซึ่งหาก ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลมากขึ้น ดังนั้น หากมีการดำเนินโรค ของภาวะรู้คิดบกพร่อง หรือมีการพัฒนาสู่ภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปด้วย ความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้นด้วย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560)

อุบัติการณ์

ภาวะรู้คิดบกพร่อง เป็นการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น พบในประชากร ผู้สูงอายุ อายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 10-20 ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องในระดับเล็กน้อยจะพัฒนาไปสู่ ภาวะสมองเสื่อมได้ถึง ร้อยละ 30-40 (Na, 2019) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์การ เกิดภาวะรู้คิดบกพร่องและภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2050 จะมีจำนวน ประชากรผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น ในปี ค.ศ.2010 พบร้อยละ 57.7 และคาดว่าใน ปี 2050 จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70.5 โดยเฉพาะในประเทศที่ด้อยพัฒนาหรือกำลังพัฒนา (Mavrodaris, Powell & Thorogood, 2013) จากการสำรวจในสหรัฐอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1997 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะรู้คิด บกพร่องในผู้สูงอายुर้อยละ 5.7 และในปี ค.ศ. 2015 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 (Na, 2019) จากการศึกษาภาวะรู้ คัดและปัจจัยเสี่ยงของภาวะรู้คิดที่บกพร่องของผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวของประเทศจีน ปี ค.ศ. 2005- 2014 พบความชุกของภาวะรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 55.09 (Zhang, Wu, Han & Liu, 2019) สำหรับการศึกษา ในประเทศไทย มีการศึกษาในประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปในจังหวัดขอนแก่น พบความชุกของภาวะรู้คิด บกพร่อง เท่ากับร้อยละ 42.70 โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 3.11 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป โดยผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม 3 โรคขึ้นไป มีภาวะการรู้คิด บกพร่องเป็น 2.29 เท่าของผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมน้อยกว่า 3 โรค ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มี ภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 3.10 เท่าของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าและพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่ เพียงพอมีภาวะการรู้คิดบกพร่องเป็น 3.80 เท่าของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ (ปิ่นนัทธ ดันธนปัญญากร และคณะ, 2562) นอกจากนี้อุบัติการณ์การเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ

ด้าน เช่น อายุ พันธุกรรม ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการใช้ชีวิต ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและโรคเรื้อรัง (Smith & Blumenthal, 2016; Hai et al., 2017) จึงเห็นได้ว่า ความชุกของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และโอกาสที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมก็จะเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน (Pistollato et al., 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยที่แก้ไขได้และมีความสำคัญมากปัจจัยหนึ่ง คือ ภาวะโภชนาการ (Ayers & Verghese, 2014; Mallidou & Cartie, 2015) ซึ่งสารอาหารมีความสำคัญต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมอง นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมบริโภคอาหารมีผลต่อการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งสมองด้วย และพบว่าการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงจะทำให้เซลล์สมองขาดเลือดและเกิดการฝ่อลีบ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องและอาจนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในที่สุด (Na, 2019) ดังนั้น การส่งเสริมภาวะโภชนาการในการป้องกันภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องจึงมีความสำคัญ

ภาวะโภชนาการกับภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ

ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพในช่องปาก เช่น ฟันผุหรือหลุดร่วงได้ง่ายทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก การทำงานของต่อมน้ำลายและต่อมรับรสเปลี่ยนแปลงไปทำให้การย่อยอาหารและการรับรสของลิ้นเสียไป จึงมีผลต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร พบว่า มีการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลงร่วมกับกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกได้ง่าย การผลิตและหลั่งน้ำย่อยหรือเอนไซม์ลดลงซึ่งมีผลต่อการดูดซึมของแร่ธาตุหรือวิตามินต่างๆ ลดลง (วิวัชรณ ทองเจริญ, 2558) และพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 80 จะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือกลืนอาหารด้วย (Daradkeh et al., 2014; Smith & Blumenthal, 2016) นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่มีผลต่อความอยากอาหารและเมตาบอลิซึมของร่างกาย เช่น โรคต่อมไร้ท่อ มะเร็ง การขาดวิตามินต่างๆ รวมทั้งความผิดปกติของสภาพจิต เป็นต้น (Ayers & Verghese, 2014) มีการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 27.50 (ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2562) ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างสมองและระบบประสาทส่วนกลางและหลอดเลือดสมองส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้กลิ่น และรสชาติของอาหารผิดปกติทำให้ไม่ยอมรับประทานอาหารหรือได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และการที่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งและอุดตันส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้ลดลงจนเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องได้ (Ayers & Verghese, 2014) ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความชุกและการดำเนินโรคของภาวะรู้คิดบกพร่องในประเทศจีนของ จาง และคณะ (Zhang et al., 2019) พบว่า ความชุกของภาวะรู้คิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 55.09 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรค ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารและผลไม้ในปริมาณที่น้อยร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น รายได้น้อย และอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นต้น จะเห็นได้ว่าอุบัติการณ์ของภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นหรือลดลงนั้นจะมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกับคุณภาพของภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุด้วย

การศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ภาวะโภชนาการที่ดีมีคุณภาพและหลากหลายมีความสัมพันธ์กับภาวะรู้คิดที่ดีขึ้นในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (Milte, Ball, Crawford & Mcnaughton, 2019) และการศึกษาของเฟรนคา และคณะ (Franca et al., 2018) ที่ศึกษาภาวะโภชนาการกับภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในประเทศบราซิล พบความชุกของการ

เกิดภาวะรู้คิดบกพร่อง ร้อยละ 17.70 และพบว่าการรับประทานผักน้อยมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 29.25 ส่วนการศึกษาของไห่ และคณะ (Hai et al., 2017) พบว่า ภาวะโภชนาการมีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องที่เพิ่มขึ้นได้ โดยความชุกการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องคิดเป็นร้อยละ 55.50 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีคะแนนเฉลี่ยของค่าอีโมโกลบิน และค่าระดับ BMI ที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดปกติ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการเพิ่มขึ้นได้ คิดเป็นร้อยละ 34 ดังนั้น มีความชัดเจนว่า ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำเนินโรคของภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมอันนำไปสู่ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องได้ (Mallidou & Cartie, 2015; Hai et al., 2017)

ผลกระทบจากภาวะโภชนาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง

1. ภาวะทุพโภชนาการหรือน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ (Malnutrition)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลกระทบด้านโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง ซึ่งก่อให้เกิดภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุได้ (Ogawa, 2014) โดยผลการศึกษาของ รามาจันทราน และคณะ (Ramachhandran et al., 2018) พบภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวถึงร้อยละ 55 สอดคล้องกับการศึกษาของดาราเดเค (Daradkeh et al., 2014) พบว่า ในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง ซึ่งมีการหลงผิดเคลื่อนไหว บกพร่องและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องรุนแรงและมีภาวะสมองเสื่อมมีผลต่อภาวะขาดสารอาหารหรือทุพโภชนาการที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (Ogawa, 2014) และส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อ เกิดแผลกดทับ มีข้อจำกัดในการเข้าสังคมกับผู้อื่น อัตราการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (Mallidou & Cartie, 2015) และนำไปสู่การเสียชีวิตได้ (Daradkeh et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ มาราลา และคณะ (Malara et al., 2014) ที่พบอัตราการเกิดภาวะทุพโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องขั้นรุนแรงได้ร้อยละ 42 โดยค่าคะแนนของการตรวจสถานะทางจิต (MMSE) มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R = 0.37, p < 0.001$) โดยผลการศึกษาสรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่รุนแรงและมีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วยมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและเพิ่มอัตราการตายในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $R = 0.39, p < 0.001$)

นอกจากนี้การศึกษาของทัศนีย์ กาศทิพย์ และคณะ (2562) พบว่า ในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีความเสี่ยงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอหรือเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการแล้วยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีปัญหาหลงลืม หรือจำไม่ได้ว่ารับประทานอาหารไปแล้วทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารมากกว่าปกติ และผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความจำและการบริหารจัดการลดลงทำให้ล้มรับประทายา หรือรับประทานยาผิดขนาด ซึ่งการใช้ยาที่มากเกินไปจนความจำเป็นหรือมากกว่า 10 ตัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องจะส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของสมองและการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในด้านความจำและการเรียนรู้ลดลงไปด้วย ส่วนด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องจะต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้กระบวนการรู้คิดที่ซับซ้อนในด้านความจำ ความใส่ใจ การตัดสินใจ โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการ เป็นต้น และการศึกษาของ เฮย์ และคณะ (Hsieh et al., 2018) พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางร่วมกับมีภาวะรู้คิดบกพร่อง เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการ การทำงานของไต การต้านการอักเสบ และการใช้อินซูลินและพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางร่วมกับมีภาวะรู้คิดบกพร่องมีการดำเนินโรคของภาวะรู้คิดบกพร่องแย่ลงได้ประมาณร้อยละ 25-

2. ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration)

ปริมาณสารน้ำที่ได้รับในแต่ละวันมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่ปริมาณสารน้ำทั้งหมดในร่างกายของผู้สูงอายุจะลดลงเหลือร้อยละ 45 ประกอบกับความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง เช่น การทำงานของไตลดลง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำได้ง่าย (Picetti et al., 2017) เมื่อร่างกายมีการสูญเสียน้ำเกิดขึ้นจะทำให้ระดับอุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้นซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้จากปัจจัยด้านอายุ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับในแต่ละวัน การจำกัดปริมาณสารน้ำที่เข้าสู่ร่างกาย ความรู้สึกกระหายน้ำลดลง (Mallidou & Cartie, 2015; Picetti et al., 2017) และภาวะพึ่งพิงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะเสียสมดุลของปริมาณโซเดียมในร่างกาย ความสามารถในการจาระยะสั้นลดลง ความสามารถในการมองเห็น และระบบประสาทสั่งการด้านการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไป อารมณ์แปรปรวน มีภาวะสับสนโกรธง่ายและยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปอดอักเสบ เกิดแผลกดทับ หรือเกิดมะเร็งตามมาได้ (Mallidou & Cartie, 2015) รวมไปถึงประสิทธิภาพการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ลดลงด้วย (Mallidou & Cartie, 2015; Picetti et al., 2017; Milteet et al., 2019) ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิตได้ร้อยละ 45 เป็นต้น (Mallidou & Cartie, 2015)

หลักการพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง

วัตถุประสงค์ที่สำคัญของการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ คือ ให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสมและได้สัดส่วน โดยคำนึงถึงความต้องการสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับในแต่ละวัน ภาวะสุขภาพ และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุด้วย ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในบริบทของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องในประเทศไทยนั้น มีหลักการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1. การประเมินผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการและปัจจัยด้านโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะรู้คิดของผู้สูงอายุด้วยพยาบาลวิชาชีพต้องมีทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็ว ถูกต้องและแม่นยำด้วยการประเมินภาวะโภชนาการ ถือเป็นขั้นตอนเริ่มต้นเพื่อวางแผนการจัดการทางโภชนาการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย โดยหลักการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง มีดังนี้

1.1 การซักประวัติร่วมกับการตรวจร่างกาย (Subjective Global Assessment :SGA)

เป็นการตรวจร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพ และอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นด้วย (Daradkeh et al., 2014) การซักประวัติเช่น น้ำหนักที่ลดลง การดื่มชา กาแฟ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย รวมไปถึงการประเมินระดับความดันโลหิต และการประเมิน Body Mass Index หรือ BMI (Mallidou&Cartie, 2015; Hai et al., 2017) และการประเมินปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง (Skinfold thickness)(วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) การวัดเส้นรอบวงแขน (Brachial circumference; BC) การวัดกล้ามเนื้อต้นแขน (Brachial muscle circumference; BMC) นอกจากนี้ยังมีการประเมินตรวจสภาวะทางจิต (Mini-Mental State Examination; MMSE) (Malara et al., 2014) แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Power et al., 2020) และการประเมินการเดิน (Gait) เพื่อประเมินความผิดปกติของการเดินและการทรงตัวที่อาจเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการด้านการเคลื่อนไหว (Ayers & Verghese, 2014) การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม (Mallidou & Cartie, 2015) เป็นต้น

1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น การตรวจระดับ Serum albumin, Hemoglobin, Plasma glucose, Serum total cholesterol, Triglycerides, Low-density lipoprotein, Cholestesol (Hai et al., 2017) นอกจากนี้ยังมีการตรวจเลือด (Total lymphocyte count; TLC) เพื่อดูความเสี่ยงของภาวะขาดสารอาหารร่วมด้วย (Daradkeh et al., 2014) เป็นต้น

1.3 การใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น เช่น Mini Nutritional Assessment หรือ MNA (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560; Ramachandran, Mundodan, Saju&Joshy, 2018) เป็นแบบประเมินที่ครอบคลุมการประเมินสถานะโดยทั่วไป เช่น สัดส่วนของร่างกาย ประเมินการรับประทานอาหารและประเมินตนเอง เพื่อดูความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ แบบสอบถามนี้มีความแม่นยำและนิยมใช้ในการประเมินผู้สูงอายุในกลุ่มต่างๆ ได้ ทั้งในชุมชน สถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ และในโรงพยาบาล (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560)

2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีความสำคัญต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมอง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโรคติดบกพร่อง หรือภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงคุณภาพและปริมาณสารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน (Mallidou & Cartie, 2015) มีการศึกษารูปแบบของอาหารเพื่อเป็นแนวทางในการปรับวิธีการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุดังนี้

2.1 DASH diet (Dietary Approach to Stop Hypertention) เป็นรูปแบบอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรับประทานอาหารที่เน้นประเภทผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง และเป็นการควบคุมพลังงานควบคู่กับการลดระดับความดันโลหิตสูง หลักการสำคัญของการรับประทานอาหารแบบ DASH คือ ลดการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไขมันอิ่มตัว ไขมันรวม และคอเรสเตอรอลลง และเพิ่มการรับประทานใยอาหาร โปรตีน แคลเซียม แร่ธาตุต่าง ๆ เช่น โพแทสเซียมและแมกนีเซียม รวมถึงปริมาณสารไนเตรท ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบอาหาร DASH diet สามารถลดความดันโลหิตสูง ลดความอ้วน ลดความเสี่ยงการเกิดโรคทางระบบหลอดเลือดและโรคเบาหวาน และพบว่าค่าคะแนนของรูปแบบอาหาร DASH diet สามารถลดอัตราการเกิดภาวะโรคติดบกพร่อง ($\beta = 0.022$) (Tangney et al., 2014) นอกจากนี้ยังพบว่า รูปแบบอาหาร DASH diet มีสารต้านอนุมูลอิสระ ลดการอักเสบ ลดน้ำหนักและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการนำอินซูลินไปใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ดีมากขึ้น (Pistollato et al., 2018)

2.2 Mediterranean diet เป็นรูปแบบอาหารที่คล้ายคลึงกับรูปแบบมีอาหารของชาวเมดิเตอร์เรเนียนซึ่งเน้นการบริโภคผัก ผลไม้ และธัญพืชเป็นหลัก รวมทั้งผลิตภัณฑ์จากนมไขมันต่ำ โดยเน้นสัตว์ปีก อาหารทะเล เช่น ปลา ไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันมะกอกและน้ำมันคาโนล่า ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การรับประทานอาหารรูปแบบ Mediterranean diet สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเมะเร็ง และโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท โรคเบาหวาน รวมทั้งโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเพิ่มอัตราการตายอีกด้วย จากการศึกษาของ บริงค์ และคณะ (Brink et al., 2019) พบว่ามีการวิจัยจำนวน 9 ฉบับจากงานวิจัย 12 ฉบับที่ศึกษารูปแบบการรับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อระดับการรู้คิด และการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้อีกด้วย

2.3 MIND diet (Mediterranean-DASH Diet Intervention for Neurodegenerative Delay) เป็นรูปแบบการรับประทานอาหารที่เกิดขึ้นใหม่เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ซึ่งเกิดจากการรวบรวมข้อมูลวิจัยจากการปรับวิธีการรับประทานอาหารในรูปแบบ Mediterranean diet และ DASH diet เข้าด้วยกัน โดยเน้นการรับประทานผลไม้จำพวกเบอร์รี่เป็นหลัก เมล็ดธัญพืชต่างๆ ที่ไม่ขัดสี ผักและผลไม้ ถั่วเปลือกแข็ง อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ เช่น สัตว์ปีก เนื้อปลา จำกัดอาหารไขมันสูงและเพิ่มการดื่มไวน์ 1 แก้วต่อวัน เป็นต้น

ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องจนถึงภาวะสมองเสื่อมได้ (Calil et al., 2018; Hosking, Eramudugolla, Cherbuin & Anstey, 2019) โดยผลการศึกษาของมอริสและคณะ (Morris et al., 2015) พบว่า ค่าคะแนนของ MIND diet มีความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าคะแนนของ Mediterranean และ DASH diet ($r = 0.62$, $r = 0.50$ ตามลำดับ) และค่าคะแนน MIND diet มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะรู้คิดบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.0092$, $p < .0001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โฮสกิน และคณะ (Hosking et al., 2019) พบว่า รูปแบบอาหารของ MIND diet มีโอกาสลดความเสี่ยงหรือป้องกันการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องได้ร้อยละ 53 เป็นต้น

3. ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลรูปแบบภาวะโภชนาการที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องในแต่ละรายโดยการสื่อสารและทำความเข้าใจเพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตัดสินใจและเลือกรูปแบบการรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายดังนี้

3.1 ประเมินคุณภาพของอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน การจัดรูปแบบการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง หลักการที่สำคัญคือ คำนี้ถึงคุณภาพของอาหารที่ได้รับ (Ogawa, 2014; Smith & Blumenthal, 2016) และการดูแลให้ได้รับสารอาหารที่หลากหลาย (Ogawa, 2014) โดยต้องมีการประเมินปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หรือพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการดำเนินโรคของภาวะรู้คิดบกพร่องที่อาจรุนแรงมากขึ้นด้วย เช่น เพิ่มปริมาณการรับประทานถั่วเหลือง หรือผลิตภัณฑ์อาหารที่ตัดแปลงจากถั่วเหลือง พืชผักต่าง ๆ สาหร่าย ผลิตภัณฑ์นม และลดปริมาณผลิตภัณฑ์จำพวกแป้ง (Ogawa, 2014 สารอาหารจำพวกโอเมก้า-3 (Omega-3) (Power et al., 2020) ซึ่งเป็นสารอาหารสำคัญที่มีอยู่ในกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน เช่น ปลาทะเลน้ำลึก ปลาแซลมอน ปลาแมคเคอเรล ปลาทูน่า หรือปลาน้ำจืดบางชนิด ไข่ หรืออาจได้จากถั่ว หรือเมล็ดพืชต่าง ๆ รวมไปถึงกรดไขมันชนิดอิ่มตัวที่อยู่ในอาหารพวกเนื้อสัตว์ ไขมันจากสัตว์ ผลิตภัณฑ์นม เป็นต้น รวมไปถึงสารอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตซึ่งเป็นสารประกอบตามธรรมชาติที่มีอยู่ในพืชผัก ผลไม้ที่ทำให้มีสีแดง สีส้ม สีเขียว และสีเหลือง เช่น แครอท แคนตาลูป ผักโขม ฟักทอง สาหร่าย ที่มีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระที่เป็นสาเหตุของทำให้เกิดการเสื่อมของเซลล์และอวัยวะต่างๆ และสารอาหารที่มีวิตามินอี เป็นวิตามินที่ละลายในไขมัน และเป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่สามารถป้องกันการถูกทำลายของเซลล์ได้ พบในเนยถั่วอัลมอนต์ ผักโขม มะเขือเทศ และเมล็ดทานตะวัน (Smith & Blumonthai, 2016) เป็นต้น โดยมีผลการศึกษาของ พาวเวอร์ และคณะ (Power et al., 2020) พบว่า การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารจำพวกโอเมก้า-3 คาร์โบไฮเดรต และวิตามินอี ทำให้ทักษะด้านความจำเหตุการณ์ในอดีต (Episodic memory) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

นอกจากนี้สมิทและบลูมอนไท (Smith & Blumonthai, 2016) ยังได้ศึกษารูปแบบอาหาร DASH diet ที่มีผลต่อภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุ พบว่าสามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหลอดเลือดหัวใจที่เป็นปัจจัยเสี่ยงนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ โดยการรับประทานอาหารแบบ DASH diet เพียงอย่างเดียวเปรียบเทียบกับรับประทานอาหารแบบ DASH diet ร่วมกับการออกกำลังกายและการควบคุมแคลอรีในอาหาร พบว่า ในกลุ่มที่รับประทานอาหารแบบ DASH diet เพียงอย่างเดียวมีทักษะด้านการพูดดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับประทานอาหารแบบ DASH diet ส่วนกลุ่มที่รับประทานอาหารแบบ DASH diet ร่วมกับการออกกำลังกายและการควบคุมแคลอรีในอาหารพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องระดับเล็กน้อยมีพัฒนาการทักษะด้านการพูดและการบริหารจัดการด้านการเรียนรู้และความจำดีขึ้น ส่วนการศึกษาของ แทงนีย์ และคณะ (Tangney et al., 2014) พบว่า การรับประทานอาหารแบบ Mediterranean diet ในช่วงระยะเวลาที่ต่อเนื่องกันเป็นเวลาหลายปีของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องทำให้ทักษะด้านความจำเหตุการณ์ในอดีต (Episodic memory) กับความจำที่อาศัยความหมาย

(Semantic memory) และความจำที่ใช้ในการทำงาน (Working memory) มีการเปลี่ยนแปลงได้ช้าลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$)

การศึกษาของ คาลิล และคณะ (Calil et al., 2018) ได้พบว่ารูปแบบของอาหารที่มีผลต่อภาวะรู้คิดของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยกับกลุ่มโรคอัลไซเมอร์และกลุ่มปกติมีค่าคะแนนของการรับประทานอาหารรูปแบบ MIND diet ในผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนการประเมินตรวจสถานะทางจิต (Mini-Mental State Examination หรือ MMSE) ดีกว่าในกลุ่มอื่นๆ การศึกษานี้เสนอว่า ควรใช้รูปแบบอาหาร MIND diet ในช่วงระยะเวลาของการดำเนินโรคของภาวะรู้คิดบกพร่องและโรคอัลไซเมอร์ในระยะแรกหรือระยะปานกลางได้อีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมปรับวิถีการรับประทานอาหารทั้ง 3 โปรแกรม ดังเช่นการศึกษาของ แทงนีย์ และคณะ (Tangney et al., 2014) พบว่า การรับประทานอาหารในรูปแบบทั้ง DASH diet และ Mediteranean diet มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.01, p = 0.03$; $\beta = 0.002, p = 0.01$) ตามลำดับ และการศึกษาของพิสโตลลาโต และคณะ (Pistollato et al., 2018) ได้ศึกษารูปแบบอาหารแบบ Single nutrient ประกอบด้วยสารอาหารวิตามินต่าง ๆ และการใช้รูปแบบอาหาร Neuroprotectivediets ได้แก่ Mediterranean diet DASH diet และ MIND diet พบว่าในกลุ่มที่รับประทานอาหาร Neuroprotectivediets มีระดับคะแนนของภาวะรู้คิดดีขึ้นแต่ควรได้รับสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสมด้วย

3.2 การส่งเสริมภาวะโภชนาการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และสารน้ำที่จำเป็นต่อความต้องการของร่างกายในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง จากการศึกษาที่ พบว่า ภาวะทุพโภชนาการมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินโรคของภาวะรู้คิดบกพร่องที่อาจรุนแรงมากขึ้น (Daradkeh et al., 2014; Ogawa, 2014; Ramachandran et al., 2018) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือกลืนอาหารร่วมด้วย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการได้ (Daradkeh et al., 2014; Ogawa, 2014; Smith & Blumonthai, 2016) ดังนั้น หลักการส่งเสริมโภชนาการของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ คือ ให้ได้รับพลังงานและสารอาหารอย่างเพียงพอและครบถ้วน คือ เน้นพลังงาน โปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ ที่ต้องการในแต่ละวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้มีกิจกรรมทางกายสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดอัตราการเจ็บป่วยรวมถึงอัตราการตาย พยาบาลวิชาชีพต้องมีการคัดกรองภาวะโภชนาการและอาศัยเครื่องมือที่เหมาะสม และประเมินความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุด้วย (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) มีการศึกษาของดาราเค และคณะ (Daradkeh et al., 2014) พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการให้ได้รับผลิตภัณฑ์อาหารเสริมทางการแพทย์ (Nutritional supplement) เพิ่มเติมในปริมาณ 500-690 กิโลแคลอรีต่อวัน เมื่อประเมินผลด้วยค่า BMI, BC, BMC และค่า TLC พบว่า ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องดีขึ้น

การส่งเสริมให้ได้สารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อควบคุมระดับอุณหภูมิในร่างกาย เมตาบอลิซึมและระบบการไหลเวียนในร่างกายให้สมดุล พยาบาลวิชาชีพควรมีการประเมินปริมาณสารน้ำที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละวัน ชนิดของสารน้ำ นม หรือชนิดของน้ำผักหรือผลไม้ที่ได้รับด้วย (Picetti et al., 2017) ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักหนึ่งกิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน หรือมากกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560; Picetti et al., 2017) โดยญาติหรือผู้ดูแลต้องมีการจดบันทึกข้อมูลสารน้ำที่ผู้สูงอายุควรได้รับอย่างสม่ำเสมอ

4. การวางแผนการพยาบาล เพื่อนำนวัตกรรมด้านการฝึกการรู้คิดหรือการฝึกสมองเพื่อกระตุ้นการทำหน้าที่ของสมองส่วนต่าง ๆ ให้ทำงานประสานสัมพันธ์กันควบคู่ไปกับการใช้รูปแบบอาหารที่

เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละราย โดยการให้คำปรึกษา และการให้ข้อมูลผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล พยาบาลวิชาชีพต้องคำนึงถึงรายได้ของครอบครัว บริบทของชุมชนที่มีผลต่อวิธีการรับประทานอาหารและการเลือกรับประทานอาหารของผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ด้วย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2558)

5. การส่งต่อและประสานงาน เพื่อเตรียมความพร้อมหน่วยบริการใกล้บ้านหรือเครือข่าย เพื่อการดูแลด้านภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่องระหว่างทีมสหวิชาชีพกับผู้สูงอายุและครอบครัว

สรุป

ภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงของสมองที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ประสิทธิภาพของการรับรู้และความจำของผู้สูงอายุลดลงในระดับเล็กน้อยจนมีโอกาพัฒนาไปสู่ภาวะสมองเสื่อมได้ ซึ่งภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการรุนแรงนำไปสู่การเจ็บป่วย ภาวะทุพพลภาพ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรมในบทความจะเห็นได้ว่าการศึกษาด้านโภชนาการหรือรูปแบบอาหารนั้น นอกจากเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องในผู้สูงอายุแล้ว พยาบาลวิชาชีพยังต้องตระหนักถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดปกติที่มีปัญหาทางโภชนาการ เช่น ภาวะทุพโภชนาการที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องได้อีกด้วย ดังนั้น บทบาทของพยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีการศึกษาหาองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านโภชนาการเพื่อส่งเสริมการทำงานของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของสมองของผู้สูงอายุในการลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะรู้คิดบกพร่องที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- ทัศนีย์ กาศทิพย์, สุปรีดา มั่นคง, และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. *วารสารสภากาชาดไทย*, 34(1), 104-121.
- ปณณทัต ตันธนปัญญกร และคณะ. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะรู้คิดบกพร่องของผู้สูงอายุในอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิชามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 38(2), 67-79.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). *พฤกษวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น*. นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- Ayers, E. &Verghese, J. (2014).Locomotion, cognition and influences of nutrition in ageing. *Proceedings of the nutrition society*, 73(1), 302-308.
- Brink, A, C., Brolsma, E. M. Berensen, A. A. M. & Rest, O. (2019).The Mediterranean, Dietary approaches to stop hypertension (DASH) and Mediterranean-DASH intervention for neurodegenerative delay (MIND) diet are associated with less cognitive decline and a lower risk of Alzheimer's disease-A review. *American society for neurochemistry*, 10, 1040-1065.

- Calil, S. R. B., Brucki, S. M. D., Nitrini, R. & Yassuda, M. S. (2018). Adherence to the Mediterranean and MIND diets is associated with better cognition in healthy seniors but not in MCI or AD. *Clinical Nutrition ESPEN*, 28, 201-207.
- Daradkeh, G., Essa, M. M., Adawi, S. S., Koshy, R. P., Abdullah, A.-A. & Waly, M. I. (2014). Nutrition status and cognitive impairment in elderly. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, 17(10), 1098-1105.
- Franca, V. F. et al. (2018). Diet, Epidemiological factors and cognitive impairment: A cross-sectional study in the elderly population. *Brazilian archives of biology and technology international journal*, 61, 1-9.
- Hai, S., Cao, L., Yang, X., Wang, H., Liu, P., Hao, Q. & Dong, B. (2017). Association between nutrition status and cognitive impairment among Chinese Nonagenarians and Centenarians. *International Journal of Gerontology*, 11, 215-219.
- Hsieh, T.-J., Chang, H.-Y., Wu, I.-C., Chen, C.-C., Tsai, H.-J., Chiu, Y.-F., Chuang, S.-C., Hsiung, C.-A. & Hsu, C.-C. (2018). Independent association between subjective cognitive decline and frailty in the elderly. *Public Library of Science*, 13(8).doi: 10.1371/journal.pone.0201351.
- Hosking, D. E., Eramudugolla, R., Cherbuin, N. & Anstey, K. J. (2019). MIND not Mediterranean diet related to 12-year incidence of cognitive impairment in an Australian longitudinal cohort study. *Alzheimer's & Dementia*, 15, 581-589.
- Malara, A., Sgro, G., Caruso, C., Ceravolo, F., Curinga, G., Renda, G. F., . . . Rispoli, V. (2014). Relationship between cognitive impairment and nutritional Assessment on functional status in Calabrian long-term-care. *Clinical interventions in aging*, 9, 105-110.
- Mallidou, A. & Cartie, M. (2015). Nutritional habits and cognitive performance of older adults. *Art & science care of older people*, 22(3), 27-34.
- Mavrodaris, A., Powell, J. & Thorogood, M. (2013). Prevalences of dementia and cognitive impairment among older people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*. 91, 773-783.
- Milte, C. M., Ball, K., Crawford, D. & McNaughton, S. (2019). Diet quality and cognitive function in mid-aged and older men and women. *Biomed central's Geriatrics*, 19, 361.
- Morris, M. C., Tangney, C. C., Wang, Y., Sacks, F. M., Barnes, L. L., Bennett, D. A. & Aggarwal, N. T. (2015). MIND diet slows cognitive decline with aging. *Journal of Health And human services administration*, 11(9), 1015-1022.
- Na, K.-S. (2019). Prediction of future cognitive impairment among the community elderly: A machine-learning based approach. *Scientific reports*, 9(3335), 1-9.
- Picetti, D., Foster, S., Pangle, A. K., Schrader, A. & George, M. (2017). Hydration health literacy In the elderly. *Nutrition and Healthy Aging*, 4, 227-237.

- Pistollato, F., Iglesias, R. C., Ruiz, R., Aparicio, S., Crespo, J., Lopez, L. D., . . . Battino, M. (2018). Nutritional patterns associated with the maintenance of Neurocognitive functions and the risk of dementia and Alzheimer's disease: A focus on human studies. *Pharmacological Research*, 131, 32-43.
- Power, R., Nolan, J. M., Alfonso, P.-C., Coen, R., Roche, W., Power, T., ...Mulcahy, R. (2020). Targeted Nutritional Intervention for Patients with Mild Cognitive Impairment: The Cognitive impairment Study Trial 1. *Journal of Personalized Medicine*, 10(43), 1-30.
- Ramachandran, R., Mundodan, J. M., Saju, C. R. & Joshy, V. M. (2018). Nutrition status and cognitive impairment in a rural area of Thrissur district, Kerala. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(3), 1218-1223.
- Smith, P. J. & Blumenthal, J. A. (2016). Dietary factors and cognitive decline. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 3(1), 53-64.
- Tangney, C. C., MS, H. L. (2014). Relation of DASH and Mediterranean-like dietary patterns to cognitive decline in older persons. *American academy of Neurology*, 83, 1410-1416.
- Zhang, Q., Wu, Y., Han, T. & Liu, E. (2019). Changes in cognitive function and risk factors for cognitive impairment of the elderly in China: 2005-2014. *International Journal of Environmental research and Public Health*, 16(16), 2847. doi: 10.3390/ijerph16162847

