

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี

วรุฒ ทองอยู่, พ.บ.*

Received: 14 ก.พ.67

Revised: 2 เม.ย.67

Accepted: 13 พ.ค.67

บทคัดย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค ซึ่งโรคเบาหวานเป็นโรคที่พบมากที่สุด ในผู้สูงอายุ การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมนอกจากตรวจรักษาโรคประจำตัวเรื้อรังแล้ว ยังต้องหากกลุ่มอาการสูงอายุอีกด้วย จึงเป็นที่มา ของการศึกษาลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ใช้วิธีการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง โดยรวบรวมผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 เพื่อวิเคราะห์หาความชุกและลักษณะของกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ การใช้ยาหลายขนาน การหกล้ม ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา ภาวะซึมเศร้า ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุกับผู้สูงอายุที่ตามสถานการณป่วย เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการศึกษา จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 237 คน อายุเฉลี่ย 74.26 ± 6.92 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 73.00% มีผู้ที่เป็น โรคเบาหวาน 36.63% ความชุกของการใช้ยาหลายขนานในกลุ่มที่เป็นเบาหวาน 78.00% สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่เป็น เบาหวาน 31.40% ($p=0.000$) ความชุกของการหกล้มในกลุ่มที่เป็นเบาหวาน 50.00% สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน 36.50% ($p=0.038$) ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในกลุ่มที่เป็นเบาหวาน 38.00% สูงกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มไม่เป็นเบาหวาน 16.80% ($p=0.000$) และจำนวนของกลุ่มอาการสูงอายุในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$)

ผลสรุป ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมีจำนวนกลุ่มอาการสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการรับประทานยาหลาย ขนาน การหกล้ม และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

คำสำคัญ: เบาหวาน, กลุ่มอาการสูงอายุ, ผู้สูงอายุ

*นายแพทย์ชำนาญการ, กลุ่มงานเวชกรรมสังคม, โรงพยาบาลสระบุรี, E-mail: Turn.wt@gmail.com

Clinical Characteristics of Geriatric syndromes in the Elderly with Diabetes Mellitus at Geriatric Clinic, Saraburi Hospital

Warut Tongyoo, M.D.*

Abstract

Thailand is experiencing an aging society at the time, with the elderly population often having multiple chronic diseases, and diabetes mellitus (DM) being the most prevalent. A comprehensive assessment of the elderly included not only managing chronic diseases but also identifying geriatric syndromes. This study aimed to explore the clinical characteristics of the elderly patients with DM who attended the Geriatric Clinic at Saraburi Hospital. This retrospective study collected data from elderly patients attending the Geriatric Clinic at Saraburi Hospital from January 1 to December 31, 2022. The analysis focused on the prevalence and characteristics of geriatric syndromes, including polypharmacy, falls, cognitive impairment, depression, malnutrition, and urinary incontinence, based on DM status. The Chi-square test was employed to analyze the relationship between geriatric syndromes and DM status.

The results revealed that, among a total of 237 participants, the average age was 74.26 ± 6.92 years, and the majority were female (73.00%). 36.63% had DM. Polypharmacy prevalence in the DM group (78.00%) was significantly higher than the non-DM group (31.40%) ($p=0.000$). Falls were more prevalent in the DM group (50.00%) compared to the non-DM group (36.50%) ($p=0.038$). The prevalence of urinary incontinence in the DM group (38.00%) was significantly higher than that in the non-DM group (16.80%) ($p=0.000$). The overall number of geriatric syndromes in the DM group was significantly higher than that in the non-DM group ($p=0.004$).

In conclusion, elderly individuals with DM exhibited a higher prevalence of geriatric syndromes, particularly polypharmacy, falls, and urinary incontinence, compared to those without DM.

Keywords: Diabetes mellitus, Geriatric syndromes, The elderly.

* Family Physician, Professional Level, Department of Social Medicine, Saraburi Hospital

บทนำ

ประชากรโลกกำลังมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2564 โลกมีจำนวนประชากรทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด¹ ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ประชากรสูงอายุของไทยกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่เร็วมาก คือ สูงกว่าร้อยละ 4 ต่อปี ในขณะที่ประชากรรวมเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเพียงร้อยละ 0.5 ต่อปีเท่านั้น ตามการคาดการณ์ประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดในปี 2574 คือ มีสัดส่วนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ² เมื่อคนเราอายุมากขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) โรคมะเร็ง (cancer) เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับยาารับประทานหลายชนิด (polypharmacy) ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้^{3,4}

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบได้บ่อยในประชากรสูงอายุ⁵ โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยสูงอายุชายที่มารับบริการในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขปี 2562 จำนวนกว่า 5.1 ล้านคน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 19.90 และในผู้ป่วยสูงอายุหญิงจำนวนกว่า 6.4 ล้านคน ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด เช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 30.97⁶ โดยผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานและ/หรือควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากเบาหวานที่จอประสาทตา (diabetic retinopathy) ที่ไต (diabetic nephropathy)^{6,8} และที่เท้า (diabetic neuropathy)⁹ ซึ่งนอกจากจะนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะต่าง ๆ และยังเพิ่มอัตราความพิการและการเสียชีวิตอีกด้วย¹⁰ การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุทำได้ยากเนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ และการรับรู้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายโรคและรับประทานยาหลายขนาน มักจะพบแพทย์ด้วยอาการไม่ตรงไปตรงมา^{5,11-12} การประเมินผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม (comprehensive geriatric assessment) จึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน¹³⁻¹⁴

การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ (N=10,299) ได้ทำการศึกษา ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุชาวเกาหลีที่เป็นเบาหวาน โดยเก็บข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุแห่งชาติปี 2560 (National Survey of Older Koreans) มีผู้สูงอายุ

ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 2,395 คน พบความชุกของการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy) ภาวะหกล้ม (falls) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) ภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง (functional impairment) เป็นร้อยละ 64.1, 18.7, 3.8, 17.7 และ 32.2 ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน¹⁵

อีกการศึกษาหนึ่งในต่างประเทศ ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ของผู้ที่เป็นและไม่ใช่โรคเบาหวาน กับการเดินและการทรงตัว ในภาวะแสงน้อยและแสงปกติ โดยแบ่งเป็นกลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวานและคนไม่ใช่โรคเบาหวาน มาทำการทดสอบภายใต้แสงไฟปกติ ไม่มีแสงไฟ (โดยให้หลับตา) และแสงน้อย (โดยใช้ความสว่างเท่ากับ 5 แสงเทียน) แล้วทำการประเมินการเดินและการทรงตัว พบว่าในกลุ่มคนที่เป็นโรคเบาหวานทรงตัวไม่ดี ในขณะที่แสงไฟหรือแสง มีการแกว่งตัวไปมาระหว่างยืนเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 25% เมื่อเทียบกับภาวะที่มีแสงปกติและไม่มีแสง แต่ในกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานไม่มีความผิดปกติของการทรงตัว ในขณะที่แสงไฟหรือแสง นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานมีการเดินช้าลง ใช้กล้ามเนื้อในการเดินมากขึ้น และเส้นรอบวงในการเดินกว้างมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่างานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย ยังไม่มีการศึกษาลักษณะทางประชากรศาสตร์ และลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในประเทศไทย ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงจะศึกษาหาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการสูงอายุ และหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและไม่ใช่โรคเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

1. ศึกษาลักษณะทางคลินิกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและไม่ใช่โรคเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี

วัตถุประสงค์รอง

1. หาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี

2. หาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและไม่ใช่โรคเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล Saraburi Electronic Database สำหรับผู้ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2565 ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดนำมารวบรวมใน Microsoft excel ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 17

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้สูงอายุทั้งหมด ในทะเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565

1. เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1.1 อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

1.2 ผู้ที่เข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565

2. เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

2.1 ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างและวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ใช้ program G*power 3.1.9.4 กำหนด effect size=0.2, $\alpha=0.05$, $\beta=0.85$, $df=1$ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 225 คน ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี จำนวนทั้งสิ้น 237 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี เมื่อวันที่ 13 มิถุนายน 2566 รหัสโครงการ EC025/2566 มีการเก็บรักษาความลับของ ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยอื่น ๆ ตั้งแต่กระบวนการเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล จนถึงการวิเคราะห์และรายงานผลข้อมูล โดยไม่มีการเก็บข้อมูลโดยตรงจากผู้เข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูล Saraburi Electronic Database สำหรับผู้ที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพ ระดับการศึกษา

2. แบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุตามคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564

นิยามศัพท์เฉพาะ

กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) หมายถึง ภาวะที่มีลักษณะเฉพาะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม การหกล้ม ซึมเศร้า ภาวะทุพโภชนาการ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยเป็นอาการหรืออาการแสดงที่ไม่จำเพาะต่อระบบใดระบบหนึ่งอย่างชัดเจน

การหกล้ม (falls) หมายถึง การล้มที่ได้จากการชักประวัติ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา

ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น mild cognitive impairment หรือ dementia จากแพทย์ผู้รักษา

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (urinary incontinence) หมายถึง ผู้ที่พบประวัติการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive-statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความชุกของของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) โดยใช้จำนวนร้อยละ หาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางคลินิก (clinical feature) ของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่เป็นและไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้ Chi-square test โดยพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติต่อเมื่อมีค่า $p<0.05$

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

ผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 237 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 อายุตั้งแต่ 60-95 ปี อายุเฉลี่ย 74.26 ± 6.92 ปี โดยมีผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานจำนวน 100 คน (ผู้ชาย 25 คน และผู้หญิง 75 คน) ลักษณะพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ตามสถานการณ์เป็นโรคเบาหวาน ไม่พบความแตกต่างในด้านเพศ อายุ สถานภาพ การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สถานการณ์สุขภาพและการดื่มแอลกอฮอล์ แต่ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นโรคเบาหวานมีดัชนีมวลกายสูงกว่า มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคไตเสื่อมเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดหัวใจ มากกว่าผู้เข้าร่วมการศึกษานี้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ($p<0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมการศึกษา

Characteristic	Total (N=237)	Without DM (N=137)	With DM (N=100)	p-value
Age (years)	74.26±6.92	74.67±7.31	73.77±6.36	0.323
Sex, female, N(%)	173(73.00)	98(71.50)	75(75)	0.553
Status, married	102(43.00)	55(40.10)	47(47.00)	0.293
Body mass index (kg/m ²)	25.14±4.85	23.95±4.27	26.78±5.15	0.000 *
Hypertension	194(81.90)	102(74.50)	92(92.00)	0.001 *
Dyslipidemia	184(77.60)	91(66.40)	93(93.00)	0.000 *
Chronic kidney disease	71(30.00)	32(23.40)	39(39.00)	0.009 *
Coronary heart disease	25(10.50)	9(6.60)	16(16.00)	0.020 *
Cerebrovascular disease	45(19.00)	22(16.10)	23(23.00)	0.178
Current smoking	9(3.80)	6(4.40)	3(3.00)	0.583
Alcohol consumption	19(8.00)	12(8.80)	7(7.00)	0.622

Values are presented as mean±standard deviation or number (%).

DM, diabetes mellitus.

*ทดสอบโดย Chi-square test โดยพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติต่อเมื่อมีค่า $p < 0.05$

ลักษณะของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุตามสถานการณ์เป็นโรคเบาหวาน

ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่เป็นโรคเบาหวานได้รับจำนวนยาโดยเฉลี่ย 6.77 ± 2.84 ชนิด ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.000$) ความชุกของการใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy, ใช้ยา ≥ 5 ชนิด ติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป) ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 51.05 โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่าใช้ยาหลายขนานร้อยละ 78.00 และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานใช้ยาหลายขนานร้อยละ 31.40 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) ความชุกของการหกล้ม (falls) ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 42.19 โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ามีความถี่ของการหกล้มร้อยละ 50.00 และกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานมีความถี่ของการหกล้มร้อยละ 36.50 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) ความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (cognitive impairment) ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 41.77 โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ามีความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 39.00 และกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานมีความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาร้อยละ 43.80 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.460$) ความชุกของภาวะซึมเศร้า

(depression, คะแนน PHQ-9 ≥ 7 คะแนน) ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 11.39 โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.00 และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวานมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 10.90 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.801$) ความชุกของภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition, คะแนน Mini-nutritional assessment full form < 17 คะแนน) ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 7.59 โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ามีความชุกของภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 5.00 และกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานมีความชุกของภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 9.50 ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.198$) ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) ในผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 25.74 โดยกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานพบว่ามีความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 38.00 และกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานมีความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 16.80 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.000$) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาในกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานมีจำนวนของกลุ่มอาการสูงอายุมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุตามสถานการณ์เป็นโรคเบาหวาน

Characteristic	Total (N=237)	Without DM (N=137)	With DM (N=100)	p-value
Number of medications	5.17±2.96	4.01±2.46	6.77±2.84	0.000*
Polypharmacy, ≥ 5 medications	121(51.05)	43(31.40)	78(78.00)	0.000*
History of falls	100(42.19)	50(36.50)	50(50.00)	0.038*
TMSE	24.00±4.62	24.09±4.52	23.89±4.77	0.746
Cognitive impairment	99(41.77)	60(43.80)	39(39.00)	0.460
Depression, PHQ-9 ≥ 7	27(11.39)	15(10.90)	12(12.00)	0.801
Malnutrition, MNA-ff < 17	18(7.59)	13(9.50)	5(5.00)	0.198
Urinary incontinence	61(25.74)	23(16.80)	38(38.00)	0.000*
Number of coexisting geriatric syndromes**				0.004*
1	65(32.18)	45(42.10)	20(21.10)	
2	74(36.63)	36(33.60)	38(40.00)	
≥ 3	63(31.19)	26(24.30)	37(38.90)	

Values are presented as mean±standard deviation or number (%).

DM, diabetes mellitus.

ทดสอบโดย Chi-square test โดยพิจารณาว่ามีความสำคัญทางสถิติต่อเมื่อมีค่า $p < 0.05$

** geriatric syndromes included polypharmacy, falls, cognitive impairment, depression, malnutrition, urinary incontinence.

อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและไม่ใช่โรคเบาหวาน ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี พบว่าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุที่มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน เช่นเดียวกับการศึกษาในต่างประเทศหลายงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความชุกและอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น ความบกพร่องทางการทำงานภาวะซึมเศร้า การหกล้มภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะทุพโภชนาการและความบกพร่องทางสติปัญญาที่มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน¹⁵⁻¹⁷

ด้านการรับประทานยาหลายขนาน (Polypharmacy, ใช้นา ≥ 5 ชนิด ติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานใช้นาหลายขนานร้อยละ 78 และกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวานใช้นาหลายขนานร้อยละ 31.40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Remelli และคณะ¹⁸ ที่พบว่าความชุกของการใช้นาหลายขนานในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ที่ร้อยละ 64 และการศึกษาของ Dobrică และคณะ¹⁹

พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสที่จะใช้นาหลายขนานมากกว่าเนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น มีโรคร่วมมากกว่า และการที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ เป็นต้น

ด้านการหกล้ม (Falls) เป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะกระดูกหัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแย่ง และคุณภาพชีวิตลดลง การศึกษาหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการหกล้ม^{20,21} จากการศึกษาพบว่าความชุกของการล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการหกล้มอาจอธิบายได้บางส่วนจากความบกพร่องของการเดินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน^{16,22,23}

ด้านภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) จากงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 38 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Hsu และคณะ²⁴ ที่พบว่าภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีความสัมพันธ์

กับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา และการเป็นโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Helen และคณะ²⁵ ที่พบความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเร่งด่วน (urge incontinence) และการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบผสม (mixed incontinence)

ด้านภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Cognitive impairment) แม้จากงานวิจัยนี้พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานและไม่เป็นโรคเบาหวาน แต่ความชุกโดยรวมของภาวะบกพร่องทางสติปัญญามีมากถึงร้อยละ 43.8 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Unverzagt และคณะ²⁶ ที่พบว่าความชุกของภาวะบกพร่องทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย

ด้านภาวะซึมเศร้า (Depression) พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าโดยรวมในงานวิจัยนี้คือร้อยละ 11.39 โดยร้อยละ 12.00 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 10.90 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน แม้ว่าความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่สิ่งสำคัญคือต้องยอมรับว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่มีนัยสำคัญในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เพราะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุพบว่ามีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย²⁷

ด้านภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) จากการศึกษาพบว่าความชุกโดยรวมของภาวะทุพโภชนาการร้อยละ 7.59 โดยร้อยละ 5.00 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9.50 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน แม้ว่าความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การประเมินสาเหตุและดูแลรักษาภาวะทุพโภชนาการมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านอื่น ๆ เช่น เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อ เพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิต เพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่ลดลง^{28,29}

นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีจำนวนของกลุ่มอาการสูงอายุมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนบทความของ Atsushi Araki และ Hideki Ito¹¹ พบว่าโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับความชุกและอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียความสามารถในการทำงาน ภาวะซึมเศร้า การหกล้มภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะทุพโภชนาการและความบกพร่องทางสติปัญญา ซึ่งกลุ่มอาการผู้สูงอายุไม่เพียงแต่นำไปสู่ความอ่อนแอทางร่างกาย สูญเสียอวัยวะ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง แต่ยังสามารถเป็นอุปสรรคสำคัญในการรักษาและดูแลโรคเบาหวานอีกด้วย

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่มาเข้ารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระบุรี เป็นระยะเวลา 1 ปี ยังมีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก เนื่องจากการตรวจประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมแต่ละรายใช้เวลานานและระยะเวลาในการตรวจผู้ป่วยมีค่อนข้างจำกัด หากมีการศึกษาในอนาคตอาจเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ปริมาณผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น หรือเก็บข้อมูลกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากงานวิจัยนี้

แนวทางในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

งานวิจัยนี้สามารถใช้เป็นพื้นฐานในการจัดทำแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่เป็โรคเบาหวาน ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมากขึ้น นอกจากนี้สามารถนำไปพัฒนานโยบายสาธารณสุขที่เน้นการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้และจัดทำแผนการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ดีเพื่อควบคุมโรคเบาหวานและลดโอกาสเกิดกลุ่มอาการสูงอายุได้

สรุป

งานวิจัยนี้สรุปว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานมีจำนวนกลุ่มอาการสูงอายุมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการรับประทายาหลายขนาน การหกล้ม และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2565.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2559.
3. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2556.
4. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2556.
5. American Diabetes Association. Older adults: standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care. 2022;45(Suppl 1):S195-207.
6. Chetthakul T, Deerochanawong S, Suwanwalaikorn S, Kosachunhanun N, Ngarmukos C, Rawdaree P, et al. Thailand Diabetes Registry Project: Prevalence of diabetic retinopathy and associated factors in type 2 diabetes mellitus. J Med Assoc Thai. 2006;89(Suppl1):S27-36.
7. Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Research Group. Retinopathy and nephropathy in patients with type 1 diabetes four years after a trial of intensive therapy. N Engl J Med. 2000;342:381-9.

8. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HAW. 10-Year Follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;359:1577-89.
9. Zakin E, Abrams R, Simpson DM. Diabetic neuropathy. *Seminars in neurology.* 2019;39(5):560-569.
10. Pratipanawatr T, Rawdaree P, Chetthakul T, Bunnag P, Ngarmukos C, Benjasuratwong Y, et al. Smoking and death in Thai diabetic patients: the Thailand Diabetic cohort. *J Med Assoc Thai.* 2013;96:280-7.
11. Araki A, Ito H. Diabetes mellitus and geriatric syndromes. *Geriatr Gerontol Int* 2009;9:105-14.
12. Korean Diabetes Association. Elderly diabetes mellitus. 3rd ed. Seoul: Korean Diabetes Association; 2018.
13. Yoo HJ. Clinical implications of geriatric syndromes. *J Korean Med Assoc* 2014;57:738-42.
14. Bourdel-Marchasson I, Berrut G. Caring for the elderly diabetic patient with respect to concepts of successful aging and frailty. *Diabetes Metab.* 2005;31 Spec No 2:5S13-5S19.
15. Moon S, et al. Clinical features of geriatric syndromes in older Koreans with diabetes mellitus. *Ann Geriatr Med Res.* 2019;23(4):176.
16. Petrofsky JS, Cuneo M, Lee S, Johnson E, Lohman E. Correlation between gait and balance in people with and without Type 2 diabetes in normal and subdued light. *Med Sci Monit.* 2006;12(7):CR273-81.
17. de Souza Moreira B, Ferreira Sampaio R, Rossana Cavalcanti Furtado S, Correa Dias R, Noce Kirkwood R. The relationship between diabetes mellitus, geriatric syndromes, physical function, and gait: a review of the literature. *Curr Diabetes Rev.* 2016;12(3):240-51.
18. Remelli F, Ceresini MG, Trevisan C, Noale M, Volpato S. Prevalence and impact of polypharmacy in older patients with type 2 diabetes. *Aging Clin Exp Res.* 2022;34(9):1969-83.
19. Dobrică EC, Găman MA, Cozma MA, Bratu OG, Pantea Stoian A, Diaconu CC. Polypharmacy in type 2 diabetes mellitus: insights from an internal medicine department. *Medicina.* 2019;55(8):436.
20. Schwartz AV, Hillier TA, Sellmeyer DE, Resnick HE, Gregg E, Ensrud KE, et al. Older women with diabetes have a higher risk of falls: a prospective study. *Diabetes Care.* 2002;25:1749-54.
21. Volpato S, Leveille SG, Blaum C, Fried LP, Guralnik JM. Risk factors for falls in older disabled women with diabetes: the Women's Health and Aging Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60:1539-45.
22. Arvanitakis Z, Wilson RS, Schneider JA, Bienias JL, Evans DA, Bennett DA. Diabetes mellitus and progression of rigidity and gait disturbance in older persons. *Neurology.* 2004;63:996-1001.
23. Menz HB, Lord SR, St George R, Fitzpatrick RC. Walking stability and sensorimotor function in older people with diabetic peripheral neuropathy. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85:245-52.
24. Hsu A, Conell-Price J, Stijacic Cenzer I, Eng C, Huang AJ, Rice-Trumble K, Lee SJ. Predictors of urinary incontinence in community-dwelling frail older adults with diabetes mellitus in a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2014;14(1):1-9.
25. Helen Ebbesen M, Hannestad YS, Midthjell K, Hunskaar S. Diabetes and urinary incontinence—prevalence data from Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(10):1256-62.
26. Unverzagt FW, et al. Prevalence of cognitive impairment: data from the Indianapolis Study of Health and Aging. *Neurology.* 2001;57(9):1655-62.
27. Ponte C, Almeida V, Fernandes L. Suicidal ideation, depression and quality of life in the elderly: study in a gerontopsychiatric consultation. *Span J Psychol.* 2014;17:E14.
28. Shpata V, Ohri I, Nurka T, Prendushi X. The prevalence and consequences of malnutrition risk in elderly Albanian intensive care unit patients. *Clin Interv Aging.* 2015;10:481-6.
29. Vetta F, Ronzoni S, Taglieri G, Bollea MR. The impact of malnutrition on the quality of life in the elderly. *Clin Nutr.* 1999;18(5):259-67.