



การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

จัดทำโดย : วาสนา มากผาสุข



คำนำ

ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุหรือสังคมผู้สูงวัยโดยสมบูรณ์ จำเป็นต้องตระหนักในการเตรียมความพร้อม และพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและการสนับสนุนจากภาครัฐในการทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน คัดกรองในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เพื่อนำข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาวางนโยบายการจัดเตรียมความพร้อมในการจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรในการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุหรือสถานบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน คัดกรอง การค้นหาปัญหาและความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ นำข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้สูงสุดตามศักยภาพที่มีอยู่

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรวิชาชีพอื่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน วางแผนการจัดระบบบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรในวิชาชีพต่อไป

วาสนา มากผาสุข

24 กันยายน 2567

ชื่อเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ผู้วิจัย วาสนา มากผาสุข

ปี พ.ศ. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ศึกษาจากผลการคัดกรองและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 129 แพ้ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคส-แควร์

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.36 เพศชาย ร้อยละ 42.64 อายุเฉลี่ย 68 ปี สถานการณ์ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะโรคเรื้อรัง คือโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.31 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.92 โรคเบาหวาน ร้อยละ 10.05 ยังพบมีภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วนลงพุงร้อยละ 72.09 และมีภาวะอ้วนระดับที่ 1 ร้อยละ 34.88 ผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุปพบว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้มจาก Time up and go test ร้อยละ 64.34 สอดคล้องกับความเสี่ยงหกล้มปานกลางจาก Fall risk assessment ร้อยละ 18.60 และมีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ร้อยละ 16.28 ในด้านกลุ่มอาการอื่นๆ ไม่พบว่าเสี่ยงโดยรวมแล้วภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดีตามเกณฑ์การแบ่งของคลินิกผู้สูงอายุและผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับกลุ่มอาการสูงอายุปพบว่าภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับโรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.001$) โรคเบาหวาน ($p 0.00$) โรคไขมันในเลือดสูง ($p 0.02$) และภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ($p 0.01$)

การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันและค้นหาความผิดปกติของร่างกายในระยะเริ่มต้น และนำไปวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ทำให้ลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกลุ่มอาการสูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มอาการผู้สูงอายุ การคัดกรอง การหกล้ม

Title A Study of Health Status of Older Persons Receiving Care
Services at Somdej Phra Sangharaj Nyannasamvara Geriatric
Hospital, Chonburi Province

Author Wassana Makpasook

Year 2024

Abstract

This research is a retrospective descriptive study. The aim of this study was to investigate the health status and relationship between demographic data and health problems in the elderly that were related to falls in the Geriatric Clinic of Somdej Phra Sangharaj Nyannasamvara Geriatric Hospital, Chon-buri Province. The research utilized screening outcomes and electronic records of senior adults aged 60 and above who accessed services at the elderly clinic between October 2022 and September 2023, encompassing a total of 129 cases. The data were evaluated employing descriptive statistics, which encompassed frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and correlation, utilizing the chi-square test.

The study found that the sample group consisted of 57.36% females and 42.64% males, with an average age of 68 years. The health status of the sample group showed chronic disease, with the three most common being hypertension at 28.31%, hyperlipidemia at 21.92%, and diabetes at 10.05%. There was also a 72.09% risk of obesity and a 34.88% grade 1 obesity. The screening for geriatric syndromes revealed a 64.34% risk of falling according to the Time Up and Go test, consistent with an 18.60% moderate fall risk from the Fall Risk Assessment. Additionally, there was 16.28% of urinary incontinence. Other geriatric syndromes did not show any risk. Overall, the health status of the sample group is considered good according to the classification criteria of the geriatric clinic. Moreover, the study also found a statistically significant relationship between fall risk and hypertension ($p < 0.001$), diabetes ($p < 0.001$), hyperlipidemia ($p < 0.02$), and urinary incontinence ($p < 0.01$).

Screening the health status of the elderly is very important to prevent and detect physical abnormalities at an early stage. This allows for planning care and providing guidance on behavior, reducing the chances of complications or geriatric syndromes, and ensuring that the elderly maintain good health and quality of life.

Keywords: health status, geriatric clinic, geriatric syndrome, screening, falls

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี โดยได้รับความกรุณาให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำจาก ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและแสดงความคิดเห็น ตลอดจนให้คำปรึกษา ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล แพทย์และ บุคลากรประจำคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก ที่ให้ความช่วยเหลือในช่วงดำเนินการวิจัย และ ขอขอบคุณบุคลากรและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจในการวิจัยครั้งนี้เป็น อย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณความสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยฉบับนี้ แต่บุพการี คณาจารย์และครอบครัวที่เป็นกำลังใจจนวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

วาสนา มากผาสุข

2567

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววาสนา มากผาสุข
วัน เดือน ปีเกิด	24 กันยายน พ.ศ.2518
ภูมิลำเนา	อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 6 หมู่ 11 ตำบลบ้านป้อม อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา รหัสไปรษณีย์ 13000
ตำแหน่งหน้าที่	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2541	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา
พ.ศ. 2551	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
พ.ศ. 2552	วุฒิปัตร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ สภาการพยาบาล
พ.ศ. 2561	อบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสถาบันสิรินธรเพื่อการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (CASE RECORD FORM)

	แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (CASE RECORD FORM) โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
---	---

รหัสวิจัย	/ 2567
ID	
วันที่บันทึกข้อมูล	วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.
ผู้เก็บข้อมูล	ชื่อ-สกุล
	ตำแหน่ง
	โทรศัพท์
	E-mail

วัตถุประสงค์การวิจัย 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ประกอบด้วย - ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป - ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) 2. แบบประเมินและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในแฟ้มประวัติผู้ป่วย - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป - ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome)

แบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพ () แต่งงานแล้ว () โสด () หย่าร้าง/แยกทาง
() หม้าย () อื่นๆ.....
4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลาย () อนุปริญญา () ปริญญาตรี
() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่นๆ
6. อาชีพปัจจุบัน () งานบ้าน () เกษตรกร () รับจ้าง () ข้าราชการ/วิสาหกิจ
() การเมือง () ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว () อยู่บ้านเฉยๆ
() อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ครอบครัว () เหลือเก็บ () พอใช้จ่าย () ไม่ค่อยพอใช้จ่าย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ และผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

ข้อที่	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน
1	ด้านภาวะสุขภาพ	
	โรคประจำตัว	
	โรคความดันโลหิตสูง	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคเบาหวาน	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคไขมันในเลือดสูง	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคข้อเข่าเสื่อม	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคหัวใจ	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคไตเรื้อรัง	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคต่อมลูกหมากโต	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคหลอดเลือดสมอง	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคมะเร็ง	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคกระดูกพรุน	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรคไตวายเรื้อรัง	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
	โรครูมาตอยด์	() ไม่ทราบ/ไม่เคยตรวจ () มี () ไม่มี
2	ด้านภาวะโภชนาการ	
	ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) กิโลกรัมต่อตารางเมตร	() ตั้งแต่ 18.5 – 22.99 (น้ำหนักตัวปกติ) () ตั้งแต่ 23.0 – 24.99 (น้ำหนักเกินมีภาวะเสี่ยง) () ตั้งแต่ 25.0 – 29.99 (อ้วนระดับ 1)

ข้อที่	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน
3	ค่าการวัดรอบเอว..... เซนติเมตร	☐ ต่ำกว่าเกณฑ์ (เส้นรอบเอว น้อยกว่า 70 เซนติเมตร) ☐ ปกติตามเกณฑ์ (ค่าปกติของเส้นรอบเอวสำหรับผู้หญิง ไม่ควรเกิน 80 เซนติเมตร) (ค่าปกติของเส้นรอบเอวสำหรับผู้ชาย ไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร) ☐ เกินเกณฑ์ (มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุง)
4	ประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutrition Assessment : MNA) คะแนน	☐ 12-14 คะแนน ภาวะโภชนาการปกติ ☐ 8-11 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร ☐ 0-7 คะแนน มีภาวะขาดสารอาหาร
5	ด้านความเสี่ยงต่อการหกล้ม	
	ประเมินความสามารถในการ ทรงตัวของผู้สูงอายุ (Timed up and go test : TUGT) วินาที	☐ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 วินาที มีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำ ☐ 11-20 วินาที มีความเสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง ☐ มากกว่า 20 วินาที มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง
6	แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) คะแนน	☐ 0 – 10 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการหกล้มต่ำ ☐ 11 – 20 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการหกล้มปานกลาง ☐ 21 – 33 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง
7	ด้านอารมณ์ซึมเศร้า	
	แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุ ไทย (TGDS-15) คะแนน	☐ 0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า ☐ 5-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น ☐ 11-15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

ข้อที่	หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน
8	ด้านการรู้คิด	
	แบบทดสอบสภาพสมองเบื่อง ต้นฉบับภาษาไทย MMSE- Thai 2002 คะแนน ระดับการศึกษา	☐ ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ☐ สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ให้คำแนะนำ ส่งปรึกษาหรือตรวจ ประเมินเพิ่มเติม ☐ มีภาวะสมองเสื่อม
9	กลุ่มอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่	
	แบบประเมินภาวะกลืน ปัสสาวะไม่อยู่	☐ มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับน้อย ☐ มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลาง ☐ มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรง
10	ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	
	แบบประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) คะแนน	☐ ≤ 4 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ☐ 5-11 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง ☐ ≥ 12 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือ ผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้

แบบประเมินและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล

คลินิกผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ชื่อ-สกุล..... วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี วันที่ตรวจประเมิน

สถานะทางครอบครัว: ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่า ☐ โสด

จำนวนสมาชิกในบ้าน ทั้งหมด.....คน บุตร.....คน หลาน.....คน อื่นๆ ระบุ

ผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย: ☐ คู่สมรส ☐ บุตรสาว ☐ บุตรชาย ☐ หลาน ☐ ผู้ดูแล ☐ อื่นๆ ระบุ.....

การศึกษา: ☐ ไม่ได้เข้าเรียน ☐ ประถมศึกษา ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

อาชีพเดิม: ☐ งานบ้าน ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

งานประจำปัจจุบัน: ☐ งานบ้าน ☐ รับจ้าง ☐ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ☐ งานอาสาสมัคร ☐ อื่นๆ ระบุ.....

รายได้ปัจจุบันมาจาก: ☐ งานประจำในปัจจุบัน ☐ เงินบำนาญ ☐ เงินสะสม ☐ เงินบุตรหลาน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

ท่านคิดว่ารายได้ของท่าน: ☐ เหลือเก็บ ☐ พอใช้จ่าย ☐ ไม่ค่อยพอใช้จ่าย

การสูบบุหรี่: ☐ ไม่เคยสูบ ☐ เคยสูบ แต่หยุดแล้ว.....ปี ☐ สูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน.....ปี

การดื่มสุรา, เบียร์, ยาตองเหล้า ☐ ไม่เคยดื่ม ☐ เคยดื่มแต่หยุดแล้ว.....ปี ☐ ดื่มจนถึงปัจจุบัน.....ปี

การออกกำลังกาย: ☐ ออกกำลังกาย >3 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ☐ ออกกำลังกาย 1-3 ครั้ง/เดือน

ชนิดของการออกกำลังกายระยะเวลา.....นาที

รับประทานผักสดและผลไม้: ☐ รับประทาน ☐ ไม่ได้รับประทาน

ดื่มน้ำ 1,500-2,000 มล./วัน: ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ตรวจสุขภาพประจำปี: ☐ ตรวจทุกปี ☐ เคยตรวจ 2-3 ปีก่อน ☐ เคยตรวจแต่นานเกิน 5 ปีแล้ว ☐ ไม่เคยตรวจ

การใช้อุปกรณ์ช่วย: ☐ แวนตา ระบุ..... ☐ เครื่องช่วยฟัง ☐ ฟันปลอม..... ซี่ ☐ ไม้เท้า (cane) ☐ walker

☐ อวัยวะเทียม ☐ ไม้เท้า 3 ขา(tripod cane)/4 ขา (quad cane) ☐ รถเข็นฝึกเดิน ☐ อื่นๆ ระบุ.....

บ้านของท่านมีกี่ชั้น.....ชั้น ห้องนอนของท่านอยู่ชั้นที่.....

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome)

การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment : MNA(short form)

คะแนน

1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่

- ☐ 0 ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก
☐ 1 ความอยากอาหารลดลงปานกลาง
☐ 2 ความอยากอาหารไม่ลดลง

2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)

- ☐ 0 น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ☐ 1 ไม่ทราบ
☐ 2 น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม ☐ 3 น้ำหนักไม่ลดลง

3. สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่

- ☐ 0 นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
☐ 1 ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
☐ 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่

- ☐ 0 มี ☐ 2 ไม่มี

5. มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่

- ☐ 0 ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง
☐ 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย ☐ 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท

6. ดัชนีมวลกาย (BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)²)

- ☐ 0 BMI น้อยกว่า 19 ☐ 1 BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21
☐ 2 BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23 ☐ 3 BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป

รวมคะแนน

แบบคัดกรองภาวะหกล้ม (Timed Up and Go test : TUGT)

วิธีการ วางเก้าอี้ที่มีที่เท้าวแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้ผู้สูงอายุทราบว่าเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

TUGวินาที

☐ TUG < 12 วินาที

☐ TUG $\geq$ 12 วินาที

แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment tool)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง ☐ หน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ

รายการ	เกณฑ์ให้คะแนน			
	0	1	2	3
วันนอนนับจากแรกเข้า	วันแรก	เจ็ดวันแรก	8-14 วัน	มากกว่า 14 วัน
อายุ	0 – 19 ปี	20 – 59 ปี	60 – 70 ปี	มากกว่า 70 ปี
ประวัติหกล้ม	ไม่หกล้มในปีก่อน	หกล้มใน 6 เดือนก่อน	หกล้มใน 3 เดือนก่อน	หกล้มในเดือนก่อน
การทรงตัว	ยืนและหมุนตัวได้ด้วย การช่วยเหลือจากผู้อื่น	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือ คนช่วย 2 คน	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือ คนช่วย 1 คน	เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ หรือไม่ต้องการคนช่วย
การรับรู้	รู้เวลา สถานที่ บุคคล	รู้สถานที่และบุคคล	รู้บุคคล	ไม่รับรู้, การตัดสินใจบกพร่อง
สภาพร่างกายทั่วไป	อาหารเพียงพอ การนอนหลับปกติ	ไม่เจริญอาหาร การนอนหลับผิดปกติ	การนอนหลับ ผิดปกติมาก	ขาดอาหาร น้ำหนักลด
การมองเห็น	ปกติ	ใช้แว่นตา	การมองเห็นไม่ชัดเจน ตาต้อ	การมองเห็นผิดปกติ มาก ถึงขั้นตาบอด
การพูด	ปกติ	มีปัญหาการพูดแต่เข้าใจ ภาษาดี	พูดไม่ชัด / มีปัญหาการสื่อสาร	การสื่อสารบกพร่อง ขั้นรุนแรง
การใช้ยา	ไม่มียาที่มีผล	มีระบบหัวใจและ หลอดเลือดที่มีผล เช่น β -blocker ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด	มีระบบประสาท ที่มีผล เช่น ยากล่อม ประสาท ยานอนหลับ ยากลุ่ม psychoactive	มีทั้งระบบหัวใจ และหลอดเลือดและ ระบบประสาทที่มีผล
ภาวะโรคเรื้อรัง	ไม่มีปัญหา	มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	มีโรคเรื้อรัง > 1 โรค	มีโรคเรื้อรังหลายโรค
ไม่สามารถควบคุมการ ขับถ่าย	ไม่มีปัญหา	ปัสสาวะบ่อย	ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะราด (stress incontinence)	ปัสสาวะราด (Urge incontinence) คาสายปัสสาวะ
รวมคะแนน				

แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)

เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ (1) |
| 2. คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลงหรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณว่างเปล่าหรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. คุณรู้สึกเบื่ออยู่บ่อยครั้งหรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ (1) |
| 6. คุณกลัวว่าอะไรบางอย่างจะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ (1) |
| 8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปหาอะไรทำนอกบ้านหรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใคร ๆ หรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. คุณคิดว่าทำไมที่มีชีวิตอยู่ได้จนถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ (1) |
| 12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ (1) |
| 14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่คุณกำลังเผชิญอยู่หรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |
| 15. คุณคิดว่าคนอื่น ๆ ดีกว่าคุณหรือไม่ | ☐ ใช่ (1) | ☐ ไม่ใช่ |

รวมคะแนน

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

1. Orientation for time: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง

คะแนน

(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

- | | | |
|---------------------------|-------|--------------------------|
| 1.1 วันนี้...วันที่เท่าไร | ..... | ☐ |
| 1.2 วันนี้...วันอะไร | ..... | ☐ |
| 1.3 เดือนนี้...เดือนอะไร | ..... | ☐ |
| 1.4 ปีนี้...ปีอะไร | ..... | ☐ |
| 1.5 ฤดูนี้...ฤดูอะไร | ..... | ☐ |

2. Orientation for place : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

(ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- | | | |
|---|-------|--------------------------|
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร | ..... | ☐ |
| 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตึกอาคาร | ..... | ☐ |
| 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร | ..... | ☐ |
| 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร | ..... | ☐ |
| 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร | ..... | ☐ |

2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- | | | |
|--|-------|--------------------------|
| 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และเลขที่เท่าไร | ..... | ☐ |
| 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือสะพาน/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร | ..... | ☐ |
| 2.2.3 ที่นี้อำเภอหรือเขตอะไร | ..... | ☐ |
| 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร | ..... | ☐ |
| 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร | ..... | ☐ |

3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ โดยผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา , ยาย....) ตั้งใจฟังให้ดีนะคะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบแล้ว ให้คุณ (ตา,ยาย....) พูดทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี่ยวดิฉันจะถามซ้ำ

☐ การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน) ☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

☐ ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐

4. Attention or Calculation: ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา,ยาย....) คิดเลขในใจเป็นไหม ?

ถ้าตอบคิดเป็น ให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ข้อนี้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา”

..... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1,2 หรือ 3 ครั้ง แล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา , ยาย...) ฟังแล้วให้คุณ (ตา , ยาย...) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาว สะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแวน ไหนคุณ (ตา,ยาย..) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิครับ ค่ะ)”

..... ☐
ว ำ น อะ ม

5. Recall : ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่าง ที่ให้จำไว้แล้ว (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์ ☐

6. Naming : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ☐

7. Repetition : ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน (1 คะแนน) (พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงครั้งเดียว “ใครใครขายไก่ไข่” ☐

8. Verbal command : ทดสอบการเข้าใจความหมาย และทำตามคำสั่ง (3 คะแนน)

ข้อนี้ให้ทำตามทีบอก ตั้งใจฟังคำสั่ง “ฟังดีๆ นะ เตี่ยผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา , ยาย....) รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☐ รับด้วยมือขวา ☐ พับครึ่ง ☐ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง) ☐

9. Written command : ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย (1 คะแนน)

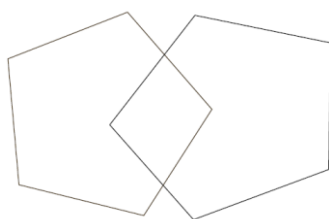
ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้ “คุณ (ตา, ยาย....) อ่านแล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้” ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ☐ หลับตาได้ ☐

10. Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย มา 1 ประโยค” ☐ ประโยคมีความหมาย ☐

11. Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



..... ☐

ระดับการศึกษา ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ ☐ ประถมศึกษา ☐ สูงกว่าประถม

รวมคะแนน

แบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ ในช่อง ☐ หน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ

☐ มีปัญหา ☐ ไม่มีปัญหา

1. ท่านเริ่มมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มานานแค่ไหน	☐ ไม่เกิน 6 เดือน ☐ มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน ☐ 1 – 5 ปี ☐ 5 ปีขึ้นไป
2. ท่านมีอาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้หลายข้อ)	
2.1 ปัสสาวะเล็ด	
2.1.1 ปัสสาวะเล็ดพร้อมกับการไอ จาม หัวเราะ หรือออกแรง	(0) ไม่มี (1) มี
2.1.2 ปัสสาวะเล็ดออกมาจำนวนน้อย (เป็นหยด, พุ่งออกมา)	(0) ไม่มี (1) มี
2.1.3 ปัสสาวะเล็ดโดยควบคุมไม่ได้	(0) ไม่มี (1) มี
2.2 ปัสสาวะรด/กลั้นปัสสาวะไม่ทัน	
2.2.1 เมื่อมีอาการปวดปัสสาวะต้องรีบเร่งเข้าห้องน้ำทันที	(0) ไม่มี (1) มี
2.2.2 ปัสสาวะรดก่อนถึงห้องน้ำ	(0) ไม่มี (1) มี
2.2.3 ปัสสาวะรดแบบควบคุมไม่ได้	(0) ไม่มี (1) มี
2.3 กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เพราะปัสสาวะล้น	
2.3.1 ก่อนปัสสาวะต้องรอนานกว่าจะออก	(0) ไม่มี (1) มี
2.3.2 ปัสสาวะไม่พุ่ง/ปัสสาวะหลายหยักหลายทีหรือต้องเบ่งหลายครั้งกว่าจะเสร็จ	(0) ไม่มี (1) มี
2.3.3 ปัสสาวะเสร็จแล้วมีหยดออกมาอีก	(0) ไม่มี (1) มี
2.3.4 ปัสสาวะเสร็จช้ากว่าปกติหรือใช้เวลานาน	(0) ไม่มี (1) มี
2.3.5 ปัสสาวะไม่สุด รู้สึกเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ	(0) ไม่มี (1) มี
2.3.6 ปัสสาวะบ่อยแต่จำนวนน้อย หรือปัสสาวะเป็นหยดๆ เวลาเปลี่ยนท่าหรือเปลี่ยนอิริยาบถ	(0) ไม่มี (1) มี
2.4 ปัสสาวะรดเครื่องนุ่งห่มเพราะมีขีดจำกัดของร่างกาย	
2.4.1 มีข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว	(0) ไม่มี (1) มี
2.4.2 ไม่มีห้องส้วมหรือหาห้องส้วมไม่ได้ขณะปวดปัสสาวะ	(0) ไม่มี (1) มี

2.4.3 ถูกจำกัดให้อยู่กับที่	(0) ไม่มี	(1) มี
2.4.4 ได้รับยาที่มีผลต่อการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยากดประสาทส่วนกลาง ยาขับปัสสาวะ	(0) ไม่มี	(1) มี
2.4.5 มีความเจ็บปวดเกิดแก่ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งจนไม่เอื่อยเคลื่อนไหว	(0) ไม่มี	(1) มี
3. ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ ☐ (1) เล็กน้อย (ไม่ก่หยดหรือไม่เกินครึ่งช้อนโต๊ะ) ☐ (2) ปานกลาง (ชุ่มกางเกงในหรือครึ่งถึง 2 ช้อนโต๊ะ) ☐ (3) มาก (เปียกทะลุถึงผ้านุ่งชั้นนอกหรือมากกว่า 2 ช้อนโต๊ะ)		
4. ความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ☐ (1) เล็กน้อย / เดือนละครึ่ง หรือน้อยกว่านี้ ☐ (2) ปานกลาง / หลายวันครึ่ง หรือเดือนละ 2 ครั้งขึ้นไป ☐ (3) มาก / เกือบทุกวันหรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป		
5. สำหรับผู้สูงอายุรายนี้มีความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับ ☐ (1) รุนแรงมาก ☐ (2) รุนแรงปานกลาง ☐ (3) รุนแรงเล็กน้อย		

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

(Barthel Activity Daily Living; BADL)

คะแนน

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- ☐ 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ☐ 1 ตักอาหารได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นคำเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- ☐ 2 ตักอาหาร และช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- ☐ 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐ 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เอง ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- ☐ 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- ☐ 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ☐ 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- ☐ 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
- ☐ 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- ☐ 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐ 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีรถเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้

☐ 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย

☐ 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

☐ 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย

☐ 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิปหรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

☐ 0 ไม่สามารถทำได้

☐ 1 ต้องการคนช่วย

☐ 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

☐ 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

☐ 1 อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

☐ 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)

☐ 2 กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

☐ 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้

☐ 1 กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)

☐ 2 กลั่นได้เป็นปกติ

รวมคะแนน

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

หนังสือขออนุญาตใช้เวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการวิจัย

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



เอกสารเลขที่ ๐๐๔/๒๕๖๗

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อโครงการ การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

เลขที่โครงการวิจัย ๐๐๓/๒๕๖๗

ผู้วิจัยหลัก นางสาววาสนา มากผาสุข

สังกัดหน่วยงาน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

วิธีทบทวน คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

รายงานความก้าวหน้า ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี

เอกสารที่พิจารณา โครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับการวิจัย ใบยินยอม

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ได้พิจารณาโครงการวิจัยแล้ว คณะกรรมการวิจัยให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน และให้ดำเนินการวิจัยได้ตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ลงนาม

(นางสาวสุประวิทย์ โอภาเฉลิมพันธุ์)

ประธาน



กรมการแพทย์

(นางบุษยณมถ เรืองรักเรียน)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗

วันหมดอายุ : ๓ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

หนังสือขออนุญาตใช้เวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ การกึ่งด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี โทร. ๑๒๐๖

ที่ สธ ๐๓๑๔.๑.๗/๓๔๘.๑

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตใช้เวชระเบียน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า นางสาววาสนา มากผาสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน วิชาการ พยาบาล การกึ่งด้านการพยาบาล ผู้วิจัยในโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับ บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เวช ระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ แฟ้มประวัติผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ลำดับที่ ๐๐๑ ถึงลำดับที่ ๑๔๔ ระยะเวลาที่ใช้ ตั้งแต่วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗ เพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัยในหัวข้อเกี่ยวกับ ข้อมูลส่วนบุคคล และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา รายได้ อาชีพ โรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และผลการบันทึกการคัดกรองกลุ่ม อาการสูงอายุ ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบประเมินภาวะหกล้ม แบบประเมินภาวะกลืน ปัสสาวะไม่อยู่ แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุไทย Timed up and go test แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai ๒๐๐๒ และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

ในการนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ จะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลเสียต่อ ผู้รับบริการ ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลวิจัยใช้เพื่อเป็น ประโยชน์ทางวิชาการ และเสนอในภาพรวม โดยนำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น รายละเอียดดังเอกสารโครงการวิจัย เอกสารผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย และแบบบันทึกข้อมูล ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางสาววาสนา มากผาสุข)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าโครงการวิจัย

อนุญาตให้ใช้ข้อมูลเวชระเบียน

(นายรัฐด่าง ธรรมโชติ)

ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กัญชรีย์ พัฒนาและคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 10(1). 488-497.
- กัลยา มั่นล้วน, วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และนิภา สุทธิพันธ์. (2562). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์**. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2562 “สังคมผู้สูงวัย: โอกาสและความท้าทายของอุดมศึกษา”. วิทยาลัยนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา.
- กฤติเดช มิ่งไม้. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอทับสะแก จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(1), 50-65.
- กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ. (2563). สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น*, 17(2), 581-595.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การส่งเสริมสุขภาพทางการแพทย์.
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564**. กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์นภา เพชรมุณี และคณะ. (2567). การศึกษาผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 49(2), 48-54.
- ทัศนีย์ กาศทิพย์. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34 (1), 104-121.
- ธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา. (2561). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ และคณะ. (2563). ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 30 (3), 35-48.
- นงนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. **วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 21(1), 37-44.
- บุษยารัตน์ จันทร์ประเสริฐ, ญัฐกรรณ์ หลาวทอง และสังวรณ์ จัดกระโทก. (2563). ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน ของความสอดคล้องในแนวเดียวกันระหว่างข้อสอบกับตัวชี้วัดวิทยาศาสตร์. **วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 48(3), 144-163.
- ปวีตรา ไพทอง. (2562). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมที่พึงประสงค์**. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่อง นิยามสุขภาพ” (2550, 19 มีนาคม) ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. หน้า 1.
- ประเวศ วะสี. (2547). **ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พรินต์ติ้งเอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ปิติพร สิริทิพากร และคณะ. (2562). ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ และลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 37(3), 20-29.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). **การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ การนำใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : คลังน่านวิทยา.
- พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. **วารสารสมาคมนักวิจัย**, 21(2), 94-109.
- พุทธิพร พิธานธนานุกูล. (2561). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลห้วยปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. **พยาบาลสาร**, 45(1), 34-47.
- ไพบูลย์ พงษ์แสนพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (รายงานวิจัย)**. สืบค้นจาก http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/BUU.res.2014.39
- ภริตา นาวิจิตร. (2566). **ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุ จักษุกรรม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

มยุรี ลิ้มทองอิน และคณะ. (2559). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น.

วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(2), 193-200.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2559). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2560). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2560**. กรุงเทพฯ : อมรินทร์.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).(2563). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2562**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).(2565). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ลิลลี่ ชัยสมพงษ์. (2564). **ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ**. สืบค้น 2567, มิถุนายน 25, จาก

<https://www.dop.go.th/th/know/15/415>

วนิดา น้อยมนตรี. (2561). ความกลัวการหกล้ม กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**; 26 (3) : 92-101.

วนิดา ราชมัย. (2565). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6**. ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้น จาก <https://hpcan.amai.moph.go.th/th/cms-of-15/download/?did=213400&id=91524>

วิชัย เอกพลากร. (2553). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซด์.

วิชัย เอกพลากร. (2559). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซด์.

วิชัย เอกพลากร. (2564). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563**. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดีไซด์.

วิภาวี กฤษณะภูต และคณะ. (2567). สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์ และมิติสุขภาพ. **วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒนา**, 6(1), 28-39.

วีณา ลิ้มสกุล, สิริพร ฉันทศิริกาญจน และวราภา จันทร์เอียด. (2566). การสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในโครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย : พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**, 6(1), 1-13.

สภานัด บุนนาค และคณะ. (2564). รายงานการวิจัย การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาวะโรค และความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย Analysis of health status, burden of disease and health service needs in Thai elderly. สืบค้น 2567, มิถุนายน 25, จาก [https:// thaigri. org/?p=39577](https://thaigri.org/?p=39577)

สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). สุขภาพคนไทย 2564. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทูล.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome). นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทูล.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี : สันทนาการพิมพ์.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทูล.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic). นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทูล.

สาวิตรี สิงหา และคณะ. (2566). ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 32(1), 53-61.

สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ. (2558). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุภารัตน์ วัฒนา. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(4),

- 318-327. สืบค้น จาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/ech/article/view/3049>
 สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรรถัย ยินดี. (2564). การศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และ
 แนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. **วารสารการ
 พยาบาล**, 23(2), 30-43.
- อภิรักษ์ สมน้อย ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ และสุรัชย์ ปิยานุกูล. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต
 ผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์**, 8(2), 153-169.
- เอมอร ส่วยสม. (2566). ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรค
 ไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแก่งคร้อจังหวัดชัยภูมิ. **วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ
 สุรินทร์ บุรีรัมย์**, 38(3), 689-699.
- อุมาพร ฉัตรวิโรจน์. (2555). **การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย**. คณะวิทยาศาสตร์และ
 เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. กำแพงเพชร : พิมพ์กำแพงเพชร.

ภาษาอังกฤษ

- Boongird C, Thamakaison S, Krairit O. (2011). Impact of a geriatric assessment clinic on
 organizational interventions in primary health-care facilities at a university
 hospital. **Geriatr Gerontol Int**, 11(2), 204-210.
- Gisev, N., Bell, J. S., & Chen, T. F. (2013). Interrater agreement and interrater reliability:
 key concepts, approaches, and applications. **Research in Social and
 Administrative Pharmacy**, 9(3), 330-338.
- Mahoney FI and Barthel DW. (1965). Functional evaluation. The Barthel index. **Maryland
 State Med J** ; 14: 61-65.
- Orem, D.E. (2001). **Nursing: Concept of practice**. (5 th ed). St Louis: Mosby-Year book,
 Inc.
- Pender J Nola. Carolyn L., Persons M. (2011). **Health Promotion in Nursing Practice**
 (6 th ed). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2015). **Foundations of clinical research: Applications
 to practice** (3rd ed.). Davis Company.
- Shiekh, Y.J. (1986). **geriatric depression scale; recent finding and development of a
 Short version**. New York: Haworth Press.

- Wongpakaran, T. (2012). Prevalence of major depressive disorders and suicide in long-Term care facilities: a report from Northern Thailand. *Psychogeriatric*, 12(1); 11-17.
- World Health Organization. (2000). **Asia-pacific perspective : Redefining obesity and its treatment**. Australia: Health Communications Australia.
- World Health Organization. (2015). **World Report on Ageing and Health**. Luxembourg.
- World Health Organization. (n.d.). **Towards policy for health and ageing**. Retrieved 2024, June 22, from https://www.who.int/ageing/publications/alc_fs_ageing_policy.pdf
- World Health Organization (WHO) (1948). **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: WHO.
- WHO Expert Committee on Health of the Elderly & World Health Organization. (1989). **Health of the elderly : report of a WHO Expert Committee [meeting held In Geneva from 3 to 9 November 1987]**. World Health Organization. Retrieved 2024, June 22, from <https://iris.who.int/handle/10665/39521>
- World Health Organization. (2010). **Definition of an Older or Elderly Person**. Retrieved From <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefinolder/en/index.htm>

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง และได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลา 1 ปี จำนวน 129 แฟ้ม เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย และผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) การประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Timed up and go Test ; TUGT) แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) แบบประเมินโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS-15 ข้อ) แบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี สรุปได้ดังนี้

1) ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 28.31 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.92 และโรคเบาหวาน

ร้อยละ 10.05 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ระดับ 1 (BMI มากกว่า 25.0-29.99 kg/m²) ร้อยละ 34.88 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่รอบพุงอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 72.09

2) ผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ พบว่าผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 81.40 และการประเมินการเดิน การทรงตัว โดยการทดสอบ Timed up and go test (TUGT) พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ร้อยละ 64.34 ส่วนการคัดกรองกลุ่มอาการอื่น ๆ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 100 ผลการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 พบว่าไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 98.45 ผลการคัดกรองแบบประเมินโรคซึมเศร้า (TGDS 15 ข้อ) พบว่าไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 95.35 ผลการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) พบว่ามีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 93.80 ผลการประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 82.17 โดยรวมแล้วภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดีตามเกณฑ์การแบ่งของคลินิกผู้สูงอายุ

จากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ โดยผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุข้างต้น พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม สรุปได้ดังนี้

- 1) ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- 2) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม ผู้วิจัยขออภิปรายผล ดังนี้

1) สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง อยู่ในวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุเนื่องจากเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ สามารถเดินทางมารับบริการได้ด้วยตนเอง ซึ่งพบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกับข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งประเทศ ที่มีแนวโน้มเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 60-69 ปี

(มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เป็นการแสดงออกถึงลักษณะความสัมพันธ์ของการมีชีวิตคู่ ทั้งในด้านสังคมและจิตใจ พบว่าเมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งแตกต่างจากสถานภาพอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว ที่ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย และพบว่าส่วนใหญ่มีความสนใจเข้ามารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจากการชักชวนของคู่สมรส หรือเดินทางมารับบริการพร้อมกับคู่สมรส เพื่อนำความรู้และคำแนะนำไปดูแลสุขภาพของตนเองและคู่สมรส สอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา มั่นล้วน, วิภาดา กาญจนสิทธิ์ และนิภา สุทธิพันธ์ (2562) ที่พบว่า สถานภาพของผู้สูงอายุส่วนมากมีสถานภาพสมรส ที่มีคู่สมรสคอยดูแล ซึ่งส่งผลที่ดีในด้านร่างกายและจิตใจ สุขภาพจิตดีขึ้น และคุณภาพชีวิตสูงกว่า แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า หรือแยก ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ขาดผู้ดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีความรู้และมีความสนใจในการดูแลสุขภาพ ส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มข้าราชการเกษียณ ที่สนใจมารับบริการในการส่งเสริมสุขภาพหลังวัยเกษียณ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี สามารถเดินทางมารับบริการได้ตามนัด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากส่วนหนึ่งเป็นข้าราชการบำนาญ หลังเกษียณไม่ได้ทำงาน อยู่บ้าน ทำงานบ้าน หรือชอบเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่บ้านกับบุตรหลาน เลี้ยงหลาน ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้พอใช้จ่ายในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย รายได้ที่เพียงพอ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ได้ ทำให้เกิดความสุขทางใจและสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้มีสุขภาพแข็งแรง ลดภาระในการพึ่งพาผู้อื่น เกิดความมั่นคงในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติเดช มิ่งไม้ (2561) พบว่าจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้จ่าย ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และรายได้ ยังทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ ได้มากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว และโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป โดยพบว่ามีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็มอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงก่อนวัยสูงอายุ ได้รับการตรวจรักษาโรคประจำตัว และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิพร พิชานธนากุล (2561) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา (2563) ที่ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ผลการวิจัยพบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.09 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ นอกจากนี้จากการศึกษาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุของนิรุวรรณ เทิร์นโบล และคณะ (2563) พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาก

ที่สุด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ.2560 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2545 พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็น 1.7 เท่า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีการเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจากเป็นความเสื่อมสภาพของผู้สูงอายุเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ระดับ 1 (BMI มากกว่า 25.0-29.99 kg/m²) และผลการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดรอบเอว พบว่า รอบเอวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าค่าปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอ้วนลงพุง ทั้งนี้เนื่องผู้สูงอายุที่มีโรคอ้วนและอ้วนลงพุงมักมีพฤติกรรมการกินและการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ชอบรับประทานอาหารรสจัด รับประทานอาหารเร็ว และชอบรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ส่งผลให้รับประทานอาหารได้มากกว่าทานอาหารเพียงลำพัง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบนั่งนิ่งๆ และมีกิจกรรมทางกายน้อย นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคอ้วนบางส่วนยังมีปัญหาการเคลื่อนไหวและการทรงตัวร่วมด้วย ซึ่งการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุปัจจุบันนี้จัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าภาวะสุขภาพที่ผ่านมาของผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562- 2563) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคอ้วน ร้อยละ 38.4 พบภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 และพบ Metabolic syndrome ร้อยละ 39.8 จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่อการเกิดอุบัติการณ์ของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (วิชัย เอกพลากร, 2564) ขณะเดียวกันจากการศึกษาภาวะทุพโภชนาการและโรคอ้วนในวัยที่สามเกี่ยวกับปัญหาโรคอ้วนและภาวะทุพโภชนาการที่มีผลต่อผู้สูงอายุ พบว่า โรคอ้วนจะเพิ่มมากขึ้นในอายุ 60-69 ปี และอายุ 70-79 ปี เท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี น้ำหนักตัวยังคงที่ ดังนั้นการประเมินภาวะอ้วนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้การประเมินโรคอ้วนในผู้สูงอายุ สามารถทำได้โดยการประเมินโรคอ้วนทั้งตัว โดยการใช้เกณฑ์การวัด Body Mass Index (BMI) เป็นการหาค่าดัชนีมวลกาย และการประเมินโรคอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบเอว นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ คือ การหาแนวทางการป้องกัน สามารถทำได้โดยการบริโภคอาหารการออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี สามารถควบคุมโรคประจำตัว และสามารถดูแลตนเองได้ดี ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีสุขภาพกายและใจที่ดี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีส่วนร่วมทางสังคมอย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายสังคมที่หลากหลาย เช่น มีเพื่อน ญาติ หรือกลุ่มกิจกรรมที่พบปะสังสรรค์เป็นประจำ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานชุมชน งานอาสาสมัคร หรือกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของกัญชรีย์ พัฒนาและคณะ (2564) ที่ศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 92.4 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 18.01 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มากนัก เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายยังคงสามารถดูแลตนเองและเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลเองได้ และจากงานวิจัยของ ปิติพร สิริทิพากร และคณะ (2562) ศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 72.2 และต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ร้อยละ 16.4 นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปัญญา (2563) ที่ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ในด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.6 ซึ่งผลจากการศึกษาค้นนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง มีการรู้คิด ความคิดความจำที่ดี ยังมีความสามารถในการวางแผน และการบริหารจัดการต่างๆ ได้ด้วยตนเอง แต่จากการศึกษาของปิติพร สิริทิพากร และคณะ (2562) ศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า กลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุดคืออาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมจะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ ร่วมด้วยตั้งแต่ 2 อาการ และมากกว่าขึ้นไป โดยพบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงเรียน

แพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นสถานบริการที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมให้กับประชาชนตามสื่อต่างๆ และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลมานานกว่า 10 ปี ทำให้พบผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการหลงลืมเข้ามารับบริการตรวจรักษามากกว่า

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุสุขภาพดี ไม่มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีความสนใจในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการตรวจประเมิน คัดกรองปัญหาและกลุ่มอาการสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ทำให้สามารถจัดการปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้เป็นอย่างดี แต่จากการทบทวนพบว่าการศึกษาในกลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม และภาวะหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวลดลง เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ยาวนานมากกว่าวัยอื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าและการเข้าสังคมลดลง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตลดลงได้ (สาวิตรี สิงหาค และคณะ, 2566) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยผู้สูงอายุตอนต้น อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นกลุ่มที่สุขภาพแข็งแรง เคลื่อนไหวได้ดี ยังคงสามารถทำกิจกรรมและช่วยเหลือตนเองได้ดี แม้ผู้สูงอายุจะไม่มีปัญหานี้ แต่ควรเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างสม่ำเสมอ เพราะภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่อาจเกิดขึ้นได้เมื่ออายุมากขึ้นหรือมีโรคร่วม จากการทบทวนพบว่าสำหรับประเทศไทยมีรายงานข้อมูลความชุกของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุในโรงพยาบาลร้อยละ 16.0-28.0 และปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่มักถูกละเลยจากการดูแล ทั้งจากตัวผู้สูงอายุเองและบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่าภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่เป็นสิ่งที่น่าอาย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 50.0-75.0 จะไม่บอกว่าตนเองมีอาการปัสสาวะเล็ดราดและหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมาโรงพยาบาล ส่วนบางรายไม่สนใจกับภาวะดังกล่าว เพราะยอมรับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่บ่งบอกถึงความเสื่อมของร่างกาย หรือบางรายคิดว่าถึงรักษาไปก็คงไม่หายขาด หรือไม่สามารถช่วยให้อาการดีขึ้นได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560) และจากการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 38.0 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งนับเป็นความเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้เกิด

อันตรายหรือปัญหาแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุได้ (ปิติพร สิริทิพากร และคณะ, 2562) ดังนั้นปัญหากลั่นปัสสาวะไม่อยู่ จึงนับเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่บางครั้งถูกละเลย ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือดูแลในระยะต้น อาจส่งผลให้ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าและและการเข้าสังคมลดลง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตลดลงได้ (สาวิตรี สิงหาค และคณะ, 2566) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระดับต่ำ และจากการประเมินการเดิน การทรงตัว โดยการทดสอบ Timed up and go test (TUGT) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มารับบริการเริ่มมีความเสื่อมถอยด้านร่างกาย ทำให้การเคลื่อนไหวและการทรงตัวลดลง บางรายมีโรคประจำตัวหลายโรค มีการใช้ยาหลายชนิด หรือรับประทานยาบางตัวที่มีผลต่อความสมดุลของร่างกาย มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว เช่น ลุกยืนหรือเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว อาจทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีภาวะหกล้ม มีสาเหตุจากการสวมรองเท้าพื้นลื่นหรือไม่กระชับกับเท้า และการมีสภาพแวดล้อมของบ้านที่ไม่เหมาะสม เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับ บันไดไม่มีราวจับ เพอร์นิเจอร์หรือของใช้กีดขวางทางเดิน ทางเดินที่ขรุขระ พื้นเปียก พื้นขัดมัน ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี มีความสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 38.0 ปัญหาเรื่องการนอน ร้อยละ 26.4 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 12 และภาวะเบื่ออาหาร ร้อยละ 11.6 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ซึ่งนับเป็นความเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ (ปิติพร สิริทิพากร และคณะ, 2562) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 มีความกลัวการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 50.3 และกิจกรรมที่กลัวการหกล้มมากที่สุดคือการเดินบนพื้นลื่น และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม คือ การจัดสภาพแวดล้อม ร้อยละ 87.3 (สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรทัย ยินดี, 2564)

2) จากการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้ม ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขข้อในเลือดสูง และสัมพันธ์กับภาวะ

กลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มารับบริการส่วนใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง บางส่วนควบคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่ดี อาจมีแนวโน้มเกิดอาการวิงเวียนศีรษะ โดยเฉพาะขณะเปลี่ยนท่าทางอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียการทรงตัวและหกล้มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เอมอร์สวอยสม (2566) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลแก๊งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง และลักษณะพื้นในบ้านเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ และสอดคล้องกับ วนิดา ราชมัย (2565) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้ยา 1.6 เท่า สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน พบว่าเริ่มมีความผิดปกติของระบบรับรู้สีกที่ปลายประสาท ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียสมดุลได้ง่ายขึ้น ไม่มั่นใจในการเดิน กลัวการหกล้ม อีกทั้งเบาหวานอาจส่งผลต่อการมองเห็นและกล้ามเนื้อ ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภารัตน์ วัฒนา (2567) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตรับผิดชอบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกันตังใต้ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง พบว่าปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะปลายประสาทเสื่อมมีผลต่อความเสี่ยงหกล้ม และสอดคล้องกับธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ภาวะปลายประสาทเสื่อมในผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุกลัวการหกล้มมากขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มจริง สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไขข้อในเลือดสูง แม้จะดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องโดยตรง แต่กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุก็มีโรคไขข้อในเลือดสูงร่วมกับความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และอาจสัมพันธ์กับความเสื่อมของหลอดเลือด ซึ่งมีผลต่อการไหลเวียนโลหิตไปยังสมองและกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงขณะเดินหรือเคลื่อนไหวได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักรีบลุกหรือเดินไปหาห้องน้ำกลางคืน ซึ่งสถานการณ์นี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม และได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้ม โดยเฉพาะเมื่อพื้นเปียกหรือมองเห็นไม่ชัดเจน โดยมีความสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะหกล้ม เนื่องมาจากเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การทำงานในระบบส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมลง ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ได้รับยาหลายชนิด เมื่อเกิดภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ต้องรีบลุกไปขับถ่าย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง (สาวิตรี สิงหาต และ

คณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิตา ลิ้มพัฒนะ และคณะ, 2564 อ้างถึงใน สาวิตรี สิงหา และคณะ (2566) พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น จะพบกลุ่มอาการสูงอายุที่มากกว่า 1 อาการ ขึ้นไป โดยกลุ่มอาการสูงอายุที่มีภาวะหกล้มมีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และมีความสัมพันธ์ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา น้อยมนตรี (2561) ได้ทำการศึกษาความถี่การหกล้ม กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และ บทบาทของพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการหรือโรคที่พบเฉพาะในผู้สูงอายุ เช่น การหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ที่มีความสัมพันธ์กันและมีอาการไม่จำเพาะต่อความบกพร่องในระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ชัดเจน แต่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกายหรือภาวะทุพพลภาพ ความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

5.3.1 ควรกำหนดให้มีการจัดทำแนวทางการขอใช้เอกสารเพื่อการวิจัยในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการจัดทำแบบฟอร์มในการขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย แฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ หรือจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ให้มีความสะดวก ปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานวิจัยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5.3.2 ควรมีการพัฒนาและสนับสนุนให้มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ความน่าเชื่อถือ และลดข้อผิดพลาดในการจัดการข้อมูลย้อนหลัง

5.3.3 ควรมีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ และบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน

5.3.4 ควรมีการกำหนดมาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเข้มงวด เพื่อสร้างความมั่นใจ และปฏิบัติตามจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด เพื่อความปลอดภัยของข้อมูลการรักษาของผู้ป่วย

5.3.5 ควรวางแผนวิจัยโดยคำนึงถึงความหลากหลายของผู้สูงอายุและปัจจัยแวดล้อม โดยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพควบคู่กับเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ภาพรวมที่ครบถ้วนและลึกซึ้ง

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี วัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม โดยศึกษาจากการทบทวนแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย และผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) การประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Timed up and go Test ; TUGT) แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) แบบประเมินโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS-15 ข้อ) แบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 จากการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) จำนวน 129 คน ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม รายละเอียดดังนี้

4.1 ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี (n=129)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=129)	
	ราย	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	55	42.64
หญิง	74	57.36
ช่วงอายุ (ปี)		
60-69	84	65.12
70-79	39	30.23
80 ปีขึ้นไป	6	4.65
อายุเฉลี่ย 67.9 ปี (Mean $\pm$ SD = 67.9 $\pm$ 5.51) (range 60-82 ปี)		
สถานภาพ		
สมรส	87	67.44
หม้าย	19	14.72
โสด	15	11.63
หย่าร้าง	5	3.88
แยกทาง	3	2.33
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	21	16.28
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	9.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	16	12.40
อนุปริญญา/ปวส.	12	9.30
ปริญญาตรี	53	41.09
สูงกว่าปริญญาตรี	15	11.63

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี (n=129)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=129)	
	ราย	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน		
อยู่บ้านเฉยๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	75	58.14
ธุรกิจส่วนตัว	20	15.50
ค้าขาย	14	10.85
เกษตรกร	10	7.75
รับจ้าง	8	6.20
การเมือง	1	0.78
อื่นๆ (พระภิกษุสงฆ์ นักบวช)	1	0.78
รายได้ครอบครัว		
พอใช้จ่าย	70	54.26
เหลือเก็บ	54	41.86
ไม่ค่อยพอใช้จ่าย	5	3.88
ไม่มีโรคประจำตัว	39	17.80
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	62	28.31
โรคไขมันในเลือดสูง	48	21.92
โรคเบาหวาน	22	10.05
โรคข้อเข่าเสื่อม	18	8.22
โรคต่อมลูกหมากโต	7	3.20
โรคหัวใจ	6	2.74
โรคไตรอยด์	6	2.74
โรคมะเร็ง	3	1.37
โรคหลอดเลือดสมอง	2	0.91
โรคภูมิแพ้	2	0.91
โรครูมาตอยด์	2	0.91

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี (n=129)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (n=219)	
	ราย	ร้อยละ
โรคไตวายเรื้อรัง	1	0.46
โรคกระดูกพรุน	1	0.46
หมายเหตุ ผู้สูงอายุอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค		
ค่าดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI)		
น้อยกว่า 18.5 (น้ำหนักน้อย)	4	3.11
ตั้งแต่ 18.5 – 22.99 (น้ำหนักปกติ)	37	28.68
ตั้งแต่ 23.0 – 24.99 (น้ำหนักเกิน)	33	25.58
ตั้งแต่ 25.0 – 29.99 (อ้วนระดับ 1)	45	34.88
มากกว่า 30 (อ้วนระดับ 2)	10	7.75
รอบเอว		
ปกติ	36	27.91
สูงเกินเกณฑ์ปกติ	93	72.09
หมายเหตุ รอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. รอบเอวผู้ชายไม่เกิน 90 ซม.)		

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 57.36 และเพศชาย จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 42.64 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 65.12 รองลงมาคือช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 30.23 และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 4.65 ผู้สูงอายุที่อายุน้อยที่สุด อายุ 60 ปี ผู้สูงอายุที่อายุมากที่สุด อายุ 82 ปี อายุเฉลี่ย 67.9 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.51

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.44 รองลงมาสถานภาพหม้าย ร้อยละ 14.72 สถานภาพโสด ร้อยละ 11.63 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ศึกษาจบชั้นปริญญาตรี

ร้อยละ 41.09 รองลงมาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 16.28 และจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 12.40 ตามลำดับ อาชีพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน อยู่บ้านเฉยๆ ทำงานบ้าน เล็กน้อย ร้อยละ 58.14 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.50 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 10.85 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 7.75 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุ รายได้ส่วนใหญ่พอใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 54.26 รองลงมาคือ มีเหลือเก็บ ร้อยละ 41.86 และไม่เพียงพอในการใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 3.88 ตามลำดับ

ข้อมูลโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ จำนวน 129 คน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ข้อมูลโรคประจำตัวมีจำนวนทั้งหมด 219 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 28.31 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.92 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.05 ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.80

ผลการคัดกรองค่าดัชนีมวลกาย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ระดับ1 (BMI มากกว่า 25.0-29.99 kg/m²) ร้อยละ 34.88 รองลงมาคือน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI มากกว่า 18.5-22.99 kg/m²) ร้อยละ 28.68 และมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI มากกว่า 23.0-24.99 kg/m²) ร้อยละ 25.58 ตามลำดับ ผลการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดรอบเอว พบว่า รอบเอวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูงเกินเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 72.09 และผู้สูงอายุมีรอบพุงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 27.91

ตารางที่ 2 แสดงผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) (n=129)

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome)	จำนวน (n=129)	
	ราย	ร้อยละ
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) ≥ 12 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ - ADL = 20/20 คะแนน - ADL อยู่ในช่วง 18-19/20 คะแนน	129 (115) (14)	100 (89.15) (10.85)
ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002) ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ให้คำแนะนำและรักษา	127 2	98.45 1.55
ประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS 15 ข้อ) ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า เป็นโรคซึมเศร้า	123 4 2	95.35 3.10 1.55
ประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (MNA) ภาวะโภชนาการปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร มีภาวะขาดสารอาหาร	121 7 1	93.80 5.43 0.77
ประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ไม่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงน้อย มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงมาก	106 21 1 1	82.17 16.28 0.78 0.78

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) (n=129)

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome)	จำนวน (n=129)	
	ราย	ร้อยละ
ประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool)		
มีความเสี่ยงที่จะหกล้มต่ำ	105	81.40
มีความเสี่ยงที่จะหกล้มปานกลาง	24	18.60
Timed up and go test (TUGT)		
ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	46	36.66
มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	83	64.34

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งหมด 129 ราย พบว่าจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นภาวะพึ่งพา ($ADL \geq 12$ คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้) ถึงร้อยละ 100 โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนน $ADL = 20/20$ คะแนน คิดเป็นร้อยละ 89.15 และมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 18-19/20 คะแนน ร้อยละ 10.85

ผลการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 98.45 และสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ให้คำแนะนำและรักษาร้อยละ 1.55 ผลการคัดกรองแบบประเมินโรคซึมเศร้า (TGDS 15 ข้อ) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 95.35 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 3.10 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 1.55 ผลการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 93.80 มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 5.43 และมีภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 0.77 ผลการประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 82.17 มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 16.28 มีปัญหาภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระดับปานกลางและระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 0.78

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 81.40 และมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.60 และจากผลการประเมินการเดิน การทรงตัว โดยการทดสอบ Timed up and go test (TUGT) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ใช้เวลาเดินมากกว่า 12 วินาที) ร้อยละ 64.34 และไม่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ใช้เวลาเดินน้อยกว่า 12 วินาที) ร้อยละ 36.66

4.2 ผลการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม (n=129)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean SD or number (%)		χ^2	df	p-value
	ไม่เสี่ยงภาวะหกล้ม	เสี่ยงภาวะหกล้ม			
	(n=39) จำนวน (ร้อยละ)	(n=90) จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ	39 (30.2)	90 (69.8)	2.204	2	0.33
ช่วงอายุ					
60-69 ปี	29 (34.5)	55 (65.5)			
70-79 ปี	9 (23.1)	30 (76.9)			
80 ปีขึ้นไป	1 (16.7)	5 (83.3)			
เพศ	39 (30.2)	90 (69.8)	0.336*		
ชาย	20 (35.1)	37 (64.9)			
หญิง	19 (26.4)	53 (73.6)			
สถานภาพ	39 (30.2)	90 (69.8)	1.169	3	0.76
สมรส	28 (30.8)	63 (69.2)			
โสด	3 (21.4)	11 (78.6)			
หย่าร้าง/ แยกทาง	1 (20)	4 (80)			
หม้าย	7 (36.8)	12 (63.2)			

ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะทกล้ม (n=129)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean SD or number (%)		χ^2	df	p-value
	ไม่เสี่ยงภาวะทกล้ม	เสี่ยงภาวะทกล้ม			
	(n=39) จำนวน (ร้อยละ)	(n=90) จำนวน (ร้อยละ)			
ระดับการศึกษา	39 (30.2)	90 (69.8)	5.232	5	0.38
ประถมศึกษา	3 (14.3)	18 (85.7)			
มัธยมศึกษาตอนต้น	4 (33.3)	8 (66.7)			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6 (37.5)	10 (62.5)			
อนุปริญญา/ปวส.	6 (50)	6 (50)			
ปริญญาตรี	15 (29.4)	36 (70.6)			
สูงกว่าปริญญาตรี	5 (29.4)	12 (70.6)			
อาชีพปัจจุบัน	39 (30.2)	90 (69.8)	0.710	2	0.70
เกษตรกร	4 (33.3)	8 (66.7)			
รับจ้าง	3 (42.9)	4 (57.1)			
การเมือง	0 (0)	1 (100)			
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	11 (33.3)	22 (66.7)			
อยู่บ้านเฉยๆ	21 (28.0)	54 (72.0)			
(ไม่ได้ประกอบอาชีพ)					
อื่นๆ (พระภิกษุสงฆ์)	0 (0)	1 (100)			
รายได้ครอบครัว	39 (30.2)	90 (69.8)	1.742	2	0.41
เหลือเก็บ	13 (24.1)	41 (75.9)			
พอใช้จ่าย	24 (34.3)	46 (65.7)			
ไม่ค่อยพอใช้จ่าย	2 (40)	3 (60)			

P<0.05 , *Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะทกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกับภาวะหกล้ม (n=129)

กลุ่มอาการสูงอายุ และปัญหาสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง		χ^2	df	p-value
	ไม่เสี่ยงภาวะหกล้ม	เสี่ยงภาวะหกล้ม			
	(n=39) จำนวน (ร้อยละ)	(n=90) จำนวน (ร้อยละ)			
โรคความดันโลหิตสูง	4 (6.7)	56 (93.3)	29.535	1	<0.001*
โรคเบาหวาน	0 (0)	14 (100)	6.805	1	0.00*
โรคไขมันในเลือดสูง	9 (18.8)	39 (81.3)	4.779	1	0.02*
ภาวะซึมเศร้า	2 (28.6)	5 (71.4)	1.093	2	0.57
ภาวะสมองเสื่อม	0 (0)	3 (100)	1.331	1	0.24
ภาวะกลืนปัสสาวะ ไม่อยู่	68 (64.8)	37 (35.2)	6.704	1	0.01*
ภาวะโภชนาการ	37 (30.3)	85 (69.7)	0.010	1	0.92
การเดิน การทรงตัว	21 (25)	63 (75)	3.126	1	0.07
การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน	0 (0)	1 (100)	0.437	1	0.50
ค่าดัชนีมวลกาย	39 (30.2)	90 (69.8)	2.638	4	0.62
รอบเอว	39 (30.2)	90 (69.8)	0.109	1	0.74

P<0.05

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้ม
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ($p < 0.001$) โรคเบาหวาน ($p 0.00$)
โรคไขมันในเลือดสูง ($p 0.02$) และภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ($p 0.01$)

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม โดยศึกษาในผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จากแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล

โดยมีหัวข้อการดำเนินงานวิจัย ดังต่อไปนี้ (1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (2) รูปแบบการวิจัย (3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (4) ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย (5) การเก็บรวบรวมข้อมูล (6) การวิเคราะห์ข้อมูล (7) พหุศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างรายละเอียด ดังนี้

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

3.1.1 ประชากร (Population)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทั้งหมด ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จากแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล จำนวน 190 แฟ้ม

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จากแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ (Inclusion criteria) จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 129 แฟ้ม

3.1.3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทั้งหมดในช่วง

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 190 แพ้ม ผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าไว้ร้อยละ 5 หรือ 0.05

ในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยกำหนดให้

n = จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

N = จำนวนประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า ผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการเลือกกลุ่มตัวอย่างหรือค่าความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าไว้ร้อยละ 5 หรือ 0.05

ดังนั้น สามารถคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{190}{1 + 190 \times (0.05)^2}$$

$$n = 128.81 \text{ หรือ } 129 \text{ แพ้ม}$$

ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประมาณ 129 แพ้ม ที่มีการบันทึกข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุอย่างความสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกแพ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเลือกแพ้มประวัติผู้สูงอายุ (Inclusion criteria)

- 1) แพ้มประวัติของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุอย่างครบถ้วน
- 2) ข้อมูลการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในแพ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ มีความครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออกแพ้มประวัติผู้สูงอายุ (Exclusion criteria)

- 1) แพ้มประวัติของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ หรือผู้สูงอายุมีการประเมินภาวะสุขภาพไม่ครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัด หรือปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับการประเมินได้
- 2) ข้อมูลการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในแพ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

- เริ่มดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567

รวมระยะเวลา 3 เดือน

3.2 รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการ

ระยะที่ 1 : ระยะเตรียมการ

1) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

2) จัดเตรียมเอกสารในการทำโครงร่างการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาล

3) ทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย และสร้างแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยศึกษาเอกสาร ทฤษฎี และแนวคิดต่างๆ รวมถึงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสังเคราะห์สร้างแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยการกำหนดข้อความให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัยให้มากที่สุด และจากแบบฟอร์มการประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment : CGA) ที่ใช้ในคลินิกผู้สูงอายุนำมาใช้ตามแนวทางคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) หลังจากนั้นนำแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จึงนำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ได้ค่า ความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ในการนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ระยะที่ 2 : ระยะดำเนินการ

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว

รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย และข้อมูลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบประเมินโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS-15 ข้อ) แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) แบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) 6) แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) และ Timed up and go test (TUGT)

- 3) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ
- 4) จัดทำรายงานผลการวิจัย
- 5) เผยแพร่ผลงานวิจัยในเวปไซด์ของโรงพยาบาล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย และผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) การประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ (Timed up and go Test ; TUGT) แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) แบบประเมินโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS-15 ข้อ) แบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) หมายถึง การคัดแยกผู้สูงอายุที่อาจจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพออกจากผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ความเสี่ยงหกล้ม ภาวะขาดสารอาหาร การกลืนปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า การทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือคัดกรองและแบบประเมิน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่อ้างอิงตามมาตรฐานจากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งแบบคัดกรองและแบบประเมินได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการนำมาใช้คัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกรายก่อนพบแพทย์ตามบริการปกติของการจัดบริการ

คลินิกผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุมีการบันทึกผลการซักประวัติ คัดกรอง และประเมินสุขภาพไว้ในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566 รายละเอียดดังนี้

1) ประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ ด้วย Mini Nutritional Assessment (MNA) เป็นแบบทดสอบภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ประเมินการได้รับสารอาหารที่เพียงพอและค้นหาความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการวัดดัชนีมวลกาย Body Mass Index คะแนนเต็ม 14 คะแนน (Nestle Nutrition Institute อ้างถึงในคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

เกณฑ์การประเมิน : คะแนนเต็ม 14 คะแนน หากคะแนนรวม ≤ 11 ให้ประเมินต่อด้วย MNA (Full form)

12-14 คะแนน หมายถึง โภชนาการปกติ

8-11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

0-7 คะแนน หมายถึง ขาดสารอาหาร

2) การประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ : Timed up and go Test (TUGT) เป็นแบบทดสอบเพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ วิธีการประเมินโดยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและเริ่มจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ ระยะทาง 3 เมตร (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562 และ คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

เกณฑ์การประเมิน ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที หรือทำไม่ได้ ถือว่ามีความเสี่ยงหกล้ม

3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) มี 11 หัวข้อ ได้แก่ วันนอนนับจากแรกเข้า อายุ ประวัติหกล้ม การทรงตัว การรับรู้ สภาพร่างกายทั่วไป การมองเห็น การพูด การได้ยิน ภาวะโรคเรื้อรัง การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การแปลผลความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดังนี้

0-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำ

11-20 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง

21-33 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

4) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS -15) แบบวัดพัฒนาโดย ณัทย วงศ์ปารินทร์ (2550) อ้างถึงใน Wongpakaran, T. (2012) and Shiek, Y.J. (1986) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ แบบวัดนี้สำหรับผู้สูงอายุตอบด้วยตนเอง เป็นแบบวัดมาตรฐานซึ่งใช้ได้กับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบของคำถามแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจให้ตัดสินใจเลือกโดยอิงจากความรู้สึกส่วนใหญ่ ให้ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การคิดคะแนน : ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อ 2,3,4,6,8,9,10,12,14 และ 15

ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อ 1,5,7,11 และ 13 จากนั้นรวมคะแนน

การแปลผล ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

5-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

11-15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

5) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 Mini-Mental State Examination : Thai version พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรอง การตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ บุคคล (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านภาษา (Language) และด้านการระลึกได้ (Recall) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยแบ่งได้ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จากการทดสอบมาตรฐานของแบบทดสอบ พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 35.4 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 81.1 positive predictive value ร้อยละ 69.0 และ negative predictive value ร้อยละ 51.3

(2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จากการทดสอบมาตรฐานของแบบทดสอบ พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 56.6 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 93.8 positive predictive value ร้อยละ 88.9 และ negative predictive value ร้อยละ 71.0

(3) ผู้สูงอายุที่จบระดับสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม จากการทดสอบมาตรฐานของแบบทดสอบ พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 92.0 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 92.6 positive predictive value ร้อยละ 91.2 และ negative predictive value ร้อยละ 71.0

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 มีความแม่นยำตรง (Validity) และเชื่อถือได้ (reliability) อยู่ในเกณฑ์ดี มีค่าความจำเพาะ (specificity) ที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง ใช้ได้ทั้งประชากรที่มีการศึกษา และไม่มีการศึกษา (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้) แบบทดสอบนี้เป็นแบบทดสอบที่เหมาะสมในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของประชากรไทยทั่วประเทศ

6) ประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ด้วยแบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีอาการแสดงถึงภาวะติดเชื่อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ มีระดับการประเมิน 3 ระดับคือ มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ระดับรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก ตามปริมาณของปัสสาวะที่กลืนไม่อยู่ และความบ่อยของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (วาริ กังใจ อ้างถึงในสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ พิจารณาข้อ 3 และข้อ 4 ดังนี้

รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก

รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อย

ปานกลาง

รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลืนไม่อยู่ไม่กี่ยดและเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย

7) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living index : ADL index) เป็นเครื่องมือที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564).เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสามารถทำได้ 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลืนและการถ่ายอุจจาระ การกลืนปัสสาวะ คำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 จุดประสงค์เป็นการวัดระดับการพึ่งพาผู้อื่น โดยแบ่งระดับการพึ่งพาได้เป็น 3 กลุ่ม นำมาใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน นักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยและด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญการด้านคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน นักกายภาพบำบัดที่มีความเชี่ยวชาญด้านคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน และนักโภชนาการที่มีความเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับนิยามศัพท์/แนวคิด/ ทฤษฎี ที่เป็นกรอบการวิจัย โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ แล้วคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) จากข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน มีความเห็นสอดคล้องกันในระดับ 3 และ 4 หาดด้วยจำนวนข้อทั้งหมด ซึ่งพบว่าในแต่ละด้านมีชุดข้อมูลและเกณฑ์ที่มีความแตกต่างกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้พิจารณาปรับตัวเลือกในแบบฟอร์มเครื่องมือเพื่อเพิ่มความกระชับ ชัดเจน และมีเกณฑ์ตรงกันในการบันทึกข้อมูล โดยอ้างอิงจากมาตรฐานเดิมของแบบประเมินในแต่ละด้าน และหลังจากปรับปรุงข้อความแล้วได้ส่งแบบฟอร์มฉบับแก้ไขให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาซ้ำอีกครั้งเพื่อยืนยันความเหมาะสมและความครบถ้วนของเครื่องมือ เครื่องมือที่ผ่านการปรับปรุงและตรวจสอบซ้ำแล้ว จึงถูกนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริงในงานวิจัยได้ หลังจากได้พัฒนาปรับปรุงแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ได้หาค่าความตรงของเครื่องมือด้วยวิธีการคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่า S-CVI= 0.96 ค่านี้นสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่แนะนำ (0.80 ขึ้นไป) แสดงว่าแบบเก็บข้อมูลมีความตรงเชิงเนื้อหาสูงและเหมาะสมสำหรับการใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

การวิเคราะห์ความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินของแบบประเมินดัชนีความตรงของเครื่องมือวิจัย โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ภายในชั้น (intra-class correlation: ICC) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป เนื่องจากข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลระดับเรียงอันดับ (Gisev et al., 2013) สหสัมพันธ์ภายใน ชั้นที่วิเคราะห์จากโมเดล two-way mixed-effects model โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิประเมิน จำนวน 5 ท่าน โดยกำหนด

เกณฑ์การพิจารณาระดับความสอดคล้องตามแนวทางของ Portney and Watkins (2015) อ้างอิงใน จันทร์ ประเสริฐและคณะ (2563) ดังนี้

$ICC > 0.50$ หมายถึง ผู้ประเมินมีความสอดคล้อง ในการประเมินระดับต่ำ

$0.50 \leq ICC < 0.75$ หมายถึง ผู้ประเมินมีความสอดคล้อง ในการประเมินระดับพอใช้

$0.75 \leq ICC \leq 0.90$ หมายถึง ผู้ประเมินมีความสอดคล้อง ในการประเมินระดับดี

ซึ่งผลการวิเคราะห์ของเครื่องมือในการวิจัยนี้ได้ $ICC\ 0.78$ แสดงว่ามีความสอดคล้องของการ ประเมินอยู่ในระดับดี

2. การหาความเที่ยง นำแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่ผ่านการตรวจสอบค่าความตรง ความเที่ยงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้เก็บข้อมูลจาก แฟ้มประวัติผู้ป่วยและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 30 แฟ้ม จากนั้นนำข้อมูลมา วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่า Cronbach's Alpha 0.77 จากสถิติแสดงให้เห็นว่า เครื่องมือเก็บข้อมูลมีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ในการนำไปรวบรวมเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัย ดำเนินการหลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยใน คน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 004/2567 ลงวันที่ 8 กรกฎาคม 2567 รหัสโครงการ 003/2567

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คัดเลือกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้ง เพศชาย และเพศหญิง ตามเกณฑ์การคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ (Inclusion criteria)

2) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้รับบริการในคลินิก ผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566

3) ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลเองทั้งหมด ในช่วงวันที่ 31 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2568 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ และผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) แบบ

ประเมินโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS-15 ข้อ) แบบประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) แบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE Thai 2002) แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) และ Timed up and go test (TUGT)

4) วิเคราะห์ข้อมูลตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อตอบโจทย์การวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ข้อมูลการศึกษาจะได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วนค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ด้วยโปรแกรม SPSS 29

3.7 พหิทธิกษลัทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ตระหนักถึงการเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอเค้าโครงงานวิจัยขออนุมัติดำเนินการโครงการวิจัย และได้รับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทำเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้บริหาร โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย รวมทั้งข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากแฟ้มประวัติการรักษาและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ จะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลเสียต่อผู้รับบริการ ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง จะใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลวิจัยใช้เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และเสนอในภาพรวม โดยนำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายของผู้สูงอายุ มิติสุขภาพ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ แนวคิดการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ และกลุ่มอาการสูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขต ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. มิติสุขภาพ
3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ
5. กลุ่มอาการสูงอายุ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (2010) ให้ความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า เมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุ จากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุ

สหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่มีนิยามแน่นอน ว่าอายุเท่าไรจึงเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (Older/Elderly person) แต่สหประชาชาติใช้อายุ 60 ปีขึ้นไปในการนำเสนอสถิติข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะใช้อายุ 65 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก “ผู้สูงอายุ” (WHO, 2002, อ้างถึงใน มุลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2559) สหประชาชาติได้แบ่งผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 -69 ปี) เป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้
- 2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
- 3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

ซึ่งแต่ละช่วงอายุจะมีความแตกต่างกันในเรื่องศักยภาพ ความต้องการ และภาวะสุขภาพ ดังนี้

1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังมีพลัง (active aging) (60-69 ปี) ในช่วงนี้ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้ดี และยังช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ทั้งด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ซึ่งหลายคนถือว่าเป็นจุดสูงสุดของการแบ่งปันประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการสร้างประโยชน์ต่อสังคม

2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) เป็นช่วงที่สุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี แม้จะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยมารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไปบ้าง บางคนเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่วทางร่างกาย จากการเสื่อมสภาพของร่างกาย ต้องระมัดระวังในการเคลื่อนไหว การมองเห็นและการได้ยินลดลง มีปัญหาเกี่ยวกับการบาดเจ็บและข้อเข่าเสื่อม แต่ความจำตลอดจนความคิดวิเคราะห์ยังอยู่ในสภาพค่อนข้างดี บางรายอาจมีโรคเรื้อรังประจำตัว แต่ส่วนใหญ่แล้วยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะในด้านการเคลื่อนไหวและการทำกิจวัตรประจำวัน บางรายอาจทำงานที่ไม่ต้องออกแรงที่บ้านได้

3) กลุ่มวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) เริ่มมีความเจ็บป่วยบ่อยขึ้น มีการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ปรากฏชัดขึ้น ผู้สูงอายุบางท่านอาจทุพพลภาพ ดังนั้น จึงต้องการการช่วยเหลือและการดูแลจากผู้อื่นในการดำรงชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

สำหรับประเทศไทย กำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

นอกจากพิจารณาผู้สูงอายุจากจำนวนอายุแล้ว ยังขึ้นอยู่กับมุมมองตนเอง และสิ่งที่สังคมหรือบุคคลรอบตัวมองผู้สูงอายุด้วย จึงทำให้ลักษณะของความสูงอายุสามารถแบ่งแยกได้ตามที่พิจารณา 4 ข้อ ดังนี้

- 1) การพิจารณาอายุจริง หมายถึง การพิจารณาความสูงอายุจากวันเดือนปีเกิดตามปฏิทิน
- 2) การพิจารณาด้านชีวภาพ หมายถึง การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย
- 3) การพิจารณาด้านจิตวิทยา หมายถึง การพิจารณาจากความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่ากัน
- 4) การพิจารณาด้านสังคม หมายถึง การพิจารณาบทบาท และนิสัยทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีต่อบุคคลอื่นๆ ที่มีอยู่ในสังคมเดียวกัน โดยเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่ากัน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ และคุณวุฒิ โดยบุคคลเหล่านี้มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย และจิตใจ

1.2 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผลการคาดการณ์จำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มประเทศ ASEAN โดยองค์การสหประชาชาติ พบว่าในปี พ.ศ. 2573 สัดส่วนของผู้สูงอายุไทยจะมากเป็นอันดับสอง คือ ร้อยละ 24.3 รองจากสิงคโปร์ (World Health Organization, 2015) ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ไทย ทำให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยชายไทยเท่ากับ 71.8 ปี และอายุคาดเฉลี่ยหญิงไทย

เท่ากับ 78.6 ปี ขณะที่อัตราเกิดลดลงตามลำดับ ผลคือ ทำให้ผู้สูงอายุไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2563 จะเป็นปีแรกในประวัติศาสตร์ไทยที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าจำนวนเด็ก ซึ่งจากเกณฑ์ของสหประชาชาติ สังคมไทยได้เข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ”(population ageing) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 แล้ว

ในการประชุมสมัชชาโลกผู้สูงอายุครั้งที่สอง ที่กรุงมาดริด ประเทศสเปน เดือนเมษายน ปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้พยายามรณรงค์ความคิดด้าน Active Aging เพื่อปรับทัศนคติของประชาคมต่อผู้สูงอายุให้เป็นด้านบวก โดยชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องเป็นภาระต่อสังคม กลับสามารถมีบทบาทที่ทำประโยชน์ต่อสังคมได้ การประชุมได้เสนอกรอบแนวคิดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่าง “Active Aging” ต้องประกอบด้วยสามประเด็นที่สำคัญ (สกานต์ บุณนาและคณะ, 2564) ดังต่อไปนี้

1) การป้องกัน แม้ผู้สูงอายุจะมีโรคร้ายไข้เจ็บมากกว่าในวัยอื่น แต่ก็ยังเป็นกลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุให้คงมีสุขภาพที่ดีให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ จึงเป็นสิ่งที่คุ้มค่าต่อการลงทุนมากกว่าการพยายามรักษาโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว

2) การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้อต่อผู้ป่วยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทยสูญเสียมากที่สุดคือ การไม่สามารถใช้บริการขนส่งสาธารณะที่รัฐจัดให้ ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้โดยสะดวกจึงมีความสำคัญอย่างมาก

3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดทั้งสามประเด็นข้างต้น รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์โดยเฉพาะประเด็นที่ 1 และ 2 นอกจากนี้ รูปแบบบริการสุขภาพนั้นยังต้องตอบสนองต่อลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ดังคำช่วยจำที่ว่า

R-A-M-P-S ประกอบด้วย

R – reduced reserve

ผลจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น มีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง

A – atypical presentation

ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดง ในสองลักษณะดังต่อไปนี้

1) อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรค (typical presentation) ที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำบ่อยในผู้ป่วยทั่วไป มักบ่งบอก

ถึงโรคเบาหวาน ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อาจไม่แจ้งอาการดังกล่าวกับแพทย์ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะขาดสารอาหาร อาจไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยอาการเบื่ออาหาร แต่มาโรงพยาบาลด้วยอาการของโรคติดเชื้อต่างๆ เนื่องจากผลของภาวะขาดสารอาหาร ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดลง นำไปสู่การติดเชื้อได้ง่ายในที่สุด

2) อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจนที่เรียก กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) โดยอาการเหล่านี้ อาจเรียกว่า “big I’s” ได้แก่

2.1 instability หมายถึง ภาวะหกล้ม

2.2 immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน

2.3 incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะรดหรืออุจจาระรด

2.4 intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลันจะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และถ้าเป็นโรคเรื้อรัง จะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)

2.5 iatrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)

2.6 inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

M – multiple pathology

ผู้ป่วยสูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา โดยทั่วไปกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1) กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ (musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (crystal-associated arthritis) กระดูกหัก เป็นต้น

2) กลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (atherosclerosis) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (peripheral arterial disease) เป็นต้น

3) กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (neurodegenerative disease) เช่น โรคพาร์กินสัน (Parkinson’s disease) ภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจเกิดจากโรคชนิดต่างๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (vascular

dementia) เป็นต้น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

เหตุนี้เอง ผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องการการดูแลรักษาแบบองค์รวม (holistic care) เสมอ การดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จึงต้องพยายามรักษาสมดุลของทุกระบบอวัยวะ ให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามควรแก่อัตภาพ

P – polypharmacy

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย แม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ในผู้สูงอายุจะเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน (polypharmacy) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) เนื่องจากความชรา และความผิดพลาดเนื่องจากมนุษย์ (human error) พบว่า การใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุ

S – social adversity

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน รายได้ที่ลดลง การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าร้อยละ 12 จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตอยู่ได้ การดูแลรักษาจะไม่ประสบผลสำเร็จถ้าบุคลากรทางการแพทย์ละเลยประเด็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน

2) เศรษฐฐานะ แม้ปัจจุบันจะมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าโดยรัฐ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้ป่วยสูงอายุก็น่าใช้จ่ายอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ปัจจัยสี่ในการดำเนินชีวิต ค่าอาหาร ค่าเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความมั่นคงด้านรายได้ด้วย บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องทราบมาตรการต่างๆ ที่ภาครัฐจัดให้ เช่น เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือน การมีกองทุนผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ มีการให้ทุนประกอบอาชีพประเภทกัญชามีรายบุคคล รายละไม่เกิน 30,000 บาท และรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มละไม่น้อยกว่า 5 คน กลุ่มละไม่เกิน 100,000 บาท เป็นต้น

3) สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพต้องทราบ ได้แก่ ลักษณะที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา เป็นต้น

อุมพร ฉัตรวิโรจน์ (2555) กล่าวว่า วัยผู้สูงอายุนับว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยทั่วไปการสูงอายุจะมีเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เช่น ผิวหนัง จะมีลักษณะบางแห้ง เหี่ยวยุบ ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เซลล์ที่ผิวหนังแบ่งตัวช้าลง ทำให้การหายของบาดแผลตามผิวหนังช้าลง ผมและขนร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว ระบบประสาทสัมผัสช้าลง สายตาเปลี่ยนเป็นสายตาวาว กระจุกประสาทตาขุ่น ประสาทรับเสียงเสื่อม ทำให้เกิดหูตึง มีฟันหักมากขึ้น ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อมลง ทำให้เหนื่อยง่าย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันทางอารมณ์ และเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบกระเทือนจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง นิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคมและซึมเศร้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม จากผู้ที่เคยทำงานต้องออกจากงาน สูญเสียการเป็นผู้นำครอบครัว จากการเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัวกับกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวที่ต้องเป็นฝ่ายรับ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี รวมทั้งการเสื่อมความเคารพ โดยคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ ความสามารถลดลงไม่ทันต่อเหตุการณ์ ความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์จึงลดลง

ดังนั้น จะเห็นว่าการที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ ส่งผลต่อประเทศในด้านการรักษาพยาบาลด้วย การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะระบบการจัดบริการทางด้านสาธารณสุข เพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุสามารถคงภาวะสุขภาพที่ดีไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ทั้งยังสามารถตอบสนองต่อลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่นอีกด้วย

2. มิติสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสาร บทความวิชาการ ได้มีผู้ให้คำนิยามความหมายด้านสุขภาพ ไว้ดังนี้
องค์การอนามัยโรคได้ให้คำนิยามจำกัดความของคำว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่เฉพาะแต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น

นายแพทย์ประเวศ วะสี (2543) ได้ให้คำนิยามคำว่า สุขภาพ คือ ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแบ่งแยกไม่ได้ การขาดความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆ เสมอ สุขภาพเป็นความสมบูรณ์ของคนใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ (ปัญญา) หากสมบูรณ์อย่างสมดุลแล้วก็จะเข้าสู่ที่เรียกว่า สุขภาวะ องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 4 มิติ คือ

1) มิติทางกาย (Physical Dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งทางด้านอาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

2) มิติทางใจ (Psychological Dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และลดความเห็นแก่ตัว

3) มิติทางสังคม (Social Dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม

4) มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่บุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (Self-Transcending)

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ ถือเป็นสุขภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญบูรณาการความเป็นองค์รวมของ สุขภาวะทางกาย จิต และสังคมของบุคคล และชุมชนให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ ทั้งนี้มิติประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศและเขตการปกครอง และมิติสุขภาพ ประกอบด้วย โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบป่วยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และสุขภาพช่องปาก ส่วนกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม และภาวะโภชนาการ ทั้งนี้การประเมินสมรรถนะ

ผู้สูงอายุเพื่อการดูแล พบว่ามีผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (วิภาวี กฤษณะภูต และคณะ, 2567)

ในการศึกษานี้ใช้แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน 2 มิติ ได้แก่ 1) มิติประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) มิติสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะหกล้ม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (1948, อ้างถึงใน สกานต์ บุณนาค และคณะ, 2564) นิยามความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ว่า “สภาวะที่มีความสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มิใช่เพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น”

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดนิยามของ “สุขภาพ” ไว้ว่าหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต ปัญญา และสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่แต่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง และการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

สอดคล้องกับ ประเวศ วะสี (2543) ที่กล่าวถึงสุขภาพในลักษณะของสภาวะหรือเป็นภาวะที่เป็นสุขที่มีความเชื่อมโยงอย่างสมดุลระหว่างสภาวะทาง กาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ หมายถึง มีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีกำลัง มีความต้านทานโรคดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความทุกข์ทรมาน มีจิตใจที่มีความสุข สดชื่น แจ่มใส ร่าเริง มีสติ ควบคุมอารมณ์ได้ สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ดี สามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นได้ มีครอบครัวอบอุ่น สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ เมื่อทำความดีจะเกิดมีความสุขที่ไม่เห็นแก่ตัว จิตสัมผัสถึงสิ่งที่มีคุณค่า มีอิสรภาพ และผ่อนคลาย

ภาวะสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย ภาวะที่มีสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยสนับสนุนหรือต่อเนื่องกันไป และเป็นประสบการณ์ตลอดชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพนั้น จะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย โดยสิ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพพื้นฐาน ได้แก่ 1) โครงสร้างทางชีววิทยา 2) โครงสร้างทางกายภาพ 3) จิตใจ และความคิด 4) สังคม 5) พฤติกรรม และ 6) ระบบบริการสุขภาพ โดยสุขภาพของผู้อยู่สูงอายุมิมีความแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น และเป็นคุณลักษณะที่ไม่อาจวัดได้โดยตรง เพราะเป็นผลจากการ

ปฏิสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีกระบวนการพัฒนาสะสมมาตลอดช่วงชีวิต และมีลักษณะเป็นมิติ โดยมีปัจจัยอื่นที่มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง, 2559) ได้แก่

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคล ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายจะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ส่วนใหญ่มักจะทำงานหรือเป็นแม่บ้านมากกว่าที่จะทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น การเล่นกีฬาและการทำกิจกรรมสันทนาการ

1.2 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตามการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้น

1.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคลทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

1.4 สถานภาพการสมรส เป็นการแสดงออกถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งในด้านสังคมและจิตใจ ระหว่างบุคคล และการมีชีวิตคู่ เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งแตกต่างจากสถานภาพสมรสอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว ที่ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

1.5 รายได้ ปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดีการประกอบอาชีพย่อมทำ ไม่ได้ รายได้จึงลดลง และเมื่อรายได้ไม่ดี โอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคที่สมบูรณ์เพียงพอเป็นไปได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลติดตามมา

1.6 เขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มที่จะเพิ่มขึ้นในเขตเมือง อาจเนื่องมาจากความสะดวกสบาย ในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการขอรับสวัสดิการต่างๆ แต่ในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุในชนบท จะแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง เนื่องจากมีการออกกำลังกายที่มากกว่าโดยแฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวัน หรือการทำงาน อาหารมีสารพิษน้อยกว่า รวมถึงมีโอกาสเข้าวัดทำบุญมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง การเข้าวัด ทำบุญ ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชนบทมีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อสุขภาพจิตดีก็ทำให้สุขภาพกายดีไปด้วย

1.7 จำนวนบุตร ในสังคมไทยครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักให้กับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากโครงสร้าง ประชากรเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ขณะที่วัยแรงงานและวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรหลานย้ายไปทำงานต่างถิ่น ประกอบกับความต้องการผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สภาวะการเจ็บป่วยและทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2. การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการสนับสนุนแล้ว ผู้สูงอายุน่าจะมีบทบาทในการให้การสนับสนุนในครอบครัวเพื่อนบ้านและชุมชน โดยเฉพาะในครอบครัว ได้แก่ การให้คำปรึกษา รับภาระงานในบ้าน การให้เงินทอง และทรัพย์สินแก่บุตร ซึ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

2.1 การสนับสนุนด้านการให้สิ่งของ เป็นการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมที่ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านสถานการณ์ของความขาดแคลน ไม่ว่าจะเป็นเงินทรัพย์สิน เครื่องใช้อุปโภคบริโภค

2.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งคือการให้การยอมรับ ไว้วางใจ การเอาใจใส่ การสนองความต้องการในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. การดูแลสุขภาพ คือ การกระทำของบุคคลที่ทำการกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของตน ในผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เคี้ยวง่าย จำพวก ต้ม นึ่ง และมีกากใย การออกกำลังกายเป็นการเน้นเรื่องของการเผาผลาญพลังงานส่วนเกิน โดยอาจแบ่งอยู่ในกิจวัตรประจำวัน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัว เพื่อป้องกันความรู้สึกในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว หรือถูกละเลยความสำคัญ การออกไปพบปะและสร้างความสัมพันธ์อันดีกับคนในวัยเดียวกันจะช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุ เบิกบาน และสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต

3.2 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกคือ กลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไปที่เป็นได้แม้ยังไม่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต ซึ่งเกิดได้กับคนทุกวัย แต่เมื่ออายุมากขึ้น ก็ยังมีโอกาสเป็นมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุ คือ เกิดจากความชราภาพของร่างกายหรือจากผลข้างเคียงจากโรคที่มารุมเร้า ทำให้การดูแลตนเองถดถอยลง (ลิลลี่ ชัยสมพงษ์, 2564) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น เริ่มมีความเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคต่างๆ ตามมา ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่

3.2.1 ปัญหาการเดินและการทรงตัว การสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว มักเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุหกล้มง่าย สูญเสียความมั่นใจในการเดิน ไม่กล้าออกนอกบ้าน แยกตัวจากสังคม วิดกกังวลและเกิดโรคซึมเศร้า โดยมีสาเหตุมาจากอาการปวดเข่าขณะเดินลงน้ำหนัก ปัญหาในการมองเห็น ภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทางทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะเวลาลุกนั่งหรือยืน ภาวะขาดสารอาหารทำให้อ่อนเพลียและไม่มีแรง อาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยาขับปัสสาวะ รวมทั้งสภาพที่พักอาศัย เช่น

พื้นลื่น พื้นต่างระดับหรือบันไดหรือมีสิ่งของวางไม่เป็นระเบียบ แสงสว่างไม่เพียงพอและไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการทรงตัวและการเดิน

3.2.2 ภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และการเกิดความพิการ แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ภาวะขาดสารอาหารจำแนกเป็น ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาหกล้มง่าย ปัญหาไขข้อในเลือดต่ำ โลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง การทำงานด้านการคิดเชิงเหตุผลของสมองเสื่อมลง การหายของแผลช้าลงและทำให้เกิดแผลไม่พึงประสงค์ ของยาได้ง่ายจากระดับไขข้อในเลือดต่ำ เป็นต้น สาเหตุของภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหาร อันเนื่องมาจากความชรา ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การสูญเสียความสามารถในการจัดหาหรือประกอบอาหารด้วยตนเอง ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ขาดความเกื้อหนุนทางสังคม ขาดความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ และปัจจัยจากผลไม่พึงประสงค์ของยา ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร ง่วงซึม อิ่มเร็ว การรับสารอาหารเสียไป มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วงได้ง่าย

3.2.3 ภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ การศึกษาระดับไขมันในเลือดของประชากรผู้สูงอายุ พบว่า ระดับไขมันในเลือดรวมไตรกลีเซอไรด์และ Low-density lipoprotein (LDL) มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ขณะที่ High-density lipoprotein (HDL) มีแนวโน้มที่จะลดลง ผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่สำคัญ คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) พยาธิสภาพจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว ตีบแคบลงและเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดบริเวณขาและเท้า สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เกิดจากการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนกระทั่งถึงวัยผู้สูงอายุ โดยมีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง การใช้พลังงานในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง และโรคอ้วน

3.2.4 ปัญหาการนอนหลับ มักพบปัญหาในการเข้านอนหลับยากหรือใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ หลับได้ไม่นานต้องตื่นช่วงกลางดึกหลายครั้ง ทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่อง รู้สึกว่านอนไม่เต็มอิ่ม คุณภาพการนอนไม่ดี หรือตื่นนอนเร็วเกินไป ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหลังตื่นนอน อารมณ์หงุดหงิด ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ความคิด ความจำและความสามารถในการตัดสินใจลดลง จากปัญหาการนอนหลับดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องพักผ่อนกลางวันเพิ่มขึ้น โดยระยะเวลาและจำนวนครั้งของการพักผ่อนจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สาเหตุของปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุ คือ การเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลทำให้การหลับลึกลดลง ทำให้ตื่นบ่อย ขาดการออกกำลังกาย ความวิตกกังวล ภาวะโรคเรื้อรัง เสียใจ ความเครียด ขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการพักผ่อนนอนหลับ ปัญหาโรคเรื้อรังที่รบกวนจังหวะ

การนอนและการตื่น เช่น อาการปวดข้อ การถ่ายปัสสาวะบ่อยช่วงเวลากลางคืนของคนที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาขับปัสสาวะ เป็นต้น

3.2.5 โรคกระดูกพรุน เป็นโรคที่ความแข็งแรงของกระดูกลดลงร่วมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระดูก เป็นผลให้กระดูกสามารถรับน้ำหนักหรือแรงกดได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก เป็นผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะบริเวณกระดูกสันหลัง สะโพก ข้อมือและ ต้นแขน พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี อุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากสูญเสียมวลกระดูกอย่างรวดเร็วในช่วง 5 ปีแรกหลังหมดประจำเดือน สาเหตุของโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ คือ การลดลงของมวลกระดูกตามอายุที่เพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรงลดลง มีผลทำให้ปริมาณมวลกระดูกลดลง การได้รับสารอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ การสูบบุหรี่ ทำให้ฤทธิ์ของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีผลต่อมวลกระดูกลดลง และการดื่มกาแฟดำปริมาณมาก ทำให้มีการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะและลำไส้มากกว่าการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย

3.2.6 โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ นำไปสู่การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง จอประสาทตาหนาตัวขึ้นและไตเสื่อมสมรรถภาพ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ คือ การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไปจากการสูญเสียการรับรสเค็มและการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง

3.2.7 โรคเบาหวาน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้แก่ จอประสาทตา ไต เส้นประสาท เท้า หัวใจและสมอง สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวาน ในผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น โดยที่การทำงานของเซลล์ตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่สร้างและหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ภาวะอ้วน พฤติกรรมออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและมีมวลกล้ามเนื้อลดลง ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตในการบริโภคอาหารโดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันและคาร์โบไฮเดรตปริมาณสูง รวมทั้งอาหารที่มีปริมาณแคลเซียม ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถควบคุมน้ำหนักตัวและสัดส่วนร่างกายที่เหมาะสม และการรับประทานยาเบาหวานไม่ต่อเนื่อง

3.2.8 ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นชั่วคราวเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนแล้วหายไป ถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ดี จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ประกอบด้วยโรคทางกายทั้ง

ชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ประสิทธิภาพในการดำรงชีวิต ลดลงและเกิดข้อจำกัดในการเข้าสังคม ต้องใช้ชีวิตโดยลำพัง ทำให้รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว การสูญเสียอาชีพการงาน ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัวลดลง ขาดการยอมรับจากสังคม ขาดการสังสรรค์เข้าสมาคมกับเพื่อนฝูงรุ่นเดียวกัน ทำให้ต้องปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงที่ตามมา

3.2.9 ภาวะสมองเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคมและยังก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือรบกวนผู้อื่นได้ ผู้สูงอายุมีปัญหาความจำระยะสั้น ไม่ดี เช่น ลืมง่าย พุดซ้ำ มีความผิดปกติในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น การใช้จ่ายเงิน การวางแผนทำงาน มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิด ก้าวร้าวและมีปัญหาเกี่ยวกับทิศทาง และสิ่งแวดล้อม เช่น หลงทาง ภาวะสมองเสื่อม เกิดจากสาเหตุร่วมกันระหว่างโรคสมองเสื่อม อัลไซเมอร์และโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมสามารถป้องกันได้ ได้แก่ ความอ้วน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ขาดวิตามิน ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้าและภาวะสับสนเฉียบพลัน

3.2.10 โรคอ้วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในร่างกาย (body fat) มากกว่าปกติหรือมากเกินไป ซึ่งโรคอ้วนนับว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการกระจายตัวของไขมันภายในร่างกาย ที่มีการสะสมมากขึ้นจากการได้รับพลังงานที่เกิดมากกว่าที่ร่างกายต้องการใช้ในชีวิตประจำวัน โรคอ้วนสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคอ้วนลงพุง และโรคอ้วนทั้งตัว โรคอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ระบบหลอดเลือด และมะเร็ง โดยมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ นอกจากนี้โรคอ้วนยังส่งผลต่อระบบข้อและกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดเข่า ปวดหลัง หรือทำให้ไขข้ออักเสบ วิธีการประเมินโรคอ้วนสามารถใช้วิธีการประเมินได้หลากหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการ เครื่องมือที่เหมาะสม ซึ่งสามารถทำการประเมินโรคได้โดย การประเมินโรคอ้วนทั้งตัว (overall obesity) จะใช้เกณฑ์การวัด Body Mass Index (BMI) และการประเมินโรคอ้วนลงพุง (visceral obesity/abdominal obesity) โดยวิธีการวัดความยาวเส้นรอบเอว

ดังนั้น ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อย จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพบว่าภาวะสุขภาพที่ผ่านมาของผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ สำหรับในการศึกษานี้ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตร

ประจำวัน ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย

4. แนวคิดการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้นการเชื่อมต่อของการป้องกัน วินิจฉัย ดูแลฟื้นฟู จัดรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) มีการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ บูรณาการ ข้อมูลสุขภาพ จัดบริการสำหรับทุกช่วงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามช่วงอายุ และลักษณะสุขภาพ (health status) ดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2564)

- ก่อนวัยสูงอายุ (pre aging) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- กลุ่มสูงอายุสุขภาพดี (healthy aging) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน โดยการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรู้คิด การได้ยิน การมองเห็น สุขภาพช่องปาก การเคลื่อนไหว โภชนาการ การกลืนปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า และการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLs)
- กลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) การดูแลระยะวิกฤต การดูแลระยะกลาง (intermediate care) โดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อฟื้นฟูสภาพ ในปัจจุบันยังครอบคลุมเพียงบางปัญหา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่สมอง (traumatic brain injury) spinal cord injury และกระดูกข้อสะโพกหัก
- กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะพึ่งพา เน้นการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว (long term care) เพื่อป้องกันการถดถอยและการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ป้องกันและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย เน้นการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย ตลอดจนการทำ advance care plan ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

4.1 องค์ประกอบของคลินิกผู้สูงอายุ การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุควรประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

4.1.1 การประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินทางกายภาพ (physical assessment) การประเมินทางสุขภาพจิต (psychomental assessment) การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment) และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional assessment)

4.1.2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุโดยประสานไปกับการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกรายเน้นหลัก 4 ด้าน ได้แก่

- การคัดกรอง (screening) โดยคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคมะเร็ง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะทุพโภชนาการ ความเสี่ยงหกล้ม สมองเลื้อม ซึมเศร้า กระดูกพรุน เป็นต้น
- การให้ยาป้องกันโรคแบบประจําสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นโรคนั้นๆ แต่มีความเสี่ยงสูง เช่น การให้ aspirin ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น
- การให้วัคซีนป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
- การให้สุศึกษาและคำแนะนำ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การใช้ยาที่ถูกต้อง การป้องกันหกล้ม เป็นต้น การให้ความรู้ควรเป็นแบบกลุ่มคือให้ความรู้ 30 นาทีที่คลินิกก่อนเข้ารับการตรวจจากแพทย์หรือการให้ความรู้เฉพาะรายเมื่อแพทย์และบุคลากรในคลินิก โดยกำหนดเกณฑ์การส่งพบบุคลากรในคลินิก เช่น ประวัติหกล้ม ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobility) จะได้รับการประเมินและแนะนำจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น นอกจากนั้นยังมีรูปแบบการให้ความรู้และทักษะวิธีการอื่นๆ เช่น การใช้สื่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว หรือการจัดอบรมผู้สนใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทุกปี

4.1.3 การทำงานประสานกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team) โดยบทบาทของแต่ละวิชาชีพ มีดังนี้

แพทย์ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นอายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ กรณีที่ไม่มีอาจเพิ่มพูนทักษะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์สาขาอื่นๆ ให้ความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลรักษาปัญหาต่างๆ เช่น สมองเลื้อม สับสน ทุพโภชนาการ โรคประจำตัว ตลอดจนการใช้ยาตามการเจ็บป่วย

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เดินไม่มั่นคง หกล้ม ตีตเดียวหรือมีปัญหาการกลืน หรือให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะโรค นอกจากนี้ยังสามารถทำการวินิจฉัย บำบัดปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น อาการปวด ข้อไหล่ติด กรณีที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูอาจบริหารจัดการนักร่างกายบำบัดให้การดูแลตามความเหมาะสมของบริบท

พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ หากไม่มีพยาบาลเฉพาะด้านผู้สูงอายุอาจให้เป็นพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาทักษะด้วยการอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่างๆ โดยให้มีหน้าที่ประสานการดูแลตั้งแต่ก่อนจนถึงหลังการพบแพทย์ กรณีที่ต้องปรึกษาแผนกอื่นหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็จะทำหน้าที่ประสานการดูแลจนครบวงจร นอกจากนั้นยังให้การดูแลทางการพยาบาล

ประเมินและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติในด้านระบบการดูแลและการดูแลปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

นักจิตวิทยาคลินิก ทำหน้าที่ประเมินการรู้คิด (cognitive function) โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Thai Mental State Examination (TMSE), The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กรณีที่มีอาการไม่ชัดในการแยกแยะสมองเสื่อมระยะแรก การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) หรือการเปลี่ยนแปลงตามอายุ อาจนัดทดสอบทางจิตประสาทชุดใหญ่ (full neuropsychiatric batteries) เพิ่มเติมต่างหาก นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและกิจกรรมด้านจิตวิทยาอื่นๆ

เภสัชกร มีหน้าที่หลักคือทบทวนการใช้ยา (medication reconciliation: MR) โดยเฉพาะผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ผู้ที่ใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) ผู้ที่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ผู้ที่เพิ่งย้ายสถานที่รักษา ผู้ที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น โดยการตรวจสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ยา การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) และการใช้ยาของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่

ทันตภิบาลหรือทันตแพทย์ โดยให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษาและตรวจคัดกรองสุขภาพฟัน และช่องปาก การบดเคี้ยวอาหาร ตลอดจนให้บริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม

นักโภชนาการ ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคและวัย รวมถึงการปรับลักษณะของอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน การเคี้ยว เป็นต้น

นักสังคมสงเคราะห์ ให้คำปรึกษา ประเมินและให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้

เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น นักสุขศึกษา ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คนงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ล้วนมีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกทั้งทางเอกสาร ให้คำแนะนำขั้นตอนในการมารับบริการในคลินิกให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล

4.2 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ.2564 มีแนวคิดในการพัฒนาบริการ 2 แบบ ดังนี้

4.2.1 คลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจร (one stop service) ที่มีครบ 3 องค์ประกอบคือ

4.2.1.1 comprehensive geriatric assessment มีการประเมินทั้งด้าน physical, psychomental, function และ social, caregiver, environment

4.2.1.2 Health promotion and disease prevention มีการดำเนินการด้าน screening, immunization, chemoprophylaxis และแนะนำการดูแล

4.2.1.3 Multidisciplinary care team มีสหสาขาวิชาชีพและผ่านตามเกณฑ์ประเมิน คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

4.2.2 คลินิกที่ให้บริการผู้สูงอายุในคลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีประเด็น ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ให้แก่ผลงานบริการเหล่านี้พิจารณาดูแล ปีงบประมาณ 2564 การ ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

4.2.2.1 คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน เป็นการจัดบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ ครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้

- (1) มีการคัดกรองหรือรับส่งต่อจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)
- (2) มีการประเมิน วินิจฉัยกลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ อย่างน้อย 2 ด้าน
- (3) มีระบบการดูแลรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ อย่างน้อย 2 ด้าน
- (4) มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พร้อมใช้อ้างอิงในแผนผู้ป่วยนอก
- (5) ผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

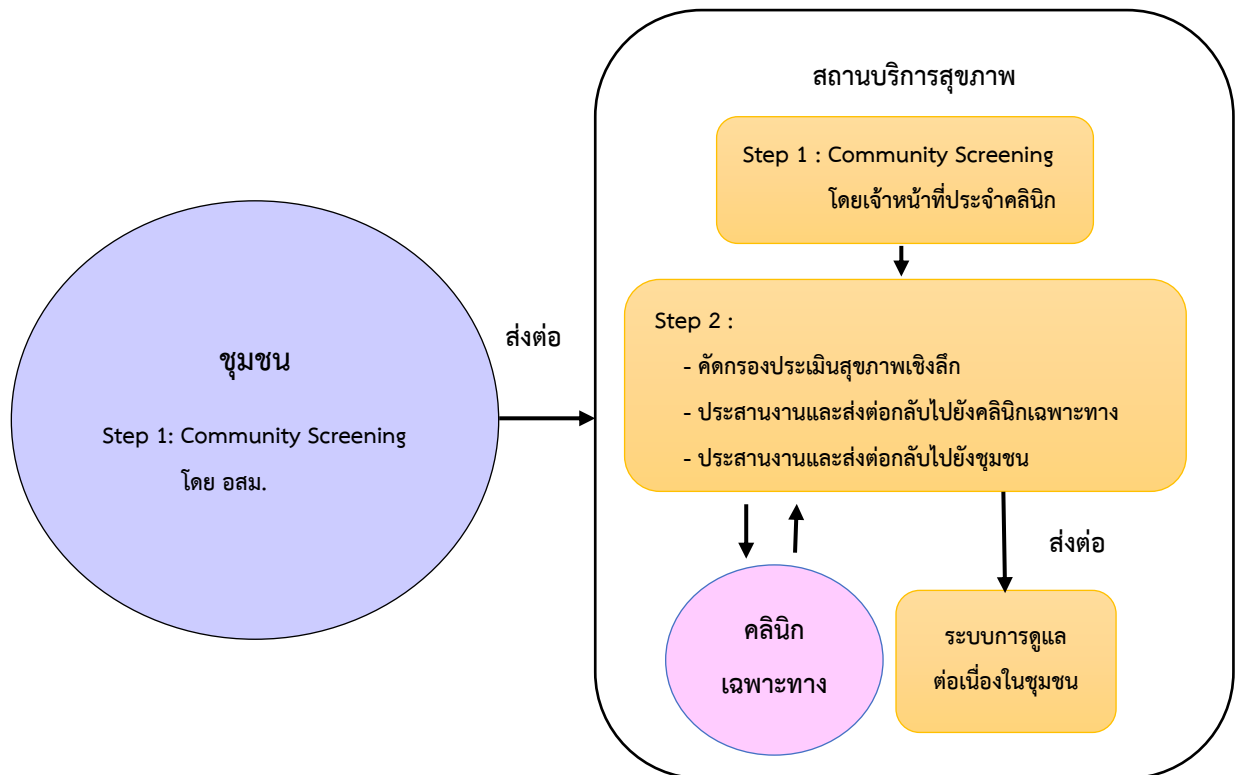
กรณีผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนโดยอสม. หากผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน

กรณีคัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนแล้ว พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ซึ่งพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุจะคัดกรองหรือประเมินเชิงลึกต่อไป หากยังพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะประสานงานและส่งต่อไปยัง

คลินิกเฉพาะทางที่ตรงกับปัญหาที่พบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพ และส่งข้อมูลและแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (care plan) กลับมายังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อประสานงานและส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน



ภาพที่ 2 แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน

ที่มา : แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic) โดยสถาบัน

เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2564, น.9)

4.2.2.2 คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ เป็นการ จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน ดูแลรักษาจนถึงการติดตามประเมินผลโดยมีมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุกำกับ ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานประกอบด้วย

(1) มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมต้องมีสถานที่ที่ชัดเจน สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยกับแผนกต่างๆ ได้โดยสะดวก มีทรัพยากรทางกายภาพที่เหมาะสมเอื้ออำนวยกับผู้สูงอายุ (Elderly friendly environment) อาคารทางลาด ห้องตรวจ ความกว้างของประตู ราวจับ ห้องน้ำ ลิฟต์ ที่จอดรถ

(2) มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงานเน้นการมีผู้รับผิดชอบงานนี้โดยตรงและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

(3) มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ (process indicator) มีการกำหนดข้อบ่งชี้ เช่น จะคัดกรองการบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรืออัตราญาติของผู้ป่วย (หรือผู้ป่วย) ที่ได้รับการอบรมความรู้

(4) มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม (outcome indicator) มีการกำหนดกระบวนการประเมินผลและติดตาม โดยกำหนดเป้าหมาย ความถี่ของการประเมิน วิธีการประเมินและระยะเวลา โดยมีประเด็นต่างๆ ที่ประยุกต์เข้ากับบริบทของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

- safety เช่น อัตราการหกล้ม การหลงทาง อัตราการคลาดเคลื่อนต่อการสั่งใช้ยา หลังผ่านการคัดกรองจากเภสัชกรที่ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินในคลินิก

- Quality ตัวอย่าง เช่น อัตราการเกิดภาวะต่างๆ การเกิดโรค การเกิดภาวะหกล้ม การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องยา (drug related problems: DRP) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราตายและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลดลง (caregiver burden) หลังได้รับคำปรึกษาหรืออบรม

- Delivery/time เช่น ระยะเวลารอการเข้ารับบริการในคลินิกและระยะเวลารอดตรวจ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินมีการส่งต่อหน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินภายใน 10 นาที เป็นต้น

- Cost (direct/indirect) เช่น ระยะเวลาการให้บริการซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาของบุคลากรและสถานที่ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

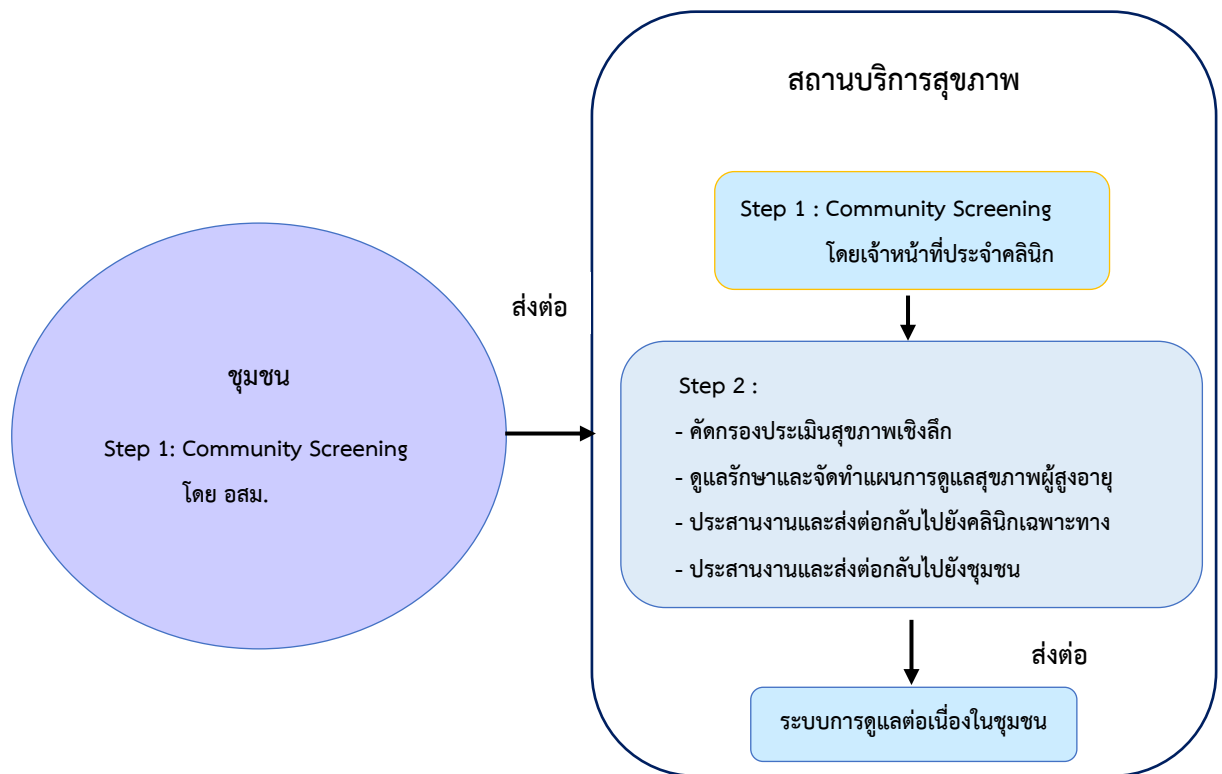
- Satisfaction เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ปฏิบัติงาน อัตราการร้องเรียน ความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมขององค์กร (Corporate Social Responsibility: CSR) การบริจาค

- Innovation/impact มีผลงานนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ ที่มีผลต่อการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

- Network มีเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งขาขึ้นไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และขาลงไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. หรือการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน

- นอกจากนั้นในบริบทของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอาจมีประเด็นอื่นเพิ่มเติม เช่น งานวิจัย ผลงานทางวิชาการ ชื่อเสียงทางด้านวิชาการ การบริหารการศึกษา การได้รับการยอมรับจากนานาชาติ การแลกเปลี่ยนดูงาน เป็นต้น

แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ



ภาพที่ 3 แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ

ที่มา : แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic)

โดยสถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข (2564, น.14)

5. กลุ่มอาการสูงอายุ

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ทั้งยังเป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยกลุ่มอาการสูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในลักษณะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น กลุ่มอาการสูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะหกล้ม (Fall) ภาวะเปราะบาง และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Frailty and Sarcopenia) กลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobilization syndrome) ภาวะซึมเศร้าและสับสนและภาวะสมองเสื่อม (Delirium and Dementia) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (Iatrogenesis) ภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) และภาวะกลั้นปัสสาวะอยู่ (Incontinence)

1) ภาวะหกล้ม (Fall) หมายถึง เหตุการณ์ที่ร่างกายของบุคคลหนึ่งล้มลงไปอยู่ที่พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ได้ตั้งใจ ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุถือเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งพบได้บ่อยและมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาสาเหตุ ให้การรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ จากการทบทวนพบว่าในแต่ละปีมีผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้ม โดยครึ่งหนึ่งของผู้ที่หกล้มจะเกิดภาวะหกล้มซ้ำ ผู้สูงอายุที่หกล้มร้อยละ 10 จะมีการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก บาดเจ็บที่ศีรษะ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เป็นต้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ,2558)

2) ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพลังงานสำรอง (body reserve) และความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของร่างกาย (Stressors) ลดลง อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ซับซ้อน โดยทั่วไปภาวะเปราะบางมีความหมายครอบคลุมด้านจิตใจ สังคม (psychosocial frailty) และด้านกายภาพ (physical frailty) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) มีความหมายโดยรวม คือ การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

3) กลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobilization syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เป็นความถดถอยสมรรถภาพร่างกายจากการจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยสาเหตุสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ก่อให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ต่อระบบต่างๆ โดยเฉพาะระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นวงจรต่อเนื่องมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งความรุนแรงของภาวะนี้ขึ้นอยู่กับสมรรถภาพร่างกายเดิม และระยะเวลาของการจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะถดถอยดังกล่าว ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ ไม่ออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด หรือใส่เฝือกเนื่องจากอุบัติเหตุ หรือกระดูกหัก และผู้สูงอายุที่มีอาการ อ่อนแรง ก่อให้เกิดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และคุณภาพชีวิตลดลง

4) ภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อม (Delirium and Dementia) ภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบร่วมกับปัญหาทางจิตเวช ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้คิด และความสามารถของสมองโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างเฉียบพลัน จัดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเปราะบางที่มากขึ้น รวมถึงพลังงานสำรองของสมองที่ลดน้อยลง ส่วนภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมองจากสาเหตุต่างๆ ส่งผลต่อการทำงานของสมองในหลายๆ ด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวรจนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ

5) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (iatrogenesis) คือ โรคหรือความเจ็บป่วยใดๆ ก็ตามที่เกิดจากกระบวนการตรวจวินิจฉัย หรือกระบวนการรักษาโรคโดยที่ไม่ได้เป็นไปตามธรรมชาติของความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมี โรคนี้อาจเกิดจากยาที่ใช้ในการรักษา กระบวนการการวินิจฉัยและการรักษาการติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือปัจจัยเสี่ยงของสภาพแวดล้อม โดยผลข้างเคียงที่เกิดจากยาเป็นโรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาล อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่สุดต่อการเกิดภาวะนี้ และเป็นภาวะที่สามารถให้การป้องกันได้ และให้ผลการป้องกันที่ดีที่สุด

6) ภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีปัญหาในการนอน ซึ่งหมายถึงรวมถึงการเริ่มหลับยาก การตื่นบ่อย การหลับยากหลังจากตื่นนอน และการตื่นเช้าเกินไปแล้วไม่สามารถหลับต่อได้ ส่งผลกระทบต่อการทำงานกิจกรรมในช่วงกลางวัน เช่น ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย มีอารมณ์หงุดหงิด ง่วงมากในระหว่างวัน สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการนอนหลับ ได้แก่ โรคทางกาย โรคทางจิตใจ ผลไม่พึงประสงค์จากยา การเปลี่ยนแปลงวงจรการนอน และการที่มีภาวะเครียดทั้งทางร่างกายและจิตใจ

7) ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น อันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากการสูงอายุ ปัจจัยทางเวชกรรม ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ภาวะขาดสารอาหารเป็นพยาธิสภาพที่ซ่อนอยู่ในผู้สูงอายุ ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการที่จำเพาะเจาะจงเหมือนพยาธิสภาพอื่นๆ จนทำให้มีอาการอ่อนเพลียจากการขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากภาวะขาดสารอาหารมีทั้งจากในภาพรวม เช่น ภาวะหกล้ม โรคกระดูกพรุน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่เลวลง ไปจนถึงผลจำเพาะที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหารในแต่ละประเภท เช่น ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง และการหายของแผลช้าลง เป็นต้น

8) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะราดออกมาโดยไม่ได้ตั้งใจ มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น ปัสสาวะราดออกมาเพียงเล็กน้อย จนถึงปัสสาวะราดต่อเนื่องออกมาพร้อมกับอุจจาระ พบได้บ่อยขึ้นตามอายุที่มากขึ้น พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อุบัติการณ์ของโรคจะแตกต่างกันมากขึ้นกับอายุและสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยสุขภาพอื่นๆ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ถือเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากเป็นความเสี่ยง และนำมาสู่

ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะหกล้ม การติดเชื้อ อัตราการตายหรือคุณภาพชีวิตที่เลวลง ทั้งในด้านกายภาพและสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) หมายถึง การคัดแยกผู้สูงอายุที่อาจจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพออกจากผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ความเสี่ยงหกล้ม ภาวะขาดสารอาหาร การกลืนปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า การทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือคัดกรองและแบบประเมิน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่อ้างอิงตามมาตรฐานจากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งแบบคัดกรองและแบบประเมินได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการนำมาใช้คัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกรายก่อนพบแพทย์ตามบริการปกติของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุมีการบันทึกผลการซักประวัติ คัดกรองและประเมินสุขภาพไว้ในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ รายละเอียดดังนี้

1) แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activities of daily living) ด้วย Barthel activities of daily living index : ADL index ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2558) จาก Barthel ADL Index ของ Mahoney and Barthel (1965) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกจากพื้นนอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลืนและการถ่ายอุจจาระ การกลืนปัสสาวะ คำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-20 จุดประสงค์เป็นการวัดระดับการพึ่งพาผู้อื่น โดยแบ่งระดับการพึ่งพาได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

0-4 คะแนน	หมายถึง	พึ่งพาผู้อื่นโดยสมบูรณ์ (ทำกิจวัตรประจำวันเองไม่ได้เลย)
5-8 คะแนน	หมายถึง	พึ่งพาผู้อื่นค่อนข้างมาก (ทำกิจวัตรประจำวันเองได้น้อยมาก)
9-11 คะแนน	หมายถึง	พึ่งพาผู้อื่นปานกลาง (ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเล็กน้อย)
12-20 คะแนน	หมายถึง	ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง)

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living index : ADL index) เป็นเครื่องมือที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นำมาใช้ในการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

2) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง ใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 Mini-Mental State Examination : Thai version พัฒนาขึ้นโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) แบบทดสอบนี้เป็นแบบคัดกรอง การตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ (cognitive impairment) 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลาสถานที่ บุคคล (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านภาษา (Language) และด้านการระลึกได้ (Recall) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยแบ่งได้ดังนี้

(1) ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) มีคะแนนรวมน้อยกว่า 14 คะแนน จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

(2) ผู้สูงอายุที่จบระดับประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

(3) ผู้สูงอายุที่จบระดับสูงกว่าประถมศึกษา มีคะแนนรวมน้อยกว่า 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS -15) แบบวัดพัฒนาโดย ณหทัย วงศ์ปการันต์ (2550) อ้างถึงใน Wongpakaran, T. (2012) and Shiekh, Y.J. (1986) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ แบบวัดนี้สำหรับผู้สูงอายุตอบด้วยตนเอง เป็นแบบวัดมาตรฐานซึ่งใช้ได้กับผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ โดยให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบของคำถามแต่ละข้อ หากไม่แน่ใจให้ตัดสินใจเลือกโดยอิงจากความรู้สึกส่วนใหญ่ ให้ตรงกับความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

การคิดคะแนน : ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ใช่ ในข้อ 2,3,4,6,8,9,10,12,14 และ 15

ให้ 1 คะแนน หากตอบว่า ไม่ใช่ ในข้อ 1,5,7,11 และ 13 จากนั้นรวมคะแนน

การแปลผล ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

5-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

11-15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซึมเศร้า ควรพบแพทย์เพื่อรับการรักษา

4) ประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ ด้วย Mini Nutritional Assessment (MNA) เป็นแบบทดสอบภาวะโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ประเมินการได้รับสารอาหารที่เพียงพอและค้นหาความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหาร โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการวัดดัชนีมวลกาย Body Mass Index คะแนนเต็ม 14 คะแนน (Nestle Nutrition Institute อ้างถึงในคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

เกณฑ์การประเมิน : คะแนนเต็ม 14 คะแนน หากคะแนนรวม ≤ 11 ให้ประเมินต่อด้วย MNA (Full form)

12-14 คะแนน หมายถึง โภชนาการปกติ

8-11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

0-7 คะแนน หมายถึง ขาดสารอาหาร

5) ประเมินภาวะกล้ามเนื้อสลายไม่อยู่ ด้วยแบบประเมินภาวะกล้ามเนื้อสลายไม่อยู่ ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้อสลายไม่อยู่ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยประเมินภาวะกล้ามเนื้อสลายไม่อยู่ มีระดับการประเมิน 3 ระดับคือ มีภาวะกล้ามเนื้อสลายไม่อยู่ ระดับรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก ตามปริมาณของปัสสาวะที่กลั่นไม่อยู่และความบ่อยของการกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ (วาริ กังใจ อ้างถึงในสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อสลายไม่อยู่ พิจารณาข้อ 3 และข้อ 4 ดังนี้

รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก

รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยปานกลาง

รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั่นไม่อยู่ไม่กี่หยดและเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย

6) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) มี 11 หัวข้อ ได้แก่ วันนอนนับจากแรกเข้า อายุ ประวัติหกล้ม การทรงตัว การรับรู้ สภาพร่างกายทั่วไป การมองเห็น การพูด การได้ยิน ภาวะโรคเรื้อรัง การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การแปลผลความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ดังนี้

0-10 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำ

11-20 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง

21-33 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

7) การประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ : Timed up and go Test (TUGT) เป็นแบบทดสอบเพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุ วิธีการประเมินโดยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนและเริ่มจับเวลาตั้งแต่ผู้สูงอายุลุกจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ ระยะทาง 3 เมตร (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562 และ คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

เกณฑ์การประเมิน ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที หรือทำไม่ได้ ถือว่ามีความเสี่ยงหกล้ม

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องมีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่ดี สำหรับสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ต่างชี้ให้เห็นว่าการที่ประชากรสูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ในด้านสุขภาพกาย เนื่องจากประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (วันเพ็ญ ปันราช, 2552) รายงานโครงการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2552 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพ สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2545 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็น 1.7 เท่า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา

ผู้สูงอายุไทย, 2560) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งสาเหตุการตายของประชากรไทย การเปลี่ยนผ่านของปัญหาสาธารณสุขจากการเกิดโรคติดต่อมาเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีการเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจากเป็นความเสื่อมสภาพของผู้สูงอายุเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (นงนุช แยมวงษ์, 2557) และจากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2561 พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ด้วยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (พุทธิพร พิธานธนากุล, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทยปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็น โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) และจากการศึกษาผลการประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ในเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และการหกล้ม (ปวีตรา ไพทอง, 2562)

ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่ว่าร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งครอบครัวและผู้อื่น (Orem 2001; Pender, 2011 อ้างถึงใน สกานต์ บุณนาค และคณะ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า คำว่าสุขภาพที่ดี คือ การมีดุลยภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ หาทาเลือกอื่นในการรักษา ไม่ใช่พึ่งพาแต่เทคโนโลยี (ประเวศ วะสี, 2547) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเอง มาเป็นสามารถทำได้แต่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยหรือไม่ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557) สำหรับสุขภาพจิตนั้น เป็นสิ่งที่สังเกตได้ยากกว่าและมีความสำคัญต่อสุขภาพกาย การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และระติพร ถึงฝั่ง (2559) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษา พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพร่วมกันทำนายภาวะ

สุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 11.2 ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือรายได้ โดยพบว่าระดับรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุได้มากที่สุด รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ทัศนีย์ กาศทิพย์ (2562) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย ที่มีภาวะรู้คิดบกพร่องและมีญาติผู้ดูแลที่พักอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ศึกษาภาวะสุขภาพโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ภาวะสุขภาพประกอบด้วย สุขภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะการรู้คิด และภาวะสุขภาพทางสังคม ในด้านสุขภาพทางกาย พบว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ และหนึ่งในสามมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติและได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 รายมีประวัติหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ส่วนภาวะการรู้คิด พบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และภาวะสุขภาพทางสังคมพบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาประจำส่วนใหญ่คือการสวดมนต์และทำสมาธิ

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา (2563) ได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทยเป็นการวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,600 คน ผลการวิจัย พบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มี โรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านที่ไม่ดีมากที่สุด คือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หากแยกตามเพศ พบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สำหรับภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศ พบว่าเพศชายมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าเพศหญิง เมื่อวิเคราะห์ตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 60-69 ปี มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อวิเคราะห์แบ่งตามคะแนน ADL พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดเตียง

นิรุวรรณ เทิร์นโบล และคณะ (2563) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษากภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพพงาม อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์ จาก 13 หมู่บ้าน จำนวน 1,348 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดเตียงที่พึ่งตนเองได้ มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าปกติ ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด และยังพบว่ามีปัญหาเรื่องโรคข้อต่อ กระดูก กล้ามเนื้อ และมีอาการปวดหลังเรื้อรัง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยเพศ ประวัติการเคยตรวจร่างกายประจำปี และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิณา ลิ้มสกุล, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และวราภา จันทร์เอียด (2566) ได้ศึกษาการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย : พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการมาใช้ตามบริบทของสังคมไทย เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จาก 19 อำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองผู้สูงอายุพื้นฐาน อ้างอิงตามมาตรฐานเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข 9 ด้าน ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะภายในด้านร่างกายและจิตใจที่พบความผิดปกติรายด้านมากที่สุดคือ ด้านการรู้คิด รองลงมาคือ การมองเห็น การได้ยิน การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก และสุขภาพจิต ตามลำดับ

ปิติพร สิริทิพากร และคณะ (2562) ศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ และลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 1,171 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะสุขภาพ/กลุ่มอาการสูงอายุ เพื่อประเมินอาการในช่วงเวลา 3 เดือนก่อนพบแพทย์ ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการหลงลืม ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ปัญหาเรื่องการนอน ภาวะหกล้ม ภาวะเบื่ออาหาร กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมจะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ ร่วมด้วยตั้งแต่ 2 อาการ และมากกว่าขึ้นไป จากการหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไค-สแควร์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ และภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน

สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรรถย อินดี (2564) ได้ทำการศึกษาความเสี่ยง ความกลัว การหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ เป็น การศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง จำนวน 165 คน ทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม แบบประเมินการกลัวการหกล้ม และแบบประเมินแนวทางป้องกันการ พลัดตกหกล้ม ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับ ปานกลาง มีระดับความกลัวการหกล้มระดับมาก และกิจกรรมที่กลัวการหกล้มมากที่สุด คือการเดินบน พื้นลื่น และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม คือการจัดสภาพแวดล้อม แต่ รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่พบน้อยที่สุด คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้าง กล้ามเนื้อและกระดูก

กิริดา นาวิจิตร (2566) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุ จักษุกรรม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 120 ราย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ แบบครอบคลุม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวและใช้ยาหลายขนาน ความชุกกลุ่ม อาการสูงอายุที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการโรคข้อเข่าเสื่อม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และการทรงตัว ไม่ดี พบอาการในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 60-69 ปี ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับการทรงตัว ไม่ดี อายุมีความสัมพันธ์กับการทรงตัวไม่ดี การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และอาการโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สาวิตรี สิงหาต และคณะ (2566) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ภาวะ กลืนปัสสาวะไม่อยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของไทย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ กำหนด จำนวน 346 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบ ประเมินความรุนแรงของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินภาวะสับสนฉบับภาษาไทย แบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของ ผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และ ภาวะหกล้ม

จันทร์นภา เพชรมุณี และคณะ (2567) ได้ทำการศึกษาผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการที่คลินิก เป็นระยะเวลา 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง พบปัญหาด้านสุขภาพช่องปากมากที่สุด อันดับสองคือด้านการมองเห็น อันดับสามคือด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย รองลงมาคือด้านความคิดความจำ ด้านการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านการได้ยิน ด้านการขาดสารอาหาร และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามลำดับ

จิตติมา บุญเกิด ได้ศึกษาถึงความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุดตามลำดับ คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือความจำเสื่อมเล็กน้อย (mild cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า สูญเสียความสามารถในการเดิน และผู้ป่วยแต่ละรายจะมีกลุ่มอาการสูงอายุร่วม 3 อาการ (Boongird C, Thamakaisorn S, Krairit O., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาภาวะสุขภาพในประเด็นปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุและกลุ่มอาการสูงอายุอาจมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปริมาณความชุกของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ การมีโรคประจำตัว การทำกิจกรรม ความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้วัด และระบบดูแลสุขภาพ ดังนั้น การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่มุ่งเน้นการจัดระบบบริการแบบครบวงจร one stop service เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการได้สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย สะดวกในการเดินทาง ประหยัดค่าใช้จ่าย ได้รับการส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม มีการสื่อสาร นัดติดตามอาการ เพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลจากการทบทวน พบว่า หลังจากผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ยังมีการจัดการปัญหาในกลุ่มอาการที่สำคัญในผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม มีการนำข้อมูลผลของการคัดกรองมาวิเคราะห์ปัญหาภาวะสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ แต่ยังไม่มีการนำผลการศึกษามาพัฒนาต่อยอดต่อ เพื่อวางแผนในการจัดการหรือและดำเนินการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุยังไม่ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับกลุ่มวัยสูงอายุหรือปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 12.4 ของประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) เมื่อจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น อายุยืนยาวขึ้น มีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัว จากความเสื่อมสภาพในวัยสูงอายุ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสม จะนำมาสู่การเจ็บป่วยหรือการพบภาวะผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) ทำให้แต่ละประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการดูแลในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) โดยเฉพาะช่องทางบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 3 “ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” มาตรการที่ 4 ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน “การมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” และสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) แผนปฏิบัติการย่อยที่ 2 “ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม” มาตรการที่ 2 “ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสุขภาพ” ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งกรมการแพทย์ได้มีนโยบายที่รองรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติดังกล่าว จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care) จากนโยบายของกรมการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ โดยมุ่งเน้นให้เกิดระบบการดูแล รักษา ฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร และเชื่อมโยงกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและแผนผู้ป่วยนอกที่ให้บริการผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินการจัดบริการคลินิก

ผู้สูงอายุและพัฒนาระบบการบริการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยเน้นการเชื่อมต่อการป้องกัน วินิจฉัย ดูแลฟื้นฟู จัดรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) มีการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ บูรณาการข้อมูลสุขภาพ จัดบริการสำหรับทุกช่วงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามช่วงอายุและสถานะสุขภาพ (health status) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การคัดกรองภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค และการค้นหาความผิดปกติต่างๆ ของร่างกายในระยะเริ่มต้น เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการรักษาโรค ซึ่งจะทำให้การรักษาได้ผลดีกว่าพบโรคในระยะลุกลาม รวมทั้งช่วยลดโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่มักเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะบกพร่องของสติปัญญา (Intellectual impairment) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence) ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม (Instability and Falls) ปัญหาการเคลื่อนไหว (Immobility) ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) ภาวะเปราะบาง (Frailty) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) รวมถึงปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและการได้รับยาหลายชนิด (Adverse drug reaction and Polypharmacy) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) พบมากขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิดปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ตลอดจนการจัดการระบบสาธารณสุขของประเทศในอนาคต ภาวะสุขภาพ และกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) จะไม่จำเพาะที่จะบอกถึงความผิดปกติต่อระบบอวัยวะที่ชัดเจน และยังอาจเกิดจากพยาธิสภาพในหลายระบบ การคัดกรองและประเมินปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ตรวจพบปัญหาสุขภาพ และป้องกันความพิการที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในการคัดกรองภาวะสุขภาพ และกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ภายใต้แผนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล 2) เพิ่มศักยภาพในการค้นพบโรคเรื้อรังต่างๆ ในระยะเริ่มแรกได้ 3) ให้การป้องกัน รักษา และสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง 4) ส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด (Functional ability) และมีคุณภาพชีวิตที่ดีแม้มีโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เป็นโรงพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดบริการด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการทบทวนผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุในช่วงปีงบประมาณ 2564-2565 พบว่าแนวโน้มผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน มีความเสี่ยงในการหกล้ม ข้อเข่าเสื่อม มีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุน และการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ จากข้อมูลสถิติในปีงบประมาณ 2564-2565 พบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการหกล้ม ร้อยละ 45.20 และร้อยละ 46.32 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 42.21 และร้อยละ 44.80 โรคอ้วน ร้อยละ 32.21 และร้อยละ 33.80 ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 32.13 และร้อยละ 33.20 มีความเสี่ยงกระดูกพรุน ร้อยละ 35.45 และร้อยละ 34.48 การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 21.83 และร้อยละ 10.95 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุแต่ละรายมีปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุมากกว่า 1 ปัญหา จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วน โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุได้มีการวางระบบการดูแลผู้สูงอายุและจัดการปัญหาสุขภาพที่สำคัญตามนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ มีการประสานงานส่งต่อภายในโรงพยาบาล ในคลินิกพิเศษหรือทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การประเมิน ดูแล และบริหารจัดการปัญหาภายในโรงพยาบาล เช่น การส่งต่อคลินิกป้องกันการหกล้มในการประเมินและวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันการหกล้ม การให้ความรู้และคำแนะนำในการลดและควบคุมน้ำหนักตัวอย่างเหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ผู้วิจัยและคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุได้มีการทบทวนผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการตามเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยการใช้เครื่องมือการประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ซึ่งมีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุหลายด้าน จากการทบทวนที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรอง ส่งผลให้การดำเนินการในการวางแผนการจัดการปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน นอกจากนี้จากการทบทวนสรุปผลการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลในปีงบประมาณ 2565 พบว่าการใช้แบบคัดกรองเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และกลุ่มอาการที่สำคัญในผู้สูงอายุยังมีความซับซ้อน ยุ่งยากในการใช้สำหรับบุคลากร ส่งผลให้มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ข้อมูลจากการคัดกรอง มีการสรุปปัญหาสุขภาพไม่ครบถ้วนและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงยังไม่มีมีการนำข้อมูลจากการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพมาวิเคราะห์ข้อมูล หรือศึกษาผลของการคัดกรองภาวะสุขภาพ และกลุ่มอาการสูงอายุ ส่งผลให้การดำเนินการในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้หรือการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดการการดูแลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการดูแล และส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการทบทวนข้อมูลผลของการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานตามมาตรฐานของคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อค้นหาปัญหา

สุขภาพในผู้สูงอายุระดับเบื้องต้นหรือในระดับชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทในการคัดกรอง และสรุปผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ให้ผู้ศึกษา และคำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ สำหรับในรายที่มีปัญหาภาวะสุขภาพหรือกลุ่มอาการสูงอายุที่ต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติม จะดำเนินการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการประเมินและร่วมกันจัดการปัญหาภาวะสุขภาพหรือความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความครบถ้วนและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น หรือส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม ทั้งนี้การคัดกรองภาวะสุขภาพ และกลุ่มอาการสูงอายุเบื้องต้น เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย และการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้มีแนวคิดในการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม เป็นการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งสำคัญคือเป็นการพัฒนาวิชาการจากระบบงานบริการคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และต่อยอดการพัฒนางาน หรือการจัดทำนวัตกรรมในการคัดกรองเพื่อใช้ในคลินิกผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชน รวมทั้งเครือข่ายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 6 และเขตบริการสุขภาพอื่นๆ ได้

1.2 คำถามในการวิจัย

1.2.1 สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร

1.2.2 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

1.3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับภาวะหกล้ม

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี มีภาวะสุขภาพดี

1.4.2 ข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้ม

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาจากการทบทวนแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

1.5.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.5.1.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 จากแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล จำนวน 190 แฟ้ม

1.5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จากแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ (Inclusion criteria) จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณจากสูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane, 1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 129 แฟ้ม

เกณฑ์การคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ (Inclusion criteria)

- 1) แฟ้มประวัติของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุอย่างครบถ้วน
- 2) ข้อมูลการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ มีความครบถ้วนสมบูรณ์

เกณฑ์การคัดออกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ (Exclusion criteria)

- 1) แฟ้มประวัติของผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ หรือผู้สูงอายุที่มีการประเมินภาวะสุขภาพไม่ครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัด หรือปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับการประเมินได้
- 2) ข้อมูลการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในแฟ้มประวัติคลินิกผู้สูงอายุ มีข้อมูลไม่ครบถ้วน

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สภาพของสุขภาพที่เป็นความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป รวมถึงการป่วย การมีภาวะเสี่ยง สามารถแบ่งระดับได้ตามความสมบูรณ์หรือความบกพร่องของสุขภาพ ตามแนวทางการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยแบ่งภาวะสุขภาพ เป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มสูงอายุสุขภาพดีและกลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประเมินจากข้อมูลส่วนบุคคลและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบแหว และค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งได้จากข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลสุขภาพ

2. กลุ่มอาการสูงอายุ หมายถึง กลุ่มอาการหรือภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วยภาวะหกล้ม ความบกพร่องในการเคลื่อนไหว ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะโภชนาการ และภาวะพึ่งพิง ในการศึกษาครั้งนี้ ขอศึกษาเฉพาะภาวะหกล้ม เนื่องจากภาวะหกล้มเป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อุบัติการณ์สูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผลกระทบของภาวะหกล้มนอกจากจะนำไปสู่ความเจ็บป่วย ยังก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพหรืออันตรายต่อชีวิตได้

3. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง โรคเรื้อรังต่างๆ ที่พบในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอ้วน ภาวะน้ำหนักเกิน หรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยข้อมูลปัญหาสุขภาพเหล่านี้จะถูกเก็บรวบรวมในเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลสุขภาพ

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการ สามารถนำข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มาวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสาธารณสุขในสถานพยาบาล

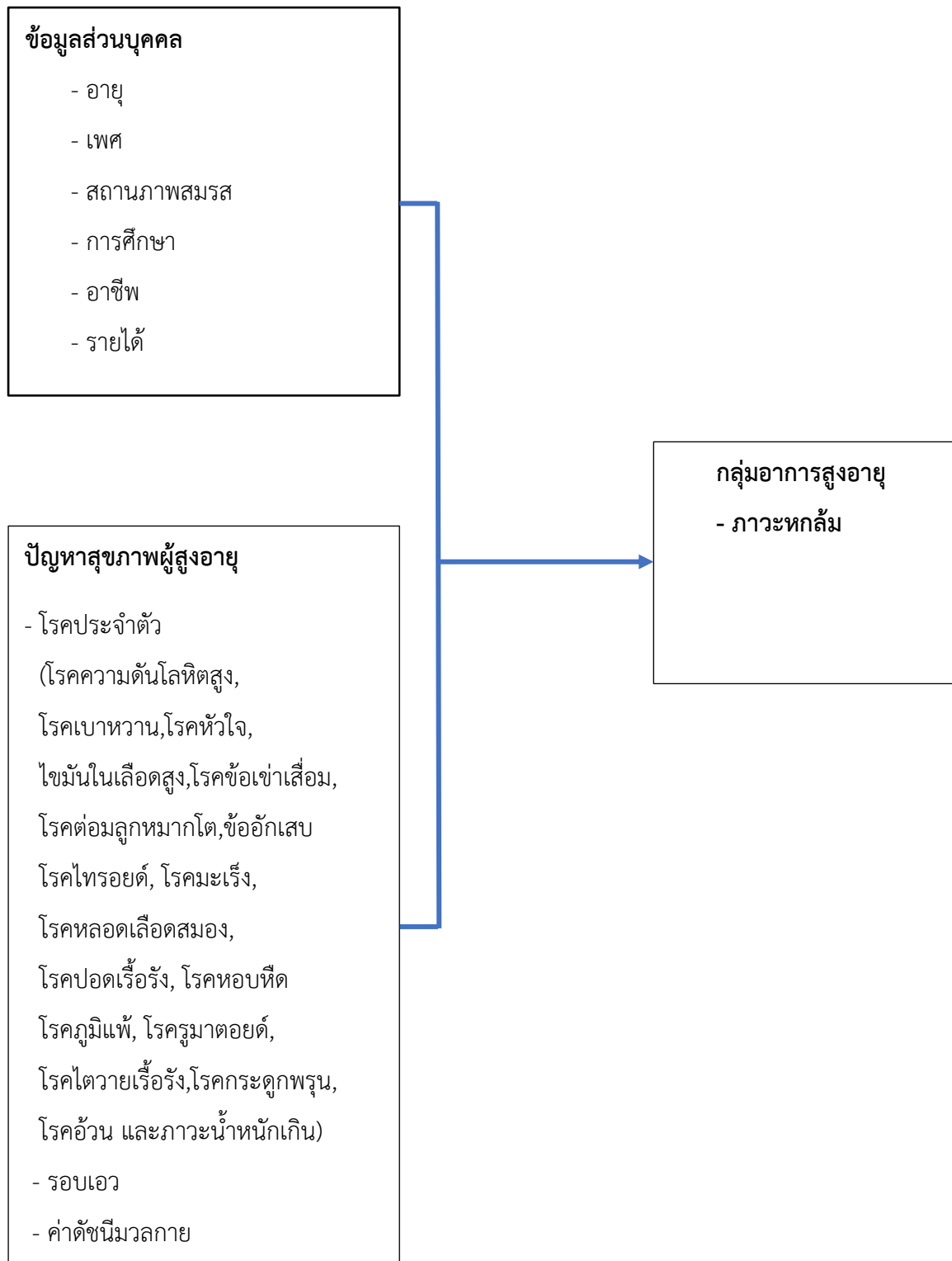
3. ด้านวิชาการ มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพในการเชื่อมโยงข้อมูลให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านการวิจัย หน่วยงานภายนอกสามารถนำผลจากการศึกษาวิจัยไปพัฒนาต่อยอดในการทำวิจัย เพื่อปรับปรุงระบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ หรือระบบการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม

1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้สังเคราะห์ และวิเคราะห์สถานการณ์การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการให้บริการ ประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย ดังแสดงในภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ (ภาษาไทย).....	ก
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ).....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญ.....	ง
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	4
1.3 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	9
2.2 มิติสุขภาพ.....	15
2.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	16
2.4 แนวคิดการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ.....	22
2.5 กลุ่มอาการสูงอายุ.....	28
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงาน.....	40
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	40
3.2 รูปแบบการวิจัย.....	42
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	43
3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย	48
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	48

เรื่อง	หน้า
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	49
3.7 พิกัดสหสัมพันธ์ตัวอย่าง.....	49
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
4.1 การวิเคราะห์ข้อมูล	51
1) ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี.....	51
2) ผลการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ.....	57
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	60
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	60
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	61
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก	75
ภาคผนวก ก	76
ภาคผนวก ข	79
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	98

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี (n=129)	51
2	แสดงผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) (n=129)	55
3	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม (n=129)	57
4	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกับภาวะหกล้ม (n=129)	59

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	26
3	แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ	28