



ผลงาน เรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการ  
โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี



นางสาววาสนา มากผาสุข ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ  
ด้านการพยาบาล ตำแหน่งเลขที่ 9402 งานวิจัยและพัฒนากาพยาบาล  
กลุ่มงานวิชาการพยาบาล ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี  
(โรงพยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข)



## คำนำ

ประเทศไทยกำลังเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ จำเป็นต้องตระหนักในการเตรียมความพร้อม และพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะการจัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการและการสนับสนุนจากภาครัฐในการทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพกับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้ฐานข้อมูลจากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน คัดกรองในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เพื่อให้สามารถนำข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาวางนโยบายการจัดเตรียมความพร้อมในการจัดรูปแบบการให้บริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรในการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุหรือสถานบริการที่ให้การดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมิน คัดกรอง การค้นหาปัญหาและความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ นำข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติทางการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้สูงสุดตามศักยภาพที่มีอยู่

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลวิชาชีพ และบุคลากรวิชาชีพอื่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน วางแผนการจัดระบบบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากรในวิชาชีพต่อไป

วาสนา มากผาสุข

**ชื่อเรื่อง** การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช  
ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

**ผู้วิจัย** วาสนา มากผาสุข

**ปี พ.ศ.** 2567

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพและความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ศึกษาจากผลการคัดกรองและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ช่วงเดือนตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566 จำนวน 129 แพ้มวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคส-แควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.36 เพศชาย ร้อยละ 42.64 อายุเฉลี่ย 68 ปี โรคประจำตัวที่พบบ่อยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.31 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.92 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.05 ผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุพบบ่อยที่สุด คือ ความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 81.40 และผลการทดสอบการทรงตัวพบว่า มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 64.34 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับภาวะหกล้มพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ( $p < 0.001$ ) โรคเบาหวาน ( $p < 0.00$ ) โรคไขมันในเลือดสูง ( $p < 0.02$ ) และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ( $p < 0.01$ )

การคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสำคัญมาก เพื่อป้องกันและค้นหาความผิดปกติของร่างกายในระยะเริ่มต้น นำมาวางแผนการดูแลและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว และยังลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อน 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 was a Retrospective descriptive study. The aims of this study were to reveal the health situation of older persons and the relationship between health situation and geriatric syndromes at the Geriatric Clinic, Somdej Phra Sangharaj Nyannasamvara Geriatric Hospital, Chonburi Province. The study was reviewing a geriatric comprehensive assessment from an electronic database between October 2022 and September 2023 with older people age 60 years and older, for a total of 129 files. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency distribution, percentage, mean and standard deviation) and found the relationship using chi-square test statistics.

The study found that the sample group consisted of 57.36% females and 42.64% males. The average age was 68 years. The third most common chronic disease includes hypertension, affecting 28.31%, followed by high cholesterol at 21.92% and diabetes at 10.05%, respectively. The geriatric syndrome screening results showed a low risk of falling at 81.40%. The Timed Up and Go Test assessment of walking and balance revealed a majority risk of falling at 64.34%. Additionally, the analysis using the chi-square test showed that the chronic diseases associated with falling include hypertension ( $p < 0.001$ ), diabetes ( $p < 0.00$ ), hyperlipidemia ( $p < 0.02$ ), and urinary incontinence ( $p < 0.01$ ).

Therefore, screening for older people's health status is critical to preventing and detecting bodily abnormalities at an early stage. This can assist in planning care and providing advice on behavior for older people, as well as reducing the risk of complications if they receive prompt and appropriate treatment. This aims to ensure that older persons maintain excellent health and improve quality of life.

**Keywords :** Health status, Geriatric clinic, Geriatric syndromes, Assessment, Falling

## กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี โดยได้รับความกรุณาให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำจาก ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและแสดงความคิดเห็น ตลอดจนให้คำปรึกษา ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล แพทย์และ บุคลากรประจำคลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยนอก ที่ให้ความช่วยเหลือในช่วงดำเนินการวิจัย และ ขอขอบคุณบุคลากรและกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจในการวิจัยครั้งนี้เป็น อย่างดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบความสำเร็จ คุณค่าและประโยชน์ของงานวิจัยฉบับนี้ แต่บุพการี คณาจารย์และครอบครัวที่เป็นกำลังใจจนวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี

วาสนา มากผาสุข

2567

## 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.....	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
2.2 มิติสุขภาพ.....	14
2.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	16
2.4 แนวคิดการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ.....	22
2.5 กลุ่มอาการสูงอายุ.....	29
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
บทที่ 3 วิธีการดำเนินงาน.....	42
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
3.2 รูปแบบการวิจัย.....	44
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย .....	49
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49

เรื่อง	หน้า
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	50
3.7 พิกัดสถิติกลุ่มตัวอย่าง.....	50
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
4.1 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	51
1) ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี.....	52
2) ผลการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ.....	58
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	61
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	61
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	62
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก	75
ภาคผนวก ก .....	76
ภาคผนวก ข .....	79
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	93

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (n=129)	52
2	แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ (n=129)	52
3	แสดงข้อมูลโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ	54
4	แสดงผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) (n=129)	56
5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม (n=129)	58
6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกับภาวะหกล้ม (n=129)	60



## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2	แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	27
3	แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ	29

# 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 เพื่อวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach) โดยเฉพาะช่องทางบริการพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม โดยมีความเชื่อมโยงกับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่ 3 “ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ” มาตรการที่ 4 ระบบบริการและเครือข่ายเกื้อหนุน “การมีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป” ซึ่งกรมการแพทย์ได้มีนโยบายที่รองรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติดังกล่าว จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพแบบครบวงจรอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Comprehensive Health Care) จากนโยบายของกรมการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ โดยมุ่งเน้นให้เกิดระบบการดูแล รักษาฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร และเชื่อมโยงกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและแผนกผู้ป่วยนอกที่ให้บริการผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและพัฒนาระบบการบริการโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยเน้นการเชื่อมต่อการป้องกัน วินิจฉัย ดูแลฟื้นฟู

จัดรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) มีการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ บูรณาการ ข้อมูลสุขภาพ จัดบริการสำหรับทุกช่วงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามช่วงอายุและลักษณะสุขภาพ (health status) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การคัดกรองภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค และการค้นหาความ ผิดปกติต่างๆ ของร่างกายในระยะเริ่มต้น เพื่อให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการรักษาโรค ซึ่งจะทำให้ การรักษาได้ผลดีกว่าพบโรคในระยะลุกลาม รวมทั้งช่วยลดโอกาสการเกิดอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่มัก เกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม ปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะบกพร่องของสติปัญญา (Intellectual impairment) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary Incontinence) ปัญหาการทรงตัวและการหกล้ม (Instability and Falls) ปัญหาการเคลื่อนไหว (Immobility) ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition) ภาวะเปราะบาง (Frailty) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) รวมถึงปัญหาภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาและการได้รับยาหลาย ชนิด (Adverse drug reaction and Polypharmacy) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) พบมากขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการเกิด ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ ตลอดจนการจัดการระบบสาธารณสุขของ ประเทศในอนาคต ภาวะสุขภาพ และกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) จะไม่จำเพาะที่จะบอก ถึงความผิดปกติต่อระบบอวัยวะที่ชัดเจน และยังสามารถเกิดจากพยาธิสภาพในหลายระบบ การคัดกรองและ ประเมินปัญหาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ตรวจพบปัญหาสุขภาพ และป้องกันความ พิกัดที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ในการคัดกรองภาวะสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ภายใต้แผนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ สถาบันเวช ศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อ 1) พัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล 2) เพิ่มศักยภาพในการค้นพบโรคเรื้อรังต่างๆ ในระยะเริ่มแรกได้ 3) ให้การป้องกัน รักษา และสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ภาวะเปราะบาง 4) ส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด (Functional ability) และมี คุณภาพชีวิตที่ดีแม้มีโรคเรื้อรัง



จากนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จึงได้มีการทบทวนผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านมา เพื่อปรับปรุงและพัฒนาาระบบบริการตามเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ การใช้เครื่องมือการประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ซึ่งมีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุหลายด้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรอง ส่งผลให้การดำเนินการในการวางแผนการจัดการปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ในปีงบประมาณ 2566 สรุปผลการดำเนินการตรวจเยี่ยมเสริมพลัง นิเทศการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี และเครือข่ายเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบว่า การใช้แบบคัดกรองของบุคลากรในการคัดกรองภาวะสุขภาพและกลุ่มอาการที่สำคัญในผู้สูงอายุยังมีความซับซ้อน และยุ่งยากในการใช้สำหรับบุคลากร ส่งผลให้มีการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม รวมถึงยังไม่มีมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาผลของการคัดกรองภาวะสุขภาพ และกลุ่มอาการสูงอายุ การดำเนินการในการจัดกิจกรรมการให้ความรู้หรือการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเพื่อจัดการการดูแลในชุมชนยังไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้รับการดูแล และส่งต่อการรักษา ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนข้อมูลผลของการคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุระดับเบื้องต้นหรือในระดับชุมชน โดยพยาบาลมีบทบาทในการคัดกรอง และสรุปผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ให้สุขศึกษา และคำแนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ สำหรับในรายที่มีปัญหาภาวะสุขภาพหรือความเสี่ยงทางสุขภาพที่ต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติม จะดำเนินการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการประเมินและร่วมกันจัดการปัญหาภาวะสุขภาพหรือความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความครบถ้วนและครอบคลุม หรือส่งต่อการรักษาไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการจัดการปัญหาที่เหมาะสม การคัดกรองภาวะสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุเบื้องต้น เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย และการดูแลรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรค จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เพื่อสามารถนำไปใช้ในการค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สิ่งสำคัญคือเป็นการพัฒนาวิชาการจากระบบงานบริการคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และต่อยอดการพัฒนางาน หรือการจัดทำนวัตกรรมในการคัด

กรองเพื่อใช้ในคลินิกผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชน รวมทั้งเครือข่ายการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพที่ 6 และเขตบริการสุขภาพอื่นๆ ได้

## 1.2 คำถามในการวิจัย

- สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เป็นอย่างไร
- ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุอย่างไร

## 1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
- เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ

## 1.4 สมมติฐานของการวิจัย

- สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี มีปัญหาความเสี่ยงในการหกล้ม ภาวะน้ำหนักรักษา และโรคอ้วน
- ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาจากการทบทวนแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566 ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลา 1 ปี มีขอบเขตของการวิจัย ดังนี้

### 1.5.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

#### 1.5.1.1 ประชากร

ประชากร คือ แพ้มัประวัตติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง และได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทั้งหมดในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566

#### 1.5.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

กลุ่มตัวอย่าง คือ แพ้มัประวัตติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง และได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือก แพ้มัประวัตติผู้สูงอายุ และการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

### 1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่

1. **ภาวะสุขภาพ** หมายถึง ระดับความเป็นปกติสุขของบุคคลทั้งองค์รวม คือ กายภาพ จิตสังคม อารมณ์ วิญญาณหรือสภาพแวดล้อม ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม โรคประจำตัว รอบแหว และค่าดัชนีมวลกาย

2. **ผู้สูงอายุ** คือ ประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

3. **คลินิกผู้สูงอายุ** โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี คือ การจัดบริการในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุครบวงจร และผ่านการประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เปิดให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก สำหรับผู้ที่สนใจและผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยการซักประวัติปัญหาสุขภาพ ตรวจร่างกาย และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ในคลินิกผู้สูงอายุ ประสาน



การส่งต่อภายในและภายนอกโรงพยาบาล นัดติดตามอาการต่อเนื่องเพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment : CGA) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

**4. มิติสุขภาพ** หมายถึง ความสมบูรณ์ของคนใน 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแบ่งแยกไม่ได้ มิติสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว รอบแวน และค่าดัชนีมวลกาย

### 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพัฒนาระบบบริการ สามารถนำข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มาวางแผนการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการพัฒนาปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุแก่พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรสาธารณสุขในสถานพยาบาล

3. ด้านวิชาการ มีฐานข้อมูลภาวะสุขภาพในการเชื่อมโยงข้อมูลให้สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้และใช้ประโยชน์จากข้อมูล เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

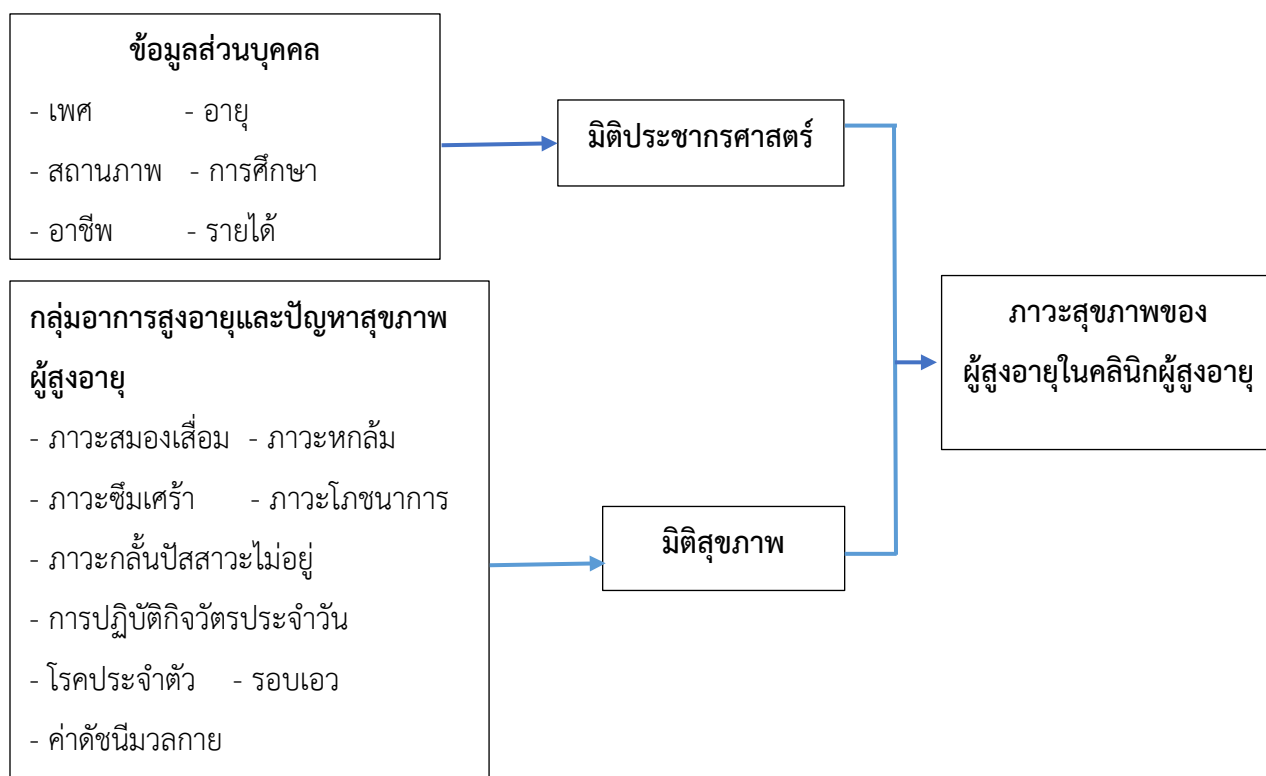
4. ด้านการวิจัย หน่วยงานภายนอกสามารถนำผลจากการศึกษาวิจัยไปพัฒนาต่อยอดในการทำวิจัย เพื่อปรับปรุงระบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ หรือระบบการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุม

### 1.8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้สังเคราะห์ และวิเคราะห์สถานการณ์การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการรับบริการประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ และแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน 2 มิติ ได้แก่ 1) มิติประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคล และ

2) มิติสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย ดังแสดงในภาพที่ 1

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 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) กลุ่มผู้สูงวัยที่ยังมีพลัง (active aging) (60-69 ปี) ในช่วงนี้ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตนเองได้ดีและยังช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ทั้งด้านการเป็นแรงงานและศักยภาพในการผลิต ซึ่งหลายคนถือว่าเป็นจุดสูงสุดของการแบ่งปันประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการสร้างประโยชน์ต่อสังคม

2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79 ปี) เป็นช่วงที่สุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี แม้จะเริ่มอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยมารบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันไปบ้าง บางคนเริ่มสูญเสียความคล่องแคล่วทางร่างกายจากการเสื่อมสภาพของร่างกาย 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 คือร้อยละ 24.3 รองจากสิงคโปร์ ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ไทย ทำให้อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยชายไทยเท่ากับ 71.8 ปี และอายุคาดเฉลี่ยหญิงไทยเท่ากับ 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 การประชุมได้เสนอรอบแนวคิดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่าง “Active Aging” ต้องประกอบด้วยสามประเด็นที่สำคัญ (สแกนต์ บุนนาค และคณะ, 2564) ดังต่อไปนี้

1) การป้องกัน แม้ผู้สูงอายุจะมีโรคร้ายไข้เจ็บมากกว่าในวัยอื่น แต่ก็เป็กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ การรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ผู้สูงอายุให้คงมีสุขภาพที่ดีให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ จึงเป็นสิ่งที่คุ้มค่าต่อการลงทุนมากกว่าการพยายามรักษาโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นแล้ว

2) การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เอื้อต่อผู้ปวยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทยสูญเสียมากที่สุดคือ การไม่สามารถใช้บริการขนส่งสาธารณะที่รัฐจัดให้ ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงได้โดยสะดวกจึงมีความสำคัญอย่างมาก

### 3) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดทั้งสามประเด็นข้างต้น รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์โดยเฉพาะประเด็นที่ 1 และ 2 นอกจากนี้ รูปแบบบริการสุขภาพนั้นยังต้อง

ตอบสนองต่อลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 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 มักบ่งบอกถึงโรคเบาหวาน 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 อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด

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

2.5 iatrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)

## 2.6 inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

### M – multiple pathology

ผู้ป่วยสูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา โดยทั่วไปกลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิกผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรคที่สำคัญ ได้แก่

1) กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ (musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) โรคผลึกเกลือสะสมที่ข้อ (crystal-associated arthritis) โรคกระดูกหัก 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 ภาวะซึมเศร้า (depression) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression)

เหตุนี้เอง ผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องการการดูแลรักษาแบบองค์รวม (holistic care) เสมอ การดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จึงต้องพยายามรักษาสมดุลของทุกระบบอวัยวะ ให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามควรแก่อัตภาพ

### P – polypharmacy

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

## S – social adversity

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน รายได้ที่ลดลง การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าร้อยละ 12 จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตอยู่ได้ การดูแลรักษาจะไม่ประสบความสำเร็จถ้าบุคลากรทางการแพทย์ละเลยประเด็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนืองที่บ้าน

2) เศรษฐฐานะ แม้ปัจจุบันจะมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าโดยรัฐ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้ป่วยสูงอายุก็น่าจะมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น ปัจจัยสี่ในการดำเนินชีวิต ค่าอาหาร ค่าเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีความมั่นคงด้านรายได้ด้วย บุคลากรทางสุขภาพจำเป็นต้องทราบมาตรการต่างๆ ที่ภาครัฐจัดให้ เช่น เงินสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือน การมีกองทุนผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการโดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ มีการให้ทุนประกอบอาชีพประเภทกู้ยืมรายบุคคล 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

อุมาพร ฉัตรวิโรจน์ (2555) กล่าวว่า วยผู้สูงอายุนับว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยทั่วไปการสูงอายุน่าจะมีเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เช่น ผิวหนัง จะมีลักษณะบางแห้ง เที่ยว่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เซลล์ที่ผิวหนังแบ่งตัวช้าลง ทำให้การหายของบาดแผลตามผิวหนังช้าลง ผมและขนร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว ระบบประสาทสัมผัสช้าลง สายตา เปลี่ยนเป็นสายตาวาย กระจกประสาทตาขุ่น ประสาทรับเสียงเสื่อม ทำให้เกิดหูตึง มีฟันหักมากขึ้น ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อมลง ทำให้เหนื่อยง่าย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้าน ร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันทางอารมณ์ และเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรสญาติ คนใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง นิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคมและซึมเศร้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม จากผู้ที่เคยทำงานต้องออกจากงาน สูญเสียการเป็นผู้นำครอบครัว จากการเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัวกับกลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวที่ต้องเป็นฝ่ายรับ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี รวมทั้งการเสื่อมความเคารพ โดยคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพความสามารถลดลงไม่ทันต่อเหตุการณ์ 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 ทั้งนี้ สภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (Self-Transcending)

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ ถือเป็นสภาวะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญบูรณาการความเป็นองค์รวมของ สภาวะทางกาย จิต และสังคมของบุคคล และชุมชนให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

จากการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ ทั้งนี้มิติประชากรศาสตร์ ประกอบด้วย เพศและเขตการปกครอง และมิติสุขภาพ ประกอบด้วย โรคที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และสุขภาพช่องปาก ส่วนกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม และภาวะโภชนาการ ทั้งนี้การประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล 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)

สอดคล้องกับประเวศ วะสี (2543) ที่กล่าวถึงสุขภาพในลักษณะของสุขภาพหรือเป็นภาวะที่เป็นสุขที่มีความเชื่อมโยงอย่างสมดุลระหว่างสุขภาพทาง 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) จิตใจและความคิด 4) สังคม 5) พฤติกรรม และ 6) ระบบบริการสุขภาพ โดยสุขภาพของสูงอายุมีความแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น และเป็นคุณลักษณะที่ไม่อาจวัดได้โดยตรง เพราะเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์กับองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีกระบวนการพัฒนาสะสมมาตลอดช่วงชีวิต และมีลักษณะเป็นมิติ โดยมีปัจจัยอื่นที่มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง, 2559) ได้แก่

## 1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย

1.1 เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคล ผู้สูงอายุที่เป็นเพศชายจะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่ส่วนใหญ่มีมักจะทำงานหรือเป็นแม่บ้านมากกว่าที่จะทำกิจกรรมนอกร้าน เช่น การเล่นกีฬาและการทำกิจกรรมสันทนาการ

1.2 อายุ พบว่า ผู้สูงอายุยิ่งอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตามการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้น

1.3 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคลทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ

1.4 สถานภาพการสมรส เป็นการแสดงออกถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งในด้านสังคมและจิตใจ ระหว่างบุคคล และการมีชีวิตคู่ เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลเอาใจใส่ ซึ่งแตกต่างจากสถานภาพสมรสอื่นที่อยู่อย่างโดดเดี่ยว ที่ต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย

1.5 รายได้ ปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดีการประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงลดลง และเมื่อรายได้ไม่ดี โอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคที่สมบูรณ์เพียงพอเป็นไปไม่ได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลติดตามมา

1.6 เขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มที่จะเพิ่มขึ้นในเขตเมือง อาจเนื่องมาจากความสะดวกสบาย ในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการขอรับสวัสดิการต่างๆ แต่ในเรื่องสุขภาพผู้สูงอายุในชนบท จะแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง เนื่องจากมีการออกกำลังกายที่มากกว่า โดยแฝงอยู่ในกิจกรรมประจำวัน หรือการทำงาน อาหารมีสารพิษน้อยกว่า รวมถึงมีโอกาสเข้าวัดทำบุญมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง การเข้าวัด ทำ บุญส่งผลให้ผู้สูงอายุในชนบทมีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อสุขภาพใจดีก็ทำให้สุขภาพกายดีไปด้วย

1.7 จำนวนบุตร ในสังคมไทยครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักให้กับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ขณะที่วัยแรงงานและวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรหลานย้ายไปทำงานต่างถิ่น ประกอบกับความต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สภาวะการเจ็บป่วยและทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว อาจไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2. การสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่มีความจำเป็นต่อการดูแล สุขภาพของตนเอง นอกจากผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการสนับสนุนแล้ว ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในการให้การสนับสนุนในครอบครัวเพื่อนบ้านและชุมชน โดยเฉพาะในครอบครัว ได้แก่ การให้คำปรึกษา รับภาระงานในบ้าน การให้เงินทอง และทรัพย์สินแก่บุตร ซึ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่

2.1 การสนับสนุนด้านการให้สิ่งของ เป็นการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมที่ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านสถานการณ์ของความขาดแคลน ไม่ว่าจะเป็นเงินทรัพย์สิน เครื่องใช้อุปโภคบริโภค

2.2 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งคือการให้การยอมรับ ไว้วางใจ การเอาใจใส่ การสนองความต้องการในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3. การดูแลสุขภาพ คือการกระทำของบุคคลที่ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของตน ในผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ เคี้ยวง่าย จำพวก ต้ม นึ่ง และมีกากใย การออกกำลังกายเป็นการเน้นเรื่องของการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินโดยอาจแบ่งอยู่ในกิจวัตรประจำวัน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา และการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การให้ ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัว เพื่อป้องกันความรู้สึกในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยว หรือถูกละเลยความสำคัญ การออกไปพบปะและสร้างความสัมพันธ์อันดีกับคนในวัยเดียวกันจะช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุ เบิกบาน และสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต

### 3.2 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกคือ กลุ่มโรคเรื้อรังทั่วไปที่เป็นได้แม้ยังไม่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต ซึ่งเกิดได้กับคนทุกวัย แต่เมื่ออายุมากขึ้น ก็ยังมีโอกาสเป็นมากขึ้น ส่วนกลุ่มที่สองเป็นกลุ่มอาการที่เกิดเฉพาะกับผู้สูงอายุ คือเกิดจากความชราภาพของร่างกายหรือจากผลข้างเคียงจากโรคที่มารุมเร้าทำให้การดูแลตนเองถดถอยลง (ลิลลี่ ชัยสมพงษ์, 2564) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะพบกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น เริ่มมีความเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคต่างๆ ตามมา ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่

3.2.1 ปัญหาการเดินและการทรงตัว การสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว มักเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุหกล้มง่าย สูญเสียความมั่นใจในการเดิน ไม่กล้าออกนอกบ้าน แยกตัวจากสังคม วิตกกังวลและเกิดโรคซึมเศร้า โดยมีสาเหตุมาจากอาการปวดเข้าขณะเดินลงน้ำหนัก ปัญหาในการมองเห็น ภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทางทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะเวลาลุกนั่ง หรือ

ยื่น ภาวะขาดสารอาหารทำให้อ่อนเพลียและไม่มีแรง อาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยาขับปัสสาวะ รวมทั้งสภาพที่พ้ออาศัย เช่น พื้นลื่น พื้นต่างระดับหรือบันไดหรือมีสิ่งของวางไม่เป็นระเบียบ แสงสว่างไม่เพียงพอและไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการทรงตัวและการเดิน

3.2.2 ภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ และการเกิดความพิการ แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ภาวะขาดสารอาหารจำแนกเป็นภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาหกล้มง่าย ปัญหาไขข้อในเลือดต่ำ โลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง การทำงานด้านการคิดเชิงเหตุผลของสมองเสื่อมลง การหายของแผลช้าลงและทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ของยาได้ง่ายจากระดับไขข้อในเลือดต่ำ เป็นต้น สาเหตุของภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบทางเดินอาหารอันเนื่องมาจากความชรา ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม การสูญเสียความสามารถในการจัดหาหรือประกอบอาหารด้วยตนเอง ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ขาดความเกื้อหนุนทางสังคม ขาดความรู้ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุและปัจจัยจากผลไม่พึงประสงค์ของยา ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร ว่างซึม อิ่มเร็ว การรับรสอาหารเสียไป มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องร่วงได้ง่าย

3.2.3 ภาวะไขมันเลือดสูงกว่าปกติ การศึกษาระดับไขมันในเลือดของประชากรผู้สูงอายุ พบว่าระดับไขมันในเลือดรวมไตรกลีเซอไรด์และ Low-density lipoprotein (LDL) มีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น ขณะที่ High-density lipoprotein (HDL) มีแนวโน้มที่จะลดลง ผลกระทบของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่สำคัญ คือ ภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) พยาธิสภาพจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่หลอดเลือดแดงเกิดการแข็งตัว ตีบแคบลงและเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือด ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือด บริเวณขาและเท้า สาเหตุของภาวะไขมันในเลือดผิดปกติเกิดจากการดำเนินชีวิตตั้งแต่วัยหนุ่มสาวจนกระทั่งวัยผู้สูงอายุโดยมีการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง การใช้พลังงานในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง และโรคอ้วน

3.2.4 ปัญหาการนอนหลับ มักพบปัญหาในการเข้านอนหลับยากหรือใช้เวลานานกว่าจะหลับได้หลับได้ไม่นานต้องตื่นช่วงกลางดึกหลายครั้ง ทำให้นอนหลับไม่ต่อเนื่อง รู้สึกว่านอนไม่เต็มอิ่ม คุณภาพการนอนไม่ดีหรือตื่นนอนเร็วเกินไป ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สดชื่นหลังตื่นนอน อารมณ์หงุดหงิด ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ความคิด ความจำและความสามารถในการตัดสินใจลดลง จาก

ปัญหาการนอนหลับดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุต้องพักผ่อนกลางวันเพิ่มขึ้น โดยระยะเวลาและจำนวนครั้งของการพักผ่อนจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น สาเหตุของปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุคือ การเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลทำให้การหลับลึกลดลง ทำให้ตื่นบ่อย ขาดการออกกำลังกาย ความวิตกกังวล ภาวะโศกเศร้า เสียใจ ความเครียด ขาดความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการพักผ่อนนอนหลับ ปัญหาโรคเรื้อรังที่รบกวนจังหวะการนอนและการตื่น เช่น อากาศปวดข้อ การถ่ายปัสสาวะบ่อยช่วงเวลากลางคืนของคนที่เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับยาขับปัสสาวะ เป็นต้น

3.2.5 โรคกระดูกพรุน เป็นโรคที่ความแข็งแรงของกระดูกลดลงร่วมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของกระดูก เป็นผลให้กระดูกสามารถรับน้ำหนักหรือแรงกดได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก เป็นผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะบริเวณกระดูกสันหลัง สะโพก ข้อมือและต้นแขน พบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี อุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนพบในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากสูญเสียมวลกระดูกอย่างรวดเร็วในช่วง 5 ปีแรกหลังหมดประจำเดือน สาเหตุของโรคกระดูกพรุนในผู้สูงอายุคือ การลดลงของมวลกระดูกตามอายุที่เพิ่มขึ้น ขาดการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรงลดลง มีผลทำให้ปริมาณมวลกระดูกลดลง การได้รับสารอาหารที่มีแคลเซียมต่ำ การสูบบุหรี่ทำให้ฤทธิ์ของฮอร์โมนเอสโตรเจนที่มีผลต่อมวลกระดูกลดลงและการดื่มกาแฟดำปริมาณมาก ทำให้มีการขับแคลเซียมออกทางปัสสาวะและลำไส้มากกว่าการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย

3.2.6 โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ นำไปสู่การเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง จอประสาทตาหนาตัวขึ้นและไตเสื่อมสมรรถภาพ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ คือ การได้รับเกลือโซเดียมมากเกินไปจากการสูญเสียการรับรสเค็มและการรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตไม่ต่อเนื่อง

3.2.7 โรคเบาหวาน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคือ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ได้แก่ จอประสาทตา ไต เส้นประสาท เท้า หัวใจและสมอง สาเหตุของการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น โดยที่การทำงานของเซลล์ตับอ่อนซึ่งทำหน้าที่สร้างและหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลงตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลิน ภาวะอ้วน พฤติกรรมออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวออกแรงในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงและมีมวลกล้ามเนื้อลดลง ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตในการบริโภคอาหารโดยเฉพาะอาหารประเภทไขมันและ



คาร์โบไฮเดรตปริมาณสูง รวมทั้งอาหารที่มีปริมาณแคลเซียม ขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถควบคุม น้ำหนักตัวและสัดส่วนร่างกายที่เหมาะสม และการรับประทานยาเบาหวานไม่ต่อเนื่อง

3.2.8 ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าอาจเกิดขึ้นชั่วคราวเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนแล้วหายไป ถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติได้ดี จะสามารถกลับมาใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข สาเหตุการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุทั้งด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ประกอบด้วยโรคทางกายทั้งชนิดเรื้อรังและเฉียบพลัน ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ ประสิทธิภาพในการดำรงชีวิตลดลงและเกิดข้อจำกัดในการเข้าสังคม ต้องใช้ชีวิตโดยลำพัง ทำให้รู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว การสูญเสียอาชีพการงาน ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ที่ใช้ในการดำเนินชีวิตของตนเองและครอบครัวลดลง ขาดการยอมรับจากสังคม ขาดการสังสรรค์เข้าสมาคมกับเพื่อนฝูงรุ่นเดียวกัน ทำให้ต้องปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงที่ตามมา

3.2.9 ภาวะสมองเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุเสียความสามารถในการดูแลตนเอง สูญเสียสถานภาพทางสังคมและยังก่อให้เกิดภาระต่อครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเองได้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ อาจก่อให้เกิดอันตรายหรือรบกวนผู้อื่นได้ ผู้สูงอายุมีปัญหาความจำระยะสั้นไม่ดี เช่น ลืมง่าย พุดซ้ำ มีความผิดปกติในการทำงานที่ซับซ้อน เช่น การใช้จ่ายเงิน การวางแผนทำงาน มีความผิดปกติของอารมณ์และบุคลิกภาพเปลี่ยนไป เช่น ซึมเศร้า หงุดหงิด ก้าวร้าวและมีปัญหาเกี่ยวกับทิศทางและสิ่งแวดล้อม เช่น หลงทาง ภาวะสมองเสื่อม เกิดจากสาเหตุร่วมกันระหว่างโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ และโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะสมองเสื่อมและสามารถป้องกันได้ ได้แก่ ความอ้วน สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย ขาดวิตามิน ไชมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้าและภาวะสับสนเฉียบพลัน

3.2.10 โรคอ้วน เป็นภาวะที่ร่างกายมีการสะสมไขมันในร่างกาย (body fat) มากกว่าปกติหรือมากเกินไป ซึ่งโรคอ้วนนับว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากการกระจายตัวของไขมันในร่างกาย ที่มีการสะสมมากขึ้นจากการได้รับพลังงานที่เกิดมากกว่าที่ร่างกายต้องการใช้ในชีวิตประจำวัน โรคอ้วนสามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคอ้วนลงพุง และโรคอ้วนทั้งตัว โรคอ้วนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ระบบหลอดเลือด และมะเร็ง โดยมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ นอกจากนี้โรคอ้วนยังส่งผลต่อระบบข้อและกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดอาการข้อเข่าเสื่อม มีอาการปวดเข่า ปวดหลัง หรือทำให้ไขข้ออักเสบ วิธีการประเมินโรคอ้วนสามารถใช้วิธีการประเมินได้หลากหลายวิธี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการ เครื่องมือที่เหมาะสม ซึ่ง

สามารถทำการประเมินโรคได้โดย การประเมินโรคอ้วนทั้งตัว (overall obesity) จะใช้เกณฑ์การวัด Body Mass Index (BMI) และการประเมินโรคอ้วนลงพุง (visceral obesity/abdominal obesity) โดยวิธีการวัดความยาวเส้นรอบเอว

ดังนั้น ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและโรคที่พบบ่อย จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากพบว่าภาวะสุขภาพที่ผ่านมาของผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ สำหรับในการศึกษานี้ ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย

#### 4. แนวคิดการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

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

- ก่อนวัยสูงอายุ (pre aging) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- กลุ่มสูงอายุสุขภาพดี (healthy aging) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน โดยการคัดกรองปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรู้คิด การได้ยิน การมองเห็น สุขภาพช่องปาก การเคลื่อนไหว โภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ 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

1. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินทางกายภาพ (physical assessment) การประเมินทางสุขภาพจิต (psychomental assessment) การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment) และการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional assessment)

2. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุโดยประสานไปกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ ทุกรายเน้นหลัก 4 ด้าน ได้แก่

- การคัดกรอง (screening) โดยคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคมะเร็ง โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะทุพโภชนาการ ความเสี่ยงหกล้ม สมองเสื่อม ซึมเศร้า กระดูกพรุน เป็นต้น

- การให้ยาป้องกันโรคแบบปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นโรคนั้นๆ แต่มีความเสี่ยงสูง เช่น การให้ aspirin ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

- การให้วัคซีนป้องกันโรคที่สำคัญ ได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

- การให้สุขศึกษาและคำแนะนำ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การใส่ยาที่ถูกต้อง การป้องกันหกล้ม เป็นต้น การให้ความรู้ควรเป็นแบบกลุ่มคือให้ความรู้ 30 นาทีที่คลินิกก่อนเข้ารับการรักษาจากแพทย์หรือการให้ความรู้เฉพาะรายเมื่อแพทย์และบุคลากรในคลินิก โดยกำหนดเกณฑ์การส่งพบบุคลากรในคลินิก เช่น ประวัติหกล้ม ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือมีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobility) จะได้รับการประเมินและแนะนำจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการให้ความรู้และทักษะวิธีการอื่นๆ เช่น การใช้สื่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว หรือการจัดอบรมผู้สนใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทุกปี

3. การทำงานประสานกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team) โดยบทบาทของแต่ละวิชาชีพ มีดังนี้

**แพทย์ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** ซึ่งอาจเป็นอายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุ กรณีที่ไม่มีอาจเพิ่มพูนทักษะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์สาขาอื่นๆ ให้ความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยและวางแผนการ

ดูแลรักษาปัญหาต่างๆ เช่น สมองเสื่อม สับสน ทูพโภชนาการ โรคประจำตัว ตลอดจนการใช้ยาตามการเจ็บป่วย

**แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว** เดินไม่มั่นคง หกล้ม ติดเตียงหรือมีปัญหาการกลืน หรือให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะโรค นอกจากนี้ยังสามารถทำการวินิจฉัย บำบัดปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น อากาศปวด ข้อไหล่ติด กรณีที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูอาจบริหารจัดการนักร่างกายบำบัดให้การดูแลตามความเหมาะสมของบริษัท

**พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ** หากไม่มีพยาบาลเฉพาะด้านผู้สูงอายุอาจให้เป็นพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาทักษะด้วยการอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่างๆ โดยให้มีหน้าที่ประสานการดูแลตั้งแต่ก่อนจนถึงหลังการพบแพทย์ กรณีที่ต้องปรึกษาแผนกอื่นหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็จะทำหน้าที่ประสานการดูแลจนครบวงจร นอกจากนั้นยังให้การดูแลทางการแพทย์ 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) กรณีที่มีอาการไม่ชัดในการแยกภาวะสมองเสื่อมระยะแรก การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) หรือการเปลี่ยนแปลงตามอายุ อาจนัดทดสอบทางจิตประสาทชุดใหญ่ (full neuropsychiatric batteries) เพิ่มเติมต่างหาก นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ในการทำกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและกิจกรรมด้านจิตวิทยาอื่นๆ

**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 นักสุศึกษา ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คนงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ล้วนมีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกทั้งทางเอกสาร ให้คำแนะนำขั้นตอนในการมารับบริการในคลินิกให้กับผู้สูงอายุ ครอบครัวและผู้ดูแล

#### 4.2 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกในปี พ.ศ.2564 มีแนวคิดในการพัฒนาบริการ 2 แบบ ดังนี้

1. คลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจร (one stop service) ที่มีครบ 3 องค์ประกอบคือ

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

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

1.3 Multidisciplinary care team มีสหสาขาวิชาชีพและผ่านตามเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

2. คลินิกที่ให้บริการผู้สูงอายุในคลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ให้แต่ละงานบริการเหล่านี้พิจารณาดูแล ปีงบประมาณ 2564 การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

**2.1 คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน** เป็นการจัดบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้

2.1.1 มีการคัดกรองหรือรับส่งต่อจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

2.1.2 มีการประเมิน วินิจฉัยกลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ด้าน

2.1.3 มีระบบการดูแลรักษาในกลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ด้าน

2.1.4 มีคู่มือการดูแลรักษาในกลุ่มอาการหรือปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก

2.1.5 ผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อและติดตามให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

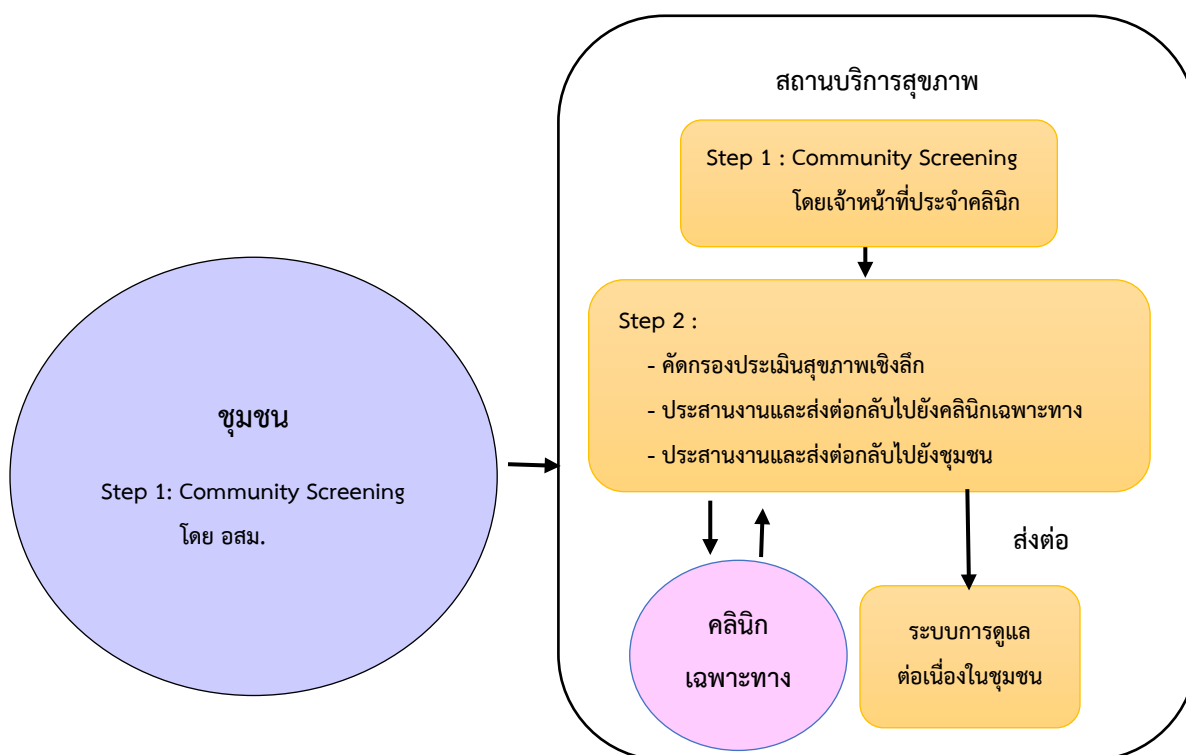
กรณีผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนโดยอสม. หากผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกผู้สูงอายุ

**ขั้นตอนที่ 2** การจัดบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน

กรณีคัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ซึ่งพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุจะคัดกรองหรือประเมินเชิงลึกต่อไป หากยังพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะประสานงานและส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทางที่ตรงกับปัญหาที่พบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจ วินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพ และส่งข้อมูลและแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (care plan) กลับมายังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อประสานงานและส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่อง



## แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน



### ภาพที่ 2 แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน

หมายเหตุ : จาก **แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic)** โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2564, นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทูล.

**2.2 คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ** เป็นการ จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน ดูแลรักษาจนถึงการติดตามประเมินผลโดยมีมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุกำกับ ซึ่งเกณฑ์มาตรฐานประกอบด้วย

2.2.1 มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมคือต้องมีสถานที่ที่ชัดเจน สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยกับแผนกต่างๆ ได้โดยสะดวก มีทรัพยากรทางกายภาพที่เหมาะสมเอื้ออำนวยกับผู้สูงอายุ (Elderly friendly environment) อาคาร ทางลาด ห้องตรวจ ความกว้างของประตู ราวจับ ห้องน้ำ ลิฟต์ ที่จอดรถ

2.2.2 มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงานเน้นการมีผู้รับผิดชอบงานนี้โดยตรงและทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

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

2.2.4 มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม (outcome indicator) มีการกำหนดกระบวนการประเมินผลและติดตาม โดยกำหนดเป้าหมาย ความถี่ของการประเมิน วิธีการประเมิน และระยะเวลา โดยมีประเด็นต่างๆ ที่ประยุกต์เข้ากับบริบทของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

- safety เช่น อัตราการหกล้ม การหลงทาง อัตราการคลาดเคลื่อนต่อการสั่งใช้ยา หลังผ่านการคัดกรองจากเภสัชกรที่ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินในคลินิก

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

- Delivery/time เช่น ระยะเวลาการเข้ารับบริการในคลินิกและระยะเวลารอตรวจ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินมีการส่งต่อหน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินภายใน 10 นาที เป็นต้น

- Cost (direct/indirect) เช่น ระยะเวลาการให้บริการซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาของบุคลากรและสถานที่ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น

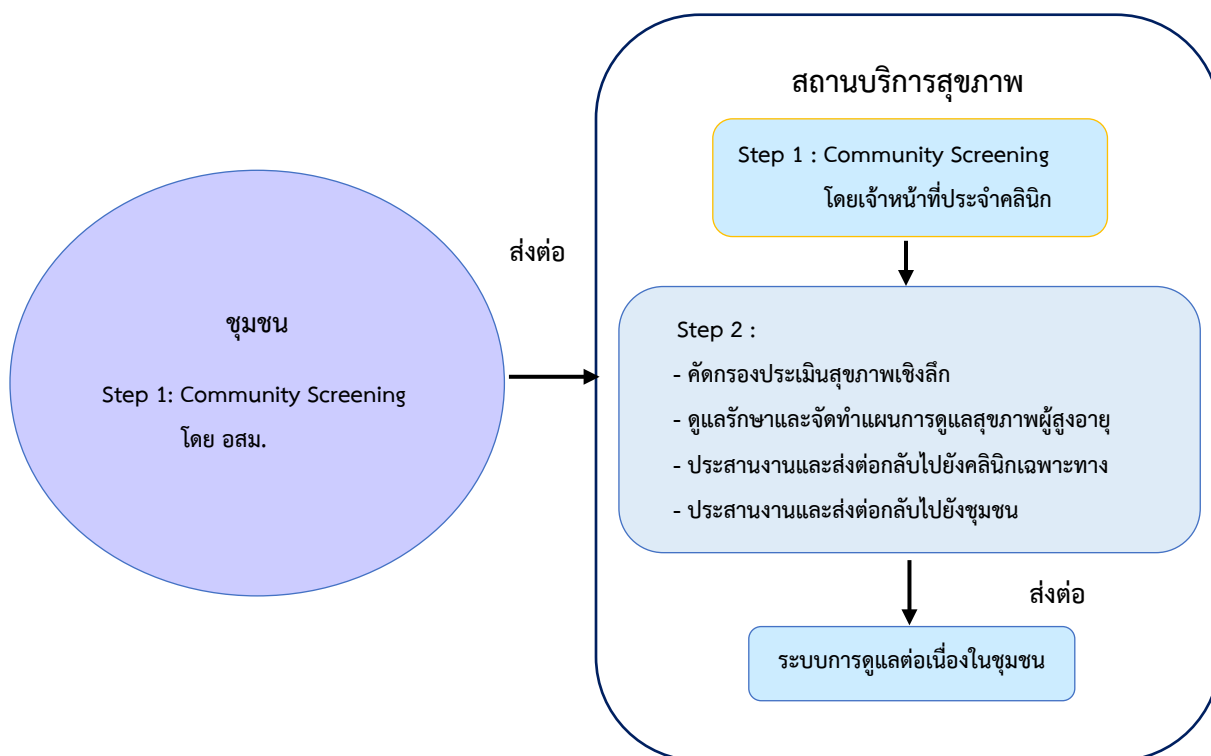
- Satisfaction เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ผู้ปฏิบัติงาน อัตราการร้องเรียน ความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมขององค์กร (Corporate Social Responsibility: CSR) การบริจาค

- Innovation/impact มีผลงานนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ ที่มีผลต่อการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย

- Network มีเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งขาขึ้นไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและขาลงไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. หรือการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน

- นอกจากนั้นในบริบทของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอาจมีประเด็นอื่นเพิ่มเติม เช่น งานวิจัย ผลงานทางวิชาการ ชื่อเสียงทางด้านวิชาการ การบริหารการศึกษา การได้รับการยอมรับจากนานาชาติ การแลกเปลี่ยนงาน เป็นต้น

### แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ



### ภาพที่ 3 แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ

หมายเหตุ : จาก แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic) โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2564, นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทูล.

### 5. กลุ่มอาการสูงอายุ

กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) เป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ทั้งยังเป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ดังนั้น การดูแลผู้ป่วย

สูงอายุที่มาด้วยกลุ่มอาการสูงอายุอย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในลักษณะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น กลุ่มอาการสูงอายุ ประกอบด้วย ภาวะหกล้ม (Fall) ภาวะเปราะบาง และภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Frailty and Sarcopenia) กลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobilization syndrome) ภาวะซึมเศร้าสับสนเฉียบพลันและภาวะสมองเสื่อม (Delirium and Dementia) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (iatrogenesis) ภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) และภาวะกลั้นปัสสาวะอยู่ (Incontinence)

1) ภาวะหกล้ม (Fall) หมายถึง เหตุการณ์ที่ร่างกายของบุคคลหนึ่งล้มลงไปอยู่ที่พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ได้ตั้งใจ ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุถือเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ ซึ่งพบได้บ่อย และมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่บุคลากรทางการแพทย์จะต้องหาสาเหตุ 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) มีความหมายโดยรวมคือการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 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 และผู้สูงอายุที่มีอาการอ่อนแรง ก่อให้เกิดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง และคุณภาพชีวิตลดลง

4) ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันและภาวะสมองเสื่อม (Delirium and Dementia) ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบร่วมกับปัญหาทางจิตเวช ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้สึก และความสามารถของสมองโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างเฉียบพลัน จัดเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และอาจเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเปราะบางที่มากขึ้น รวมถึงพลังงานสำรองของสมองที่ลดน้อยลง ส่วนภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมองจากสาเหตุต่างๆ ส่งผลต่อการทำงานของสมองในหลายๆ ด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อการทำงานของชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุ

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

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

7) ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่นอันเนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากการสูงอายุ ปัจจัยทางเวชกรรม ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ภาวะขาดสารอาหารเป็นพยาธิสภาพที่ซ่อนอยู่ในผู้สูงอายุ ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการที่จำเพาะเจาะจงเหมือนพยาธิสภาพอื่นๆ จนทำให้มีอาการอ่อนเพลียจากการขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นอาการที่พบได้ทั่วไปในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ผลกระทบต่อสุขภาพเนื่องจากภาวะขาดสารอาหารมีทั้งจากในภาพรวม เช่น ภาวะหกล้ม โรคกระดูกพรุน

การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และคุณภาพชีวิตที่เลวลง ไปจนถึงผลจำเพาะที่เกิดจากภาวะขาดสารอาหารในแต่ละประเภท เช่น ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ส่งผลต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง และการหายของแผลซ้ำลง เป็นต้น

8) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะรดออกมาโดยไม่ได้ตั้งใจ มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อย เช่น ปัสสาวะรดออกมาเพียงเล็กน้อย จนถึงปัสสาวะรดต่อเนื่องออกมาพร้อมกับอุจจาระ พบได้บ่อยขึ้นตามอายุที่มากขึ้น พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อุบัติการณ์ของโรคจะแตกต่างกันมากขึ้นกับอายุและสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยสุขภาพอื่นๆ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ถือเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุที่สำคัญ เนื่องจากเป็นความเสี่ยง และนำมาสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ภาวะหกล้ม การติดเชื้อ อัตราการตายหรือคุณภาพชีวิตที่เลวลง ทั้งในด้านกายภาพและสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) หมายถึง การคัดแยกผู้สูงอายุที่อาจจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพออกจากผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ความเสี่ยงหกล้ม ภาวะขาดสารอาหาร การกลั้นปัสสาวะ 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) เป็น

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ สามารถทำได้ 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไป เก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ คำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน มีคะแนน รวมอยู่ระหว่าง 0-20 จุดประสงค์เป็นการวัดระดับการพึ่งพาผู้อื่น โดยแบ่งระดับการพึ่งพาได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

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

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living index : ADL index) เป็นเครื่องมือที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 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 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 ด้านการรับรู้ เวลาสถานที่ บุคคล (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการ

คำนวณ (Calculation) ด้านภาษา (Language) และด้านการระลึกได้ (Recall) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยแบ่งได้ ดังนี้

(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 แบบวัดนี้ สำหรับให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเอง 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  $\leq 11$  ให้ประเมินต่อด้วย MNA (Full form)



12-14 คะแนน หมายถึง โภชนาการปกติ

8-11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

0-7 คะแนน หมายถึง ขาดสารอาหาร

5) ประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ด้วยแบบประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ใช้สำหรับ ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ มีระดับการประเมิน 3 ระดับคือ มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ระดับรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก ตามปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่และความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (วาริ กังใจ อ่างถึงในสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เกณฑ์การประเมิน ความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ พิจารณาข้อ 3 และข้อ 4 ดังนี้

รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก  
รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยปานกลาง

รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ไม่กี่หยดและเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย

6) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) มี 11 หัวข้อ ได้แก่ วันนอนนับจากแรกเข้า อายุ ประวัติหกล้ม การทรงตัว การรับรู้ สภาพร่างกายทั่วไป การมองเห็น การพูด การใช้ยา 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 ถือว่ามีความเสี่ยงทกข์

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภาวะสุขภาพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการอยู่ดีมีสุขของประชากรสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องมีสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่ดี สำหรับสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ต่างชี้ให้เห็นว่าการที่ประชากรสูงอายุนี้อายุยืนยาวขึ้นไม่ได้หมายความว่าภาวะสุขภาพจะดีขึ้น ในด้านสุขภาพกาย เนื่องจากประชากรสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและกลับต้องอยู่ในภาวะทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (วันเพ็ญ ปันราช, 2552) รายงานโครงการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยปี พ.ศ.2552 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2553) แสดงให้เห็นว่าโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญ นอกจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยยังต้องประสบกับภาวะทุพพลภาพ สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 พบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2545 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็น 1.7 เท่า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งสาเหตุการตายของประชากรไทย การเปลี่ยนผ่านของปัญหาสาธารณสุขจากการเกิดโรคติดต่อมาเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ทั้งนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีการเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจากเป็นความเสื่อมสภาพของผู้สูงอายุเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (นงนุช แยมวงษ์, 2557) และจากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2561 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ด้วยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน (พุทธิพร พิธานธนานุกูล, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทยปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็น โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูงตามลำดับ (กุลธิดา กุลประทีปปัญญา และคณะ, 2563) และจากการศึกษาผลการประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ในเรื่อง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และการทกข์ (ปวีตรา ไพทอง, 2562)

ภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่แต่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือ การมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งครอบครัวและผู้อื่น (Orem, 1991; Orem 2001; Pender, 2011 อ้างถึงใน สกานต์ บุนนาค และคณะ, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า คำว่าสุขภาพที่ดี คือ การมีดุลยภาพ ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพ หาทางเลือกอื่นในการรักษา ไม่ใช่พึ่งพาแต่เทคโนโลยี (ประเวศ วัชสี, 2547) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเอง มาเป็นสามารถทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557) สำหรับสุขภาพจิตนั้น เป็นสิ่งที่สังเกตได้ยากกว่าและมีความสำคัญต่อสุขภาพกาย การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว และรติพร ถึงฝั่ง (2559) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษา พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ร้อยละ 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 พบว่าหนึ่งในสี่ของกลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายน้อยกว่าเกณฑ์ และหนึ่งในสามมีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติและ

ได้รับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 80 มีค่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 รายมีประวัติหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ส่วนภาวะการรู้คิด พบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และภาวะสุขภาพทางสังคมพบว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับบุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาประจำส่วนใหญ่คือ การสวดมนต์และทำสมาธิ

กุลธิดา กุลประทีปปัญญา (2563) ได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3,600 คน ผลการวิจัย พบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านที่ไม่ดีมากที่สุดคือ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม หากแยกตามเพศพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง สำหรับภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อวิเคราะห์แยกตามเพศ พบว่าเพศชายมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสูงกว่าเพศหญิง เมื่อวิเคราะห์ตามช่วงอายุ พบว่าช่วงอายุ 60-69 ปี มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน เมื่อวิเคราะห์แบ่งตามคะแนน ADL พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดเตียง

นิรุวรรณ เทิร์นโบล และคณะ (2563) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลโพนงาม อำเภออมลาลัย 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 มีความสัมพันธ์ไปในทิศทาง

เดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลตนเองและทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วีณา ลิ้มสกุล, สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน และวราภา จันทรเอียด (2566) ได้ศึกษาการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย : พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการวิจัยเชิงสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการมาใช้ตามบริบทของสังคมไทย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จาก 19 อำเภอในจังหวัดสุราษฎร์ธานี เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบคัดกรองผู้สูงอายุพื้นฐาน อ้างอิงตามมาตรฐานเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข 9 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า 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 บัวรุ่งเทียนทอง และอรทัย ยินดี (2564) ได้ทำการศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง จำนวน 165 คน ทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัด

ตกหล่อม แบบประเมินการกลัวการตกหล่อม และแบบประเมินแนวทางป้องกันการพลัดตกหล่อม ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงการพลัดตกหล่อมอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับความกลัวการตกหล่อมระดับมาก และกิจกรรมที่กลัวการตกหล่อมมากที่สุด คือการเดินบนพื้นลื่น และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหล่อม คือการจัดสภาพแวดล้อม แต่รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหล่อมที่พบน้อยที่สุด คือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก

ภริตา นาวิวิจิตร (2566) ได้ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุจักษุกรรม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 120 ราย เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุแบบครอบคลุม ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวและใช้ยาหลายขนาน ความชุกกลุ่มอาการสูงอายุที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการโรคข้อเข่าเสื่อม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และการทรงตัวไม่ดี พบอาการในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ช่วงอายุ 60-69 ปี ปัจจัยเพศมีความสัมพันธ์กับการทรงตัวไม่ดี อายุมีความสัมพันธ์กับการทรงตัวไม่ดี การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และอาการโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

สาวตรี สิงหาค และคณะ (2566) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 346 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรุนแรงของอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินภาวะสับสนฉบับภาษาไทย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหล่อมในผู้สูงอายุ และแบบประเมินความสามารถการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และภาวะหกล้ม

จันทร์นภา เพชรมณี และคณะ (2567) ได้ทำการศึกษาผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการที่คลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น

ผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการที่คลินิก เป็นระยะเวลา 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง พบปัญหาด้านสุขภาพช่องปากมากที่สุด อันดับสองคือด้านการมองเห็น อันดับสามคือด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย รองลงมาคือด้านความคิดความจำ ด้านการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ด้านภาวะซึมเศร้า ด้านการได้ยิน ด้านการขาดสารอาหาร และด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตามลำดับ

จิตติมา บุญเกิด ได้ศึกษาถึงความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ในผู้ป่วย ที่มารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุดตามลำดับ คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หรือความจำเสื่อมเล็กน้อย (mild cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า สูญเสียความสามารถในการเดิน และผู้ป่วยแต่ละรายจะมีกลุ่มอาการสูงอายุ ร่วม 3 อาการ (Boongird C, Thamakaison S, Krairit O., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น จะเห็นได้ว่าการศึกษาระดับสุขภาพ ในประเด็นปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุและกลุ่มอาการสูงอายุอาจมีความแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ปริมาณความชุกของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ การมีโรคประจำตัว การทำ กิจกรรม ความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้วัด และระบบดูแลสุขภาพ ดังนั้นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพที่มุ่งเน้นการจัดระบบบริการแบบครบวงจร one stop service เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการได้ สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย สะดวกในการเดินทาง ประหยัดค่าใช้จ่าย ได้รับการส่งต่อการรักษาที่เหมาะสม มีการสื่อสาร นัดติดตามอาการ เพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลจากการทบทวนพบว่าหลังจากผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ยังมีการจัดการปัญหาในกลุ่มอาการที่สำคัญใน ผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม มีการนำข้อมูลผลของการคัดกรองมาวิเคราะห์ปัญหาภาวะสุขภาพและกลุ่มอาการ สูงอายุ แต่ยังมี การนำผลการศึกษามาพัฒนาต่อยอดต่อเพื่อวางแผนในการจัดการหรือและดำเนินการ แก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุยังไม่ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับกลุ่มวัยสูงอายุหรือปัญหาภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ โดยศึกษาจากการทบทวนแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566 ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566) ระยะเวลา 1 ปี

โดยมีหัวข้อการดำเนินงานวิจัย ดังต่อไปนี้ (1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (2) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (3) การเก็บรวบรวมข้อมูล (4) การวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียด ดังนี้

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

##### 3.1.1 ประชากร (Population)

ประชากร คือ แฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง และได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทั้งหมดในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 144 แฟ้ม

##### 3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

กลุ่มตัวอย่าง คือ แฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งเพศชาย และเพศหญิง และได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทั้งหมดในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์การคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ จำนวน 129 แฟ้ม



### 3.1.3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จากการตรวจสอบแฟ้มประวัติผู้สูงอายุและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทั้งหมดในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 144 แฟ้ม 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

$$n = \frac{144}{1 + 144 \times (0.05)^2}$$

$$N = 105.88 \text{ หรือ } 106 \text{ แฟ้ม}$$

ดังนั้น ในการศึกษาจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 106 แฟ้ม ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลบางอย่างอาจมี missing value จากแฟ้มประวัติที่มีการลงบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองและการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไม่ครบถ้วน ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดประมาณ 129 แฟ้ม ที่มีข้อมูลความสมบูรณ์ครบถ้วนตามเกณฑ์การคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ

**เกณฑ์การคัดเลือกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุ (Inclusion criteria)**

1) คัดเลือกแฟ้มประวัติผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

2) ข้อมูลการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ มีความครบถ้วนสมบูรณ์

### **เกณฑ์การคัดออกเพิ่มประวัติผู้สูงอายุ (Exclusion criteria)**

- 1) แพ้มประวัติผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี
- 2) ข้อมูลการบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ไม่สมบูรณ์

### **ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย**

- เริ่มดำเนินการวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 5 เดือน

**3.2 รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

### **ขั้นตอนการดำเนินการ**

#### **ระยะที่ 1 : ระยะเตรียมการ**

1) การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

2) จัดเตรียมเอกสารในการทำโครงร่างการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ของโรงพยาบาล

3) ทบทวนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย และจัดทำแบบบันทึกข้อมูล (case record form) ในการลงผลการบันทึกจากข้อมูลจากเพิ่มประวัติผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เป็นข้อมูลย้อนหลังในช่วงปีงบประมาณ 2566

#### **ระยะที่ 2 : ระยะดำเนินการ**

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติการรักษาและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566

2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย และข้อมูลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการ

ดำเนินชีวิตประจำวัน (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 แบบบันทึกข้อมูล (case record form) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบแวน ค่าดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ 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)

แบบบันทึกผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุที่นำมาใช้ในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการพัฒนาจากคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 มีการปรับปรุงเนื้อหา เครื่องมือให้เหมาะสมและง่ายต่อการใช้งานยิ่งขึ้น โดยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากสมาคมพญาพิทยาศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุตรธานีบุคลากรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและกรมการแพทย์ รวมถึงผู้รับผิดชอบงานและผู้ปฏิบัติงานผู้สูงอายุในพื้นที่

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) หมายถึง การคัดแยกผู้สูงอายุที่อาจจะมีโรคหรือปัญหาสุขภาพออกจากผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การคัดกรองโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม ความเสี่ยงหกล้ม ภาวะขาดสารอาหาร การ

กลั้นปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า การทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้เครื่องมือคัดกรองและแบบประเมิน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่อ้างอิงตามมาตรฐานจากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) และคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564 (คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งแบบคัดกรองและแบบประเมินได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการนำมาใช้คัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทุกรายก่อนพบแพทย์ตามบริการปกติของการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ โดยพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุมีการบันทึกผลการซักประวัติ คัดกรองและประเมินสุขภาพไว้ในแฟ้มประวัติการรักษาของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566 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 ประกอบด้วย การประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุสามารถทำได้ 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั้นและการถ่ายอุจจาระ การกลั้นปัสสาวะ 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 นำมาใช้เพื่อการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ 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 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ 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 ด้านการรับรู้ เวลาสถานที่ บุคคล (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านภาษา (Language) และด้านการระลึกได้ (Recall) ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ การแปลผลคะแนนพิจารณาจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ โดยแบ่งได้ ดังนี้

(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 แบบวัดนี้สำหรับให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเอง 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 ไม่มีภาวะซีมเศร้า

5-10 คะแนน หมายถึง เริ่มมีภาวะซีมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำเบื้องต้น

11-15 คะแนน หมายถึง เป็นโรคซีมเศร้า 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  $\leq 11$  ให้ประเมินต่อด้วย MNA (Full form)

12-14 คะแนน หมายถึง โภชนาการปกติ

8-11 คะแนน หมายถึง เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

0-7 คะแนน หมายถึง ขาดสารอาหาร

5) ประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ด้วยแบบประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา และไม่มีอาการแสดงถึงภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยประเมินภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ มีระดับการประเมิน 3 ระดับคือ มีภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ระดับรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงมาก ตามปริมาณของปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่และความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (วาริ กังใจ อ้างถึงในสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ พิจารณาข้อ 3 และข้อ 4 ดังนี้

รุนแรงมาก หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยมาก

รุนแรงปานกลาง หมายถึง ปริมาณปัสสาวะมากระดับชุ่มกางเกงในและ/หรือเกิดอาการบ่อยปานกลาง

รุนแรงน้อย หมายถึง ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่ไม่กี่หยดและเกิดอาการบ่อยเล็กน้อย

6) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) มี 11 หัวข้อ

ได้แก่ วันนอนนับจากแรกเข้า อายุ ประวัติหกล้ม การทรงตัว การรับรู้ สภาพร่างกายทั่วไป การมองเห็น การพูด การใช้ยา ภาวะโรคเรื้อรัง การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ การแปลผลความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม 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

### 3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

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

### 3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) คัดเลือกเพิ่มประวัติผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเพิ่มประวัติผู้สูงอายุ (Inclusion criteria)

2) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในการขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติการรักษาของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566

3) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเพิ่มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล (case record form) ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว รอบเอว ค่าดัชนีมวลกาย และข้อมูลการคัดกรองกลุ่ม

อาการสูงอายุ 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)

4) วิเคราะห์ข้อมูลตามแผนการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติเพื่อตอบโจทย์การวิจัยตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

### 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

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

### 3.7 พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ตระหนักถึงการเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอเค้าโครงงานวิจัยขออนุมัติดำเนินการโครงการวิจัย และได้รับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ทำเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้บริหาร โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย รวมทั้งข้อมูลต่างๆที่ได้จากแฟ้มประวัติการรักษาและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ จะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลเสียต่อผู้รับบริการ ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง จะใช้รหัสแทนชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลวิจัยใช้เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และเสนอในภาพรวม โดยนำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยศึกษาจากการทบทวนแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ในปีงบประมาณ 2566 ช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลา 1 ปี วัตถุประสงค์ในการวิจัยเพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกข้อมูล (case record form) ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

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

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ 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)

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2567 จากการศึกษาข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) จำนวน 129 คน ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และผลการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ รายละเอียดดังนี้

#### 4.1 ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 1 แสดงสถานการณ์ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ (n=129)

ช่วงอายุ (ปี)	เพศ				รวม	ร้อยละ
	ชาย	ร้อยละ	หญิง	ร้อยละ		
60-69	35	63.64	49	66.22	84	65.12
70-79	16	29.09	23	31.08	39	30.23
80 ปีขึ้นไป	4	7.27	2	2.70	6	4.65
รวม	55	42.64	74	57.36	129	100
<b>ลักษณะ จำนวน (คน) อายุต่ำสุด (ปี) อายุสูงสุด (ปี) อายุเฉลี่ย (ปี) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน</b>						
อายุ	129	60	82	67.9	5.51	

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

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ (n=129)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=129)	
	ชาย	ร้อยละ
สถานภาพ สมรส	87	67.44
โสด	15	11.63
หย่าร้าง	5	3.88
แยกทาง	3	2.33
หม้าย	19	14.72

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ (n=129)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (n=129)	
		ราย	ร้อยละ
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
อาชีพปัจจุบัน	เกษตรกร	10	7.75
	รับจ้าง	8	6.20
	การเมือง	1	0.78
	ค้าขาย	14	10.85
	ธุรกิจส่วนตัว	20	15.50
	อยู่บ้านเฉยๆ	75	58.14
	(ไม่ได้ประกอบอาชีพ)		
	อื่นๆ (พระภิกษุสงฆ์ นักร้อง)	1	0.78
รายได้ครอบครัว	เหลือเก็บ	54	41.86
	พอใช้จ่าย	70	54.26
	ไม่ค่อยพอใช้จ่าย	5	3.88

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.44 รองลงมา สถานภาพหม้าย 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 ทำงานบ้านเล็กน้อย ร้อยละ 58.14 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 15.50 รองลงมา

ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 10.85 และอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 7.75 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัว ผู้สูงอายุ รายได้ส่วนใหญ่พอใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 54.26 รองลงมาคือ มีเหลือเก็บ ร้อยละ 41.86 และไม่เพียงพอในการใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 3.88 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ (n=219)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (n=219)	
	ราย	ร้อยละ
โรคประจำตัว ไม่มีโรคประจำตัว	39	17.80
โรคเบาหวาน	22	10.05
โรคความดันโลหิตสูง	62	28.31
โรคหัวใจ	6	2.74
โรคไขมันในเลือดสูง	48	21.92
โรคมะเร็ง	3	1.37
โรคต่อมลูกหมากโต	7	3.20
โรคไทรอยด์	6	2.74
โรคภูมิแพ้	2	0.91
โรคไตวายเรื้อรัง	1	0.46
โรครูมาตอยด์	2	0.91
โรคกระดูกพรุน	1	0.46
โรคหลอดเลือดสมอง	2	0.91
โรคข้อเข่าเสื่อม	18	8.22
หมายเหตุ ผู้สูงอายุอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค		
รวม	219	100

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงข้อมูลโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ (n=219)

ข้อมูลสุขภาพ	จำนวน (n=219)	
	ราย	ร้อยละ
<b>ค่าดัชนีมวลกาย หรือ Body Mass Index (BMI)</b>		
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
<b>รอบเอว</b>		
ปกติ	36	27.91
ผิดปกติ	93	72.09
<b>หมายเหตุ</b> รอบเอวผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. รอบเอวผู้ชายไม่เกิน 90 ซม.)		

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ จำนวน 129 คน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนอาจมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ข้อมูลโรคประจำตัวมีจำนวนทั้งหมด 219 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 28.31 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.92 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.05 ตามลำดับ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 17.80

ผลการคัดกรองค่าดัชนีมวลกาย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ระดับ 1 (BMI มากกว่า 25.0-29.99 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 34.88 รองลงมาคือน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (BMI มากกว่า 18.5-22.99 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 28.68 และมีภาวะน้ำหนักเกิน (BMI มากกว่า 23.0-24.99 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 25.58 ตามลำดับ ผลการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดรอบเอว พบว่ารอบเอวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์รอบพุงผิดปกติ ร้อยละ 72.09 และผู้สูงอายุมีรอบพุงอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 27.91

ตารางที่ 4 แสดงผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) (n=129)

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome)	จำนวน (n=129)	
	ราย	ร้อยละ
<b>ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index)</b>		
≥12 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้	129	100
- ADL = 20/20 คะแนน	(115)	(89.15)
- ADL อยู่ในช่วง 18-19/20 คะแนน	(14)	(10.85)
5-11 คะแนน ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง	0	0
≤ 4 คะแนน ช่วยเหลือตนเองไม่ได้	0	0
<b>ทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE – Thai 2002)</b>		
ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม	127	98.45
สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ให้คำแนะนำและรักษา	2	1.55
สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ส่งไปรักษาต่อ	0	0
<b>ประเมินภาวะซึมเศร้า (TGDS 15 ข้อ)</b>		
ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	123	95.35
มีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า	4	3.10
เป็นโรคซึมเศร้า	2	1.55
<b>ประเมินการคัดกรองภาวะโภชนาการ (MNA)</b>		
ภาวะโภชนาการปกติ	121	93.80
มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร	7	5.43
มีภาวะขาดสารอาหาร	1	0.77
<b>ประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่</b>		
ไม่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่	106	82.17
มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงน้อย	21	16.28
มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง	1	0.78
มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับรุนแรงมาก	1	0.78

ตารางที่ 4 (ต่อ) แสดงผลการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) (n=129)

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome)	จำนวน (n=129)	
	ราย	ร้อยละ
<b>ประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment Tool)</b>		
มีความเสี่ยงที่จะหกล้มต่ำ	105	81.40
มีความเสี่ยงที่จะหกล้มปานกลาง	24	18.60
มีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง	0	0
<b>Timed up and go test (TUGT)</b>		
ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม	46	36.66
มีความเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม	83	64.34

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งหมด 129 ราย พบว่าจากการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เป็นภาวะพึ่งพา (ADL  $\geq$ 12 คะแนนช่วยเหลือตนเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้) ถึงร้อยละ 100 โดยผู้สูงอายุที่มีคะแนน ADL = 20/20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 89.15 และมีคะแนน ADL อยู่ระหว่าง 18-19/20 คะแนน ร้อยละ 10.85 ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในบางครั้ง

ผลการคัดกรองแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 98.45 และสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ให้คำแนะนำและรักษา ร้อยละ 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 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม (n=129)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean SD or number (%)		$\chi^2$	df	p
	ไม่เสี่ยงภาวะหกล้ม	เสี่ยงภาวะหกล้ม			
	(n=39) จำนวน (ร้อยละ)	(n=90) จำนวน (ร้อยละ)			
<b>อายุ</b>	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)			
<b>เพศ</b>	39 (30.2)	90 (69.8)	1.141	1	0.28
ชาย	20 (35.1)	37 (64.9)			
หญิง	19 (26.4)	53 (73.6)			
<b>สถานภาพ</b>	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 5 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม (n=129)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Mean SD or number (%)		$\chi^2$	df	p
	ไม่เสี่ยงภาวะหกล้ม	เสี่ยงภาวะหกล้ม			
	(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

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพผู้สูงอายุกับภาวะหกล้ม (n=129)

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง		$\chi^2$	df	p
	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 6 แสดงให้เห็นว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (p < 0.001) โรคเบาหวาน (p < 0.00) โรคไขมันในเลือดสูง (p < 0.02) และสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (p < 0.01)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิง และได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566 ระยะเวลา 1 ปี จำนวน 129 แฟ้ม เก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 มิติ ได้แก่ มิติประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ และข้อมูลส่วนบุคคล และมิติสุขภาพ ประกอบด้วย กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านสุขภาพ และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี สรุปได้ดังนี้

1) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 129 คน แบ่งเป็น เพศชายจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 42.64 เพศหญิงจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 57.36 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 65.12 ผู้สูงอายุอายุน้อยที่สุด อายุ 60 ปี ผู้สูงอายุอายุมากที่สุด อายุ 82 ปี อายุเฉลี่ย 67.9 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.44 ระดับการศึกษาจบชั้นปริญญาตรี ร้อยละ 41.09 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 58.14 รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใช้จ่ายในครอบครัว ร้อยละ 54.26

2) ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 28.31 รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 21.92 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.05 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ระดับ1 (BMI มากกว่า 25.0-29.99 kg/m<sup>2</sup>) ร้อยละ 34.88 และมีภาวะอ้วนลงพุง โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์รอบพุงผิดปกติ ร้อยละ 72.09

3) ผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ พบว่าผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระดับต่ำ ร้อยละ 81.40 และการประเมินการเดิน การทรงตัว โดยการทดสอบ Timed up and go test (TUGT) พบว่าส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 64.34 ส่วนการคัดกรองกลุ่มอาการอื่นๆ พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยง ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ 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

จากการศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ โดยผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุข้างต้น พบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม สรุปได้ดังนี้

- 1) ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับภาวะหกล้ม ไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ
- 2) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ( $p < 0.001$ ) โรคเบาหวาน ( $p < 0.00$ ) โรคไขมันในเลือดสูง ( $p < 0.02$ ) และสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ( $p < 0.01$ )

## 5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ ผู้วิจัยขออภิปรายผล ดังนี้

1) ผู้สูงอายุในการศึกษารั้งนี้ มีสัดส่วนใกล้เคียงกับข้อมูลลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุทั้งประเทศ ที่มีแนวโน้มเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 60-69 ปี (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2565) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ศึกษาจบชั้นปริญญาตรี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน รายได้ของครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใช้จ่ายในครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย รายได้ที่เพียงพอสามารถทำให้เกิดความสุขทางใจและสามารถดูแลตนเองได้ ก็จะมีสุขภาพแข็งแรง ลดการพึ่งพาผู้อื่น เกิดความมั่นคงในชีวิตทำให้คุณภาพชีวิตที่ดี จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และรายได้ยังทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น (กฤติเดช มิ่งไม้, 2561)

2) จากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป โดยมีโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุของนิรุวรรณ เทิร์นโบล และคณะ (2563) พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีความสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ.2560 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2545 พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาป่วยด้วยโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นเป็น 1.7 เท่า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง และมีการเจ็บป่วยมากขึ้น เนื่องจากเป็นความเสื่อมสภาพของผู้สูงอายุเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (นงนุช แยมวงษ์, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิพร พิธานธนากุล (2561) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.6 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.9 นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา (2563) ที่ศึกษาสถานการณืภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ผลการวิจัยพบว่าภาวะสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.2 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 20.09 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับกระดูก ปัญหาเกี่ยวกับสายตา การนอนไม่หลับ โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการมีภาวะเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์และจิตใจมากขึ้น (อภินันท์ สนน้อย ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ และสุรัชย์ ปิยานุกูล, 2559) ทั้งนี้

ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งสาเหตุการตายของประชากร การเปลี่ยนผ่านของปัญหาสาธารณสุขจากการเกิดโรคติดเชื้อมาเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรมสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ตามลำดับ (ไพบูลย์พงษ์แสนพันธ์ และยวดี รอดจากภัย, 2557) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

3) ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์โรคอ้วน ระดับ 1 (BMI มากกว่า 25.0-29.99 kg/m<sup>2</sup>) และผลการคัดกรองภาวะอ้วนลงพุงโดยการวัดรอบเอว พบว่ารอบเอวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์รอบพุงผิดปกติ ซึ่งการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุปัจจุบันนี้จัดว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าภาวะสุขภาพที่ผ่านมาของผู้สูงอายุมีแนวโน้มการเกิดโรคอ้วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคอ้วน ร้อยละ 24.63 พบภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 31.96 ช่วงอายุที่พบปัญหาโรคอ้วนมากที่สุดคือ 60-69 ปี (วิชัย เอกพลากร, 2553) และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคอ้วน ร้อยละ 35.4 พบภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 49.4 และพบ Metabolic syndrome ร้อยละ 46.8 (วิชัย เอกพลากร, 2559) และจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562- 2563) พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคอ้วน ร้อยละ 38.4 พบภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 และพบ Metabolic syndrome ร้อยละ 39.8 จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะโรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลต่อการเกิดอุบัติการณ์ของโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่จะเกิดขึ้นในอนาคต (วิชัย เอกพลากร, 2564) ขณะเดียวกันจากการศึกษาเรื่อง ภาวะทุพโภชนาการและโรคอ้วนในวัยที่สามเกี่ยวกับปัญหาโรคอ้วนและภาวะทุพโภชนาการที่มีผลต่อผู้สูงอายุ พบว่า โรคอ้วนจะเพิ่มมากขึ้นในอายุ 60-69 ปี และอายุ 70-79 ปี เท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี น้ำหนักตัวยังคงที่ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 23 มีภาวะทุพโภชนาการ (Christos, 2016) ดังนั้นการประเมินภาวะอ้วนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้การประเมินโรคอ้วนในผู้สูงอายุ สามารถทำได้โดยการประเมินโรคอ้วนทั้งตัว โดยการใช้เกณฑ์การวัด Body Mass Index (BMI) เป็นการหาค่าดัชนีมวลกาย และการประเมินโรคอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบเอว นอกจากนี้สิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคอ้วนในผู้สูงอายุ คือ การหา

แนวทางการป้องกัน สามารถทำได้โดยการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังและสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

4) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช แยมวงษ์ (2557) ที่ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ พบว่าผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้มีมากถึงร้อยละ 90 และมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกัญชรีย์ พัฒนาและคณะ (2564) ที่ศึกษาระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 92.4 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 18.01ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนต้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาไม่มากนัก เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายยังคงสามารถดูแลตนเองและเดินทางไปรับการรักษาพยาบาลเองได้ และจากงานวิจัยของ ปิติพร สิริทิพากร และคณะ (2562) ศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 72.2 และต้องการความช่วยเหลือบางส่วน ร้อยละ 16.4 นอกจากนี้ยังมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกุลธิดา กุลประทีปปัญญา (2563) ที่ศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย ในด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 98.6 ซึ่งผลจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลกลุ่มสูงอายุ สุขภาพดีและกลุ่มเสี่ยง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน นอกจากนี้หน่วยงานทางด้านผู้สูงอายุควรมีการพัฒนาองค์ความรู้ให้ตอบสนองและสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยต่อไป

5) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เป็นกลุ่มติดสังคม สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง มีการรู้คิด ความคิดความจำที่ดี ยังมีความสามารถในการวางแผนและการบริหารจัดการต่างๆ ได้ด้วยตนเอง แต่จากการศึกษาของจิตติมา บุญเกิด (2011) ได้ศึกษาถึงความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric

syndromes) ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าความชุกของกลุ่มอาการที่พบมากที่สุดคือ ภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมเล็กน้อย (dementia/ mind cognitive impairment) ร้อยละ 60.4 สอดคล้องกับการศึกษาของปิติพร สิริทิพากร และคณะ (2562) ศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุดคืออาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมจะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ รวมด้วยตั้งแต่ 2 อาการ และมากกว่าขึ้นไป โดยพบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาของ 2 การศึกษาข้างต้น อาจเนื่องมาจากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งยังเป็นสถานบริการที่เป็นแหล่งประโยชน์ในการเผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมให้กับประชาชนตามสื่อต่างๆ และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลมานานกว่า 10 ปี ทำให้พบผู้ป่วยสูงอายุที่เริ่มมีอาการหลงลืมเข้ามารับบริการตรวจรักษามากกว่า

6) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสูงอายุสุขภาพดี ไม่มีภาวะการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีความสนใจในการดูแลภาวะสุขภาพของตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้รับการตรวจประเมิน คัดกรองปัญหาและกลุ่มอาการสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถจัดการปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม แต่จากการทบทวนพบว่าการศึกษากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม และภาวะหกล้ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถของการทำหน้าที่ของร่างกาย การตอบสนองต่อสิ่งรอบตัวลดลง เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ยาวนานมากกว่าวัยอื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าและและการเข้าสังคมลดลง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตลดลงได้ (สาวิตรี สิงหาคต และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เนื่องจากความเสื่อมถอยของการ



ทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหากล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและบทบาทหน้าที่ทางสังคม ประกอบกับความเจ็บป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตลดลงได้ (มยุรี ลีทองอิน และคณะ, 2559)

7) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ จากการทบทวนพบว่าสำหรับประเทศไทยมีรายงานข้อมูลความชุกของภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ร้อยละ 16.0-28.0 และปัญหาภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่มักถูกละเลยจากการดูแล ทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง และบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุคิดว่าภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่เป็นสิ่งที่น่าอาย พบว่าผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 50.0-75.0 จะไม่บอกว่าตนเองมีอาการปัสสาวะเล็ดราดและหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมาโรงพยาบาล ส่วนบางรายไม่สนใจกับภาวะดังกล่าว เพราะยอมรับว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่บ่งบอกถึงความเสื่อมของร่างกาย หรือบางรายคิดว่าถึงรักษาไปก็คงไม่หายขาด หรือไม่สามารช่วยให้อาการดีขึ้นได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2560) และจากการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 38.0 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งนับเป็นความเสี่ยงที่สำคัญในการทำให้เกิดอันตรายหรือปัญหาแทรกซ้อนสำหรับผู้สูงอายุได้ (ปิติพร สิริทิพากร และคณะ, 2562) ดังนั้นปัญหากล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ จึงนับเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่บางครั้งถูกละเลย ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยหรือดูแลในระยะต้น อาจส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าและและการเข้าสังคมลดลง อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา อันนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและคุณภาพชีวิตลดลงได้ (สาวิตรี สิงหาด และคณะ, 2566)

8) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในระดับต่ำ และการประเมินการเดิน การทรงตัว โดยการทดสอบ Timed up and go test (TUGT) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีความสอดคล้องกับการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลศิริราช พบว่ากลุ่มอาการที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 รองลงมาคือภาวะกล้ามเนื้อปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 38.0 ปัญหาเรื่องการนอน ร้อยละ 26.4 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 12 และภาวะเบื่ออาหาร ร้อยละ 11.6 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ซึ่งนับเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ

ในการทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุ (ปิติพร สิริทิพากร และคณะ, 2562) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลกลาง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.0 มีความกลัวการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 50.3 และกิจกรรมที่กลัวการหกล้มมากที่สุดคือการเดินบนพื้นลื่น และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีรูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้ม คือ การจัดสภาพแวดล้อม ร้อยละ 87.3 (สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรทัย ยินดี, 2564)

9) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยมีความสอดคล้องกับการศึกษากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะหกล้ม เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย การทำงานในระบบส่วนต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลง ร่วมกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้ได้รับยาหลายชนิด เมื่อเกิดภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ทำให้ต้องรีบลุกไปขับถ่าย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มสูง (สาวิตรี สิงหาค และคณะ, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์ และคณะ, 2564 อ้างถึงใน สาวิตรี สิงหาค และคณะ (2566) พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น จะพบกลุ่มอาการสูงอายุที่มากกว่า 1 อาการขึ้นไป โดยกลุ่มอาการสูงอายุที่มีภาวะหกล้มมีความสัมพันธ์กับภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ และมีความสัมพันธ์ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับวะนิดา น้อยมนตรี (2561) ได้ทำการศึกษาความกลัวการหกล้ม กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่า กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการหรือโรคที่พบเฉพาะในผู้สูงอายุ เช่น การหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ที่มีความสัมพันธ์กันและมีอาการไม่จำเพาะต่อความบกพร่องในระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งชัดเจน แต่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นกลุ่มอาการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกายหรือภาวะทุพพลภาพ ความพิการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

### 5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

5.3.1.1 นำข้อมูลผลการศึกษาไปใช้ในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุเพื่อช่วยในการออกแบบวิธีการให้คำแนะนำ ปรีกษาปัญหาด้านสุขภาพ หรือการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ทันเวลาและปลอดภัย ผู้ให้บริการสามารถทำงานได้รวดเร็วขึ้น

5.3.1.2 การให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับชุมชน ควรเน้นจุดแข็งของสังคมไทย โดยการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านหรือในชุมชนให้มากที่สุด ส่วนการจัดบริการในสถานพยาบาล ควรจัดให้มีความเหมาะสมตามสภาพปัญหาและความจำเป็นของผู้สูงอายุ โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ

5.3.1.3 ในระดับสถานพยาบาลควรมีการเพิ่มพูนองค์ความรู้และพัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในการประเมิน คัดกรองค้นหาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในเชิงรุก เพื่อวางแผนการส่งเสริม ป้องกันในระยะแรก ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพ

5.3.1.4 ระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ควรมีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามกลุ่มอาการสูงอายุอย่างครอบคลุมเป็นมาตรฐานเดียวกัน และเชื่อมโยงกับข้อมูลแผนการดูแลรักษา การได้รับการรักษา ข้อมูลผู้ดูแล และข้อมูลรายได้ครัวเรือน เพื่อให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### 5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับกลุ่มอาการสูงอายุที่ครอบคลุมและชัดเจนมากยิ่งขึ้น

5.3.2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยบทบาทบุคลากรหรือผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุหรือผู้ที่ดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย และเป็นประโยชน์ต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างรูปแบบการจัดกิจกรรม นวัตกรรม หรือโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุได้อย่างเหมาะสม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กัญชรีย์ พัฒนาและคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่อาศัยในแฟลตเคหะชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 10(1), 488-497.
- 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 โรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). *การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). **คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.2564**. กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์นภา เพชรมณี และคณะ. (2567). การศึกษาผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุคลินิกราชพฤกษ์สูงวัยใส่ใจสุขภาพ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 49(2), 48-54.
- ทัศนีย์ กาศทิพย์. (2562). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 34 (1), 104-121.
- นิรุวรรณ เทิร์นโบล์ และคณะ. (2563). ภาวะสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30 (3), 35-48.
- นนุช แยมวงษ์. (2557). คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 37-44.
- 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. ฟรันทิ่งแอนด์ พับลิชชิง.
- ปิติพร สิริทิพากร และคณะ. (2562). ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ และลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 37(3), 20-29.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2560). **การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ การนำใช้**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.
- พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว และระติพร ถึงฝั่ง. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. **วารสารสมาคมนักวิจัย**, 21(2), 94-109.
- พุทธิพร พิธานธนานุกูล. (2561). ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลหญ้าปล้อง อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. **พยาบาลสาร**, 45(1), 34-47.
- ไพบุลย์ พงษ์แสนพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557). **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (รายงานวิจัย)**. สืบค้นจาก [http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve\\_DOI=10.14457/BUU.res.2014.39](http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/BUU.res.2014.39)
- ภีรดา นาวิวิจิตร. (2566). **ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ป่วยสูงอายุ จักษุกรรม โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)**. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- มยุรี ลีทองอิน 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, 3 มี.ค.). **ผู้สูงอายุกับปัญหาสุขภาพ**. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/15/415>
- ระนิดา น้อยมนตรี. (2561). ความกลัวการหกล้ม กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และบทบาทของพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**; 26 (3) : 92-101.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). **การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน**. (ดุขฎฐิบัณฑิตศิลปศาสตร์). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 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). สถานการณ์ผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่นในมิติประชากรศาสตร์และมิติสุขภาพ. **วารสารสังคมศาสตร์ปัญญาพัฒนา**, 6(1), 28-39.
- วีณา ลิ้มสกุล, สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และวราภา จันทร์เอียด. (2566). การสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแบบบูรณาการตามบริบทสังคมไทย : พื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ**, 6(1), 1-13.
- สกานต์ บุนนาค และคณะ. (2564). **รายงานการวิจัย การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรค และความ ต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย Analysis of health status, burden of disease and health service needs in Thai elderly**.
- สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). **สุขภาพคนไทย 2564**. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ฑูล.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **แนวทางการดูแลรักษากลุ่ม**

**อาการสูงอายุ (Geriatric syndrome).** นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทุล.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

(2562). **แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ.** นนทบุรี : สันทวีการพิมพ์.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

(2563). **คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก.** นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทุล.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

(2564). **แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic).** นนทบุรี: สำนักพิมพ์ซีจี ทุล.

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

สมศักดิ์ ชุณหรัศม์. (2553). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2558). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3).** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรินทร์รัตน์ บัวเร่งเทียนทอง และอรทัย ยินดี. (2564). การศึกษาความเสี่ยง ความกลัวการหกล้ม และแนวทางการจัดการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ. *วารสารการพยาบาล*, 23(2), 30-43.

อภิรัตน์ สนน้อย ปิยาภรณ์ ศิริภาณุมาศ และสุรัชย์ ปิยานุกูล. (2559). รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 8(2), 153-169.

อุมาพร ฉัตรวิโรจน์. (2555). **การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย.** คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. กำแพงเพชร : พิมพ์กำแพงเพชร.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.**

สืบค้นเมื่อ ส.ค.67 <https://www.dms.go.th/backend/Content/>

## 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.

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.

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 June 22, 2020. From [https://www.who.int/ageing/publications/alc\\_fs\\_ageing\\_policy.pdf](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 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>



ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก

### เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย

หนังสือขออนุญาตใช้เวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการวิจัย

## เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัย



เอกสารเลขที่ ๐๐๔/๒๕๖๗

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**ชื่อโครงการ** การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

**เลขที่โครงการวิจัย** ๐๐๗/๒๕๖๗

**ผู้วิจัยหลัก** นางสาววาสนา มากผาสุข

**สังกัดหน่วยงาน** โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

**วิธีทบทวน** คณะกรรมการเต็มชุด (Full board)

**รายงานความก้าวหน้า** ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน ๑ ปี

**เอกสารที่พิจารณา** โครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับการวิจัย ไบอินยอม

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี ได้พิจารณาโครงการวิจัยแล้ว คณะกรรมการวิจัยฯ ให้การรับรองโครงการวิจัยตาม แนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคน และให้ดำเนินการวิจัยได้ตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ลงนาม.....

(นางสาวสุประวีณ์ โอภาเฉลิมพันธุ์)

ประธาน

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



กรมการแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข

จังหวัดชลบุรี

(นางบุษย์ณกมล เรืองรักเรียน)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗

วันหมดอายุ : ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๘

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

## หนังสือขออนุญาตใช้เวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการวิจัย



### บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี โทร. ๑๒๐๖

ที่ สธ ๐๓๑๙.๑.๓/๓๔๘.๑

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตใช้เวชระเบียน และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

ข้าพเจ้า นางสาววาสนา มากผาสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงาน วิชาการพยาบาล ภารกิจ ด้านการพยาบาล ผู้วิจัยในโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เวชระเบียนและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 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 และผลการบันทึกการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ประกอบด้วย แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบประเมินภาวะหกล้ม แบบประเมินภาวะกลืน ปัสสาวะไม่อยู่ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย Timed up and go test แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai ๒๐๐๒ และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน

ในกรณีนี้ ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ จะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลเสียต่อผู้รับบริการ ไม่มีการระบุตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะใช้รหัสแทนชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลวิจัยใช้เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ และเสนอในภาพรวม โดยนำมาใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น รายละเอียดดังเอกสารโครงร่างการวิจัย เอกสารผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย และแบบบันทึกข้อมูลที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางสาววาสนา มากผาสุข)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หัวหน้าโครงการวิจัย

อนุญาตให้ใช้ข้อมูลเวชระเบียน

(นายรัฐดำรง ธรรมโชติ)


ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

วันที่ .....๓๑.....ก.ค.๒๕๖๗.....

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (CASE RECORD FORM)

	<b>แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล (CASE RECORD FORM)</b> <b>โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี</b>
---	--

รหัสวิจัย	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 2567
ID	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
วันที่บันทึกข้อมูล	วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....
ผู้เก็บข้อมูล	ชื่อ-สกุล
	ตำแหน่ง
	โทรศัพท์
	E-mail

<b>วัตถุประสงค์การวิจัย</b> 1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี 2. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุ
---

<b>แบบฟอร์มบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย</b> 1. แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome)
--

## แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

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
8. โรคประจำตัว ( ) ไม่มีโรคประจำตัว ( ) โรคเบาหวาน ( ) โรคความดันโลหิตสูง ( ) โรคหัวใจ  
( ) โรคไขมันในเลือดผิดปกติ ( ) โรคมะเร็ง ( ) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ( ) อื่นๆ.....
9. ค่าดัชนีมวลกาย(BMI) ..... กิโลกรัม/ตารางเมตร
10. รอบเอว .....เซนติเมตร

## 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

## การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ Mini Nutritional Assessment : MNA(short form)

	คะแนน
<p>1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา รับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ความอยากอาหารลดลงปานกลาง</p> <p><input type="checkbox"/> 2 ความอยากอาหารไม่ลดลง</p>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
<p>2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ไม่ทราบ</p> <p><input type="checkbox"/> 2 น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม</p> <p><input type="checkbox"/> 3 น้ำหนักไม่ลดลง</p>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
<p>3. สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง</p> <p><input type="checkbox"/> 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ</p>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
<p>4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 มี      <input type="checkbox"/> 2 ไม่มี</p>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
<p>5. มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่</p> <p><input type="checkbox"/> 0 ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง</p> <p><input type="checkbox"/> 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย      <input type="checkbox"/> 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท</p>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
<p>6. ดัชนีมวลกาย (BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)<sup>2</sup>)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 BMI น้อยกว่า 19      <input type="checkbox"/> 1 BMI ตั้งแต่ 19 แต่น้อยกว่า 21</p> <p><input type="checkbox"/> 2 BMI ตั้งแต่ 21 แต่น้อยกว่า 23</p> <p><input type="checkbox"/> 3 BMI ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป</p>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
<b>รวมคะแนน</b>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>

## แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย 15 ข้อ (TGDS-15)

เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของคุณในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- |   |                                  |                                     |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. โดยทั่วไปแล้วคุณพึงพอใจกับชีวิตตัวเองหรือไม่                           | <input type="checkbox"/> ใช่     | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (1) |
| 2. คุณลดกิจกรรมหรือความสนใจในสิ่งต่างๆลงหรือไม่                           | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 3. คุณรู้สึกว่าคุณว่างเปล่าหรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 4. คุณรู้สึกเบื่อๆอยู่บ่อยครั้งหรือไม่                                    | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 5. คุณอารมณ์ดีเป็นส่วนใหญ่หรือไม่   | <input type="checkbox"/> ใช่     | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (1) |
| 6. คุณกลัวว่าอะไรๆจะเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่                                 | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 7. คุณรู้สึกมีความสุขเป็นส่วนใหญ่หรือไม่                                  | <input type="checkbox"/> ใช่     | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (1) |
| 8. คุณรู้สึกหมดหนทางอยู่บ่อยครั้งหรือไม่                                  | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 9. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าออกไปทำอะไรทำนอกบ้านหรือไม่                    | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 10. คุณรู้สึกว่าคุณมีปัญหาความจำมากกว่าใครๆหรือไม่                        | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 11. คุณคิดว่ากำไรที่มีชีวิตอยู่ได้จนถึงทุกวันนี้มันช่างแสนวิเศษใช่หรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่     | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (1) |
| 12. คุณรู้สึกหรือไม่ว่าชีวิตที่กำลังเป็นอยู่ตอนนี้ช่างไร้ค่าเหลือเกิน     | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 13. คุณรู้สึกมีกำลังเต็มที่หรือไม่  | <input type="checkbox"/> ใช่     | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ (1) |
| 14. คุณรู้สึกหมดหวังกับสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือไม่                       | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |
| 15. คุณคิดว่าคนอื่นๆดีกว่าคุณหรือไม่                                      | <input type="checkbox"/> ใช่ (1) | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่     |

รวมคะแนน

## แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE – Thai 2002

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

### 1. Orientation for time: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง  
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

คะแนน

- |                           |       |                          |
|---------------------------|-------|--------------------------|
| 1.1 วันนี้...วันที่เท่าไร | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 วันนี้...วันอะไร      | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 เดือนนี้...เดือนอะไร  | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 ปีนี้...ปีอะไร        | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 ฤดูนี้...ฤดูอะไร      | ..... | <input type="checkbox"/> |

### 2. Orientation for place : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

(ให้เลือกข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

#### 2.1 กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล

- |   |       |                          |
|---|-------|--------------------------|
| 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และ.....ชื่อว่าอะไร | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.2 ขณะนี้ท่านอยู่ที่ชั้นที่เท่าไรของตัวอาคาร     | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.3 ที่อยู่ในอำเภอ - เขตอะไร                      | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร                             | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร                                 | ..... | <input type="checkbox"/> |

#### 2.2 กรณีที่อยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- |  |       |                          |
|--|-------|--------------------------|
| 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และเลขที่เท่าไร  | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.3 ที่นี่อำเภอหรือเขตอะไร                     | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร                          | ..... | <input type="checkbox"/> |
| 2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร                              | ..... | <input type="checkbox"/> |

### 3. Registration : ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็น การทดสอบความจำ โดยผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา , ยาย...) ตั้งใจฟังให้ดีนะคะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบแล้ว ให้คุณ (ตา, ยาย...) พุดทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดียวดิฉันจะถามซ้ำ

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

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

ต้นไม้  ทะเล  รถยนต์ .....

### 4. Attention or Calculation: ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ (5 คะแนน) (ให้เลือกข้อใด

ข้อหนึ่ง) 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 มอม่่า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย..) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิครับ ค่ะ)”

.....   
ว            ำ            น            ะ            ม

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

“เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 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 เตี้ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้คุณ แล้วให้คุณ (ตา , ยาย....) รับด้วยมือขวา พับครึ่งกระดาษ แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง) ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

รับด้วยมือขวา  พับครึ่ง  วางไว้ที่ (พื้น,โต๊ะ,เตียง) .....

9. Written command : ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย (1 คะแนน)

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

หลับตาได้ .....

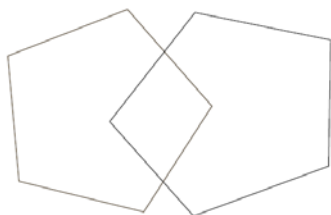
10. Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

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

ประโยคมีความหมาย .....

11. Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในช่องว่างด้านขวาของภาพตัวอย่าง)



.....

ระดับการศึกษา  ไม่ได้เรียนหนังสือ  ประถมศึกษา  สูงกว่าประถม

รวมคะแนน

## แบบประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย/ ในช่อง  หน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ

มีปัญหา  ไม่มีปัญหา

1. ท่านเริ่มมีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่มานานแค่ไหน	<input type="checkbox"/> ไม่เกิน 6 เดือน	<input type="checkbox"/> มากกว่า 6 เดือนแต่ไม่เกิน 12 เดือน	
	<input type="checkbox"/> 1 - 5 ปี	<input type="checkbox"/> 5 ปีขึ้นไป	
2. ท่านมีอาการของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ดังต่อไปนี้หรือไม่ (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/กลืนปัสสาวะไม่ทัน			
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 กลืนปัสสาวะไม่อยู่เพราะปัสสาวะล้น			
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
2.4.6 มีความเจ็บปวดเกิดแก่ร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งจนไม่ยอมเคลื่อนไหว	( 0 ) ไม่มี	( 1 ) มี
<b>3. ปริมาณปัสสาวะที่กลั้นไม่อยู่</b> <input type="checkbox"/> (1) เล็กน้อย (ไม่ก่หยดหรือไม่เกินครึ่งช้อนโต๊ะ) <input type="checkbox"/> (2) ปานกลาง (ชุ่มกางเกงในหรือครึ่งถึง 2 ช้อนโต๊ะ) <input type="checkbox"/> (3) มาก (เปียกทะลุถึงผ้าอ้อมชั้นนอกหรือมากกว่า 2 ช้อนโต๊ะ)		
<b>4. ความบ่อยของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่</b> <input type="checkbox"/> (1) เล็กน้อย / เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่านี้ <input type="checkbox"/> (2) ปานกลาง / หลายๆวันครั้ง หรือเดือนละ 2 ครั้งขึ้นไป <input type="checkbox"/> (3) มาก / เกือบทุกวันหรือวันละตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป		
<b>5. สำหรับผู้สูงอายุรายนี้มีความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในระดับ</b> <input type="checkbox"/> (1) รุนแรงมาก <input type="checkbox"/> (2) รุนแรงปานกลาง <input type="checkbox"/> (3) รุนแรงเล็กน้อย		



### แบบประเมินภาวะหกล้ม (Fall Risk Assessment tool)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่อง  หน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวผู้สูงอายุ

รายการ	เกณฑ์ให้คะแนน			
	0	1	2	3
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	รู้สถานที่ บุคคล	รู้บุคคล	ไม่รับรู้ การตัดสินใจบกพร่อง
สภาพร่างกายทั่วไป	อาหารเพียงพอ การนอนหลับปกติ	ไม่เจริญอาหาร การนอนหลับผิดปกติ	การนอนหลับ ผิดปกติมาก	ขาดอาหาร น้ำหนักลด
การมองเห็น	ปกติ	ใช้แว่นตา	มองเห็นไม่ชัดเจน ตาต้อ	มองเห็นผิดปกติมาก ถึงขั้นตาบอด
การพูด	ปกติ	มีปัญหาการพูดแต่เข้าใจ ภาษาดี	พูดไม่ชัด มีปัญหาการสื่อสาร	การสื่อสารบกพร่อง ขั้นรุนแรง
การใช้ยา	ไม่มียาที่มีผล	มียาระบบหัวใจและ หลอดเลือดที่มีผล เช่น $\beta$ -blocker ยาขับปัสสาวะ ยาลดความดันเลือด	มียาระบบประสาท ที่มีผล เช่น ยากล่อม ประสาท ยานอนหลับ ยากลุ่ม psychoactive	มีทั้งยาระบบหัวใจ และหลอดเลือดและ ระบบประสาทที่มีผล
ภาวะโรคเรื้อรัง	ไม่มีปัญหา	มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	มีโรคเรื้อรัง 2 โรค	มีโรคเรื้อรัง $\geq$ 3 โรค
ไม่สามารถควบคุม การขับถ่าย	ไม่มีปัญหา	ปัสสาวะบ่อย	ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะราด (stress incontinence) คาสายปัสสาวะ	ปัสสาวะราด (Urge incontinence)
<b>รวมคะแนน</b>				

### แบบคัดกรองภาวะหกล้ม (Timed Up and Go test : TUGT)

วิธีการ วางเก้าอี้ที่มีที่เท้าวแกนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้ผู้สูงอายุทราบว่ามีเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

TUG .....วินาที

TUG < 12 วินาที

TUG  $\geq$  12 วินาที

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

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