

ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดกับกลุ่มอาการ

ผู้สูงอายุ: การศึกษาภาคตัดขวางในคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลพัทลุง

Association between the number of vascular comorbidities and geriatric syndromes: A cross-sectional study at the geriatric clinic, Phatthalung Hospital

Received: 20 August 2024
Revised: 29 November 2024
Accepted: 3 December 2024

กัณฑ์พงศ์ ธรรมเจริญศักดิ์¹ นันทิพย์ บุรพเกียรติ² ลักษณะ พงศาปาน³ ภูมิใจ สรเสณี⁴

Kantapong Thamcharoensak¹, Namtip Burapakiat², Luksana Pongsapan³, Phoomjai Sornsenee⁴

¹เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง

²เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง

³กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพัทลุง

⁴ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹Department of Social Medicine, Phatthalung hospital.

²Department of Social Medicine, Phatthalung hospital.

³Outpatient nursing department, Phatthalung hospital.

⁴Department of Family and Preventive Medicine. Faculty of Medicine, Prince of Songkla University.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางใช้ข้อมูลเฉพาะเป็นผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพัทลุง จำนวน 539 คน เพื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุและหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาความชุก วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด ได้แก่ ภาวะเสี่ยงหกล้ม (ร้อยละ 54.66) ภาวะบกพร่องทางด้านการมองเห็น (ร้อยละ 43.52) และภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 25.77) ตามลำดับ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด ได้แก่ ภาวะพียงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ($p < 0.001$) ภาวะสมองเสื่อม ($p = 0.004$) ภาวะเสี่ยงหกล้ม ($p < 0.001$) และภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ($p = 0.023$) วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กับการมีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดมากกว่า 2 โรค ได้แก่ เพศชาย (OR=1.78, 95%CI: 1.15, 2.76) การมีภาวะเสี่ยงหกล้ม (OR=1.70, 95%CI: 1.15, 2.51) และการมีภาวะพียงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระดับติดบ้านและติดเตียง (OR=2.07, 95%CI: 1.01, 4.26) สรุปว่า จำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดมากกว่า 2 โรคในผู้สูงอายุสัมพันธ์กับภาวะเสี่ยงหกล้มและภาวะพียงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระดับติดบ้านและติดเตียง ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อย เช่น ภาวะเสี่ยงหกล้ม ภาวะบกพร่องทางด้านการมองเห็น และภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ : ความชุก, กลุ่มอาการผู้สูงอายุ, คลินิกผู้สูงอายุ

ผู้รับผิดชอบบทความ

กัณฑ์พงศ์ ธรรมเจริญศักดิ์

เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพัทลุง

13-11 ถนนนิพัทธ์อุทิศ 1 ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

เบอร์โทรศัพท์ 0629633265

อีเมล benzkantapong@gmail.com

Corresponding author

Kantapong Thamcharoensak

Social medicine department, Phatthalung hospital.

13-11 Niphat Uthit 1 road Hat Yai Songkhla 90110

Phone 0629633265

E-mail benzkantapong@gmail.com

Abstract

This study aims to investigate the prevalence of geriatric syndromes and examine the association between these syndromes and the number of vascular comorbidities. This cross-sectional study utilized the medical records of 539 elderly patients attending the Geriatric Clinic at Phatthalung Hospital. Descriptive statistics were used to assess the prevalence, while logistic regression analysis identified factors associated with the number of vascular comorbidities. The three most common geriatric syndromes identified were falling (54.66%), visual impairment (43.52%), and dementia (25.77%). Significant associations were found between the number of vascular comorbidities and the following geriatric syndromes: dependency in basic activities of daily living ($p < 0.001$), dementia ($p = 0.004$), fall risk ($p < 0.001$), and urinary incontinence ($p = 0.023$). Multiple logistic regression analysis revealed that factors significantly associated with a higher number (> 2 diseases) of vascular comorbidities ($p < 0.05$) included male gender (OR=1.78, 95%CI: 1.15, 2.76), fall risk (OR=1.70, 95%CI: 1.15, 2.51), and dependency in basic activities of daily living at partially and totally dependent (OR=2.07, 95%CI: 1.01, 4.26). In conclusion, having more than two vascular comorbidities was significantly associated with increased fall risk and ADL dependence, highlighting the importance of monitoring these conditions in elderly care. Prioritizing interventions for commonly encountered geriatric syndromes, such as fall risk, visual impairment, and dementia, is recommended for independent older adults.

Keywords: Prevalence, Geriatric syndrome, Geriatric clinic

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่ภาวะสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ (Complete aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC) เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2567 พบว่าประชากรผู้สูงอายุของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 23.13 โดยจังหวัดพัทลุงมีประชากรผู้สูงอายुर้อยละ 24.84 ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของประเทศ ประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่สังคมต้องให้การดูแลเนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหรือภาวะต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุเอง รวมไปถึงครอบครัว ชุมชน และระดับประเทศ ด้วยปัญหาทางสุขภาพของประชากรสูงอายุที่มักมีโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดและมีหลายโรคในเวลาเดียวกัน คลินิกผู้สูงอายุจึงเป็นจุดแรกของการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้บริการผู้สูงอายุ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งหมด 9 ด้าน ประกอบด้วย 1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2. การมองเห็น 3. การได้ยิน 4. การเคลื่อนไหว 5. ภาวะซึมเศร้า 6. ความคิดความจำ 7. สุขภาพช่องปาก 8. การขาดสารอาหาร 9. การกลืนปัสสาวะ ให้การดูแล

รักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม โรงพยาบาลพัทลุงจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่วันที่ 18 มีนาคม พ.ศ. 2564 จนถึงปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับบริการแบบองค์รวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งเสริมผู้สูงอายุให้สามารถพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่มีโรคเรื้อรัง

การศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เนื่องจากคำจำกัดความของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้ประเมิน กลุ่มตัวอย่าง สถานที่ และช่วงเวลาที่ทำการศึกษาแตกต่างกัน โดยเฉพาะการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุในประเทศซึ่งมีปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม เช่น โครงสร้างประชากรระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563¹ ซึ่งสำรวจกลุ่มตัวอย่างประชากรไทย พบความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 24.6 การศึกษาแบบผสมผสานวิธีในผู้สูงอายุ

อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ.2565² จำนวน 1,595 คน พบความชุกของกลุ่มต้องการพึ่งพิงผู้อื่น ร้อยละ 17.1 การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางในผู้สูงอายุประเทศบราซิล³ จำนวน 11,177 คน พบความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 15 แม้ว่าแต่ละการศึกษาจะใช้เครื่องมือคัดกรองชนิดเดียวกัน คือแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชนี่ บาร์เทิล แต่ค่าความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานก็มีความแตกต่างกันตามสถานที่และช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

ความชุกของภาวะบกพร่องทางด้านการมองเห็น

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางในผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ.2563⁴ จำนวน 110 คน พบความชุกของความผิดปกติด้านการมองเห็นร้อยละ 36.4 การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางในผู้สูงอายุประเทศเอธิโอเปียในปีพ.ศ.2565⁵ จำนวน 655 คน พบความชุกของความผิดปกติด้านการมองเห็นร้อยละ 36.95 โดยสาเหตุสำคัญคือ ภาวะสายตาสั้นผิดปกติ (refractive error) และโรคต้อกระจก (cataract)

ความชุกของภาวะบกพร่องทางด้านการได้ยิน

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 500 ล้านคน เป็นประสาหูเสื่อมตามอายุ⁶ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมีปัญหาทางการได้ยินร้อยละ 25-40 และอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามวัย กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบร้อยละ 40-60 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี พบมากกว่าร้อยละ 80 การศึกษาความชุกของภาวะบกพร่องทางด้านการได้ยินในผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา ระหว่างปี พ.ศ. 2564-2565⁷ จำนวน 2,803 คนด้วยเครื่องตรวจการได้ยินและสอบถามการใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง พบความชุกของภาวะบกพร่องทางด้านการได้ยินในผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปร้อยละ 65.3 ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลก

ความชุกของภาวะซึมเศร้า

รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563¹ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 2.3 การศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนาจากข้อมูลของคลังข้อมูลสุขภาพ (health data center: HDC) ของ

ประเทศไทย⁸ พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุประเทศไทยปี พ.ศ.2564 ร้อยละ 0.08 การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2561⁹ จำนวน 196 ราย พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13.3

ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

ในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมจำนวนมาก เช่น การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 55 ปีขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁰ระหว่างปีพ.ศ. 2540-2542 ด้วยเครื่องมือ TMSE จำนวน 550 คนพบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 43.82 การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกระหว่างปีพ.ศ. 2551-2553¹¹ จำนวน 120 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมจากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) ร้อยละ 16 การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในแผนกจิตเวชโรงพยาบาลมหาสารคาม¹²ในปีพ.ศ. 2561 จำนวน 176 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 15.8 การศึกษาภาคตัดขวางในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนอำเภอครบุรีจังหวัดนครราชสีมา¹³ ในปี พ.ศ. 2555 ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 จำนวน 150 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 12.7 การศึกษาความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปจังหวัดนครราชสีมา¹⁴ ในปีพ.ศ. 2564 ด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002 จำนวน 211 คน พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 9.0 จะเห็นว่าการศึกษาภาคตัดขวางในผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมาในปีพ.ศ. 2555 และปีพ.ศ. 2564 ใช้เครื่องมือชนิดเดียวกัน ศึกษาประชากรในจังหวัดเดียวกัน แต่เมื่อเวลาผ่านไปค่าความชุกที่ได้มีค่าแตกต่างกัน

ความชุกของภาวะเสี่ยงหกล้ม

การศึกษาความชุกของภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกระหว่างปีพ.ศ. 2551-2553¹¹ จำนวน 120 คน พบความชุกของภาวะเสี่ยงหกล้มจากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment:

CGA) ร้อยละ 30 การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุ จังหวัดลำปางระหว่างปีพ.ศ. 2562-2563¹⁵ จำนวน 3,600 คนด้วยวิธี Timed up and go test พบความชุกของภาวะเสี่ยงหกล้มร้อยละ 3.50

ความชุกของภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการ

การศึกษาวิเคราะห์เชิงอภิมานในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2565¹⁶ จำนวน 23,788 คนพบความชุกของภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการในผู้สูงอายุจากการใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment Short Form: MNA-SF) ร้อยละ 37.8 โดยในการศึกษาวิเคราะห์เชิงอภิมานได้รวมเอากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในชุมชนและผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเข้าไว้ด้วยกัน และมีค่าการประเมินความต่างแบบ (heterogeneity) สูง ($I^2=92%$)

ความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

การศึกษาความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุที่อาศัยในสลัมคลองเตย กรุงเทพมหานคร ในปีพ.ศ. 2541¹⁷ ด้วยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการของระบบทางเดินปัสสาวะที่บ้าน จำนวน 114 คนพบความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 16.2 การศึกษาความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในชุมชนชนบทจังหวัดพิษณุโลกในปี 2549¹⁸ ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 35-75 ปี พบความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 21.6 การศึกษาความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอกระหว่างปีพ.ศ. 2551-2553¹¹ จำนวน 120 คนพบความชุกของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้จากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) ร้อยละ 24

ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัว

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัว เช่น การศึกษาแบบภาคตัดขวางในกลุ่มประชากรสูงอายุ¹⁹ พบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุมักพบร่วมกันกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเบาหวาน Vetrano DL และคณะ²⁰ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการ home care ในทวีปยุโรปและประเทศแคนาดา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนโรคเรื้อรังเฉลี่ย 2.6 โรคและมีกลุ่มอาการผู้สูงอายุเฉลี่ย 2 กลุ่มอาการ และพบความสัมพันธ์

ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับโรคความดันโลหิตสูง ($p<0.001$) โรคเบาหวาน ($p<0.001$) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($p=0.01$) Rausch C และคณะ²¹ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับการเกิดโรคเรื้อรัง พบว่าการมีกลุ่มอาการผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้านเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเบาหวาน การศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุ 50 ปีขึ้นไปจังหวัดมหาสารคามระหว่างปีพ.ศ. 2562-2563²² พบว่าการมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิง ในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ภาวะบกพร่องทางการมองเห็น ภาวะบกพร่องทางการได้ยิน ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ภาวะเสี่ยงหกล้ม ภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ)

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (retrospective cross-sectional study) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมารับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างวันที่ 18 มีนาคม 2564 ถึง 31 มกราคม 2567 จำนวนทั้งสิ้น 539 คนงานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เกณฑ์การคัดเข้า คือ ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีที่มารับบริการในคลินิกสูงอายุมหาพัทลุง ตั้งแต่ช่วง 18 มีนาคม พ.ศ.2564 ถึง 31 มกราคม 2567 เกณฑ์การคัดออก คือ อายุน้อยกว่า 60 ปี การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพัทลุง (เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ 15/2567) เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย สิทธิการรักษาโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด ได้แก่ โรคเบาหวาน

โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ

2. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai mini-mental status examination: TMSE)

ดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ mini-mental state examination (MMSE) ของ Folstein และคณะ โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย²³ ใช้ประเมินการทำงานของสมอง 6 ด้าน คือ Orientation, Registration, Attention, Calculation, Language และ Recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนนถือว่าผิดปกติ

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ดัชชี บาร์เทล ฉบับภาษาไทย (Barthel Activities of Daily Living Index Thai version: Barthel ADL index)

แบบประเมินของ Mahoney และ Barthel แปลไทยโดยสุทธิชัย จิตตะพินธุ์กุลและคณะ²⁴ ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองภายใต้ข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวและความเสื่อมทางกายภาพ โดยประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนไหว การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ มีคำถาม 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 2 ระดับจำนวน 2 ข้อ 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ และ 4 ระดับ จำนวน 2 ข้อ มีคะแนนรวม 0-20 คะแนน คะแนนที่สูงหมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ คะแนนที่ต่ำหมายถึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ำ แบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 2 รูปแบบใหญ่ ๆ ได้แก่ แบ่งเกณฑ์เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มติดสังคม (≥ 12 คะแนน) กลุ่มติดบ้าน (5-11 คะแนน) และกลุ่มติดเตียง (<5 คะแนน) และแบ่งเกณฑ์เป็น 4 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (0-4 คะแนน) ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก (5-8 คะแนน) ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง (9-11 คะแนน) ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย (12 คะแนนขึ้นไป) มีความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 ในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ต้องการพึ่งพิงผู้อื่นเพียงเล็กน้อย (≥ 12 คะแนน) และต้องการพึ่งพิงผู้อื่น

(0-11 คะแนน) โดยการหาค่าความซุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานในงานวิจัยนี้จะเป็นความซุกของกลุ่มต้องการพึ่งพิงผู้อื่น (0-11 คะแนน)

4. แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ฉบับภาษาไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS-15)

แบบประเมินของ Yesavage แปลไทยโดย ณททัย วงศ์ปการันย์และคณะ ใช้ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำถามจำนวน 15 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับ (0-1 คะแนน) “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เป็นข้อคำถามทางบวก 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1, 5, 7, 11 และ 13 อีก 10 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ มีคะแนนรวม 0-15 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก แบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-5 คะแนน) มีภาวะซึมเศร้าควรส่งพบแพทย์ประเมิน (6-10 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน (11-15 คะแนน) แบบวัดนี้มีความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.87 ในงานวิจัยนี้ใช้วิธีแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-5 คะแนน) และมีภาวะซึมเศร้า (6-15 คะแนน) โดยการหาค่าความซุกของภาวะซึมเศร้าในงานวิจัยนี้จะเป็นความซุกของกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

5. แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF))

เป็นแบบประเมินเพื่อใช้ประเมินภาวะโภชนาการ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 2 ระดับจำนวน 1 ข้อ 3 ระดับ จำนวน 3 ข้อ และ 4 ระดับ จำนวน 2 ข้อ มีคะแนนรวม 0-14 คะแนน แบ่งเกณฑ์คะแนนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ มีภาวะโภชนาการปกติ (12-14 คะแนน) และมีภาวะเสี่ยงทุโภชนาการ (≤ 11 คะแนน)

6. Timed-up and go test (TUGT)

เป็นเครื่องมือประเมินภาวะหกล้มที่ได้รับ ความนิยมเนื่องจากความสะดวกและคล่องตัวในการประเมิน สามารถทดสอบซ้ำเพื่อเปรียบเทียบหรือใช้ประเมินหลังการรักษา โดยให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้ ระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม เวลาปกติของผู้สูงอายุควรน้อยกว่า 12 วินาที กรณีใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาทีหรือทำไม่ได้ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

7. การตรวจวัดระดับสายตา (Visual acuity test)

ในการศึกษานี้ใช้วิธีการวัดระดับสายตาที่ระยะใกล้ (Near visual acuity test) ด้วยแผ่นทดสอบที่ระยะใกล้ (Near card) โดยบนแผ่นทดสอบจะมีตัวเลขเหมือน Snellen chart ในแต่ละแถวจะมีเลขกำกับให้ผู้ป่วยอ่านด้วยตาที่ละข้างที่ระยะ 33 เซนติเมตร ตั้งแต่แถวบนสุดถึงแถวสุดท้ายที่อ่านได้

8. การทดสอบการได้ยินด้วยวิธี Finger rub test

เป็นเครื่องมือคัดกรองการได้ยิน สามารถทำได้ง่ายโดยผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้หน้าหูผู้ถูกทดสอบเบา ๆ ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว ทำที่ละข้างทั้งซ้ายและขวา การทดสอบนี้มีค่าความจำเพาะสูง โดยมีค่าความจำเพาะร้อยละ 98 และร้อยละ 97 ในการตรวจพบภาวะบกพร่องทางด้านการได้ยินระดับเล็กน้อยและปานกลางตามลำดับ แต่มีค่าความไวต่ำ โดยมีค่าความไวร้อยละ 27 และร้อยละ 35 ในการตรวจพบภาวะบกพร่องทางด้านการได้ยินระดับเล็กน้อยและปานกลางตามลำดับ²⁷

การวิเคราะห์ข้อมูล

- แบ่งกลุ่มและแจกแจงข้อมูลทั่วไปโดยนำเสนอแจกแจงเป็นความถี่และจำนวนร้อยละ (percentage)
- continuous variable เป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่จะนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (mean) หรือค่ากลาง (median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดด้วยสถิติ Chi-square test
- วิเคราะห์เชิงเดียว (Univariate analysis) เพื่อคัดเลือกตัวแปรทำนายที่มีความเกี่ยวข้องโดยพิจารณาจากตัวแปรที่มีค่า $p < 0.02$
- วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณระหว่างจำนวนโรคประจำตัว (3-5 โรค เทียบกับ 0-2 โรค) ในกลุ่มโรคหลอดเลือดกับตัวแปรทำนายที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงเดียว (Univariate analysis)

- ใช้ Adjusted odd ratio และ 95% confidential interval กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

วิธีการรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ในการทำวิจัย โดยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุงเพื่อขออนุมัติทำการวิจัยและขอเก็บข้อมูล สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยรักษาความลับของข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุล บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ซึ่งมีเพียงผู้วิจัยหลักเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของการวิจัยโดยไม่มีการระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลวิเคราะห์เป็นผู้ป่วยสูงอายุซึ่งมารับบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลพัทลุง ระหว่างวันที่ 18 มีนาคม 2564 ถึง 31 มกราคม 2567 จำนวนทั้งสิ้น 548 คน เข้าเกณฑ์การคัดออกคืออายุน้อยกว่า 60 ปีจำนวน 9 คน เหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 539 คน

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 539 คน เป็นเพศหญิง 407 คน (ร้อยละ 75.5) อายุเฉลี่ย 76.7 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี (ร้อยละ 47.9) รองลงมาเป็นช่วงอายุ 80-89 ปี (ร้อยละ 29.3) ส่วนสูงเฉลี่ย 155.4 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 57.6 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.8 ค่ะแนน โดยอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 33.1 มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหลอดเลือดหัวใจ) ร้อยละ 91.3 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 2 โรค ร้อยละ 34.3 มีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 31.4 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 38 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 67 เป็นโรคไชมันโนเลือดสูงร้อยละ 86.8 เป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 14.5 และเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจร้อยละ 16.5

Table 1 Demographic characteristics of study participants

Demographic characteristic	N	%
Sex	539	100
Male	132	24.5
Female	407	75.5
Age (Min=60, Max=97, Mean=76.7, S.D.=7.4)		
69-60 years old	92	17.1
79-70 years old	258	47.9
89-80 years old	158	29.3
90 years old and above	31	5.8
Medical insurance		
Cash	4	0.7
Government scheme	274	50.9
Universal coverage scheme	234	43.4
Social security scheme	2	0.4
Local government officer scheme	25	4.6
BMI (Min=14.22, Max=49.33, Mean=23.8, S.D.=4.6)		
Underweight (<18.5)	61	11.4
Normal (22.9-18.5)	178	33.1
Overweight (24.9-23.0)	108	20.1
Type 1 obesity (29.9-25.0)	138	25.7
Type 2 obesity (34.9-30.0)	41	7.6
Morbid obesity (>35.0)	11	2
Comorbid conditions in the vascular disease group		
Diagnosed diabetes	205	38
Diagnosed hypertension	361	67
Diagnosed hyperlipidemia	467	86.8
Diagnosed cerebrovascular disease	78	14.5
Diagnosed coronary artery disease	89	16.5
Number of comorbidities in the vascular disease group		
5 diseases	5	0.9
4 diseases	55	10.2
3 diseases	169	31.4
2 diseases	185	34.3
1 disease	78	14.5
None	47	8.7

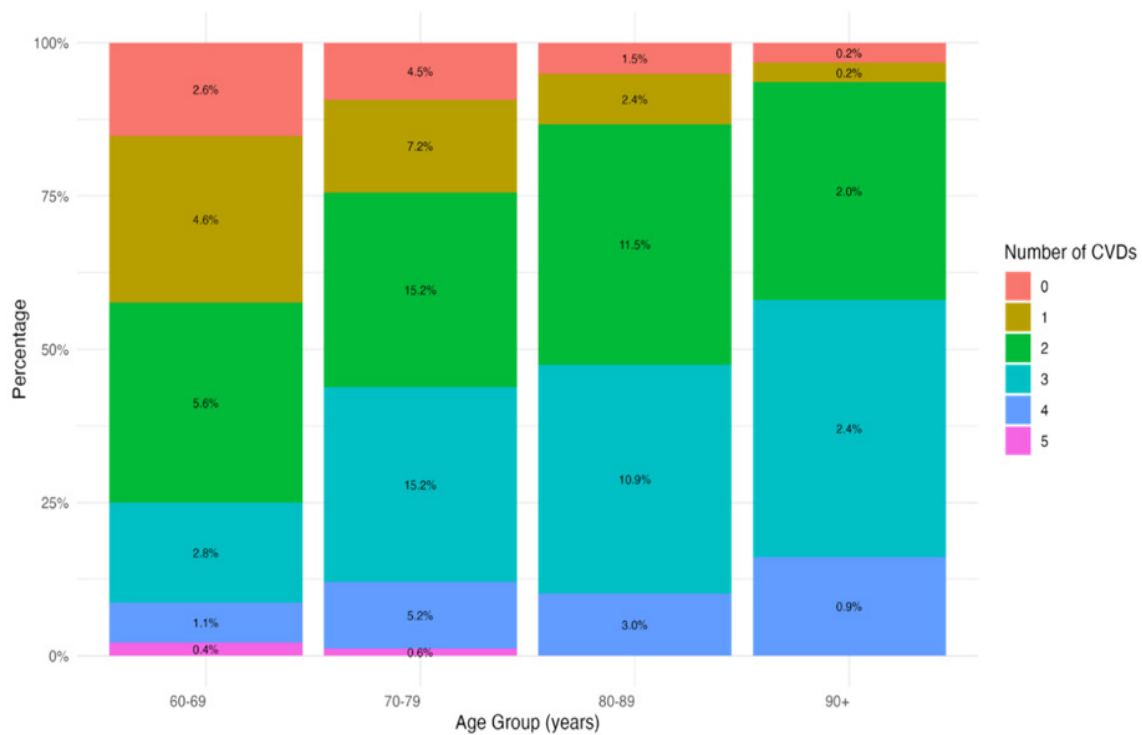


Figure 1 Proportion of cardiovascular diseases by age group

2. ความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุในคลินิกสูงอายุ รพ.พัทลุง

ความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ได้แก่ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 13.29 ภาวะบกพร่องทางการมองเห็นร้อยละ 43.52

ภาวะบกพร่องทางการได้ยินร้อยละ 13.59 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 13.11 ภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 25.77 ภาวะเสี่ยงหกล้มร้อยละ 54.66 ภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการร้อยละ 1.99 และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร้อยละ 3.29 ดังตารางที่ 2

Table 2 Prevalence of geriatric syndromes in the geriatric clinic at Phatthalung Hospital

Geriatric syndromes	Screening tool	Abnormal test (N)	Prevalence (%)
Dependency in basic activities of daily living	Barthel ADL	69	13.29
Visual impairment	VA	215	43.52
Hearing impairment	Finger rub test	67	13.59
Depression	TGDS-15	64	13.11
Dementia	TMSE	125	25.77
Falling	TUGT	258	54.66
Malnutrition	MNA-SF	9	1.99
Urinary incontinence	One question "Does urinary incontinence or leakage cause problems in daily life?"	16	3.29

ทั้งนี้จำนวนผู้ที่มีข้อมูลการคัดกรองไม่ครบถ้วนเฉพาะด้าน ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงในชีวิตประจำวัน พื้นฐาน 20 คน (ร้อยละ 3.71) ภาวะบกพร่องทางด้านการมองเห็น 45 คน (ร้อยละ 8.35) ภาวะบกพร่องทางด้านการได้ยิน 46 คน (ร้อยละ 8.53) ภาวะซึมเศร้า 51 คน (ร้อยละ 9.46) ภาวะสมองเสื่อม 54 คน (ร้อยละ 10.02) ภาวะเสี่ยงหกล้ม 67 คน (ร้อยละ 12.43) ภาวะเสี่ยงทุพโภชนาการ 9 คน (ร้อยละ 1.67) และภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ 53 คน (ร้อยละ 9.83) จะไม่นำมาใช้คำนวณหาค่าความชุกในการศึกษา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ) โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ มีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด 0-2 โรค และมีโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด 3-5 โรค พบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงในชีวิตประจำวัน ($p<0.001$) ภาวะสมองเสื่อม ($p=0.004$) ภาวะเสี่ยงหกล้ม ($p<0.001$) และภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ($p=0.023$) ดังตารางที่ 3

Table 3 Univariate logistic regression analysis of factors relative to the number of comorbidities among patients with vascular diseases

Factors	Number of comorbidities in the vascular disease group		P-value
	0-2 Diseases	3-5 Diseases	
Total (N)	263	276	
Sex, N (%)			0.007*
Male	51 (19.4)	81 (29.3)	
Female	212 (80.6)	195 (70.7)	
Age, mean (SD)	75.9 (7.4)	77.4 (7.3)	0.02*
BMI, median (IQR)	23.3 (20.9,26.2)	23.4 (20.6,26.4)	0.875
Dependency in basic activities of daily living			<0.001*
Independent	92.4%	81.4%	
Partially and totally dependent	7.6%	18.6%	
Visual impairment			0.985
Normal test	56.5%	56.4%	
Abnormal test	43.5%	43.6%	
Hearing impairment			0.262
Normal test	88.3%	84.8%	
Abnormal test	11.7%	15.2%	
Depression			0.415
Normal test	88.2%	85.7%	
Abnormal test	11.8%	14.3%	
Dementia			0.004*
Normal test	80.2%	68.8%	
Abnormal test	19.8%	31.2%	

Table 3 Univariate logistic regression analysis of factors relative to the number of comorbidities among patients with vascular diseases (Continued)

Factors	Number of comorbidities in the vascular disease group		P-value
	0-2 Diseases	3-5 Diseases	
Falling			<0.001*
Normal test	54.3%	37.5%	
Abnormal test	45.7%	62.5%	
Malnutrition			1
Normal test	98.1%	97.9%	
Abnormal test	1.9%	2.1%	
Urinary incontinence			0.023*
Normal test	98.7%	95%	
Abnormal test	1.3%	5%	

Note: Chi-square test, * $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.05) กับการมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดมากกว่า 2 โรค ได้แก่ เพศชายมีความสัมพันธ์กับการมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด >2 โรค มากกว่าเพศหญิง 1.78 เท่า (95%CI: 1.15, 2.76)

การมีภาวะเสี่ยงหกล้มมีความสัมพันธ์กับการมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด>2โรค มากกว่าการไม่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม 1.70 เท่า (95%CI: 1.15, 2.51) และการมีภาวะพึ่งพิงกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระดับติดบ้านและติดเตียงมีความสัมพันธ์กับการมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด>2โรค มากกว่ากลุ่มติดสังคม 2.07 เท่า (95%CI: 1.01, 4.26) ดังตารางที่ 4

Table 4 Multiple logistic regression analysis of the number of comorbidities (3-5 diseases compared to 0-2 diseases) in the vascular disease group with predictor variables

Predictor	Adjusted odds ratio	95% Confidential Interval		P-value
		Lower	Upper	
Sex (Male-Female)	1.779	1.147	2.760	0.010*
Dementia (Abnormal test-Normal test)	1.592	0.995	2.548	0.052
Falling (Abnormal test-Normal test)	1.701	1.153	2.510	0.007*
Urinary incontinence (Abnormal test-Normal test)	2.821	0.756	10.530	0.123
Dependency in basic activities of daily living (Partially and totally dependent - Independent)	2.070	1.006	4.261	0.048*

Note: * $p < 0.05$

บทวิจารณ์

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะเสี่ยงหกล้ม (ร้อยละ 54.66) ภาวะบกพร่องทางด้านการมองเห็น (ร้อยละ 43.52) และภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 25.77) ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาอื่นในประเทศไทยที่พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด เช่น การศึกษาของปิตรี สิทธิพักร (ร้อยละ 40.6) ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช²⁵ และการศึกษาของจิตติมา บุญเกิด (ร้อยละ 60.4) ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ²⁶ สาเหตุอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลพัทลุงเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S (Standard-level hospital) ซึ่งจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุได้ไม่นาน แตกต่างจากโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลรามาริบัติที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A (Advance-level hospital) และเป็นโรงเรียนแพทย์ จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้มีอาการหลงลืมเข้ามารับการตรวจรักษามากกว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นในไทยที่ใช้เครื่องมือคัดกรองชนิดเดียวกัน แต่ความชุกของของภาวะเสี่ยงหกล้ม (ร้อยละ 54.66) สูงกว่าหลายการศึกษาในประเทศไทย เช่น กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 30)¹¹ จังหวัดลำปาง (ร้อยละ 3.5)¹⁵ สาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยด้าน ผู้ทดสอบ สถานที่ และช่วงเวลาที่ทำการศึกษาแตกต่างกัน ความชุกของภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐานร้อยละ 12.8 ต่ำกว่าการศึกษาทั้งในประเทศไทย (ร้อยละ 17.1² และร้อยละ 24.6¹) และประเทศบราซิล (ร้อยละ 15³) ที่ใช้เครื่องมือคัดกรองชนิดเดียวกัน สาเหตุอาจเกิดจากการดำเนินงานคลินิกสูงอายุในระยะแรกได้เน้นไปที่การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักเป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงซึ่งมักจะอยู่แต่ในชุมชน ไม่สะดวกแก่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อมาได้มีการเล็งเห็นปัญหานี้มากขึ้น และได้ปรับรูปแบบการให้บริการโดยออกหน่วยคลินิกสูงอายุเคลื่อนที่ไปให้การคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชนเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ ลดจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

การศึกษานี้พบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขข้อในเลือดสูง

โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ) พบว่ากลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนโรคประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะพึ่งพิงในกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ($p < 0.001$) ภาวะสมองเสื่อม ($p = 0.004$) ภาวะเสี่ยงหกล้ม ($p < 0.001$) และภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ ($p = 0.023$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vetrano DL และคณะ²⁰ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคเรื้อรังกับกลุ่มอาการผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการ home care ในทวีปยุโรปและประเทศแคนาดา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีจำนวนโรคเรื้อรังเฉลี่ย 2.6 โรค และมีกลุ่มอาการผู้สูงอายุเฉลี่ย 2 กลุ่มอาการ และพบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับความดันโลหิตสูง ($p < 0.001$) โรคเบาหวาน ($p < 0.001$) โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ($p = 0.01$) Rausch C และคณะ²¹ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับการเกิดโรคเรื้อรัง พบว่าการมีกลุ่มอาการผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้านเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคเบาหวาน นอกจากนี้การศึกษาระบบภาคตัดขวางในผู้สูงอายุ 50 ปีขึ้นไปจังหวัดมหาสารคาม²² พบว่าการมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไปเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ที่พบว่าการมีภาวะเสี่ยงหกล้ม สัมพันธ์กับการมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด > 2 โรค มากกว่าการไม่มีภาวะเสี่ยงหกล้ม 1.70 เท่า (95%CI: 1.15, 2.51) การศึกษานี้ยังพบว่าการมีภาวะพึ่งพิงกิจวัตรประจำวันพื้นฐานระดับติดบ้านและติดเตียงสัมพันธ์กับการมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือด > 2 โรค มากกว่ากลุ่มติดสังคม 2.07 เท่า (95%CI: 1.01, 4.26)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ข้อจำกัดด้านรูปแบบการให้บริการของคลินิกซึ่งไม่ได้เป็นคลินิกผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ (One stop service) เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากร แต่จัดรูปแบบการให้บริการคัดกรองและส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง (Coordination Service) ในระยะแรกที่ไม่ได้มีผู้ป่วยนัดเป็นของตนเอง จึงใช้วิธีการเชิญผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคัดกรองระหว่างนัดตรวจต่างแผนก แม้จะมีข้อดีคือลดจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลแต่มีข้อเสียคือความไม่สมบูรณ์ของเวชระเบียนเนื่องจากการตรวจคัดกรองบางอย่างใช้เวลานาน ไม่เหมาะสมกับระยะเวลาตรวจต่างแผนกของผู้ป่วย เป็นเหตุให้มีผู้ป่วยที่ข้อมูลการคัดกรองไม่ครบ

ถ่วงเฉพาะด้านอยู่ในการศึกษานี้ ข้อจำกัดของการศึกษาแบบภาคตัดขวางซึ่งใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนในอดีตซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเก็บข้อมูลปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ เช่น การมีผู้ดูแล การออกกำลังกาย การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ฐานะทางการเงิน แหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหากในอนาคตมีการทำวิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังนานขึ้น กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น อาจได้ข้อมูลความสัมพันธ์ด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ช่วยให้สามารถแบ่งกลุ่มลักษณะของปัจจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างได้เหมาะสมมากขึ้น และควรมุ่งเน้นไปที่การศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการให้บริการเชิงรุกในชุมชนเปรียบเทียบกับ การจัดการให้บริการแบบตั้งรับในสถานพยาบาล

การนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในทางคลินิก บุคลากรทางการแพทย์พึงระลึกว่าผู้สูงอายุที่มีมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดมากกว่า 2 โรค สัมพันธ์กับการมีภาวะเสี่ยงหกล้มและการมีภาวะพึ่งพิงกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานระดับติดบ้านและติดเตียง ในบริบทของการดูแลผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ บุคลากรทางการแพทย์ควรเน้นการตรวจคัดกรองและการป้องกันกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อย เช่น การป้องกันการหกล้มด้วยโปรแกรมฝึกสมดุร่างกายและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การตรวจการมองเห็นและส่งปรึกษาจักษุแพทย์เพื่อแก้ไขสาเหตุ การคัดกรองและรักษาภาวะสมองเสื่อมถึงโปรแกรมฝึกสมรรถภาพสมอง

บทสรุป

กลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะเสี่ยงหกล้ม ภาวะบกพร่องทางการมองเห็น และภาวะสมองเสื่อมตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมีจำนวนโรคประจำตัวในกลุ่มโรคหลอดเลือดมากกว่า 2 โรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย การมีภาวะเสี่ยงหกล้ม และการมีภาวะพึ่งพิงกิจวัตรประจำวัน พื้นฐานระดับติดบ้านและติดเตียง

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว, บรรณารักษ์, รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร :

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.

2. อนันต์ คำอ่อน. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติพื้นที่นำร่องอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. โรงพยาบาลชุมแพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [อ้างเมื่อ 26 พฤษภาคม 2567]. จาก:https://cphos.go.th/new-cphos/view_document.php?document_code=VkZaU1VtVm5QVDA9&doc=active
3. Reis Júnior WM, Ferreira LN, Molina-Bastos CG, Bispo Júnior JP, Reis HFT, Goulart BNG. Prevalence of functional dependence and chronic diseases in the community-dwelling Brazilian older adults: an analysis by dependence severity and multimorbidity pattern. BMC Public Health. 2024;24(1):140.
4. Seesophon S, Buranruk O, Chaiyakul Y. Factors related to visual impairment among the elderly in urban areas, Khon Kaen Province, Thailand. Thai Journal of Public Health. 2022;52:164-174.
5. Getachew T, Mengistu M, Getahun F. Prevalence of visual impairment and associated factors among older adults in Southern Ethiopia, 2022. Clin Optom (Auckl). 2024;16:1-16.
6. Sprinzi GM, Riechelmann H. Current trends in treating hearing loss in elderly people: a review of the technology and treatment options - a mini-review. Gerontology. 2010;56(3):351-8.
7. Reed NS, Garcia-Morales EE, Myers C, Huang AR, Ehrlich JR, Killeen OJ, et al. Prevalence of Hearing Loss and Hearing Aid Use Among US Medicare Beneficiaries Aged 71 Years and Older. JAMA Netw Open. 2023;6(7):e2326320.
8. ปิติคุณ เสดะปุระ, ณัฐธฤดี ไชยสงคราม. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมีเคร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทยปีพ.ศ. 2564. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;16(3):1070-1084.

9. อิศรีย์ ศิริวรรณกุลธร, วิชุดา จิรพรเจริญ, กนกพร ภิญญิพรพาณิชย์, ชัยสิทธิ์ อังกูระวรรณท์, อัครวิน โรจนสุมาพงศ์, ชลวัฒน์อินปา, และคณะ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุคลินิกผู้ป่วยนอกเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2021;29(1):1-11.
10. Senanarong V, Jamjumrus P, Hamphadungkit K, Vannasaeng S, Udompuntharak S, Prayoon-wiwat N, et al. Risk factors for dementia and impaired cognitive status in Thai elderly. J Med Assoc Thai. 2001;84(4):468-474.
11. Limpawattana P, Sawanyawisuth K, Soonpompri S, Huangthaisong W. Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand. Asian Biomedicine. 2011;5 (4): 493-497.
12. ชมนาด ศิริรัตน์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยสูงอายุที่รับการรักษาในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2563; 17(2): 35-47.
13. สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง. ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุตำบลอรพิมพ์ อำเภอกมบุรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2556;43(1):42-52.
14. อรุณโรจน์ รุ่งเรือง, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2566;17 (1):272-287.
15. ชนินท์ ประคองยศ, ศุภิสรา ผลประสิทธิ์โต. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564; 8(2):136-147.
16. Chuansangeam M, Wuthikraikun C, Supapung O, Muangpaisan W. Prevalence and risk for malnutrition in older Thai people: A systematic review and meta-analysis. Asia Pac J Clin Nutr. 2022;31(1):128-141.
17. Jitapunkul S, Khovidhunkit W. Urinary incontinence in Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai. 1998;81(3):160-168.
18. Thammakoon T, Gouwown K. Urinary Incontinence in Phitsanulok Urban Community. Buddhachinaraj Medical Journal 2008; 25:19-26.
19. Lee PG, Cigolle C, Blaum C. The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the health and retirement study. J Am Geriatr Soc. 2009;57(3):511-6.
20. Vetrano DL, Foebel AD, Marengoni A, Brandi V, Collamati A, Heckman GA, et al. Chronic diseases and geriatric syndromes: The different weight of comorbidity. Eur J Intern Med. 2016; 27:62-67.
21. Rausch C, van Zon SKR, Liang Y, Laflamme L, Möller J, de Rooij SE, et al. Geriatric syndromes and incident chronic health conditions among 9094 Older Community-Dwellers: Findings from the lifelines Cohort Study. J Am Med Dir Assoc. 2022;23(1):54-59.
22. จตุพร เหลืองอุบล, สุมัทนา กลางคาร, วรพจน์ พรหมสัตยพจน์. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงวัยในเขตมหาสารคาม. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2020;27(3):11-21.
23. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. สารศิริราช 2536;45:359-374.
24. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994;23(2):97-101.
25. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, ดุจปรารภนา พิศาลสารกิจ, เพ็ญศรี เขาวรรณพานิชย์เวท, ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์, สุทิสรา ปิติญาณ, และคนอื่นๆ. ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2019;37:20-29.

26. Boongird C, Thamakaison S, Krairit O. Impact of a geriatric assessment clinic on organizational interventions in primary health-care facilities at a university hospital. *Geriatr Gerontol Int.* 2011;11:204-210.
27. Feltner C, Wallace IF, Kistler CE, Coker-Schwimmer M, Jonas DE, Middleton JC. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Screening for Hearing Loss in Older Adults: An Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021.