



## ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับ การรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช

ปิติพร สิริทิพาการ พย.ม.\* วีรศักดิ์ เมืองไพศาล พบ.\*\* ดุจปรารภณา พิศาลสารกิจ วท.บ.\*\*  
เพ็ญศรี เชาว์พานิชย์เวช วท.บ.\* ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์ วท.บ.\*\* สุทธิศา ปิติญาณ พย.ม.\* นภาพร เพ็งสอน พย.บ.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย จำนวน 1,171 ราย คิดเป็นร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกสูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชในช่วงเดือนมกราคมถึงกรกฎาคม พ.ศ.2560 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบประเมินภาวะสุขภาพ/กลุ่มอาการสูงอายุ เพื่อประเมินอาการในช่วงเวลา 3 เดือนก่อนพบแพทย์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไค-สแควร์

ผลการวิจัย ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.5 อายุเฉลี่ย 79.3 ปี (SD=7.8) กลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ร้อยละ 38.0 ปัญหาเรื่องการนอน ร้อยละ 26.4 ภาวะหกล้ม ภายในระยะ 3 เดือน ร้อยละ 12.0 ภาวะเบื่ออาหาร ร้อยละ 11.6 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมจะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ รวมด้วยตั้งแต่ 2 อาการ และมากกว่าขึ้นไป จากการหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไค-สแควร์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ( $p < .05$ ) เพศ ( $p < .05$ ) และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ( $p < .001$ ) มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ( $p < .05$ ) ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ( $p < .001$ ) และภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน ( $p < .001$ )

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มอาการที่ต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบในการประเมินผู้ป่วย ถึงแม้ว่ากลุ่มอาการสูงอายุเหล่านี้บางอาการไม่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ แต่เมื่อมีวางแผนในการดูแลและการเฝ้าระวังแล้ว จะสามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากกลุ่มอาการดังกล่าวได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืมมักจะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่นร่วมด้วย จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายหรือปัญหาแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการหลงลืม

**คำสำคัญ:** ความชุก กลุ่มอาการสูงอายุ อาการหลงลืม คลินิกผู้สูงอายุ

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล



## Prevalence of Geriatric Syndromes and Characteristics of Elderly Patients in Geriatric Clinic, Siriraj Hospital

Pitiporn Siritipakorn M.N.S.\* Weerasak Muangpaisan PhD\*\* Dujprathana pisalsarakij B.Sc.\*\*  
Pensri chaopanitwet B.Sc.\* Praitoon laojan B.Sc.\*\* Sutisa pitiyarn M.N.S.\* Napaporn pengsom B.N.S.\*\*

### Abstract

This research aimed to survey the prevalence of geriatric syndromes and characteristics of elderly patients in a Geriatric Clinic, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand. The sample consisted of 1,171 patients, accounting for 95% of the patients who visited a doctor during January to July 2017. The instruments used in the study were the geriatric syndromes screening questionnaire and medical record review to evaluate the symptoms over a period of prior 3 months before the survey. Data were analyzed using descriptive statistics and Chi-square test.

The findings revealed that the majority of caregivers were female (67.5%) with the average age of 79.3 years. (SD=7.8). The five most common geriatric syndromes were cognitive impairment (40.6%), followed by incontinence (38.0%), sleep problem (26.4%), fall within 3 months (12.0%) and anorexia (11.6%). Persons with dementia had at least 2 other geriatric syndromes. The variables significantly associated with cognitive impairment were age ( $p < .05$ ), gender ( $p < .05$ ) and the self-care ability ( $p < .001$ ). Geriatric syndromes associated with cognitive impairment were falls ( $p < .05$ ), incontinence ( $p < .001$ ), and delirium ( $p < .001$ ).

The results of this study raise the awareness of screening geriatric syndromes which require the thorough assessment. Although some of geriatric syndromes cannot be prevented to occur, planning for care and surveillance can prevent complications and might reverse the conditions. The older adults with cognitive impairment usually had other geriatric syndromes. Risk of complications is greater than those without cognitive impairment. Therefore, special evaluation and management in this particular group should be implemented.

**Keywords:** prevalence, geriatric syndromes, cognitive impairment, geriatric clinic

---

\*Department of Nursing Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.

\*\*Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand.



## บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้เป็นอีกประเทศหนึ่งในอาเซียนที่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อเดือนพฤษภาคม 2560 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 17.8 ของประชากรทั้งประเทศ<sup>1</sup> ด้วยอายุที่มากขึ้น ร่างกายจึงมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคทางสมอง โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคกระดูก เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายชนิด ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ซึ่งได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะหกล้ม (fall) สูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ (incontinence) ภาวะทุโภชนาการ (inanition) และภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เกิดจากปฏิบัติการทางการแพทย์ (iatrogenic diseases) กลุ่มอาการสูงอายุเหล่านี้พบบ่อยมากขึ้นเรื่อยๆ และที่เป็นปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ตลอดจนการจัดการด้านสาธารณสุขของประเทศในอนาคต<sup>2-4</sup>

ภาวะสมองเสื่อม เป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่เกิดจากการเสื่อมหรือการตายของเซลล์สมอง ทำให้ความสามารถของสมองลดลง มีการสูญเสียด้านความจำ การนึกคิด การตัดสินใจ ความเฉลียวฉลาด การใช้ภาษา รวมถึงบุคลิกภาพ บางรายอาจมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย และเมื่อภาวะของโรคดำเนินไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องคอยดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมตลอด 24 ชั่วโมง<sup>2,3</sup> จากการคาดการณ์ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ.2558 มีจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม จำนวน 600,000 คน ในปี พ.ศ.2573 เพิ่มขึ้นเป็น 1,117,000 คน และในปี พ.ศ. 2593 เป็น 2,077,000 คน<sup>4</sup> การให้การวินิจฉัยรักษา และการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นมีความยากและซับซ้อน และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพเฉพาะทางในการร่วมกันประเมิน ตรวจรักษา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง

เสื่อมมีสุขภาพที่ดีตามวัย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้นานที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งครอบครัวผู้ดูแล<sup>3,5</sup>

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีนโยบายให้มีบริการผู้สูงอายุ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในทั่วประเทศ โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการบริการในการดูแลรักษาครบทุกมิติสุขภาพ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นคืนสภาพที่รวดเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และอัตราการครองเตียง<sup>6</sup> สำหรับโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้เริ่มเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทางตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจประเมินเบื้องต้นจากคลินิกอายุรศาสตร์ ก่อนว่าทุกรายมีโรคประจำตัวซับซ้อน และ/หรือมีกลุ่มอาการสูงอายุที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจากแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นสถานที่สำหรับการเรียนการสอนของบุคลากรทางการแพทย์ แหล่งแลกเปลี่ยนดูงาน และวิจัยในด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในระดับประเทศและนานาชาติอีกด้วย โดยจากที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (ไม่ซ้ำราย) 1,809 ราย 1,758 ราย และ 1,877 รายต่อปี ตามลำดับ

จากบททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการสูงอายุในต่างประเทศ เช่น Tkacheva และคณะ ได้ศึกษาถึงความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยอายุ 65 ปีขึ้นไป 4 คลินิก ที่เมืองมอสโก ประเทศรัสเซีย พบว่าความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อยที่สุดตามลำดับ คือ สูญเสียการมองเห็นและการได้ยิน ร้อยละ 58.3 อาการหลงลืม ร้อยละ 58.2 โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว ร้อยละ 46.0 สูญเสียความสามารถในการเดิน ร้อยละ 42.0 ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 28.3 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 21.3 และน้ำหนักลด ร้อยละ 12.2<sup>7</sup> การศึกษาของ Tabue-Tegu และคณะ ศึกษาถึงความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป สุ่มใน 3 เมืองของประเทศฝรั่งเศส พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบบ่อยตามลำดับ ได้แก่ การใช้ยาหลายชนิด (polymedication) ร้อยละ 50.6 ภาวะหกล้ม ร้อยละ 42.2 ภาวะหง่อม (เปราะบาง) ร้อยละ 17.8 ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 15.6<sup>8</sup> และการศึกษาของ



ประเทศไต้หวันของ Huang และคณะ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มอาการผู้สูงอายุกับอัตราการตายในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เฉพาะเพศชาย พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุตามลำดับดังนี้ ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 45.8 ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง (functional impairment) ร้อยละ 38.1 ภาวะหกล้มร้อยละ 22.2 และอาการหลงลืมร้อยละ 22.1<sup>9</sup> สำหรับประเทศไทยพบเพียง 2 การศึกษาได้แก่ การศึกษาของ ปณิตา ลิ้มปะวัฒนะและคณะ ได้ศึกษาเปรียบเทียบความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ในผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการตรวจประเมินตามปกติกับได้รับการตรวจประเมินแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการประเมินตามปกติ ความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดตามลำดับ คือ ภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 18.6 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงร้อยละ 17.1 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 14.3 ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ร้อยละ 8.6 และภาวะหกล้มร้อยละ 1.4 และกลุ่มที่ได้รับการประเมินแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) พบความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุตามลำดับดังนี้ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงร้อยละ 50 ภาวะหกล้มร้อยละ 30 ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ร้อยละ 24 ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22 และภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 16 โดยกลุ่มอาการผู้สูงอายุจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นจะพบกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มากกว่า 1 อาการ<sup>10</sup> และการศึกษาของจิตติมา บุญเกิด ได้ศึกษาถึงความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ในผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดตามลำดับ คือ ภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมเล็กน้อย (dementia/mild cognitive impairment) ร้อยละ 60.4 ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.9 สูญเสียความสามารถในการเดิน ร้อยละ 30.5 และผู้ป่วยแต่ละรายจะมีกลุ่มอาการผู้สูงอายุร่วม 3 อาการ<sup>11</sup> ซึ่งจะเห็นได้ว่าการศึกษากลุ่มอาการผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศอาจแตกต่างกันไปตามปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา ปริมาณความชุกของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่ การมีโรคประจำตัว การทำกิจกรรม ความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้วัด และระบบดูแลสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นทีมผู้วิจัยของคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล

ศิริราช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เนื่องจากรูปแบบ บริบท และความซับซ้อนของโรคในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน เพื่อนำข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ได้มาช่วยวางแผนในการพัฒนาคุณภาพการบริการ และการเรียนการสอนได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราชต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

ศึกษาความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช เพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนการจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบตามบริบท

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ศึกษาความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) และลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย หรือญาติผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในช่วงเดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2560

การกำหนดและขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความชุกกลุ่มอาการผู้สูงอายุจากการศึกษาของปณิตา ลิ้มปะวัฒนะและคณะ ในการศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนดที่ระดับความเชื่อมั่น 95% คาดว่าจะพบอุบัติการณ์ของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) เท่ากับ 50% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% เมื่อแทนค่าในสูตร

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2} = \frac{1.96^2 (0.5)(0.5)}{0.05^2} = \frac{0.9604}{0.0025} = 385$$

จำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องใช้ในการศึกษา = จำนวนตัวอย่างของกลุ่มที่เป็นโรค ÷ อัตราความชุกของโรค = 385 ÷ 0.5 = 770 คือต้องใช้ตัวอย่างอย่างน้อย 770 ราย แต่เนื่องจากข้อมูลบางอย่างอาจมี missing value คาดว่าได้ 1 ใน 3 จึง ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้ตัวอย่างรวมทั้งหมดประมาณ 1,027 ราย แต่เนื่องจากทีมผู้วิจัยมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลหลายท่าน ภายหลังรวบรวมข้อมูลและคัดกลุ่มตัวอย่างรายชื่อที่ซ้ำออก เหลือกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วน 1,171 ราย ผู้วิจัยจึงนำวิเคราะห์ทั้งหมด



### เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลที่ได้รับการตรวจรักษาในคลินิกสูงอายุ รพ.ศิริราช โดยญาติผู้ดูแลนั้น ต้องทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในช่วงเวลา 3 เดือน ก่อนมาพบแพทย์ในครั้งนี้
- 2) ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลสามารถฟังและตอบภาษาไทยได้เข้าใจ

### เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยหรือญาติที่ไม่ประสงค์เข้าร่วมวิจัย
- ญาติผู้ดูแลที่พามาตรวจ ให้การดูแลน้อยกว่า 3 เดือนและ/หรือ ไม่สามารถบอกถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในช่วงเวลา 3 เดือน ก่อนมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้

### เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

- อาสาสมัครขอถอนตัวไม่ให้ข้อมูล-
- ระหว่างซักถามหากผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล
- 2) ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ/กลุ่มอาการสูงอายุ เพื่อประเมินอาการในช่วงเวลา 3 เดือนก่อนพบแพทย์ เป็นแบบประเมินด้วยคำถามปลายปิด ประกอบด้วย การมาตรวจตามนัด หรือมาผัดนัดเนื่องจากมีอาการผิดปกติ หรือเหตุผลอื่น ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (recent hospitalization)

สำหรับข้อคำถามเกี่ยวกับการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุในการศึกษานี้ คือ อาการหลงลืม (cognitive impairment) ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) ภาวะหกล้ม (fall) สูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ (incontinence) ภาวะทุโภชนาการ (inanition) เนื่องจากผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเดิมของคลินิกที่มารับการติดตามตามนัดหมาย (มีผู้ป่วยใหม่ไม่เกิน 3 รายจาก 120 รายต่อไอพีทีต่อครั้ง ซึ่งส่งต่อมาจากคลินิกอายุรกรรม

ที่ได้รับการประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุแล้ว) โดยการประเมินในคลินิกผู้สูงอายุ ได้มีการทำ comprehensive geriatric assessment (CGA) ในผู้ป่วยใหม่ทุกรายโดยครอบคลุมการประเมินทางปัญหาทางกาย (physical assessment) ปัญหาทางจิตและสมอง (psycho-mental assessment) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแล และเศรษฐกิจ และมีการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุต่างๆ เป็นระยะด้วยเครื่องมือต่างๆ เป็นระยะตามเกณฑ์การประเมินของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>12,13</sup> เช่น ประเมินการรู้คิด ด้วย Thai Mental State Examination (TMSE)<sup>14</sup>, Montreal Cognitive Assessment (MoCA)<sup>15</sup>, Thai Geriatric Depression Scale (TGDS)<sup>16</sup> โดยนักจิตวิทยาคลินิกและให้การวินิจฉัยโดยแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตาม The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)<sup>17</sup> ประเมินการเดินและการทรงตัวด้วย Time Up and Go Test (TUGT)<sup>18</sup>, Berg Balance Test<sup>19</sup> โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประเมินความถูกต้องของการใช้ยา และปัญหาจากการใช้ยา (drug-related problems) โดยเภสัชกรประจำคลินิก เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยและญาติจะทราบข้อมูลอยู่แล้วและเป็นข้อมูลที่เชื่อถือได้ แบบประเมินกลุ่มอาการสูงอายุจากคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>12</sup> มีข้อคำถามดังนี้ 1) ความสามารถในการเดิน มีหกล้ม ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ 2) ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลงหรือไม่ 3) มีอาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่หรือไม่ 4) มีอาการสับสน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนพบแพทย์หรือไม่ 5) มีอาการหลงลืมจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้ พุดซ้ำ ถ้ามซ้ำหรือไม่ 6) มีความรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือ เบื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลินในช่วง 2 สัปดาห์นี้หรือไม่ 7) มีอาการนอนไม่หลับและ/หรือ ต้องใช้ยานอนหลับหรือไม่ 8) มีอาการเบื่ออาหาร หรือรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติ และมีน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจมากกว่า 3 กิโลกรัมใน 3 เดือนหรือไม่ 9) มีปัญหาในการใช้ยาหรือเกิดการข้างเคียงจากยาหรือไม่ (ซึ่งแบบประเมินนี้ใช้คัดกรองผู้ป่วยทุกรายก่อนพบแพทย์ตามปกติของทางคลินิก)



ภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (COA No.Si 104/2017) และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลแล้ว ทีมผู้วิจัยขอเข้าพบกับหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย และแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ คลินิกสูทอายุ รพ.ศิริราช ทุกวันอังคาร โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลดังนี้ ทีมผู้วิจัยจะมีการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุทุกรายที่มายื่นใบนัดหน้าห้องตรวจก่อนพบแพทย์ตามปกติ เมื่อคัดกรองเรียบร้อยแล้วทีมผู้วิจัยจะเชิญชวนผู้ร่วมวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัยให้กับผู้ร่วมวิจัย เมื่อผู้ร่วมวิจัยตอบรับเข้าการศึกษา โดยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form) ทีมผู้วิจัยจึงสอบถามในส่วนของคุณสมบัติส่วนบุคคลของผู้ป่วย แล้วจึงให้วัดความดัน ชั่งน้ำหนัก และเข้ารอตรวจ หากผู้ร่วมวิจัยไม่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย ทีมผู้วิจัยได้วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และให้เข้ารอตรวจตามปกติ

**การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาของข้อมูลส่วนบุคคล และหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ กับกลุ่มอาการหลงลืมโดยการทดสอบไคสแควร์

## ผลการวิจัย

**ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกสูทอายุ รพ.ศิริราช จำนวน 1,171 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 791 ราย (ร้อยละ 67.5) เพศชาย 380 ราย (ร้อยละ 32.5) อายุเฉลี่ย 79.3 ปี (SD=7.8) สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.3 และหม้าย ร้อยละ 37 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 38.1 รองลงมาตั้งแต่ปริญญาตรีและสูงกว่า ร้อยละ 25.4 สิทธิการรักษา สิทธิขั้นสังกัด/เบิกจ่ายตรง ร้อยละ 70 ส่วนใหญ่มีความเพียงพอของรายได้ประจำต่อเดือน ร้อยละ 94 ผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ร้อยละ 72.2 ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน เพียงร้อยละ 16.4 มีผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน ร้อยละ 69.6 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรสาว ร้อยละ 36.5 ภรรยา ร้อยละ 11 บุตรชาย ร้อยละ 10.9 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 95.5 มาตรวจตามนัด มีเพียง ร้อยละ 4.5 ที่มาผิดนัด กลุ่มตัวอย่างได้นอนพัก

รักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วง 3 เดือนก่อนมาพบแพทย์ 59 ราย (ร้อยละ 5.0) อันเนื่องจากการผ่าตัดตามนัด 15 ราย ติดเชื้อ 12 ราย แยกเป็นการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ 5 ราย ถ่ายเหลว 5 ราย ติดเชื้อทางเดินหายใจ 1 ราย และงูสวัด 1 ราย อาการอื่นๆ เช่น แขนขาอ่อนแรง 5 ราย asthma attack 3 ราย อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายเป็นเลือด รับประทานได้น้อย อ่อนเพลีย ชัก ปัสสาวะไม่ออก เวียนหัว กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา 54 ราย (ร้อยละ 4.6) โดยมีผลข้างเคียงจากยา 28 ราย (ร้อยละ 51.8) ลืมรับประทานยา 19 ราย (ร้อยละ 35.2) ยาหมดก่อนนัด 6 ราย (ร้อยละ 11.1)

สำหรับกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุดในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช คือ อาการหลงลืม ร้อยละ 40.6 รองลงมาภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ร้อยละ 38.0 นอนไม่หลับ ร้อยละ 26.4 โดยต้องใช้ยานอนหลับเป็นประจำ ร้อยละ 77.3 ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ร้อยละ 14.0 ภาวะหกล้มภายในระยะ 3 เดือน ร้อยละ 12.0 เบื่ออาหาร ร้อยละ 11.6 ภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าเฉียบพลันช่วง 2 สัปดาห์ก่อนมาตรวจ ร้อยละ 7.2 และมีน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจมากกว่า 3 กิโลกรัม ร้อยละ 30.3 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมส่วนใหญ่อายุ ร้อยละ 32 จะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ ร่วมด้วยตั้งแต่ 2 อาการ และมากกว่าขึ้นไป มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25.3 ที่ยังไม่มียาอาการสูงอายุ

จากการหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไค-สแควร์ พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการหลงลืม ( $p < .05$ ) พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีปัญหาในการนอน ( $p < .001$ ) พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

และจากการหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไค-สแควร์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ( $p < .05$ ) เพศ ( $p < .05$ ) และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ( $p < .001$ ) มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

กลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ( $p < .05$ ) ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ( $p < .001$ ) และภาวะซึมเศร้าซึมเศร้าเฉียบพลัน ( $p < .001$ ) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับกลุ่มอาการสูงอายุ จำแนกเพศ

กลุ่มอาการสูงอายุ	เพศ		Total จำนวน (ร้อยละ)	$\chi^2$	p
	ชาย (n=380) จำนวน (ร้อยละ)	หญิง (n=791) จำนวน (ร้อยละ)			
อาการหลงลืม	170 (44.7)	305 (38.6)	475 (40.6)	4.064	<b>0.04*</b>
ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน	25 (6.6)	59 (7.5)	84 (7.2)	0.298	0.585
ภาวะซึมเศร้า	29 (7.6)	49 (6.2)	78 (6.7)	0.852	0.356
ภาวะหกล้ม	46 (12.1)	95 (12.0)	141 (12.0)	0.002	0.963
สูญเสียความสามารถในการเดิน	62 (16.3)	145 (18.3)	207 (17.7)	0.424	0.515
ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่	147 (38.7)	298 (37.7)	445 (38.0)	0.111	0.739
มีปัญหาในการนอน	73 (19.2)	236 (29.8)	309 (26.4)	14.918	<b>0.001*</b>
ภาวะทุโภชนาการ (น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม)	7 (38.9)	13 (27.1)	20 (1.7)	0.864	0.353
มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา	18 (4.7)	36 (4.6)	54 (4.6)	8.653	0.372

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับอาการหลงลืม (n=1171)

ตัวแปร	Mean SD or number (%)		$\chi^2$	p
	ไม่มีอาการหลงลืม (n=696)	มีอาการหลงลืม (n=475)		
อายุ	78.437.7	80.67.8	66.994	<b>0.005*</b>
เพศ				
หญิง	61.4	38.6	4.064	<b>0.04*</b>
ชาย	55.3	44.7		
ความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเองลดลง	48 (6.9%)	127 (26.7%)	87.430	<b>0.000*</b>

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอาการสูงอายุ และอาการหลงลืม (n=1171)

กลุ่มอาการสูงอายุ	กลุ่มตัวอย่าง				$\chi^2$	p-value
	ไม่มีอาการหลงลืม (n=697)		มีอาการหลงลืม (n=474)			
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
ภาวะหกล้ม	70	(10.0%)	71	(14.9%)	6.374	<b>0.012*</b>
ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่	215	(30.9%)	230	(48.4%)	36.825	<b>0.000*</b>
ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน	6	(0.9%)	78	(16.4%)	102.639	<b>0.000*</b>
ภาวะซึมเศร้า	40	(5.7%)	38	(8.0%)	2.305	0.129
มีปัญหาในการนอน	176	(25.3%)	133	(28.0%)	1.069	0.301
น้ำหนักลดมากกว่า 3 กก.ใน 3 เดือน	10	(27.0%)	10	(34.5%)	1.759	0.513



## การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช มีกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุด คือ อาการหลงลืม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติมา บุญเกิด<sup>11</sup> ที่ศึกษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามาริบัติ อาจเป็นเพราะเนื่องจากเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงเรียนแพทย์ในเขตกรุงเทพฯ ประกอบด้วยยังเป็นแหล่งประโยชน์ที่เผยแพร่ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมให้กับประชาชนตามสื่อต่างๆ และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลมานานกว่า 10 ปี ทำให้ผู้ที่เริ่มมีอาการหลงลืมเข้ามารับการตรวจรักษามากกว่า สำหรับการศึกษาของปณิตา ลิ้มปะวัฒน์<sup>10</sup> ที่พบอาการหลงลืมมากที่สุดในกลุ่มที่ได้รับการประเมินตามปกติ แต่ในกลุ่มที่ได้รับการประเมินแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment: CGA) กับพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันลดลงมากที่สุด แม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและเป็นโรงเรียนแพทย์เช่นกัน หากมีการตรวจประเมินที่แตกต่างกันก็ทำให้พบความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุแตกต่างกันได้ และในการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในต่างประเทศก็พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการสูงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ เนื่องจากความแตกต่างของโครงสร้างประชากร วัฒนธรรม ระบบดูแลสุขภาพ และความแตกต่างของเครื่องมือที่ใช้ประเมิน<sup>7-9</sup>

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา คือ ภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น<sup>7,9</sup> และผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง<sup>5,8</sup> สำหรับการศึกษาที่พบอาการหลงลืมในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งจะแตกต่างกับการศึกษาของ Tkacheva<sup>7</sup> และ Tabue-Teguo<sup>8</sup> ที่พบว่าอาการหลงลืมในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Ruitenber<sup>20</sup> ไม่พบความแตกต่างของภาวะสมองเสื่อมในเพศหญิงและชาย แต่พบว่าหากมีอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป จะพบโรคอัลไซเมอร์ในเพศหญิงมากกว่าชาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีกลุ่มอาการสูงอายุตั้งแต่ 1 อาการและมากกว่า ที่ยังไม่มีอาการสูงอายุมีเพียงร้อยละ 25.3 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมจะมีกลุ่มอาการสูงอายุปีที่ 37 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2562

อื่นๆ ร่วมตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป โดยกลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ภาวะหกล้ม ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ และภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำมาวางแผนในการดูแลและเฝ้าระวังในไม่ให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืมได้

ในส่วนการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุได้มีการเรียนการสอนในหลักสูตรวิชาชีพ ตามปกติ คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยใช้เครื่องมือ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) แต่ในความเป็นจริงในการประเมินต้องใช้เวลาในการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย เพราะต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบ ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการและเวลาให้บริการของคลินิกมีจำกัด อาจทำให้ไม่ได้ประเมินเป็นประจำ ดังนั้นกลุ่มอาการสูงอายุบางอาการจึงมักไม่ได้รับการวินิจฉัยในระยะต้นหรือถูกละเลย ดังนั้นทีมผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพ/กลุ่มอาการสูงอายุขึ้น เพื่อใช้ในการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ/ประเมินผู้สูงอายุเบื้องต้นทุกรายก่อนพบแพทย์ทุกครั้งที่มาติดตามอาการ เนื่องจากที่ผ่านมาทางคลินิกผู้สูงอายุมีการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ/ประเมินผู้สูงอายุ เมื่อแรกรับเข้าคลินิกเพียงครั้งเดียว และเป็นการติดตามอาการต่อเนื่อง การประเมินซ้ำทำเป็นรอบปี หรือมีการซักถามเป็นกรณีแพทย์สงสัยว่ามีอาการหรือผู้ป่วย/ญาติปรึกษาอาการของกลุ่มอาการนั้นๆ แต่ไม่ได้ทำเป็นเชิงระบบที่มีการประเมินทุกครั้งอย่างย่อทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาตรวจ ซึ่งอาจทำให้กลุ่มอาการสูงอายุที่เกิดขึ้นในภายหลังอาจถูกละเลยหรือวินิจฉัยล่าช้าไป ถึงแม้ว่ากลุ่มอาการสูงอายุเหล่านี้บางอาการไม่สามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ แต่เมื่อมีวางแผนในการดูแลและการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบแล้ว สามารถป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากกลุ่มอาการดังกล่าวได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการหลงลืมมักมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่นร่วมด้วย จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายหรือปัญหาแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการหลงลืม

การศึกษานี้ทำในคลินิกผู้สูงอายุขนาดใหญ่ของโรงเรียนแพทย์ มีจำนวนผู้ป่วยในการศึกษา และทำให้พบลักษณะกลุ่มอาการสูงอายุต่างๆ ดังที่กล่าวแล้ว การพัฒนาแบบคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุในบริบทของโรงเรียนแพทย์ที่ผู้ป่วยมีความซับซ้อน อาจช่วยลดระยะ



เวลาในการประเมินและนำมาซึ่งการตรวจพบความผิดปกติแบบเชิงรุก มากกว่าการรอให้ผู้ป่วยและญาติปรึกษาปัญหาเอง และเร็วกว่าการรอตรวจประเมินซ้ำตามรอบปี อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของการวิจัยนี้ คือ 1) การใช้แบบคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุดังกล่าวเป็นเพียงการประเมินเบื้องต้น ไม่ได้ทดแทนการวินิจฉัยโรคหรือวินิจฉัยกลุ่มอาการนั้นๆ แต่ช่วยให้แพทย์ตื่นตัวในการทำการประเมินปัญหาที่พบอย่างละเอียดต่อไป แบบคัดกรองอาจมีโอกาสผิดพลาดจากการที่เป็นการรายงานความผิดปกติของผู้ป่วยและญาติเอง ซึ่งบางอย่างของการประเมินมาตรฐานก็เป็นการถามอาการของผู้ป่วยและญาติอยู่แล้ว เช่น ประวัติการหกล้ม อาการเบื่ออาหาร กลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ มีความรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือ เมื่อทำอะไรไม่เพลิดเพลิน ทำให้มีความน่าเชื่อถือไม่ต่างจากการใช้เครื่องมือทั่วไปที่อาศัยการซักอาการของผู้ป่วยและญาติเช่นกัน แต่บางอาการอาจต้องมีการตรวจประเมินเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน เช่น อาการหลงลืม เป็นต้น 2) ลักษณะของประชากรในคลินิกผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลศิริราช อาจมีความแตกต่างจากประชากรที่อื่น เช่น อายุเฉลี่ยที่ค่อนข้างมากกว่าที่อื่น การศึกษาของประชากรและผู้ดูแล โรคร่วมอาจมีความซับซ้อนและมีจำนวนโรคร่วมมาก เนื่องจากเป็นโรงเรียนแพทย์ เศรษฐฐานะและสิทธิการรักษาพยาบาลที่แตกต่างจากประชากรสูงอายุทั่วไป อาจนำมาซึ่งการได้รับการดูแลโดยตนเองและโดยครอบครัวที่แตกต่างไป

จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่ผู้วิจัยได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของปัญหาโดยเฉพาะปัญหาเรื่องหลงลืม สมองเสื่อม จึงได้จัดโครงการอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม เทคนิคการจัดการปัญหาต่างๆ ของการดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน เทคนิคการกระตุ้นพัฒนาสมอง รวมถึงการผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลซึ่งเป็นประจำทุกปี ต่อมาเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น ทางทีมผู้วิจัยจึงได้จัดโครงการบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาสมองให้กับญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมขึ้นทุกวันศุกร์สุดท้ายของทุกเดือน นอกจากนี้ยังมีการให้คำปรึกษาผ่าน Facebook: เครือข่ายผู้สนใจและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอีกด้วย และบุคลากรทางการแพทย์ควรเตรียมรับมือกับปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวใน

แบบเชิงรุก ร่วมกับพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวแบบองค์รวมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยทักษะ ความรู้ ความเข้าใจจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ สุขภาพ เหมาะสมในแต่ผู้ป่วยแต่ละราย สำหรับปัญหาในกลุ่มอาการสูงอายุอื่น เช่น ภาวะทุโภชนาการ นำมาซึ่งการประเมินและให้คำแนะนำโดยนักโภชนาการต่อในรายที่คำถามคัดกรองได้ผลบวกด้านทุโภชนาการ และหาสาเหตุเพิ่มเติมโดยแพทย์ เป็นต้น

การใช้แบบคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในทางคลินิก โดยลดระยะเวลาการประเมิน และทำให้พบกลุ่มอาการสูงอายุที่อาจไม่ได้รับการประเมิน ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิก เนื่องจากเวลาที่จำกัด และต้องรอประเมินตามรอบของการประเมินตามเกณฑ์ประเมินผู้ป่วย การใช้แบบคัดกรองทำให้มีการตระหนักถึงปัญหาและหาสาเหตุได้เร็วขึ้น เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไข อย่างไรก็ตามการใช้แบบคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุดังกล่าวเป็นเพียงการประเมินเบื้องต้น ไม่ได้ทดแทนการวินิจฉัยโรคหรือวินิจฉัยกลุ่มอาการนั้นๆ แต่ช่วยให้แพทย์ตื่นตัวในการทำการประเมินปัญหาที่พบอย่างละเอียดต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษา วิเคราะห์สถานการณ์ และปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการสูงอายุของผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดหรือภาคอื่นๆ ของประเทศไทย

### เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. มิเตอร์ประเทศไทย Thailandometers [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 มิ.ย.2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thailandometers.mahidol.ac.th/>
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัทยูเนียนครีเอชั่น จำกัด; 2556.
3. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณารักษ์. การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia: Prevention, Assessment and Care. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2556.



4. Alzheimer's Disease International. Alzheimer's Australia. Dementia in the Asia Pacific Region [Internet]. 2014 [cited 2017 June 8]. Available from: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>.
5. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(2): 54-64.
6. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 7 มิ.ย. 2561]. เข้าถึงได้จาก [http://www.pbro.moph.go.th/wp-content/uploads/2017/12/%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-61\\_15%E0%B8%98%E0%B8%8460.pdf](http://www.pbro.moph.go.th/wp-content/uploads/2017/12/%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B9%81%E0%B8%9C%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%88%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-61_15%E0%B8%98%E0%B8%8460.pdf).
7. Tkacheva ON, Runikhina NK, Ostapenko VS, Sharashkina NV, Mkhitarian EA, Onuchina JS, et al. Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow. Clin Interv Aging 2018; 13: 251-9.
8. Tabue-Teguo M, Grasset L, Avila-Funes JA, Genuer R, Proust-Lima C, Peres K, et al. Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France: Results From the Bordeaux Three-city Study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2017; 73(1): 109-16.
9. Huang CC, Lee JD, Yang DC, Shih HI, Sun CY, Chang CM. Associations Between Geriatric Syndromes and Mortality in Community-Dwelling Elderly: Results of a National Longitudinal Study in Taiwan. J Am Med Dir Assoc 2017; 18(3): 246-51.
10. Limpawattana P, Sawanyawisuth K, Soonpornrai 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): 493-97.
11. Boongird C, Thamakaisorn 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(2): 204-10.
12. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
13. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ร่วมกับ โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ.ชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2559. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด พ.ศ. 2556; 2559.
14. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบทดสอบสมรรถภาพของไทย. สารศิริราช 2536; 45(6): 359-74.
15. Hemrungronj S. Montreal cognitive assessment (MOCA)2007. Available from: [http://www.mocatest.org/pdf\\_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf](http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf).
16. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช 2537; 46(1):1-9.
17. Association AP. Diagnosis and statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). American Psychiatric Association, Arlington; 2013.
18. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991; 39(2): 142-8.
19. Tsang R. Berg balance test. Phys Ther 1996; 76(10): 1126.
20. Ruitenberg A, Ott A, van Swieten JC, Hofman A, Breteler MM. Incidence of dementia: does gender make a difference? Neurobiol Aging 2001; 22(4): 575-80.