



บทความวิจัย

Research Article

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วิชัยพัชร ไทยสุริโย พ.บ.^{1*} วริษา เอี่ยมจิณณสุวัฒน์ พ.บ. ว.ว. อายุรศาสตร์ อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์²
 อาภา สัตยสันต์สกุล พ.บ. ว.ว. อายุรศาสตร์ ว.ว. อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ² อริยา เกียรติกิจระบือ พ.บ.³ มลธิรา นาคะเสถียร พ.บ.³
 ปภาวรินทร์ ดาภา ป.ผู้ช่วยพยาบาล³

¹กลุ่มงานนิติเวชและพยาธิวิทยา โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

²กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

³กลุ่มงานการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

*Corresponding author, email: vtichaipatch@gmail.com

บทคัดย่อ

วันรับบทความ: 16 กุมภาพันธ์ 2568

วันแก้ไขบทความ: 25 มิถุนายน 2568

วันตอบรับบทความ: 16 กรกฎาคม 2568

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วิธีดำเนินการวิจัย: เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาจากเวชระเบียนของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เดือนเมษายน 2567 จำนวน 160 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง (FRAIL scale) แบบประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians; OSTA index) แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-Cog และ Thai Mental Status Examination; TMSE) แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) แบบประเมินกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ แบบทดสอบภาวะหกล้ม (Time Up and Go test; TUG test) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-2; PHQ-2 และ Patient Health Questionnaire-9; PHQ-9) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบไค-สแควร์ (chi-square)

ผลการวิจัย: จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุจำนวน 160 คน อายุเฉลี่ย 78.06 ปี (SD = 8.3) เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 80-89 ปี และสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 63.1, 49.4 และ 53.8 ตามลำดับ ส่วนความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุนพบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบาง คิดเป็นร้อยละ 23.1 และ 11.3 ซึ่งพบว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มแข็งแรงถึง 30.4 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่าดัชนีโรคร่วมชาร์ลสัน (Charlson comorbidity index) เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ค่าเฉลี่ย = 2.3, SD = 1.58 และ ค่าเฉลี่ย = 1.48, SD = 1.86) ($p < 0.01$) รวมถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (ค่าเฉลี่ย = 14.86, SD = 5.99 และ ค่าเฉลี่ย = 18.00, SD = 3.62) ($p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



บทความวิจัย

Research Article

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วิชัยพัชร ไทยสุริโย พ.บ.^{1*} วริชา เอี่ยมจิณณสุวัฒน์ พ.บ. ว.ว. อายุรศาสตร์ อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์²
อาภา สัตยสันต์สกุล พ.บ. ว.ว. อายุรศาสตร์ ว.ว. อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ² อริยา เกียรติกิ่งระบือ พ.บ.³ มลธิดา นาคะเสงี่ยม พ.บ.³
ปภาวรินทร์ ดาภา ป.ผู้ช่วยพยาบาล³

¹กลุ่มงานนิติเวชและพยาธิวิทยา โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

²กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

³กลุ่มงานการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

*Corresponding author, email: vtichaipatch@gmail.com

บทคัดย่อ (ต่อ)

วันรับบทความ: 16 กุมภาพันธ์ 2568

วันแก้ไขบทความ: 25 มิถุนายน 2568

วันตอบรับบทความ: 16 กรกฎาคม 2568

สรุป: ภาวะสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โดยภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบาง พบที่ร้อยละ 23.1 และ 11.3 ซึ่งจากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 30.4 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มแข็งแรง (robust) ในขณะที่กลุ่มก่อนเปราะบาง (pre-frail) มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 14.2 เท่า

คำสำคัญ: กลุ่มอาการสูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะเปราะบาง คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลขนาดกลาง



Correlation between dementia and geriatric syndromes of older people in geriatric clinic in Ratchaphiphat Hospital

Vichaipatch Thaisuriyo M.D.^{1*} **Waricha Eiamjinnasuwat** M.D., Dip., Thai Board of Internal Medicine, Dip., Thai Board of Preventive Medicine in Public Health²

Arpa Satayasanskul M.D., Dip., Thai Board of Internal Medicine, Dip., Thai Subspecialty Board of Geriatric Medicine²

Areeya Katakongrabur B.N.S.³ **Montira Nakhasangiam** B.N.S.³ **Papawarin Dapa** Cert. PN.³

¹Department of forensic medicine and pathology, Ratchaphiphat Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

²Department of geriatric medicine, Ratchaphiphat Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

³Department of geriatric nursing, Ratchaphiphat Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

*Corresponding author, email: vtvichaipatch@gmail.com

Received: February 16, 2025

Revised: June 25, 2025

Accepted: July 16, 2025

Abstract

Objective: This research aimed at studying the relationship between dementia and geriatric syndromes of older people in geriatric clinic in Ratchaphiphat Hospital.

Materials and Methods: This research is an observational study by studying from medical records of older people individuals over the age of 60 who underwent geriatric syndromes screenings at geriatric clinic, Ratchaphiphat Hospital. The sample size consisted of 160 participants during april 2024. The research assessment tools used included various tools: the FRAIL scale for frailty screening, the Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians (OSTA index), cognitive performance assessments (Mini-Cog and Thai Mental Status Examination or TMSE), the Mini Nutritional Assessment (MNA), urinary incontinence evaluation, the Timed Up and Go (TUG) test, and depression screening tools (Patient Health Questionnaire-2; PHQ-2 and Patient Health Questionnaire-9; PHQ-9). Data were analyzed using descriptive statistics and chi-square tests.

Result: The results showed that the average age of the 160 participants was 78.06 years (SD = 8.3), with 63.1% female. Nearly half (49.4%) were in the 80-89 age range and 53.8% were married. Among the prevalent geriatric syndromes identified, the two most common were dementia (23.1%) and frailty (11.3%). The study revealed a significant association between frailty and dementia; elderly individuals with frailty were 30.4 times more likely to develop dementia compared to those who were robust. Additionally, an increase in the Charlson comorbidity index was associated with dementia, as seen when comparing those with dementia (average = 2.3, SD = 1.58) to those without (average = 1.48, SD = 1.86) ($p < 0.01$). Reduced activities of daily living were also significantly associated with dementia (average = 14.86, SD = 5.99 for those with dementia, compared to 18.00, SD = 3.62 for those without, $p < 0.01$).



บทความวิจัย

Research Article

Correlation between dementia and geriatric syndromes of older people in geriatric clinic in Ratchaphiphat Hospital

Vichaipatch Thaisuriyo M.D.^{1*} Waricha Eiamjinnasuwat M.D., Dip., Thai Board of Internal Medicine, Dip., Thai Board of Preventive Medicine in Public Health²

Arpa Satayasanskul M.D., Dip., Thai Board of Internal Medicine, Dip., Thai Subspecialty Board of Geriatric Medicine²

Areeya Katakongrabur B.N.S.³ Montira Nakhasangiam B.N.S.³ Papawarin Dapa Cert. PN.³

¹Department of forensic medicine and pathology, Ratchaphiphat Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

²Department of geriatric medicine, Ratchaphiphat Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

³Department of geriatric nursing, Ratchaphiphat Hospital, Department of Medical Services, Bangkok Metropolitan Administration (BMA)

*Corresponding author, email: vtvichaipatch@gmail.com

Abstract (Cont.)

Received: February 16, 2025

Revised: June 25, 2025

Accepted: July 16, 2025

Conclusion: The statistically significant relationship between dementia and frailty in older people attending the geriatric clinic at Ratchaphiphat Hospital, revealed that 23.1% of older people had dementia, while 11.3% were identified as frail. Statistical analysis showed that frail older people were 30.4 times more likely to develop dementia compared to the robust group. Additionally, older people classified as pre-frail were found to have a 14.2 times higher risk of developing dementia.

Keywords: geriatric syndromes, dementia, frailty, geriatric clinic, medium-sized hospital

บทนำ

เนื่องจากประชากรโลกมีอายุยืนยาวขึ้น และมีอัตราการเกิดที่ลดลง ทำให้สังคมสูงวัยที่กำลังเกิดขึ้นนั้น มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงรูปแบบประชากรศาสตร์ไปทั่วโลก ทุกประเทศต่างอยู่ในภาวะที่เผชิญกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งใน พ.ศ. 2573 ประชากร 1 ใน 6 ของโลก จะมีอายุ 60 ปีขึ้นไป และคาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2593 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า¹ ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (ageing society) ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากรายงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประเทศไทยก้าวสู่การเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) ใน พ.ศ. 2565 ประชากรไทยมีจำนวน 67 ล้านคน โดยมีผู้สูงอายุถึง 16 ล้านคน ซึ่งสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างประชากร ส่งผลต่อวิถีชีวิตของประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่กันตามลำพังหรืออยู่เพียงคนเดียวมากขึ้น การให้ความสำคัญและใส่ใจในสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี²

กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากหลากหลายปัจจัย ทั้งด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม ส่งผลกระทบให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ความพิการ ภาวะพึ่งพิง และเสียชีวิต³ โดยกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ ภาวะหกล้ม (fall) ภาวะเปราะบางและมวลกล้ามเนื้อน้อย (frailty and sarcopenia) กลุ่มอาการที่เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobilization syndrome) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสมองเสื่อม (delirium and dementia) โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ (iatrogenesis) ภาวะนอนไม่หลับ (insomnia) ภาวะซึมเศร้า (depression)

ภาวะขาดสารอาหาร (inanition) และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence)⁴

การศึกษาของ Liang Y, et al⁵ พบว่า ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ในชุมชนของประเทศสวีเดนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย พ.ศ. 2549 ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 73 ต่อมาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 78 และ 83 ใน พ.ศ. 2553 และ 2557 ตามลำดับ งานวิจัยของ Varan HD, et al⁶ พบว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูงอายุอื่น และโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้น ระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญา โรคสมองเสื่อม อาการซึมเศร้า โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะโภชนาการบกพร่อง และผู้ป่วยที่ไม่มีโรคไขข้อ ในโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับภาวะเปราะบาง จากงานวิจัยของ Wang L, et al⁷ ที่ศึกษาเกี่ยวกับกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุในชุมชนนครเฉิงตู สาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า มีร้อยละ 90.50 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ 1 กลุ่มอาการ โดยพบภาวะใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) มากที่สุดร้อยละ 58.50 ภาวะโภชนาการบกพร่อง ร้อยละ 40.30 แต่หากคิดจากกลุ่มตัวอย่างที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ ตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป พบว่า ภาวะใช้ยาหลายชนิดพบมากที่สุดถึงร้อยละ 73 นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยในเขตเมืองและนอกเมือง เพศ อายุ และสถานภาพสมรส มีการตรวจพบกลุ่มอาการสูงอายุต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเทศไทยได้มีการศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุ และกลุ่มอาการสูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุจากการศึกษาของปิติพร สิริทิพากร, และคณะ⁸ เรื่องความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า กลุ่มอาการสูงอายุที่

พบมากที่สุด คือ ภาวะอาการหลงลืม ร้อยละ 40.60 รองลงมา คือ ภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ ร้อยละ 38 นอกไม่หลับ ร้อยละ 26.40 กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการหลงลืมส่วนใหญ่ ร้อยละ 32 จะมีกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ รวมด้วยตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป ซึ่งจากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ มีความสัมพันธ์กับภาวะหลงลืมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาการหลงลืมพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง อาการนอนไม่หลับจะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ Boongird C, et al⁹ ได้ทำการศึกษาความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลรามารับดี พบว่า ภาวะสมองเสื่อมหรือความจำเสื่อมเล็กน้อยเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุดถึง ร้อยละ 60.40 ของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการ ภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 29.90 สูญเสียความสามารถในการเดิน ร้อยละ 30.50 และผู้ป่วยแต่ละรายจะมีกลุ่มอาการสูงอายুর่วม 3 อาการ จากปัจจัยทางสังคม พบว่า ร้อยละ 21.70 มีภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ร้อยละ 24 มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว และร้อยละ 16.10 มีปัญหาเรื่องการถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุ การศึกษาของ ณิชาธิ์ สำเนียง¹⁰ เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเปราะบางทางกายภาพในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า ภาวะเปราะบางเป็นภาวะที่พบมากที่สุด ร้อยละ 46.32 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.95 รวมทั้งมีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเปราะบางทางกายภาพ เช่น อายุที่เพิ่มขึ้น อธิบายได้จากภาวะเสื่อมถอยด้านร่างกายของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย สถานภาพหม้ายหรือหย่าร้าง พบมากถึงร้อยละ 57.95 ปัจจัยด้านการศึกษา พบว่า การไม่ได้รับการศึกษาพบถึงร้อยละ 76.47 นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น ภาวะโภชนาการที่เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารและภาวะซึมเศร้าก็เป็น

ปัจจัยที่อาจเพิ่มโอกาสเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุได้ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีผลกระทบหลายอย่างต่อสถานะเศรษฐกิจและทรัพยากรของประเทศ กลุ่มอาการสูงอายุพบว่า มีความชุกเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่อายุมากขึ้น ซึ่งมีความเสี่ยงทำให้สุขภาพเสื่อมถอย และเพิ่มความเสี่ยงเป็นผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง รวมทั้งเพิ่มโอกาสนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และเสียชีวิต¹¹ จากการศึกษาของ Liu CC, et al¹² พบว่า ความชุกของภาวะปริซานหรือการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้หวั่น ที่อาศัยในเขตเมือง ชานเมือง และชนบทพบอยู่ที่ ร้อยละ 4.46, 6.63 และ 8.69 ตามลำดับ ชุมชนเมืองและชนบทมีความแตกต่างกันในหลายมิติ ซึ่งอาจมีความเหลื่อมล้ำและการพัฒนาในหลายด้านที่ต่างกัน รวมถึงส่งผลต่อเศรษฐกิจ ความชุกของโรค และคุณภาพชีวิตของประชากร¹³ นอกจากนี้จากงานวิจัยของปิณฑิ สิริทิพากร, และคณะ⁸ และ Boongird C, et al⁹ ยังชี้ให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่พบมากที่สุดในประเทศไทย และมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และจากงานวิจัยของ Varan HD, et al⁶ พบว่า ภาวะเปราะบางเป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่พบได้บ่อย และมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอายุอื่น

ทีมผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุ ซึ่งโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ อยู่ในบริบทพื้นที่ชานเมืองของกรุงเทพมหานครอาจมีกลุ่มประชากรที่ต่างจากบริบทพื้นที่ใจกลางเมืองและชนบท ทั้งการเข้าถึงการรักษาและบริการ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จึงได้ดำเนินการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มอาการสูงอายุนี้นี้ขึ้น เพื่อนำข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ได้มาวางแผนพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการ โดยใช้หลักการวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยจากสาเหตุที่ป้องกันได้

ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิต รวมทั้งนำไปวางแผนในการจัดสรรทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชากรผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม ตามบริบทการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และสถานพยาบาลในเขตสุขภาพโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งทางกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โดยใช้วิธีการศึกษาย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้ทำการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ เดือนเมษายน 2567

กลุ่มตัวอย่างมาจากการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ซึ่งกำหนดค่าระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.95 พร้อมทั้งใช้ข้อมูลสถิติการคัดกรองผู้สูงอายุของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เดือนมีนาคม 2567

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างประชากรพบว่า งานวิจัยนี้จำเป็นต้องใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 145 คน อย่างไรก็ตามอาจมีข้อมูลบางส่วนที่ขาดหายไป (missing value) คาดว่า จะมีสัดส่วนประมาณ 10% ดังนั้น จึงกำหนดให้ใช้กลุ่มตัวอย่าง

รวมทั้งหมด 160 คน ซึ่งอ้างอิงจากสถิติการคัดกรองผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เดือนเมษายน 2567 ที่มีการคัดกรองได้จำนวน 160 ราย จึงใช้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดเข้า/ออก

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เข้ารับการคัดกรอง ผู้สูงอายุที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

2. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดออก

เวชระเบียนที่ข้อมูลไม่ครบถ้วน

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส การศึกษา ดัชนีโรคร่วมชาร์ลตัน (Charlson comorbidity index) และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel's index Activity of Daily Living; bADL)

2. เครื่องมือคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อมใช้แบบประเมินสมรรถภาพสมอง (Mini-Cog และ Thai Mental Status Examination; TMSE) ภาวะซึมเศร้าใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-2; PHQ-2 และ Patient Health Questionnaire-9; PHQ-9) ภาวะหกล้มใช้เครื่องมือ Time Up and Go test (TUG test) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ใช้แบบประเมินกลืนปัสสาวะภาวะโภชนาการบกพร่องใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment; MNA) ภาวะกระดูกพรุนใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians; OSTA index) และภาวะเปราะบางใช้

แบบคัดกรองภาวะเปราะบาง (FRAIL scale) โดยแบบคัดกรองและแบบประเมินทั้งหมดเป็นฉบับภาษาไทย และเป็นแบบประเมินที่เชื่อถือได้

3. เกณฑ์ในการใช้วินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม โดยเครื่องมือ Mini-Cog และ TMSE

1) Mini-Cog มีเกณฑ์การประเมินคะแนนเต็ม 5 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ประเมินว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง

2) TMSE มีเกณฑ์การประเมิน คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 ประเมินว่า มีภาวะสมองเสื่อม

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และเครื่องมือคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุทุกราย ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเรื่องกลุ่มอาการสูงอายุอย่างเหมาะสม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร (COA : S022hc/67_EXP) เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 และได้ดำเนินการตามปณิญาเฮลซิงกิ (declaration of Helsinki)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่เข้ารับการคัดกรองผู้สูงอายุ ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เดือนเมษายน 2567 จำนวน 160 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการบรรยายตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ดัชนีมวลกาย

และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ในการบรรยายความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ chi-square test หรือ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงปริมาณ หากมีการกระจายตัวแบบปกติจะใช้เครื่องมือ student's t-test ในขณะที่ปัจจัยที่มีการกระจายตัวแบบไม่ปกติจะใช้ Mann-Whitney U test

3. ทำการวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) เพื่อประเมินปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมงานวิจัยนี้ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และอำนาจการทดสอบที่ 0.95 เพื่อแสดงถึงนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการด้วยโปรแกรม SPSS เวอร์ชัน 29.0.1.0

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 160 คน อายุเฉลี่ย 78.06 ปี (SD = 8.3) ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 63.1 และมีอายุระหว่าง 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.3 การศึกษาสูงสุดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 63.7 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 53.8 และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) เฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติที่ 22.91 กก./ม² (SD = 3.67) โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 65 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (18.5-23.9 กก./ม²) ตามแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลลัพธ์	จำนวน (n=160)	ร้อยละ	± SD
อายุ (ปี)		78.06	8.3
60-69	34	21.3	
70-79	37	23.1	
80-89	79	49.3	
90 ปีขึ้นไป	10	6.3	
เพศ			
ชาย	59	36.9	
หญิง	101	63.1	
สถานภาพสมรส			
โสด	22	13.7	
สมรส	86	53.8	
หม้าย/หย่าร้าง	52	32.5	
การศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	16	10	
ประถมศึกษา	102	63.7	
มัธยมศึกษา	30	18.8	
ตรีขึ้นไป	12	7.5	
ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m ²)		22.91	3.67
<18.5	16	10	
18.5-23.9	104	65	
24-29.9	36	22.5	
>30.0	4	2.5	
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (bADL)		17.23	4.49
พึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด (<4)	7	4.4	
พึ่งพิงผู้อื่นเป็นส่วนมาก (5-8)	4	2.5	
พึ่งพิงผู้อื่นปานกลาง (9-12)	8	5	
พึ่งตนเองได้ (>13)	141	88.1	
ดัชนีโรคร่วม Charlson	160	1.67	1.82

นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) มีความชุกแตกต่างกันไป ดังนี้ ภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 23.1 (n = 37) ภาวะเปราะบาง คิดเป็นร้อยละ 11.3 (n = 18) โดยประชากรส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มก่อนเปราะบาง คิดเป็นร้อยละ 64.4 (n = 103) และกลุ่มที่มีความแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 24.4 (n = 39) กลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหกล้มจากการประเินด้วย

TUG test คิดเป็นร้อยละ 55 (n = 88) ภาวะโภชนาการบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 9.4 (n = 15) และมีความเสี่ยงโภชนาการบกพร่อง คิดเป็นร้อยละ 10 (n = 16) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ทุกระดับมีความชุก คิดเป็นร้อยละ 34.4 (n = 55) โดยมีอาการรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 7.5 (n = 12) ผลความชุกของแต่ละอาการสูงวัยตามแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (prevalence of geriatric syndrome)

กลุ่มอาการสูงอายุ	จำนวน (n=160)	ร้อยละ
ภาวะสมองเสื่อม		
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	123	76.9
มีภาวะสมองเสื่อม	37	23.1
ภาวะเปราะบาง		
กลุ่มแข็งแรง (robust)	39	24.4
กลุ่มก่อนเปราะบาง (pre-frail)	103	64.4
กลุ่มเปราะบาง (frail)	18	11.2
ภาวะโภชนาการบกพร่อง		
ไม่มีภาวะโภชนาการบกพร่อง	129	80.6
มีความเสี่ยงโภชนาการบกพร่อง	16	10
มีภาวะโภชนาการบกพร่อง	15	9.4
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่		
ไม่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	105	65.6
มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ระดับน้อย	34	21.3
มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ระดับปานกลาง	6	3.8
มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ระดับรุนแรง	12	7.5
ใส่สายสวนปัสสาวะ	3	1.8
ภาวะหกล้ม		
เสี่ยงหกล้มสูง	88	55
เสี่ยงหกล้มน้อย	62	38.7
เดินไม่ได้	10	6.3

ตารางที่ 2 ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุ (prevalence of geriatric syndrome) (ต่อ)

กลุ่มอาการสูงอายุ	จำนวน (n=160)	ร้อยละ
มีประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา	44	27.5
ผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า* (n=16)	16	10
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	6	3.8
มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับน้อย	6	3.8
มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง	3	1.8
มีอาการโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	1	0.6
ภาวะกระดูกพรุน		
ความเสี่ยงน้อย	21	13.1
ความเสี่ยงปานกลาง	53	33.1
ความเสี่ยงสูง	86	53.8

*ผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยที่ตอบคำถามว่า มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ในแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม

จากการศึกษาและวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า จำนวนโรคประจำตัวที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับ ภาวะสมองเสื่อม (ค่าเฉลี่ย = 2.3, SD = 1.58) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม (ค่าเฉลี่ย = 1.48, SD = 1.86) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) นอกจากนี้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะสมองเสื่อมยังรวมถึงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ลดลงตามการวัดค่าของ Barthel's index Activity of Daily Living (bADL) โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีคะแนน bADL เฉลี่ย 14.68 (SD = 5.99) เทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีค่าเฉลี่ย bADL = 18.00 (SD = 3.62) ($p < 0.01$)

เมื่อแบ่งกลุ่มตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันพบว่า กลุ่มผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมี ภาวะพึ่งพิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 10.8 เมื่อเทียบกับ ผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 2.4

แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะพึ่งพิงกับ ภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.01$) นอกจากนี้ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ยังมีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มสูง คิดเป็นร้อยละ 64.4 เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็น ร้อยละ 52 ($p < 0.01$) และพบว่า ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม มีอัตราการเดินไม่ได้ถึงคิดเป็นร้อยละ 13.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะ สมองเสื่อมดังแสดงในตารางที่ 3 ซึ่งรวมถึงปัจจัย ที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น อายุ (ค่าเฉลี่ย = 79.46 เทียบกับ 77.63 ปี, $p = 0.581$) ดัชนีมวลกาย (ค่าเฉลี่ย = 22.99 เทียบกับ 23.17, $p = 0.395$) ระดับการศึกษา และสถานภาพ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม

ผลลัพธ์	ไม่มีภาวะสมอง เสื่อม (n=123) n (%)	±SD	มีภาวะสมอง เสื่อม (n=37) n (%)	±SD	p-value
อายุ (ปี), mean±SD	79.46	8.04	77.63	0.76	0.581
60-69	28(22.8)		6(16.2)		0.51
70-79	28(22.8)		9(24.3)		
80-89	58(47.2)		21(56.8)		
90 ปีขึ้นไป	9(7.2)		1(2.7)		
เพศ					0.52
ชาย	47(38.2)		12(32.4)		
หญิง	76(61.8)		25(67.6)		
สถานภาพสมรส					0.47
โสด	17(13.8)		5(13.5)		
สมรส	69(56.1)		17(46)		
หม้าย/หย่าร้าง	37(30.1)		15(40.5)		
การศึกษา					0.792
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11(8.9)		5(13.5)		
ประถมศึกษา	78(63.4)		24(64.9)		
มัธยมศึกษา	24(19.5)		6(16.2)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	10(8.2)		2(5.4)		
ดัชนีมวลกาย (BMI) (kg/m2)	23.17	0.41	22.99	4.36	0.395
<18.5	11(8.9)		5(13.5)		
18.5-23.9	83(67.5)		21(56.8)		0.474
24-29.9	27(22)		9(24.3)		
>30.0	2(1.6)		2(5.4)		
ความสามารถในชีวิตประจำวัน (bADL)	18	3.62	14.68	5.99	<0.001
พึ่งพิงทั้งหมด (<4)	3(2.4)		4(10.8)		
พึ่งพิงมาก (5-8)	1(0.8)		3(8.1)		0.014
พึ่งพิงปานกลาง (9-12)	5(4.1)		3(8.1)		
พึ่งตนเองได้ (>13)	114(92.7)		27(73)		
ดัชนีโรครวมชาร์ลตัน	1.48	1.86	2.3	1.58	<0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (ต่อ)

ผลลัพธ์	ไม่มีภาวะสมอง เสื่อม (n=123) ±SD n (%)	มีภาวะสมอง เสื่อม (n=37) ±SD n (%)	p-value
ภาวะเปราะบาง			<0.001
กลุ่มแข็งแรง (robust)	38(30.9)	1(2.7)	
กลุ่มก่อนเปราะบาง (pre-frail)	75(61)	28(75.7)	
กลุ่มเปราะบาง (frail)	10(8.1)	8(21.6)	
ภาวะโภชนาการบกพร่อง			0.67
ไม่มีภาวะโภชนาการบกพร่อง	101(82.2)	28(75.7)	
เสี่ยงภาวะโภชนาการบกพร่อง	11(8.9)	5(13.5)	
มีภาวะโภชนาการบกพร่อง	11(8.9)	4(10.8)	
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่			0.959
ไม่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่	82(66.7)	23(62.2)	
มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ระดับน้อย	25(20.3)	9(24.3)	
มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ระดับปานกลาง	5(4.1)	1(2.7)	
มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ระดับรุนแรง	9(7.3)	3(8.1)	
ใส่สายสวนปัสสาวะ	2(1.6)	1(2.7)	
ภาวะหกล้ม			<0.001
เสี่ยงหกล้มสูง	64(52)	24(64.9)	
เสี่ยงหกล้มน้อย	54(43.9)	8(21.6)	
เดินไม่ได้	5(4.1)	5(13.5)	
มีประวัติหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา	30(24.4)	14(37.8)	
ผู้มีความเสี่ยงหรือแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า*			0.116
(n=16)			
ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า	6(4.9)	0(0)	0.259
มีอาการฯ ระดับน้อย	5(4.1)	1(2.7)	
มีอาการฯ ระดับปานกลาง	3(2.4)	0(0)	
มีอาการฯ ระดับรุนแรง	0(0)	1(2.7)	
ภาวะกระดูกพรุน			0.08
ความเสี่ยงน้อย	14(11.4)	7(18.9)	
ความเสี่ยงปานกลาง	46(37.4)	7(18.9)	
ความเสี่ยงสูง	63(51.2)	23(62.2)	

*ผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า คือ ผู้ป่วยที่ตอบคำถามว่า มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ในแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบางและภาวะสมองเสื่อมจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	p-value
ภาวะก่อนเปราะบาง (เทียบกับภาวะแข็งแรง)	14.19 (2.2-92.1)	0.011
ภาวะเปราะบาง (เทียบกับภาวะแข็งแรง)	30.40 (9.3-99.0)	0.002

จากการวิเคราะห์ทางสถิติด้วย binary logistic regression พบว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีโอกาสดีกภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มแข็งแรง (robust) ถึง 30.4 เท่า (OR = 30.4, 95% CI: 9.3-99, $p < 0.01$) ในขณะที่กลุ่มที่มีภาวะก่อนเปราะบาง (prefrail) มีโอกาสดีกภาวะสมองเสื่อมสูงขึ้น 14.2 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่แข็งแรง (OR = 14.2, 95% CI: 2.2-92.1, $p = 0.011$) ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะเปราะบางและภาวะก่อนเปราะบางเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินและจัดการภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับภาวะเปราะบาง

การอภิปรายผล

จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบางในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ซึ่งตั้งอยู่ในบริบทชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีร้อยละ 23.1 และภาวะเปราะบางมีร้อยละ 11.3 จากการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 30.4 เท่า

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแข็งแรง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มก่อนเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมสูงถึง 14.2 เท่า ผลลัพธ์นี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของภาวะเปราะบางซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเฉพาะในประชากรที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลลัพธ์จากงานวิจัยก่อนหน้านี้ของ Kasajima M, et al¹⁴ ซึ่งพบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางและภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามแนวโน้มอายุที่เพิ่มขึ้นของประชากรในประเทศญี่ปุ่น อย่างไรก็ตาม ในกรณีของผู้สูงอายุที่มีทั้งภาวะเปราะบางและภาวะสมองเสื่อมพบได้บ่อยขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความยากและซับซ้อนมากยิ่งขึ้นกว่าในอดีต คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2586 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงประมาณร้อยละ 29 ที่อายุ 75 ปีขึ้นไป และการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษา มีแนวโน้มที่จะเกิดทั้งภาวะเปราะบางและภาวะสมองเสื่อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมได้ นอกจากนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในอนาคตอาจใช้งบประมาณมากถึง 125 พันล้านดอลลาร์ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางอาจใช้งบประมาณสูงถึง 97 พันล้านดอลลาร์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มในประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากการศึกษาของ Wallace LMK, et al¹⁵ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์

กับภาวะสมองเสื่อม การมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นการป้องกันภาวะเปราะบางอาจช่วยลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในประชากรได้ถึงร้อยละ 14.2 ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งในด้านสุขภาพและลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคม ภาวะเปราะบางของปรีชาน (cognitive frailty) หมายถึง การมีภาวะเปราะบางทางร่างกาย (physical frailty) ร่วมกับการมีภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) จากงานวิจัยของ Shimada H, et al¹⁶ พบว่า ภาวะเปราะบางของปรีชานเพิ่มความเสี่ยงของโรคสมองเสื่อม ภาวะพึ่งพิงและอัตราการเสียชีวิต แสดงถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคัดกรองสุขภาพ ทำให้ตรวจพบและได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มทั้งสุขภาพทางกายและความสามารถทางสมอง เพื่อลดความเสี่ยงโรคสมองเสื่อมในประชากรที่มีภาวะเปราะบางหรือภาวะก่อนเปราะบาง โดยผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว เนื่องจากพบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะก่อนเปราะบางและภาวะสมองเสื่อม หากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคัดกรองสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) และการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment) อาจช่วยป้องกันการเสื่อมถอยในมิติต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความจำ ความสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน และด้านสังคม

นอกจากนี้ ยังพบกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ เช่น ภาวะโภชนาการบกพร่อง ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ และภาวะหกล้ม ซึ่งพบบ่อยในกลุ่มประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อม จากผลลัพธ์ของการวิจัยนี้แม้ว่าผลการศึกษายังจะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจน แต่กลุ่มอาการดังกล่าวยังคง

มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มิทั้งภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบาง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ Kasajima M, et al¹⁴ ซึ่งระบุว่า ภาวะเปราะบางเป็นปัจจัยที่ซับซ้อนในการดูแลและจัดการกลุ่มประชากรสูงอายุ และพบว่า ความชุกของภาวะเปราะบางเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแล โดยเฉพาะผู้ที่มิทั้งภาวะสมองเสื่อม

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) และ การวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก 24 การศึกษา พบว่า ภาวะโภชนาการบกพร่องในผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พักในสถานดูแลระยะยาว (long-term care) พบได้ร้อยละ 26.98 และมีความเสี่ยงต่อภาวะดังกล่าวถึงร้อยละ 57.43 โดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการที่ได้มาตรฐาน ซึ่งภาวะโภชนาการบกพร่องเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยเฉพาะในบริบทของสถานดูแลระยะยาว¹⁷ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ที่ระบุว่า ภาวะโภชนาการบกพร่องอาจเป็นทั้งปัจจัยที่เกิดขึ้นจากภาวะสมองเสื่อม และเป็นปัจจัยเร่งให้โรคดำเนินไปเร็วขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางร่วมด้วย จะพบอัตราการเสียชีวิตและการนอนโรงพยาบาลซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ แม้ว่าในงานวิจัยนี้จะยังไม่สามารถแสดงนัยสำคัญทางสถิติต่อความสัมพันธ์ของภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้และภาวะหกล้มกับภาวะสมองเสื่อมได้ชัดเจน แต่จากหลักฐานทางคลินิกในระดับนานาชาติ ภาวะทั้งสองนี้เป็นกลุ่มอาการที่มักเกิดร่วมกับความเสื่อมของสมอง โดยเฉพาะการหกล้มที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว สมดุล และการตัดสินใจในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะกลางถึงระยะท้าย¹⁹

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ การใช้แบบสอบถาม และแบบทดสอบที่ดำเนินการโดยบุคลากรทาง การแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและได้รับการฝึกฝน ด้านกลุ่มอาการสูงอายุมาอย่างดี ซึ่งทำให้ การรวบรวมข้อมูลมีความน่าเชื่อถือและแม่นยำ ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับ บริการที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ซึ่งตั้งอยู่ชานเมืองของกรุงเทพมหานคร ยังช่วย สะท้อนสภาพแวดล้อมและการดูแลผู้สูงอายุใน บริบทของพื้นที่เขตชานเมืองของประเทศไทยได้ อย่างครอบคลุม

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดจาก การเป็นการศึกษาเชิงย้อนหลัง (retrospective study) ซึ่งอาจเกิดอคติจากการใช้ข้อมูลย้อนหลัง และ สามารถสรุปได้เพียงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ โดยไม่สามารถระบุถึงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการใช้กลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาล ราชพิพัฒน์เพียงแห่งเดียว อาจไม่สามารถสะท้อน สถานการณ์ในกลุ่มผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน เช่น เขตเมืองหรือเขตชนบท ซึ่งอาจมีข้อจำกัด ด้านเศรษฐกิจและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ แตกต่างออกไป โดยอาจเหมาะกับการนำไปต่อยอด ในโรงพยาบาลขนาดกลาง หรือโรงพยาบาลระดับ ชุมชนมากกว่าโรงเรียนแพทย์ และเนื่องจาก งานวิจัยนี้มีจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพียง 37 ราย ทำให้จำนวนข้อมูลในแต่ละระดับความรุนแรง ของกลุ่มอาการสูงอายุนี้น้อย ดังนั้น แม้จะพบว่า $p\text{-value}$ น้อยกว่า 0.05 แต่กลับมี 95% CI กว้างมาก ซึ่งอาจแปลผลของงานวิจัยไม่แม่นยำ มีโอกาส คลาดเคลื่อนได้มากและอาจไม่ถูกต้อง

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ภาวะสมองเสื่อมและ ภาวะเปราะบางมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดและ กำลังมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในสังคมผู้สูงอายุ ทั่วโลก ซึ่งส่งผลต่อการจัดการปัญหาด้านสุขภาพ

เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะในบริบทชานเมือง ของประเทศไทย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงควร มุ่งเน้นการจัดการกลุ่มอาการสูงอายุ โดยเฉพาะ อย่างยิ่งภาวะสมองเสื่อมและภาวะเปราะบาง ตั้งแต่ ระยะเริ่มต้นหรือก่อนเกิดอาการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ที่ดีให้กับประชากรผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง และลดปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้าน ผู้สูงอายุ ในบริบทชานเมืองของกรุงเทพมหานคร สามารถจัดทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันภาวะ เปราะบาง ภาวะสมองเสื่อม รวมถึงกลุ่มอาการ สูงอายุอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาล อาทิ การจัดทำโครงการชุมชนเพื่อคัดกรองภาวะ เปราะบางภาวะสมองเสื่อม และกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ หรือการจัดตั้งคลินิกภาวะเปราะบาง เพื่อคัดกรอง และให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง ควบคู่ไป กับการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

2. บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานด้าน ผู้สูงอายุ สามารถนำผลงานวิจัยไปใช้เพื่อจัดสรร ทรัพยากรและบุคลากรให้เหมาะสม และคุ้มค่ากับ งบประมาณของสถานพยาบาล เช่น การจัดสรรแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพที่มีความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง หรือภาวะสมองเสื่อม รวมถึงกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. งานวิจัยเพื่อศึกษาการวิเคราะห์ปัจจัยและ ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการสูงอายุในบริบทอื่น ๆ เช่น เขตเมืองหรือชนบท ซึ่งจะได้ข้อมูลเชิงลึกของ ผู้สูงอายุทั่วประเทศ

2. งานวิจัยเพื่อศึกษาบุคคลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น ครอบครัวยุ หรือผู้ดูแลผู้ป่วย

3. งานวิจัยที่ครอบคลุมถึงกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ เช่น ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะใช้ยาหลายชนิด

4. ปรับรูปแบบการดำเนินงานวิจัยครั้งต่อไปเป็นแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อบอกความเสี่ยงของการเกิดโรคได้แม่นยำมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณบุคลากรทุกท่านจากกลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ที่มีส่วนร่วมในการทำงานวิจัยการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสมองเสื่อมและกลุ่มอาการสูงอายุของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. ปราโมทย์ ประสาทกุล, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดาชวนวัน, ณภัช สัจจกุล, สุภรต์ จรัสสิทธิ์, กาญจนา เทียนลาย, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2565. หน้า 1-120.
3. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2007 [cited 2024 Dec 1];55(5):780-91. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย, ปิยะภัทร เศษพระธรรม, ปณิตา ลิ้มปวัฒน์, ชญานิน เวชภูติ, อรุณไพญ์ ไกรฤทธิ์, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, และคณะ. แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ. ใน: ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมจินต์ โฉมวัฒน์ชัย, สมฤดี เนียมหอม, นิติกุล ทองน่วม, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท อีส ออกัส จำกัด; 2558. หน้า 1-123.
5. Liang Y, Rausch C, Laflamme L, Moller J. Prevalence, trend and contributing factors of geriatric syndromes among older Swedes: results from the Stockholm County Council Public Health Surveys. BMC Geriatr [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 1];18(1):322. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-1018-6>
6. Varan HD, Kılıc MK, Kızılarşlanoglu MC, Dogrul RT, Arik G, Kara O, et al. Frailty and its correlates in older adults: a challenging and preventable geriatric syndrome. Erciyes Med J [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 1];42(2):150-6. Available from: <https://doi.org/10.14744/etd.2019.26504>
7. Wang LY, Hu ZY, Chen HX, Tang ML, Hu XY. Multiple geriatric syndromes in community-dwelling older adults in China. Sci Rep [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 1];14(1):3504. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54254-y>

8. ปิติพร สิริทิพากร, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, คุปปรารณาพิศาลสารกิจ, เพ็ญศรี เซาว์พานิชย์เวช, ไพฑูรย์ เหล่าจันทร์, สุทิศา ปิติญาณ, และคณะ. ความชุกของกลุ่มอาการสูงอายุและลักษณะของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(3):20-9.
9. 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* [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 1]; 11(2):204-10. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2010.00671.x>
10. ณิชารีย์ สำเนียง. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะเปราะบางทางกายภาพในผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารโรงพยาบาลนครพิงค์ 2567;15(1):76-93.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 1];56(3):M146-56. Available from: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
12. Liu CC, Liu CH, Sun Y, Lee HJ, Tang LY, Chiu MJ. Rural-urban disparities in the prevalence of mild cognitive impairment and dementia in Taiwan: a door-to-door nationwide study. *J Epidemiol* [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 1];32(11):502-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9551297/>
13. ชีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์. ชุมชนศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
14. Kasajima M, Eggleston K, Kusaka S, Matsui H, Tanaka T, Son BK, et al. Projecting prevalence of frailty and dementia and the economic cost of care in Japan from 2016 to 2043: a microsimulation modelling study. *Lancet Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 Dec 1];7(5):e458-68. Available from: [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(22\)00044-5](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(22)00044-5)
15. Wallace LMK, Theou O, Darvesh S, Bennett DA, Buchman AS, Andrew MK, et al. Neuropathologic burden and the degree of frailty in relation to global cognition and dementia. *Neurology* [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 1];95(24):e3269-79. Available from: <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000010944>
16. Shimada H, Doi T, Lee S, Makizako H, Chen LK, Arai H. Cognitive frailty predicts incident dementia among community-dwelling older people. *J Clin Med* [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 1];7(9):250. Available from: <https://doi.org/10.3390/jcm7090250>
17. Perry E, Walton K, Lambert K. Prevalence of malnutrition in people with dementia in long-term care: a systematic review and meta-analysis. *Nutrients* 2023;15(13):2927. doi:10.3390/nu15132927.

18. Tseng HK, Cheng YJ, Yu HK, Chou KT, Pang CY, Hu GC. Malnutrition and frailty are associated with a higher risk of prolonged hospitalization and mortality in hospitalized older adults. *Nutrients* 2025;17(2):221. doi: 10.3390/nu17020221.
19. Allan LM, Ballard CG, Rowan EN, Kenny RA. Incidence and prediction of falls in dementia: a prospective study in older people. *PLoS One* [Internet]. 2009 [cited 2024 Dec 1];4(5):e5521. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0005521>