

## บทความวิจัย

# การสำรวจความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพ การรู้คิด และภาวะเปราะบาง ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

พรศิริ กนกกาญจนะ<sup>1</sup>

ธมลวรรณ ยอดกลกิจ<sup>2</sup>

พุทธชาติ ใจกาศ<sup>3</sup>

จิราภรณ์ ศรีอ่อน<sup>4</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 – ธันวาคม พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 367 ราย เก็บข้อมูลพื้นฐานและการติดตามที่ 30 วัน ด้วยแบบสัมภาษณ์ 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 3) สมรรถภาพการรู้คิด และ 4) ภาวะเปราะบาง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยนอก 173 ราย อายุเฉลี่ย 73.48 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน standard deviation; SD=7.88 ปี) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 0.6 บกพร่องการรู้คิด ร้อยละ 35.8 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยใน 194 ราย อายุเฉลี่ย 70.14 ปี (SD=7.46 ปี) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ร้อยละ 3.6 บกพร่องการรู้คิด ร้อยละ 12.4 มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 17.5 และการติดตามการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางที่ 30 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยนอกที่ระดับ  $p=1.000, .238, .355$  ผู้ป่วยในที่ระดับ  $p=.231, .893, .132$  ตามลำดับ

สรุปผลการวิจัย สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การส่งต่อ รวมถึงการติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน เพื่อป้องกันการกลับมาใช้บริการซ้ำ หรือลดการเสื่อมถอยของสุขภาพได้

**คำสำคัญ:** ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน/ สมรรถภาพการรู้คิด/ ภาวะเปราะบาง/ ผู้สูงอายุ

<sup>1-3</sup>พยาบาลวิชาชีพฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล กรุงเทพมหานคร

<sup>4</sup>รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชมงคล กรุงเทพมหานคร

Corresponding Author, Email: jirapon@nmu.ac.th

## Research article

# Survey of Barthel Activities of Daily Living, Cognitive Function and Frailty of elderly who obtained service in Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok Metropolitan

*Pornsiri Kanokkamjana*<sup>1</sup>

*Thamonwan Yodkolkij*<sup>2</sup>

*Putthachat Jaigad*<sup>3</sup>

*Jiraporn Sri-on*<sup>4</sup>

## Abstract

This descriptive study aimed to explore the ability of Barthel Activities of Daily Living, Cognitive Function (BADLs), and frailty status of older adults who obtained service at the Faculty of Medicine Vajira Hospital, Bangkok Metropolitan, between January 2023 and December 2024. The samples were 367 individuals who aged 60 years and older, including outpatients and inpatients. Data were collected using structured interviews comprising four sections (1) a personal information questionnaire (2) a BADLs assessment form (3) a cognitive function assessment form and (4) a frailty assessment form were analyzed using descriptive and one sample t-test.

The results found that the participants were 173 outpatients; the mean age was 73.48 years (standard deviation [SD] = 7.88 years). Of these, 0.6% were dependent on BADLs, 35.8% had cognitive impairment, and 16.7% were classified as frail. Among the 194 inpatients, the mean age was 70.14 years (SD = 7.46 years). Of these, 3.6% were dependent on BADLs, 12.4% had cognitive impairment, and 17.5% were identified as frail. Notably, there were no statistically significant differences among these outcomes among outpatients ( $p$  value=1.000, .238 and .355 respectively) and inpatients ( $p$  value= .231, .893 and .132 respectively) at the 30-day follow-up.

The findings can be utilized as a primary data to reform and develop the geriatric healthcare service systems, including referral pathways and continuous follow-up care for both outpatients and inpatients. These efforts aim to prevent hospital readmissions and remediate functional decline in elderly.

**Keywords:** Barthel activities of daily living/ cognitive function/ frailty/ elderly

---

<sup>1,3</sup> Registered nurse, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

<sup>4</sup> Associate Professor, Department of Emergency Medical Services, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok. Corresponding Author, Email: jirapon@nmu.ac.th

## บทนำ

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนผู้สูงอายุจึงมากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า จำนวนประชากรของผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2562 มีจำนวน 1 พันล้านคน และใน พ.ศ. 2573 จะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 1.4 พันล้านคน<sup>1</sup> สำหรับสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2548 จากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 10.4 และใน พ.ศ. 2573 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสูงสุด (super-aged society) จากการที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 26.9 ของประชากรทั้งประเทศ<sup>2</sup> โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยคือ กรุงเทพมหานคร พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 1,171,900 ราย<sup>3</sup> สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พ.ศ. 2562, 2563 และ 2564 มีจำนวน 42,582, 45,214 และ 48,995 ราย<sup>4</sup> ตามลำดับ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่ออย่างมากในทุกด้านของสังคม

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและในไทยส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะในเขตเมืองอย่างกรุงเทพมหานคร จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมจากทุกภาคส่วน บุคลากรสุขภาพ ควรเข้าใจสถานการณ์ นโยบาย กฎหมาย และระบบบริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้โรคจากความเสื่อม เช่น กระดูกพรุน ต้อกระจก ภาวะสมองเสื่อม รวมถึงโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น<sup>5</sup>

การมีส่วนร่วมของสังคมจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางสุขภาพร่วมด้วย โรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาการจัดบริการด้านสุขภาพ (health services) รูปแบบต่าง ๆ ให้มีความต่อเนื่องและครอบคลุม นโยบายระดับประเทศในการให้บริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคือ การมีคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งแนวโน้ม พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการเพิ่มสูงขึ้น และมีความซับซ้อนรุนแรงของโรคมามากขึ้นจากการที่มีโรคร่วมหลายโรค มีการใช้ยาหลายชนิด โดยในการรักษารายโรคไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) เพื่อช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมปัญหาทางด้านร่างกาย จิตสังคม ตามความต้องการของผู้สูงอายุ<sup>5,6</sup> การประเมินครอบคลุม 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และสมรรถนะทางกาย (physical health and functional assessment) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจึงพบความเสื่อมถอยของอวัยวะหลายระบบ การประเมินสมรรถนะช่วยในการติดตาม พยากรณ์โรคในผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการช่วยเหลือตนเอง (functional decline) 2) สุขภาพจิตใจและสมรรถภาพการรู้คิด (psychological health and cognitive assessment) การคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อจัดการด้านปัจจัยเสี่ยง วางแผนการดูแลและจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของสมอง และ 3) สังคมและ

สิ่งแวดล้อม (social and environmental assessment) การประเมินปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และ เศรษฐฐานะ เพื่อป้องกันการทอดทิ้ง และลดการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (elder abuse)<sup>5,7</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการประเมิน CGA พบว่า มีประโยชน์อย่างชัดเจนต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายมิติ โดยสามารถลดอัตราการเข้ารับการดูแลในสถานดูแลระยะยาว (nursing home) [Risk Ratio (RR)=0.86; 95% Confidence Interval (CI): 0.75–0.89] ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม (RR=0.51; 95%CI: 0.29–0.89) และลดการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (RR=0.46; 95%CI: 0.24–0.89) นอกจากนี้ ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะเพ้อ (delirium) ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพก Odd Ratio (OR)=0.71; 95%CI: 0.54–0.92) และลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (RR=0.77; 95%CI: 0.64–0.93)<sup>8</sup>

Lin และคณะ<sup>9</sup> ได้ทำการศึกษาผลของ CGA ต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่ได้รับ CGA ภายใน 48 ชั่วโมงแรก หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีอัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำใน 30 วันลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาตามแนวทางปกติ (ร้อยละ 11.4 และร้อยละ 16.9,  $p=0.03$ ) การประเมินผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการติดตามการรักษาหรือการประสานงานกับแพทย์เจ้าของไข้ นั้นอาจจะไม่เกิดประโยชน์อย่างชัดเจน<sup>10</sup> การรักษาล่าสุดที่เน้นการเชื่อมต่อบริการบริการ CGA ร่วมกับระบบบริการปฐมภูมิ การจัดระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพสามารถส่งเสริมให้สุขภาพ

ของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p<.001$ )<sup>11</sup>

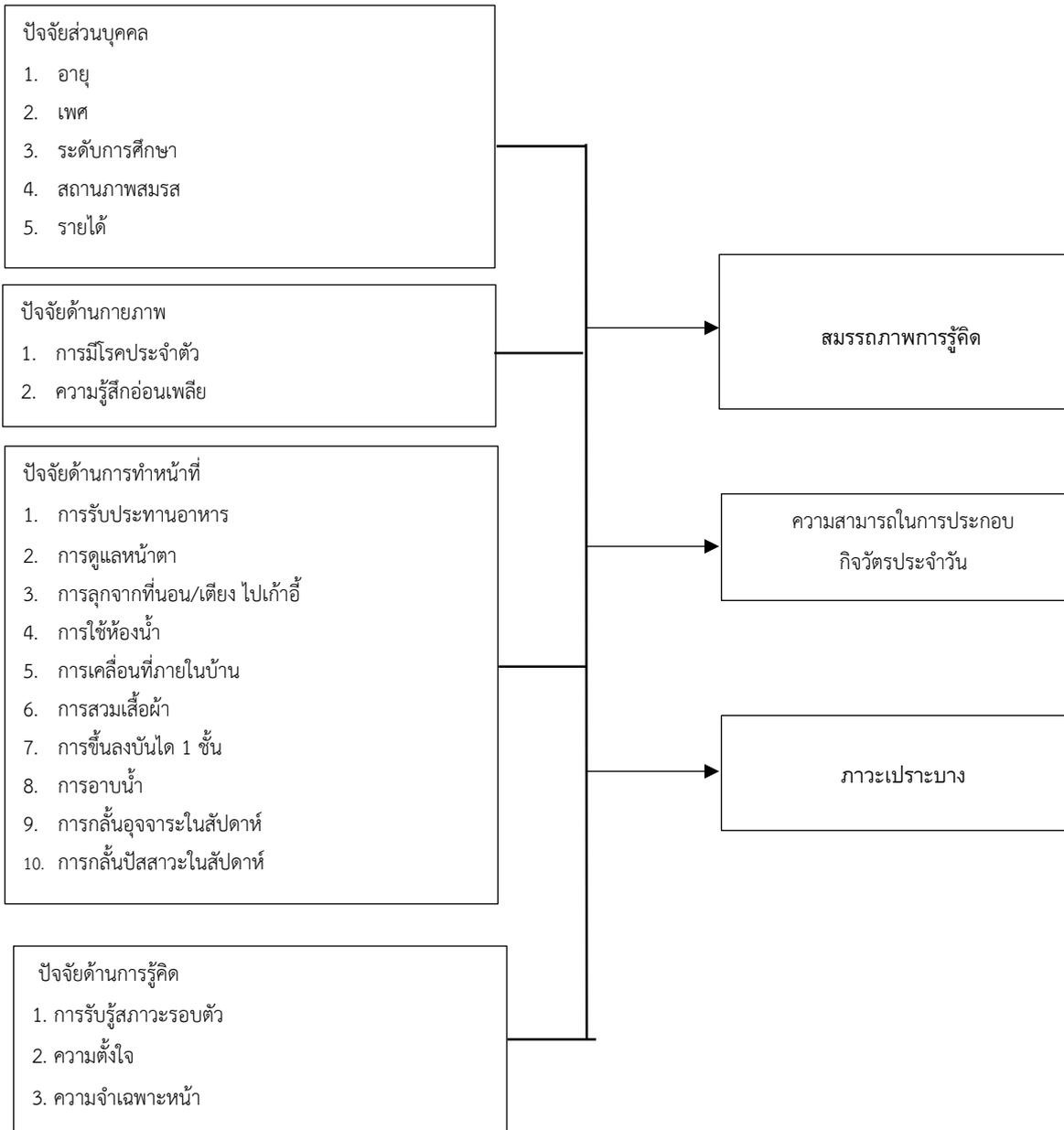
ข้อมูลทั้งหมดนี้ สะท้อนให้เห็นว่าการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาล ซึ่งช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลและยกระดับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาที่สำรวจสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษานในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงที่ให้บริการทางเวชศาสตร์เขตเมือง ทั้งนี้ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้มุ่งสำรวจข้อมูล และติดตามผู้สูงอายุที่ 30 วัน ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเมืองกรุงเทพมหานคร<sup>12</sup> เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (biological theory) ที่กล่าวว่าความสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา โดยจะเกิดขึ้นในร่างกายของสิ่งมีชีวิตทุกชนิดและมักจะสัมพันธ์กับอายุของสิ่งมีชีวิต แต่ละคนไม่เท่ากัน มีความหลากหลายและซับซ้อนขึ้นกับสภาวะต่าง ๆ เช่น พันธุกรรม สังคม จิตวิทยา และเศรษฐกิจ<sup>13</sup> การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะกระทบต่อ

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านกายภาพ ปัจจัยด้านการทำหน้าที่ และปัจจัยด้านการรู้คิด<sup>14</sup> ที่อาจส่งผลทำให้ความสามารถในการประกอบ

กิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิดลดลง และเกิดภาวะเปราะบาง ดังภาพแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อสำรวจข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง และติดตามการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางที่ 30 วัน ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (prospective descriptive study) ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 – ธันวาคม พ.ศ. 2567

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

**กลุ่มตัวอย่าง** การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ดังนี้

**เกณฑ์การคัดเลือกเข้า** ได้แก่

1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) รู้สึกตัวดี ระดับ GCS 15 คะแนน 3) พูด อ่าน และ เขียนภาษาไทยได้ และ 4) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

**เกณฑ์การคัดออก** ได้แก่

1) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ 2) ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการทำหัตถการแบบเร่งด่วน 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และ 4) ผู้สูงอายุ

ที่ หุนวก ตาบอด และเป็นใบ้ รวมถึงผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการพูด การได้ยินหรือการมองเห็น

**เกณฑ์การหยุดการวิจัย** กรณี

ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องการที่จะให้ทดสอบต่อ หรือมีปัญหาด้านสุขภาพร้ายแรงจนไม่สามารถตอบคำถามได้

**ขนาดตัวอย่าง** กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane<sup>14</sup> โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนไว้ที่ 0.05 จากจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 56,524 ราย นำมาคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 398 ราย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living) เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง<sup>5</sup> ประกอบด้วยการประเมินกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลหน้าตา การลุกจากที่นอน/เตียง ไปเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การเคลื่อนที่ภายในบ้าน การสวมเสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การกลืนอุจจาระในสัปดาห์และการกลืนปัสสาวะในสัปดาห์ คะแนนเต็ม 20 คะแนน และมีการแปลผลคะแนนดังนี้ 12 คะแนนขึ้นไป ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ 5-11 คะแนน ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง 0-4 คะแนน

ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ค่าความตรงของเนื้อหา และ ได้มีการวิเคราะห์ความเที่ยง reliability ของ แบบประเมิน จากการสุ่มตัวอย่าง 30 คน ใช้วิธีวัด cronbach's alpha มีค่าเท่ากับ .89

ส่วนที่ 3 แบบประเมิน สมรรถภาพการรู้คิด (cognitive function) ต้นฉบับภาษาอังกฤษพัฒนาโดยบุคคลและ บัลดอก แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลกลับ (back translation) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ทั้งฉบับ (the content validity index for scales: S-CVI) ได้เท่ากับ 1 และค่าความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (the content validity index for items: I-CVI) โดยเฉลี่ยได้เท่ากับ 1<sup>15</sup> ทีมผู้วิจัยได้ ดำเนินการขออนุญาตก่อนนำมาใช้เป็นเครื่องมือ เก็บข้อมูล เป็นแบบประเมินการรับรู้ 4 ด้าน มีทั้งหมด 6 ข้อ (6-item cognitive impairment test: 6CIT) ได้แก่ การรับรู้สภาวะรอบตัว การรับข้อมูล ความตั้งใจ และความจำเฉพาะหน้า คะแนนเต็ม 28 คะแนน และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ไม่มีความบกพร่อง การรู้คิด 8-9 คะแนน หมายถึง อาจมีความบกพร่อง การรู้คิด 10-28 คะแนน หมายถึง มีความบกพร่องทางการรู้คิด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินภาวะ เปราะบาง (Frail scale) ของ Fried, et al.<sup>16</sup> ที่ทำการแปลเป็นไทยโดย Sriwong WT. และคณะ อ่างใน คู่มือการคัดกรอง/การประเมินผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข<sup>5</sup> ซึ่งผ่านการหาค่า I-CVI มีค่าเท่ากับ 1 ประกอบแบบ ประเมิน 5 ข้อ ได้แก่ ความอ่อนเพลียใน 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา การเดินขึ้นบันได การเดินในแนวราบ

โรคประจำตัว และการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของ น้ำหนัก คะแนนเต็ม 5 คะแนน และมีการแปลผล คะแนนดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง กลุ่มแข็งแรง 1-2 คะแนน หมายถึง กลุ่มก่อนเปราะบาง 3-5 คะแนน หมายถึง กลุ่มเปราะบาง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เลขที่ 183/2565 ลงวันที่ 15 ตุลาคม 2565 เป็นการเข้าร่วมวิจัย ด้วยความสมัครใจ และได้มีการลงนามใน แบบฟอร์มยินยอม ทั้งนี้ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บ เป็นความลับ และจะทำลายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเป็นขั้นตอน ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล และผ่านการอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราธิราช
2. ประสานทีมบุคลากรในหน่วยงาน หอผู้ป่วยสามัญ และคลินิกผู้ป่วยนอก ชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการและขั้นตอน การศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา
3. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะ ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นเวลา 1 วัน

เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษา เทคนิค ขั้นตอนการใช้แบบสอบถามวิธีการจัดบันทึก โดยผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และชี้แจงถึงขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบก่อนการเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุ จำนวน 30 ราย ร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เท่ากับ 1 จากนั้นให้ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง

5. ดำเนินการเก็บข้อมูล 2 ระยะ โดยระยะที่ 2 จะทำการประเมินโดยการโทรศัพท์ ติดตามการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพ การรู้คิด และภาวะเปราะบางในวันที่ 30 หลังจาก การได้รับการประเมินครั้งแรก การเก็บข้อมูล จะเก็บเฉพาะตามแบบบันทึกข้อมูลเท่านั้น โดยผู้วิจัยหลักสามารถเข้าถึงข้อมูลได้เพียงผู้เดียว เท่านั้น มีการอภิปรายผลโดยภาพรวม และมีการทำลายข้อมูลทันทีเมื่อสิ้นสุดการวิจัยภายใน เวลาไม่เกิน 1 ปี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติบรรยาย วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ทดสอบการกระจาย ของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-wilk การทดสอบ ค่าเฉลี่ยความสามารถในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบพื้นฐาน และติดตาม ที่ 30 วัน โดยการทดสอบค่าที่กำหนดระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 367 ราย การศึกษานี้มีจำนวน 31 ราย ติดตามที่ 30 วันไม่ได้เนื่องจากเสียชีวิต 1 ราย อาการทรุดลงอยู่ในระหว่างการเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล 2 ราย และติดต่อไม่ได้ 28 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยนอก เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการห้องตรวจคัดกรอง และตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 173 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 35.8 เพศหญิง ร้อยละ 64.2 อายุเฉลี่ย (mean) 73.48 ปี (SD=7.88) การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.1 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 57.8 ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.9 โรคประจำตัว ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 39.2 รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 16 กลุ่มผู้ป่วย ใน เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอคัดกรอง ชาย อายุรกรรมหญิง และหอผู้ป่วยเคมีบำบัด จำนวน 194 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 76.8 เพศ หญิง ร้อยละ 23.2 ค่าเฉลี่ยอายุ 70.14 ปี (SD=7.46) โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความ ดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.8 รองลงมาเป็นโรคมะเร็ง ด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เป็นผู้ป่วยใน ในหอผู้ป่วยคัดกรองชาย กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงเป็นผู้ป่วยทาง อายุรกรรม ขณะเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า มีอาการ ไม่คงที่ไม่สามารถให้สัมภาษณ์ได้ และหอผู้ป่วย เคมีบำบัดเป็นส่วนใหญ่จึงพบโรคมะเร็งสูง การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 71.1 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 62.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 57.7 ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=367)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยนอก (n=173) จำนวน (ร้อยละ)	ผู้ป่วยใน (n=194) จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>		
ชาย	62 (35.8)	149 (76.8)
หญิง	111 (64.2)	45 (23.2)
<b>อายุ (ปี)</b>		
เฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	73.48 (7.88)	70.14 (7.46)
ต่ำสุด-สูงสุด	60-91	60-88
<b>ช่วงอายุ (ปี)</b>		
60-64	27 (15.6)	55 (28.4)
65-69	32 (18.5)	37 (19.1)
70-74	43 (24.9)	54 (27.8)
75-79	20 (11.6)	25 (12.9)
มากกว่า 80	51 (29.5)	23 (11.9)
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	9 (5.2)	6 (3.1)
ประถมศึกษา	104 (60.1)	138 (71.1)
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (6.9)	14 (7.2)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	8 (4.6)	14 (7.2)
ประกาศนียบัตร (ปวช./ปวส.)	19 (11)	7 (3.6)
อุดมศึกษา (ปริญญาตรีขึ้นไป)	21 (12.1)	15 (7.7)
<b>รายได้</b>		
ไม่เกิน 5,000 บาท	100 (57.8)	122 (62.9)
5,000-10,000 บาท	36 (20.8)	21 (10.8)
10,001-15,000 บาท	9 (5.2)	18 (9.3)
15,001-20,000 บาท	2 (1.2)	8 (4.1)
20,001-25,000 บาท	18 (10.4)	12 (6.2)
25,001-30,000 บาท	0 (0)	7 (3.6)
30,001 บาทขึ้นไป	8 (4.6)	6 (3.1)
<b>สถานภาพ สมรส</b>		
โสด	27 (15.6)	32 (16.5)
สมรส	121 (69.9)	112 (57.7)
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	25 (14.5)	50 (25.8)

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=367) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ป่วยนอก (n=173)	ผู้ป่วยใน (n=194)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
<b>โรคประจำตัว</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	83 (39.2)	70 (28.8)
โรคเบาหวาน	34 (16.0)	37 (15.2)
โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง)	24 (11.3)	59 (24.3)
โรคปอดเรื้อรัง	3 (1.4)	10 (4.1)
โรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบ	9 (4.2)	11 (4.5)
ภาวะหัวใจวาย	13 (6.1)	7 (2.9)
โรคหอบหืด	12 (5.7)	6 (2.5)
อาการแน่นหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	3 (1.4)	6 (2.5)
ภาวะข้ออักเสบ	5 (2.4)	7 (2.9)
โรคหลอดเลือดสมอง	7 (3.3)	8 (3.3)
โรคไต	19 (9.0)	22 (9.1)

## 2. ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน

2.1 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยสูงอายุ และติดตามที่ 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 168 ราย ร้อยละ 97.1 กลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 4 ราย ร้อยละ 2.3 กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.6 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 169 ราย ร้อยละ 97.7

กลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 3 ราย ร้อยละ 1.7 กลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 1 ราย ร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ผู้ป่วยใน กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 177 ราย ร้อยละ 91.2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง จำนวน 12 ราย ร้อยละ 6.2 ระดับ 0-4 คะแนนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 6 ราย ร้อยละ 3.1 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ จำนวน 177 ราย ร้อยละ 91.2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง คะแนน จำนวน 10 ราย ร้อยละ 5.2 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 7 ราย ร้อยละ 3.6 ตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยสูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน (n=367)

ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอกติดตามที่ 30 วัน	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยในติดตามที่ 30 วัน
	(n=173)		(n=194)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้	168 (97.1)	169 (97.7)	176 (90.7)	177 (91.2)
ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้	4 (2.3)	3 (1.7)	12 (6.2)	10 (5.2)
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	1 (0.6)	1 (0.6)	6 (3.1)	7 (3.6)

2.2 ระดับสมรรถภาพการรู้คิดผู้ป่วยสูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 86 ราย ร้อยละ 49.7 อาจมีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 25 ราย ร้อยละ 14.5 มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 62 ราย ร้อยละ 35.8 เมื่อติดตามที่ 30 วัน ไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยใน ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 155 ราย ร้อยละ 79.9 อาจมี

ความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 15 ราย ร้อยละ 7.7 มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 24 ราย ร้อยละ 12.4 เมื่อติดตามที่ 30 วัน ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 155 ราย ร้อยละ 79.9 อาจมีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 16 ราย ร้อยละ 8.2 มีความบกพร่องการรู้คิด จำนวน 23 ราย ร้อยละ 11.9 ตามตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** จำนวน และร้อยละ ระดับสมรรถภาพการรู้คิดผู้ป่วยสูงอายุ และติดตามที่ 30 วัน (n=367)

ระดับสมรรถภาพการรู้คิด	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยนอกติดตามที่ 30 วัน	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยในติดตามที่ 30 วัน
	(n=173)		(n=194)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
ไม่มีความบกพร่องการรู้คิด	86 (49.7)	86 (49.7)	155 (79.9)	155 (79.9)
อาจมีความบกพร่องการรู้คิด	25 (14.5)	25 (14.5)	15 (7.7)	16 (8.2)
มีความบกพร่องการรู้คิด	62 (35.8)	62 (35.8)	24 (12.4)	23 (11.9)

2.3 ภาวะเปราะบางผู้ป่วยสูงอายุ และการติดตามที่ 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก กลุ่มแข็งแรง จำนวน 57 ราย ร้อยละ 32.9 กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 87 ราย ร้อยละ 50.3 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 29 ราย ร้อยละ 16.7 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มแข็งแรง จำนวน 55 ราย ร้อยละ 31.8 กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 89 ราย ร้อยละ 51.5 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 29 ราย ร้อยละ 16.7 ผู้ป่วยใน กลุ่มแข็งแรง จำนวน 50 ราย ร้อยละ 25.8

กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 110 ราย ร้อยละ 57.3 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 34 ราย ร้อยละ 17.5 เมื่อติดตามที่ 30 วัน กลุ่มแข็งแรง จำนวน 48 ราย ร้อยละ 24.7 กลุ่มก่อนเปราะบาง จำนวน 110 ราย ร้อยละ 57.2 กลุ่มเปราะบาง จำนวน 35 ราย ร้อยละ 18 ตามตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** จำนวน และร้อยละ ภาวะเปราะบางผู้ป่วยสูงอายุ และติดตามที่ 30 วัน (n=367)

ภาวะเปราะบาง	ผู้ป่วยนอก		ผู้ป่วยใน	
	ติดตามที่ 30 วัน		ติดตามที่ 30 วัน	
	(n=173)		(n=194)	
	จำนวน (ร้อยละ)		จำนวน (ร้อยละ)	
กลุ่มแข็งแรง	57 (32.9)	55 (31.8)	50 (25.8)	48 (24.7)
กลุ่มก่อนเปราะบาง	87 (50.3)	89 (51.5)	110 (57.3)	111 (57.2)
กลุ่มเปราะบาง	29 (16.7)	29 (16.7)	34 (17.5)	35 (18)

**3. เปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง** ข้อมูลพื้นฐาน และติดตาม 30 วัน พบว่า ผู้ป่วยนอก ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ

$p=1.000, .238, .355$  ตามลำดับ ผู้ป่วยใน ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบาง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $p=.231, .893, .132$  ตามลำดับ ตามตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน สมรรถภาพการรู้คิด และภาวะเปราะบางผู้สูงอายุ ข้อมูลพื้นฐานและติดตามที่ 30 วัน (n=367)

หัวข้อ	คะแนน เต็ม	Mean	SD	t	df	p-value
<b>ผู้ป่วยนอก (n=173)</b>						
<b>ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน</b>	20					
ข้อมูลพื้นฐาน		18.51	2.489	.000	172	1.000
ติดตามที่ 30 วัน		18.51	2.560			
<b>สมรรถภาพการรู้คิด</b>	28					
ข้อมูลพื้นฐาน		7.44	6.000	1.185	172	.238
ติดตามที่ 30 วัน		7.40	6.030			
<b>ภาวะเปราะบาง</b>	5					
ข้อมูลพื้นฐาน		1.26	1.165	-.928	172	.355
ติดตามที่ 30 วัน		1.29	1.185			
<b>ผู้ป่วยใน (n=194)</b>						
<b>ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน</b>	20					
ข้อมูลพื้นฐาน		17.97	4.000	1.202	193	.231
ติดตามที่ 30 วัน		17.90	4.161			
<b>สมรรถภาพการรู้คิด</b>	28					
ข้อมูลพื้นฐาน		4.28	4.863	-.134	193	.893
ติดตามที่ 30 วัน		4.29	4.800			
<b>ภาวะเปราะบาง</b>	5					
ข้อมูลพื้นฐาน		1.32	1.116	-1.513	193	.132
ติดตามที่ 30 วัน		1.35	1.134			

one samples t-test; p-value<0.05

### การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยนอก

และผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยในมีผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง และกลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มากกว่าผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่ได้รับการได้รับการนอนโรงพยาบาลมักจะเป็นผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและอาจควบคุมโรคไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษา

ของฐิรพร และคณะ<sup>17</sup> ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือใหญ่ อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ช่วยเหลือตนเองและสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองทั้งหมด ร้อยละ 90.8 ความเสื่อมถอยของสภาวะของร่างกาย ส่งผลให้การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ ( $r=-0.235$ ,  $p=.022$ ) โรคประจำตัว ( $r=-0.135$ ,  $p=.034$ ) ระยะเวลาของการเจ็บป่วย ( $r=-0.274$ ,  $p=.045$ ) ดังนั้นควรคำนึงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสื่อมถอยของความสามารถ เช่น อายุ โรคประจำตัว และระยะเวลาของการเจ็บป่วย ล้วนเป็นตัวบ่งชี้สำคัญในการออกแบบแผนการดูแลเฉพาะบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยในที่มีโรคเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองระดับสมรรถภาพการรู้คิด ผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกมีความบกพร่องการรู้คิด มากกว่าผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นกลุ่มที่อายุช่วงอายุมากกว่า 80 สูงสุดคือร้อยละ 29.5 สอดคล้องกับการศึกษาของชวชนท์ อิมอาบ<sup>18</sup> พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะบกพร่องทางปัญญาในผู้สูงอายุ คืออายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงเป็น 11.1 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.05$ ) ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มก่อนเปราะบาง และมีภาวะเปราะบาง จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ภาวะเปราะบางพบมากขึ้นตามอายุ เพศหญิง เมื่อติดตามที่ 4 ปี การเกิดภาวะเปราะบางอยู่ที่ร้อยละ 7.2 สัมพันธ์กับระดับการศึกษาต่ำ รายได้น้อย สุขภาพโดยรวมไม่ดี มีโรคร่วมเรื้อรัง

มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันที่ลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเสียชีวิต [Hazard Ratio (HR) 1.82-4.46,  $p<.0001$ ] นอกจากนี้กลุ่มก่อนเปราะบางเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นกลุ่มเปราะบาง (OR=2.63; 95%CI: 1.94,3.56,  $p<.0001$ ) การศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนเมือง<sup>11</sup> พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ร้อยละ 98 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน ภายหลังจากการส่งต่อในระบบสุขภาพ พบว่า มีผู้รับบริการ ร้อยละ 59.4 แต่ในจำนวนนี้มีผู้ใช้บริการจริงเพียงร้อยละ 33.7 กลุ่มที่ใช้บริการมีสภาวะสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<.001$ ) ดังนั้น ควรมีระบบเฝ้าระวังภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงและส่งเสริมการเข้าถึงบริการอย่างต่อเนื่อง พร้อมสร้างแรงจูงใจในการใช้บริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (convenience sample) อาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด อาจทำให้เกิดอคติในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias)
2. ข้อจำกัดในการสรุปผล (limited generalizability) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่การสุ่มแบบเป็นระบบ ผลที่ได้จึงไม่สามารถสรุปหรือขยายผลไปยังประชากรทั่วไป ซึ่งการศึกษานี้เป็นเพียงผู้สูงอายุในบางหน่วยงานของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร
3. ผู้สูงอายุติดตามที่ 30 วันไม่ได้ ร้อยละ 7.78 อาจทำให้ผลเปลี่ยนแปลงได้ รวมถึง

เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ ที่คำตอบเป็นเพียงจากเสียง มิได้ประเมินสมรรถนะอื่นร่วม

4. การวิเคราะห์มิได้นำส่วนอื่น เช่น โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในครั้งนั้น ๆ มาพิจารณาวิเคราะห์ความเกี่ยวเนื่อง ผลที่ได้จึงอาจจะมีปัจจัยอื่นมาเกี่ยวข้อง

### ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย ข้อมูลดังกล่าวใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาการดูแลและรองรับกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบัน เช่น จัดให้มีการบริการในระดับปฐมภูมิในการคัดกรอง รวมถึงการป้องกันและเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง และการพัฒนารูปแบบบริการให้เชื่อมโยงกับชุมชนมากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล

2. ด้านการปฏิบัติงาน การคัดกรองผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ได้ในทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลสนับสนุนการฝึกอบรมและพัฒนาทักษะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ และใช้ข้อมูลจากการประเมินเพื่อจัดลำดับความสำคัญในการดูแล เช่น การเน้นฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับระดับความสามารถของผู้ป่วย

3. ด้านการทำวิจัย ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการติดตามผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “กองทุนวิจัยมหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช” (Navamindradhiraj University Research fund)

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1)
2. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Thailand's step toward a complete ageing society [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>. (in Thai)
3. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Statistics of older persons 2021 [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1099>. (in Thai)
4. Division of Medical Record and Statistics, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. Statistics of elderly outpatients, Vajira Hospital 2019–2021. 2022. (in Thai)
5. Somdet Phra Yanasangvara Geriatric Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. Quality geriatric clinic standards and implementation manual [Internet]. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual-guideline/manual-guideline-table/>. (in Thai)
6. Panuthai S. Health service system for the elderly. In: Panuthai S, editor. Geriatric nursing. 2nd ed. Chiang Mai: Smartcoating and Service; 2018. p. 31–43. (in Thai)

7. Boongird C. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care. PCFM. 2009;1(2):32–6. (in Thai)
8. Veronese N, Custodero C, Demurtas J, Smith L, Barbagallo M, Maggi S, et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age Ageing*. 2022;51(5):afac104. doi: 10.1093/ageing/afac104
9. Lin KP, Chen JH, Lu FP, Wen CJ, Chan DD. The impact of early comprehensive geriatric screening on the readmission rate in an acute geriatric ward: a quasi-experimental study. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):285. doi: 10.1186/s12877-019-1312-y
10. Allen CM, Blazer DG, McVey LJ, Saltz C, Feussner JR, Cohen HJ. A randomized controlled clinical trial of a geriatric consultation team: compliance with recommendations. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34(4):255–61.
11. Sato (Osaki) K, Huq K, Kazawa K, Kawai M, Moriyama M. Evaluate a comprehensive geriatric assessment service framework targeting frail older people who had high risk of requiring long-term care services in Japan: a community-based pilot study. *BMC Geriatr*. 2024;24(645): 1–11. doi: 10.1186/s12877-024-05200-0
12. Kurathong S. Urban medicine. *Vajira Med J*. 2016;59(1):1–4. (in Thai)
13. Eliopoulos C. *Gerontological Nursing*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2001.
14. Yamane T. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
15. Areeau S, Youngcharoen P. Six-item cognitive impairment test Thai version: psychometric properties. *Rama Nurs J*. 2020;26:188–202. (in Thai)
16. 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*. 2001;56(3):M146–56. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
17. Paisan T, Srinah S, Butrach S, Uncharoen S, Kongla M. Factors associated with activities of daily living among elderly in chronic disease clinic, Kho Yai Tambon Health Promoting Hospital, Ku Kaew District, Udon Thani Province. *J Health Syst Res*. 2024;17(2):55–67. (in Thai)
18. Imarb C. Prevalence and factors associated with cognitive impairment among elderly in Wat Pleng District, Ratchaburi Province. *J Public Health*. 2024;28(5):782–91. (in Thai)